

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde

Agência Goiana do Sistema Prisional:
Estudo das Condições Sociodemográficas e Comportamentais
de Mulheres de Detentos, Relacionadas à Vulnerabilidade ao Vírus HIV.

Rosangela Cortes Araújo

Orientadora: Prof. Dra. Irmtraut Araci Hoffmann Pfrimer
Co-orientadora: Prof. Dra. Eline Jonas

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Ciências
Ambientais e Saúde, da Pró-Reitoria de Pós-
Graduação e Pesquisa da Universidade
Católica de Goiás, como requisito parcial
para obtenção do título de Mestre em Ciências
Ambientais e Saúde.

Goiânia – Goiás
Agosto de 2006

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivos a identificação do perfil sociodemográfico e dos fatores determinantes da vulnerabilidade à infecção pelo vírus HIV em mulheres reclusas, cujos parceiros sexuais são detentos da Agência Goiana do Sistema Prisional. A metodologia constou da triagem sorológica, seleção de 35 mulheres, levantamento sociodemográfico e entrevistas por saturação de informações com 12 mulheres, distribuídas em duas alas femininas do presídio: Casa de Prisão Provisória (CPP) e Centro de Inserção Social Consuelo Nasser (CIS). A análise quantitativa dos dados foi realizada utilizando-se o SPSS e o risco avaliado pelo teste exato de Fisher, sendo que a qualitativa foi efetuada pela análise do conteúdo das entrevistas por saturação. Os resultados indicaram que 41% das detentas mantinham relacionamentos afetivos dentro do sistema prisional goiano, levando-as a conviver com um fator de risco aumentado em 40% de contrair a infecção pelo vírus HIV. A taxa de prevalência de infecção pelo vírus HIV na população pesquisada foi de 12,5, tendo sido decorrente dos resultados soropositivos de testes no CIS, onde as mulheres cumprem pena de prisão mais prolongada. Esta prevalência constatada nos presídios femininos goianos foi 25 vezes maior que em relação à população total de mulheres em Goiás. As mulheres de detentos do sistema prisional goiano são jovens, com 45,7% na faixa etária de 18 a 29 anos e de cor morena (60%). Todas as mulheres soropositivas são morenas e têm entre 24 a 35 anos. A maioria delas tem vida sexual ativa (80,0%), com relações sexuais frequentes, inclusive as soropositivas. Não têm companheiros fixos, mas 85,7% demonstram ter conhecimento dos métodos de prevenção. As características gerais desta população são mulheres advindas de famílias numerosas, decorrentes de áreas urbanas, que já viveram na rua em algum período de suas vidas, com história de desestruturação familiar e violência. Conclui-se então que, as detentas necessitam de uma assistência psicossocial especializada, que proporcione a redução dos fatores determinantes de vulnerabilidade nestas mulheres. São importantes as propostas de educação continuada nos presídios, inclusive oportunizando desde o ensino básico ao superior, bem como ações direcionadas para a profissionalização e crescimento de renda familiar. Deve-se buscar uma abordagem da saúde integrada, com assistência médica periódica para as detentas e seus grupos familiares, promovendo medidas de intervenção educativa/preventiva nos presídios e contribuindo efetivamente para a qualidade de vida das pessoas e direitos de cidadania.

ABSTRACT

The present study aimed to identify the socialdemographic profile and the factors that determined the vulnerability to HIV infection of female convicts whose sexual partners are male convicts of the Prison System of the State of Goiás. The methodology comprised serological sorting, selection of 35 women, socialdemographic data collection and interviews by information saturation with 12 women distributed in two different female wards in prison: Temporary Prison and Social Insertion Center “Consuelo Nasser”. The quantitative analysis of data was performed using SPSS, the risk was evaluated by Fisher's Exact Test, and the qualitative analysis was carried out evaluating the contents of the interviews by information saturation. The results indicated that 41% of the women under study had sexual intercourse in the Prison System of the State of Goiás, which led to their exposure to a 40% higher risk factor of acquiring HIV infection. The prevalence of HIV infection in the population studied was 12.5, due to the seropositive results of the tests performed in the Social Insertion Center “Consuelo Nasser”, where women serve longer sentences. The prevalence of this infection in feminine prisons in the State of Goiás was 25 times higher than the one in the whole female population of the same State. The women are young (45.7% in the age group between 18 and 29 years old) and present mulatto complexion (60%). All the seropositive women have mulatto complexion and are in the age group between 24 and 35 years. Most of them have an active sexual life (80.0%), with frequent sexual intercourse, including the seropositive ones, and although not having a steady partner, 85.7% of them demonstrated knowledge about preventive methods. The general characteristics presented by the population analyzed are: originating from a large family of urban areas, having already been homeless in any period of their lives, presenting with lack of family structure, and having experienced situations of violence. It is concluded that the women in prison need specialized psychosocial assistance in order to provide the reduction of the factors that determine their vulnerability to HIV infection. The proposals of formal education inside the prison system are important and the opportunity to study from elementary school to university should be offered, as well as technical courses and other actions aiming to increase their family income. The integral health approach should be searched, offering the prisoners and their families periodical medical assistance, promoting interventional measures of education/prevention in prisons and effectively contributing to a better quality life and their right to citizenship.

SUMÁRIO

RESUMO ABSTRACT

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 01 |
| 1.1 MULHERES E VULNERABILIDADE AO VÍRUS HIV/AIDS..... | 07 |
| 1.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E SUA INFLUÊNCIA NO SISTEMA PRISIONAL..... | 19 |
| 2. OBJETIVOS | |
| 2.1 OBJETIVO GERAL..... | 24 |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 24 |
| 3. CASUÍSTICA E METODOLOGIA | |
| 3.1 CASUÍSTICA..... | 25 |
| 3.2 TRIAGEM SOROLÓGICA..... | 25 |
| 3.2.1 Reação de Imunofluorescência Indireta para a detecção de Anticorpos Anti-HIV.. | 26 |
| 3.3 ENTREVISTAS | 26 |
| 3.4 TRATAMENTO DOS DADOS QUANTITATIVOS | 27 |
| 3.5 PROTOCOLO GERAL.....; | 28 |
| 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 29 |
| 5. CONCLUSÕES..... | 52 |
| 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 54 |

ANEXOS

1 INTRODUÇÃO

Desde a expansão inicial em seres humanos, ocorrida há cerca de sete décadas na África Central, o Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV), agente etiológico da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), foi responsável por sério problema de saúde pública mundial tanto no âmbito social, como nos contextos econômico e político (Soares, 2001).

As ocorrências de sintomas raros e oportunistas em jovens homossexuais, nos Estados Unidos no ano de 1980, sugeriram uma doença transmissível relacionada com as práticas sexuais. As evidências denotavam uma doença infecciosa, com agente transmissor pelo contato sexual e através do sangue. Os homossexuais masculinos foram designados como *grupos de risco*, para denominar estas pessoas mais expostas à infecção, segundo os Centros para o Controle e Prevenção de Doenças (1982). Em pouco tempo outros casos da doença começaram a ser notificados em usuários de drogas injetáveis e hemofílicos (Davis et al., 1983) e também, o primeiro caso associado à transfusão sanguínea foi diagnosticado (DeVita, 1988).

No Brasil, primeiramente, a doença foi associada a pessoas que faziam parte de *grupos de risco*, tendo atingido os homens que fazem sexo com outros homens, principalmente de escolaridade alta. Numa segunda fase, houve aumento de casos em indivíduos que receberam transfusão de sangue e hemoderivados (hemácias, plasma, plaquetas etc). Com o avanço da epidemia pode-se perceber que, além deste grupo, outras pessoas poderiam se contaminar, entre estas os usuários de drogas injetáveis, bissexuais e as profissionais do sexo. Mais recentemente, observou-se uma tendência da disseminação do HIV entre heterossexuais e, entre eles, principalmente em mulheres, conforme Boletim Epidemiológico AIDS e DST de 2004.

São consideradas formas de infecção pelo HIV: contato sexual (sêmen e secreções vaginais) e contatos sanguíneos em geral, como também da mãe para o filho (sangue no útero, parto ou aleitamento materno). Assim, o HIV pode ser transmitido por ambos os parceiros, durante as relações sexuais, sendo essa a principal forma de contaminação para as mulheres (Vogt et al., 1987). Existe também a transmissão secundária pelo compartilhamento de agulhas, seringas e outros equipamentos usados na injeção de drogas. O vírus já foi identificado na saliva, na lágrima, no fluido cérebro-espinhal, no tecido cerebral e no líquido amniótico, entretanto, estes fluidos apresentaram baixa carga de vírus e insignificante transmissão do HIV, segundo Sanches (1999).

A partir dos anos 90, a transmissão heterossexual passa a predominar entre as mulheres, havendo um deslocamento das profissionais do sexo para mulheres com parceria fixa (UNAIDS, 2004). As atuais taxas de prevalência indicam que a quase totalidade dos casos (94,8%) se dá por essa forma de transmissão. Isso faz com que os esforços sejam direcionados para as mudanças de comportamento, de práticas e atitudes da população brasileira ante as questões relacionadas com a transmissão do HIV, segundo informa o Programa Nacional de AIDS (2004). É importante considerar que, os riscos crescem ainda mais, quando há promiscuidade sexual, relação anal passiva (McFarland et al., 2004), relação sexual durante a menstruação (Vogt et al.,1987) e alta viremia (Laga et al.,1989). Segundo Sanches (1999), outros fatores, como a presença de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e parceiros infectados há mais tempo pelo HIV (Laga et al, 1989), também podem aumentar a probabilidade da transmissão do vírus.

Uma análise do contexto das mudanças nas categorias de disseminação da AIDS no Brasil revela que a epidemia do HIV caracterizou-se por processos de *heterossexualização, interiorização, pauperização e feminização* (Brito et al., 2000).

A *heterossexualização* ocorreu como uma primeira característica da dinâmica da epidemia, quando houve certa estabilização entre os homossexuais e a via de transmissão *hetero* cresceu significativamente. As transformações no perfil epidemiológico brasileiro levaram à *interiorização*, ou à difusão geográfica da doença, a partir dos grandes centros urbanos em direção aos municípios de médio e pequeno porte do interior do país, o que se deveu ao aumento da transmissão por via heterossexual e, como foi mostrado por Brito et al. (2000), ao persistente crescimento dos casos entre usuários de drogas injetáveis. O crescimento da proporção de casos de disseminação do HIV em indivíduos com baixa renda e com baixos níveis de instrução trouxe a *pauperização* da epidemia. Isto aconteceu em virtude da precariedade de informações e dificuldade de acesso aos meios de prevenção. Segundo Brito et al. (2000), entre adultos usuários de drogas injetáveis há predominância de indivíduos com baixa escolaridade, independentemente do sexo. A *feminização* da epidemia da AIDS talvez seja ainda um dos aspectos menos estudados da doença, apesar da grande ameaça para a saúde das mulheres e da possibilidade de transmissão perinatal do vírus. Conforme Melo (1996), estima-se que, atualmente, três mil mulheres sejam infectadas a cada dia, em todo o mundo. A maior parte delas (85%) é constituída de mulheres jovens, em idade reprodutiva.

De acordo com informação do Boletim Epidemiológico AIDS e DST de 2005, no período de 1980 a junho de 2005, foram registrados 371.827 casos de AIDS no Brasil. As análises permitem afirmar que taxa de incidência de HIV/AIDS permanece em patamares

elevados, sendo 19,2 casos por 100 mil habitantes, em 2003 e 17,2 casos por 100 mil habitantes em 2004. Na Região Centro-Oeste, a incidência foi de 20,3 casos por 100 mil habitantes em 2003 e decresceu para 18,6 casos em 2004, entretanto, permanecendo acima da média nacional. No Estado de Goiás, foi constatada a taxa de incidência de 14,7 casos por 100 mil habitantes em 2003 e, 14,9 casos em 2004, demonstrando acréscimo. Este relatório confirmou ainda a diminuição da diferença de infectados entre homens e mulheres, pois há uma persistente tendência de crescimento entre as mulheres, com razão decrescente entre os casos de 15 masculinos para cada 10 femininos.

O número atual de casos de AIDS no Brasil é um dos maiores desde a década de 1980. Foram 12.451 notificações em 2004, contra 9.636 em 1998, o que representa mais de 20% de acréscimo. Estas informações constam no Boletim Epidemiológico, divulgado pelo Programa Nacional de DST/AIDS, do Ministério da Saúde (2005). Apenas nos primeiros seis meses do ano de 2005, foram registrados 5.041 casos de HIV/AIDS em mulheres.

As respostas à epidemia, produzidas ao longo destas últimas décadas, tiveram dois enfoques: o *biomédico* – centrado na identificação do vírus, em seu mecanismo de ação, na resposta do sistema imunológico, na produção de vacinas e no caminho para o tratamento; o *comportamento individual e coletivo* – focado no empenho em desenvolver e programar a prevenção da transmissão do HIV (Sanches, 1999). Tanto a AIDS quanto as doenças sexualmente transmissíveis (DST) são enfermidades que podem ser evitadas com algumas medidas preventivas aparentemente simples. Essas ações, entretanto, tornam-se muito complexas na medida em que estão relacionadas com os comportamentos humanos, os quais têm múltiplos determinantes e são construídos na existência humana em decorrência da história de vida singular das pessoas, segundo Sanches (1999).

O Ministério da Saúde (1998) reconhece que analisar os meandros e contornos do comportamento sexual da população nacional é um dos passos importantes para avaliar o tipo de intervenção educativa/preventiva necessária para promover a adoção de práticas e atitudes mais seguras. Estudos desenvolvidos pelo Programa Nacional de DST e AIDS (PN DST/Aids, 2004) indicam que os brasileiros têm modificado seu comportamento após o advento da AIDS, demonstrando práticas mais seguras, tais como o maior uso de preservativo, sobretudo com parceiros sexuais eventuais e a redução do compartilhamento de seringas/agulhas.

Como afirma Sanches (1999), a mudança efetiva do comportamento sexual pode ser o meio mais promissor de enfrentamento da epidemia da AIDS, mediante ações preventivas. Além disto, os estudos sobre sexualidade indicam que as práticas sexuais estão relacionadas com as representações e os comportamentos sociais, sendo importante a compreensão do meio

sociocultural no qual o indivíduo vive, suas relações afetivas e seus padrões de interpretação da realidade, além dos sentimentos e expectativas futuras (Parker, 1994).

No que se refere às mudanças de comportamento da população homossexual e bissexual no Brasil, estas estão realmente ocorrendo como resposta à ameaça de infecção pelo vírus HIV. Entretanto, estas mudanças não são uniformes e não estão baseadas em informação, pois para muitos indivíduos, elas estão também associadas a altos níveis de ansiedade e incerteza. Parece que todos vêem a AIDS como uma ameaça pessoal, contudo, embora haja essa percepção do risco, parece haver incertezas sobre o que fazer diante disso. A importância do uso de preservativos é também altamente reconhecida como um dos meios mais comuns de redução dos riscos, mas, mesmo admitindo essa necessidade, muitos indivíduos declaram que usam ocasionalmente, outros reclamam e outros não usam preservativos (Parker, 1991).

Estudos realizados pela Fundação Oswaldo Cruz e divulgados no Boletim Epidemiológico DST e AIDS de 2005, baseados no monitoramento do comportamento sexual de risco, revelam que uma melhor compreensão da dinâmica da transmissão na estrutura da rede social é importante para subsidiar as medidas preventivas e garantir a efetividade das intervenções na saúde coletiva. Assim, em relação à epidemiologia do HIV tem-se destacado a influência desigual dos grupos vulneráveis na dinâmica da disseminação da AIDS na população.

Em se tratando de grupos vulneráveis, cabe ressaltar que o Programa de Prevenção da AIDS das Nações Unidas (UNAIDS, 1998) tem alertado continuamente as autoridades prisionais para que tomem medidas preventivas para evitar maiores índices de contaminação pelo vírus nos presídios, sendo considerados como "[...] um território ideal para a transmissão do vírus HIV". As populações carcerárias, em toda parte, tendem a requerer mais assistência médica do que a população como um todo. Não apenas os presídios mantêm uma grande proporção de pessoas com maior risco de adoecer, como os usuários de drogas injetáveis, mas também o próprio ambiente prisional contribui para a proliferação de doenças. Dentre os fatores que favorecem a alta incidência de problemas de saúde entre os presos estão o estresse do encarceramento, as condições insalubres, as celas superlotadas com presos em contato físico contínuo e o abuso físico (Human Rights Watch, 1998).

Enfatiza-se, ainda, que as doenças graves mais comuns entre os presos são a tuberculose e a AIDS. Como os aprisionados se relacionam com o mundo exterior, uma contaminação não controlada entre eles representa um grave risco à saúde pública. De acordo com as normas internacionais, o Brasil não obriga seus presos a fazer o teste de HIV, até porque muitos presídios sequer podem atender aos testes voluntários em virtude da falta de recursos, conforme relatado no Human Rights Watch (1998).

Em se tratando de população carcerária são elevados os níveis de contaminação por HIV encontrados no Brasil, reforçando o prognóstico das Nações Unidas, onde em dados coletados por todo o país, estimou-se que cerca de 20% da população carcerária do Brasil vivia com o vírus HIV. Ainda segundo essa pesquisa, os maiores índices de contaminação por HIV foram encontrados nos presídios da Região Sudeste do Brasil (área que inclui São Paulo e sua enorme população carcerária), atingindo cerca de 30% deste contingente. Os índices mais baixos de contaminação foram encontrados na Região Nordeste, onde apenas 2% a 3% dos presos estão contaminados, conforme foi divulgado pelo relatório da Human Rights Watch (1998).

Considerando a população carcerária feminina, onde existem cerca de 8 mil mulheres detentas, esta representa aproximadamente 4% do total da população em confinamento, que é pequena em comparação com o quantitativo de homens, segundo relatório da Human Rights Watch (1998). Neste caso, o sistema prisional pode funcionar como um centralizador de condições de alto risco para infecções relacionadas com aspectos do confinamento, da marginalização social, da dependência de drogas, do baixo nível socioeconômico e das precárias condições de saúde. Tudo isso contribui para a alta prevalência de HIV, hepatite e outras doenças sexualmente transmissíveis observadas entre os detentos, tornando-se um foco de dispersão para a população em geral.

Butler (2001) afirma que se devem buscar as evidências da alta prevalência de DST na população de detentas, que foram socialmente excluídas, pois mesmo fora da prisão os serviços de saúde são limitados, sugerindo que a prisão seja o melhor lugar para as mulheres submeter-se a tratamento. Ao mesmo tempo, ressalta o alto risco a que esta população está exposta, estando encarceradas e realizando relações sexuais com pressa, às escondidas e, geralmente, sem a prática do sexo seguro.

A Tabela 1 apresenta a prevalência de HIV em mulheres de presídios no Brasil e em outros países, segundo os dados apresentados por diferentes pesquisadores, a partir de uma revisão feita no PUBMED e LILACS (2005).

Tabela 1. Prevalência do HIV na população feminina, em presídios no exterior e no Brasil.

| Autores | n | local | % |
|---------------------------|------|-----------------------|------|
| Smith et al., 1991 | 480 | Nova York/EUA | 18,8 |
| Dixon et al., 1993 | 520 | Rhode Island/EUA | 12,0 |
| Ford et al., 1995 | 130 | Ontário/Canadá | 0,9 |
| Vaz et al., 1995 | 54 | Moçambique | 0,0 |
| Kassira et al., 2001 | 888 | Maryland/EUA | 5,0 |
| De Ravello et al. 2005 | 3636 | Geórgia/EUA | 4,0 |
| Queiroz 1987 | 284 | São Paulo/Brasil | 18,3 |
| De Paula 1989-90 | 334 | São Paulo/Brasil | 28,1 |
| Nappo, 1990 | 600 | São Paulo/Brasil | 20,0 |
| Ferreira et al. 1996 | 350 | São Paulo/Brasil | 25,0 |
| Miranda et al. 2000 | 122 | Espírito Santo/Brasil | 9,9 |
| Lopes et al. 2001 | 262 | São Paulo/Brasil | 14,5 |
| Strazza et al. 2004 | 290 | São Paulo/Brasil | 13,9 |

Fonte: Banco de dados PUBMED e LILACS (2005)

Estes diferentes estudos mundiais em presídios femininos revelam desde uma prevalência zero em Moçambique (1995) até índices elevados de 18,8% em Nova York (1991). E no Brasil, variando entre 9,9% no Espírito Santo (2000) e 28,1% em São Paulo (1989-90). Dados mais recentes ainda confirmam a alta prevalência de infecção pelo vírus HIV em presídios femininos, de 14,5% (2001) e 13,9% (2004) em São Paulo.

As Nações Unidas reconhecem como fatores potencializadores da vulnerabilidade: as desigualdades econômicas, raciais, étnicas, de gerações e de gênero, entre outras, que, atuando de forma isolada ou agrupada, favorecem a infecção pelo HIV, a instalação e a evolução do quadro atual de AIDS (UNGASS, 2005). Deve ser considerado que, a identificação dos fatores que favorecem a propagação da doença no ambiente prisional pode servir de subsídios para as ações preventivas e o desenvolvimento de estratégias de prevenção em mulheres detentas, gerando um espaço favorável à reflexão sobre a doença e a possibilidade de redução destes índices elevados.

1.1 MULHERES E VULNERABILIDADE AO VIRUS HIV/AIDS

A discussão sobre vulnerabilidade no universo do HIV/AIDS em homens e mulheres é recente, pois até então o tema era tratado como um problema de saúde de grupos considerados de risco. Estudos atuais já identificaram que a dinâmica da disseminação do vírus HIV/AIDS tem sido desigual junto aos grupos vulneráveis da população e está diretamente relacionada ao comportamento e ao ambiente de risco.

A Conferencia de Durban (2001), identificou estes grupos como “*grupos vulneráveis ao racismo, à discriminação racial/étnica, à xenofobia e à intolerância correlata que dificulta seu acesso aos serviços de saúde e à medicação*”. E, neste quadro estão colocadas às desigualdades de classe, gênero¹ e de raça/etnia como responsáveis pelo processo de pauperização, feminização, enegrecimento e interiorização da epidemia no Brasil (UNIFEM e RFS, 2003).

Hoje é crescente a incidência do número de casos entre mulheres, já consideradas como um segmento de grande vulnerabilidade ao vírus HIV/AIDS. Esta realidade nos leva a tratar este assunto observando outros aspectos tais como, os culturais, os psicossociais e os ambientais, principalmente quando se trata da população carcerária. Considerando a situação das mulheres, e no caso HIV/AIDS, constata-se que é mais uma dimensão de suas vidas, até agora invisibilizada, tratada por Guilhem (2005) como a vulnerabilidade histórica das mulheres, vinculada a questões sócio-culturais e que ainda persiste em quase todas as culturas e sociedades, variando conforme o contexto analisado.

Outra dimensão, que deve ser observada ao tratar a saúde das mulheres é a dimensão sócio-econômica, através da qual identificamos a constante feminização da pobreza, resultado de sua inserção desigual no mercado de trabalho e das oportunidades reduzidas de acesso a bens e serviços públicos. Hoje, 28% das trabalhadoras recebem até meio salário mínimo segundo dados da SNIG-BR (2006) e, em decorrência disso, vivem em condições precárias de vida e em ambientes que não favorecem a saúde humana afetando sua capacidade de tomar decisões sobre suas vidas, com reduzidas possibilidades de estabelecer relações de igualdade, em parceria afetiva e sexual, com seus companheiros e no âmbito da família (Sarti, 2004).

¹ O conceito de *gênero* leva à compreensão da construção social e cultural, implicando no entendimento de que o feminino e o masculino não são fatos naturais ou biológicos, mas construções sócio-culturais, modificados ao longo dos anos. Sob uma *perspectiva de gênero*, considera-se, portanto, as desigualdades inscritas nas diferenças e nas relações de poder entre os homens e as mulheres. O mecanismo mais importante na exclusão social das mulheres é a subordinação ao homem, e suas conseqüências mais graves aparecem quando à condição de subordinada, soma-se a de pobre. (Guimarães, 2005).

Esta é uma realidade que pode ser entendida, principalmente pela situação histórica de desigualdade nas relações de gênero, própria da sociedade patriarcal², que subalterniza as mulheres, constituindo, ao lado das questões econômicas, em fator potencializador das vulnerabilidades que favorecem a infecção por HIV, a instalação e a evolução do quadro de AIDS, reconhecida desde 2001, na Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas sobre HIV/AIDS - UNGASS. Esta vulnerabilidade está identificada na dificuldade que as mulheres tem, em decorrência também de fatores culturais, de adotarem um comportamento sexual negociado com seus parceiros que as proteja de DSTs, além da pouca informação e orientação sobre a sua sexualidade e saúde principalmente no que se refere à sua vida sexual e reprodutiva.

Considerando o aspecto sócio-cultural, a desigualdade de gênero tem suas raízes na diferença sexual de homens e mulheres, e está sustentada por uma construção cultural dos papéis sexuais/sociais, onde a mulher ocupa posição de inferioridade /subalternidade e é a única responsável pelos cuidados da família e pelo espaço doméstico na sociedade. Configura-se pela incorporação de valores sociais que a condicionam psicológica e emocionalmente a cumprir estes papéis, gerando sobrecarga de trabalho e poucas possibilidades de redirecionarem suas condutas e as suas condições de vida pois são discriminadas, desvalorizadas em seu trabalho e desconsideradas em questões que se referem à sua própria vida e a sua própria sexualidade (Agacinski, 1998)

Assim, a situação de saúde das mulheres se configura neste contexto sócio-cultural que a sociedade molda as relações de gênero e poder e, nestas relações o comportamento das mulheres é permeado pela insegurança e confrontado emocionalmente com seus parceiros, onde na maioria das vezes, sobrepõe a vontade de quem tem mais poder. Desta mesma forma, nas relações afetivas e nas referentes à sua sexualidade, as mulheres de todas as idades, acabam adotando comportamentos de risco quando se trata de sua sexualidade, tendo como fio condutor os sentimentos de medo e de culpa, reflexo daqueles condicionantes que determinam seu papel social como companheiras, esposas e mães e, entre as jovens ainda prevalecem às normas culturais de que a mulher tem que “ser pura e sexualmente virgem” o que dificulta o seu acesso a informações sobre sua sexualidade e medidas de prevenção e proteção à sua saúde, conforme relatado na Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a

² O conceito de patriarcado de Hartmann (1979), como um *pacto masculino para garantir a opressão das mulheres*, ancora-se na maneira dos homens terem assegurado, para si e seus dependentes, os meios necessários para a produção diária e a reprodução da vida. A dominação masculina parte do princípio que as mulheres são objeto de satisfações sexuais, reprodutoras de herdeiros, de força de trabalho e de novas reprodutoras.

Mulher (CEDAW) e a Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher em Pequim (UNIFEM, 2003).

Dados da vigilância epidemiológica divulgados pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000) comprovam que o crescimento da AIDS entre mulheres vai além das implicações apresentadas para esta epidemia. As mulheres ocupam papel relevante na sociedade quando assumem o papel agregador e de zelo dos núcleos familiares, portanto pode ocorrer uma desestruturação familiar quando acontece o esvaziamento desse papel por motivo de doença. Considere-se ainda, o papel de responsáveis pela manutenção da família, pois 25% das mulheres atualmente são chefes de família e contribuem com o sustento familiar.

Esta afirmação pode ser referendada pelo relatório sobre a Situação da População Mundial (2002) que informa: a quantidade de mulheres pobres é superior a de homens, a carga de horas trabalhadas é maior que a dos homens, mesmo não sendo considerada a atividade doméstica, além do que as mulheres têm menores condições de acesso aos serviços de saúde. A discriminação de gênero, raça e de etnia tem acentuado as desigualdades entre homens e mulheres, contribuindo para a configuração de padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte.

No caso das mulheres, a vulnerabilidade diante da ameaça das doenças oportunistas trazidas pela contaminação pelo vírus HIV ultrapassa os aspectos biológicos. Segundo Suplicy (1999), “[...] os fatores sociais e culturais têm grande peso na construção das relações de gênero”. Tanto os mitos como os tabus culturais e sociais vêm sendo transmitidos às mulheres de geração a geração. Isso faz com que elas sejam utilizadas como objeto do desejo masculino e também gera comportamentos de submissão que dificultam o diálogo com o parceiro para o uso adequado da camisinha.

Assim, no campo das relações afetivas as negociações de práticas sexuais mais seguras com seus parceiros são mais difícil ainda, pelas desigualdades de poder entre os gêneros, a dependência econômica, as necessidades de não romper com os valores sociais que a colocam como responsável pela estabilidade familiar e o medo de ser abandonada ou violentada pelo companheiro, podendo vir a ‘forçar o sexo’ sem proteção (Guilhem, 2005).

A vulnerabilidade das mulheres à infecção pelo HIV explicitados por Mann et al. (1992) pode ser entendida nas seguintes dimensões: a vulnerabilidade individual e coletiva. Considerando a sociabilidade em geral, a vulnerabilidade coletiva encontra-se subdividida nas categorias: social e programática.

A *vulnerabilidade individual e coletiva* passou então segundo, Sanches (1999), a ser o ponto central nas questões sobre a *prevenção e controle do HIV/AIDS* e vem sendo usado desde o início dos anos 90, para nortear a elaboração de ações preventivas, pois permitem uma discussão aprofundada da dimensão social e na abordagem da redução do risco.

A *vulnerabilidade individual* envolve tanto a dimensão cognitiva quanto a comportamental. Os fatores cognitivos estão relacionados com o acesso às informações necessárias sobre HIV/AIDS, Sexualidade e Rede de Serviços. Os fatores comportamentais dizem respeito às características pessoais (desenvolvimento emocional, percepção do risco e atitudes) e às habilidades pessoais (negociação de práticas seguras de sexo e saber usar o preservativo), segundo Sanches (1999). Esses comportamentos são amplamente conhecidos e refere-se a situações em que pode ocorrer a transmissão: relações sexuais sem o uso do condom/camisinha, múltiplos parceiros, compartilhamento de seringas, hemotransfusão, ou ainda a transmissão vertical. Encontram-se, segundo Guilhem (2005) diretamente relacionada aos comportamentos pessoais, tendo uma influência inequívoca sobre as possibilidades de se adquirir as infecções e adoecer.

Entretanto, no caso de superação desta vulnerabilidade, existe ainda uma distância considerável entre obter a informação e colocá-la efetivamente na prática, requerendo da pessoa uma identificação com o “*outro contagioso ou aidético clássico*”. Além disso, existe uma relação entre as atitudes e comportamentos apreendidos e efetivamente praticados e os determinantes sócio-culturais, que recolocam as mulheres em lugar de subordinação (corporal, sexual, econômica ou moral), dominada pelo poder masculino (Guilhem, 2005).

A *vulnerabilidade social* parte da premissa de que as relações em sociedade influenciam diretamente tanto na vulnerabilidade pessoal quanto na programática. A vulnerabilidade social inclui uma série de fatores de níveis e magnitudes distintos, cuja interação amplia ou reduz as possibilidades de uma pessoa se infectar com o HIV. Assim, segundo Sanches (1999), ela inclui tanto os riscos da doença quanto o impacto socioeconômico gerado pela AIDS, sofrendo influências contextuais, como relações de gênero, atitudes em relação à sexualidade, crenças e pobreza, políticas e medidas governamentais, entre outras.

Ayres (1998) afirma que a vulnerabilidade programática pode ser pautada nos diferentes programas nacionais, regionais ou locais, independente de serem desenvolvidos pelo governo ou organizações não-governamentais, que têm como objetivo promover a vigilância epidemiológica, o controle, a prevenção e a assistência relacionada a AIDS. Pode ser definida também, como um fator mediador ou redutor, que atua através dos elementos principais de

prevenção: informação e educação, serviços sociais e de saúde e não discriminação das pessoas portadoras de HIV/AIDS, assim identificados pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000).

Reproduzimos, a seguir, algumas das colocações feitas pelo Secretário Geral da ONU e divulgadas no Boletim Epidemiológico AIDS e DST em 2004:

[...] As mulheres são as mais afetadas pela pobreza, e a AIDS faz com que caiam mais facilmente na armadilha da pobreza, da qual será ainda mais difícil escapar.

As mulheres continuam enfrentando a discriminação em diversos âmbitos: desde o ambiente de trabalho até as leis que regem propriedade de terra e herança.

[...] Por que as mulheres são as mais vulneráveis à infecção? Por que isso ocorre mesmo nos lugares onde elas não são as pessoas que têm maior número de parceiros sexuais fora do casamento, nem são elas as maiores usuárias de drogas injetáveis? De maneira geral, isso se deve ao fato de as desigualdades sociais e de gênero, colocarmos em perigo, um perigo injusto e desproporcional.

Diversos fatores conspiram para que assim ocorra: a pobreza, o maltrato e a violência, a falta de informação, a coação de homens mais velhos e a postura daqueles que mantêm relações sexuais com várias mulheres e conduzem as jovens a um imenso círculo infeccioso.

Tampouco o casamento oferece sempre proteção: em alguns países gravemente afetados, as mulheres casadas têm taxas de infecção pelo HIV superiores as das mulheres solteiras que têm uma vida sexualmente ativa. (BRASIL, 2004)

Segundo Guilhem (2005), as mulheres não são vulneráveis porque são pobres ou estão excluídas socialmente, mas tornam-se mais vulneráveis ainda pelo contexto social de dominação em que vive, sendo vedado a elas o poder do questionamento direto às suas dúvidas. É preciso observar ainda, a postura desenvolvida por Diniz (2000) de questionar as palavras, muitas vezes impositivas, onde existe uma diferença clara entre os vocabulários das equipes de saúde e das mulheres, reforçando a existência da *'voz dos oprimidos e/ou a linguagem das vítimas'*. Ao pretender mostrar a proximidade do perigo existente em relação a doenças sexualmente transmissíveis, os profissionais de saúde acabam trazendo um efeito inverso ao desejado, quando ao questionar os valores que estruturam a vida das mulheres em sua dimensão mais íntima, a sexualidade. O movimento de abandonar o conforto das crenças, apesar de ser doloroso, permite um enfrentamento da realidade, tal qual ela se coloca, permitindo às mulheres a desilusão e, provavelmente uma recriação, que pode ter um significado de sobrevivência.

Portanto, se o objetivo é enfrentar de fato o problema da disseminação do HIV/AIDS entre as mulheres é necessário oportunizar o diálogo entre mulheres e homens, onde a *cegueira voluntária* seria gradualmente substituída pela curiosidade presente no *olhar e no falar*, trazendo assim a dúvida para a reflexão dentro do cenário possível. *Falar* traz uma possibilidade que, as informações e conhecimentos adquiridos possam servir de base para a mudança de

comportamento, proporcionando o encontro com a crueldade do real e enxergar de fato o lugar que ocupam no mundo: o lugar da submissão física, moral, histórica e categórica (Rosset, 1993).

Godin (1991) descreve a teoria explicativa da adoção de determinados comportamentos, segundo o modelo das “*crenças sobre a saúde*” de Becker (Health Belief Model), onde ocorrem as práticas preventivas entre os indivíduos e sua propensão a mudanças de comportamento em quatro níveis: 1) Percepção de susceptibilidade – pode estar mais vulnerável à doença; 2) Percepção de Gravidade – as conseqüências da doença são graves; 3) Percepção de benefício – a adoção de medidas preventivas traz benefícios que são efetivos; 4) Percepção de barreiras – os benefícios gerados suplantam os inconvenientes envolvidos na adoção dessas práticas.

Nos termos deste modelo, aqueles indivíduos que acreditam ser a AIDS uma doença grave e não curável, com uma grande possibilidade de vir a afetá-los, estariam mais propensos a aceitar as práticas preventivas. Há, no entanto, a necessidade de serem consideradas outras variáveis, relacionadas com os custos e outros inconvenientes, envolvidos na adoção dessas práticas.

Segundo Toscano e Goldenberg (1992) a chegada desta epidemia trouxe também o repensar e a busca de novas formas de relacionamento entre os pares, onde seus efeitos culturais poderão ser sentidos no decorrer dos anos. Cabe lembrar que, na cultura brasileira, a responsabilidade pela anticoncepção sempre foi atribuída à mulher, mesmo existindo métodos masculinos que trazem menor prejuízo à saúde, além do que ainda é grande o número de homens e mulheres que resistem ao uso da camisinha, alegando a diminuição do próprio prazer.

Por outro lado, abordando sob a ótica da sexualidade, cabe observar sua intrínseca relação com os aspectos culturais da sociedade, que afetam as mulheres de formas diferenciadas. Segundo Ganon (1990), o estudo dos roteiros em sexualidade envolve três níveis de análise. O primeiro é o *cenário cultural*, constituído a partir de cenas apresentadas pela mídia e pelas tradições da comunidade, e leva os indivíduos a assumir padrões de comportamento sexual mais típico, trazendo as instruções para as condutas sexuais que estão embutidas na narrativa cultural. O segundo é a *conduta interpessoal*, ou seja, o padrão estruturado de interação nas quais os indivíduos se engajam e contém estratégias de influência mútuas. O terceiro, intrapsíquico, é o *mapa dos motivos e razões subjacentes* ao comportamento sexual de um indivíduo, no qual se encontram os planos e as fantasias que os guiam e refletem em sua conduta presente e futura.

Para uma melhor compreensão desses aspectos intrapsíquicos tem-se os modelos psicanalíticos, que foram desenvolvidos bem antes da AIDS ser identificada como uma

epidemia, mas, trazem o entendimento de comportamentos que podem colaborar no controle desta epidemia e, podem oferecer embasamento para a implementação de estratégias de prevenção, conforme citado por Sanches (1999): *“o ponto central e comum a todas as abordagens sobre o comportamento é a crença na importância do aprendizado, na formação e mudança de aspectos importantes, em relação às questões referentes à conduta”*.

Na análise da relação entre a vulnerabilidade individual e as mudanças de comportamento humano, podemos recorrer a este campo da psicologia, onde a Psicanálise pode ser um importante ponto de partida na compreensão dos motivos que movem as ações das pessoas. Em primeiro lugar, os estudos enfatizam a relevância dos impulsos inconscientes e das defesas contra eles, além dos determinantes conscientes. Sob o ponto de vista freudiano, os processos emocionais desenvolvidos na primeira infância são, em grande parte, os responsáveis por estados emocionais e comportamentos da vida adulta. O inconsciente, sob a influência moral do ambiente, guarda, por toda a vida, as tendências infantis reprimidas e todo o material psíquico que existe no limiar da consciência (Freud, 1926/76). Em segundo lugar, tem que ser considerada a questão do desejo, onde o ser humano é movido para buscar outras pessoas, situações, modos de relacionamento, estilos de vida, trabalho, ocupações e outras coisas, segundo Turato (2003).

A AIDS, enquanto epidemia proporcionou ainda a metáforização da moléstia, onde estar contaminado significaria estar doente, embora esteja difundido o conceito clínico de ser portador do vírus e assintomático. Sontag (1978/89) adverte sobre os *“futuros doentes”* que: *“se tudo aquilo que desordena uma faculdade e sua função é uma doença, a condição clínica de portador leva as pessoas a serem consideradas doentes antes de adoecerem e acontece uma espécie de morte social que precede a morte física”*. Em suma, *“as doenças que causam mais terror são as consideradas não apenas letais, mas também desumanizadoras – no sentido literal do termo”*. Para interpretar estas significações ligadas à saúde ou à doença, tem-se também que:

Os antiquíssimos projetos, aparentemente inexoráveis, por meio do qual as doenças adquirem significado (uma vez que passam a representar os temores mais profundos) e estigmatizam suas vítimas é sempre algo que vale a pena contestar, e sem dúvida parece ter menos credibilidade no mundo moderno... (Sontag, 1978-1989:110).

As marcas no rosto deixadas pela AIDS mostram uma imagem de mutação e, de uma dissolução progressiva, onde o conceito de pessoa e de sua dignidade depende da separação entre rosto e corpo, segundo Sontag (1978/89). Outra metáforização mostrada pela doença estaria em não assumirmos como própria de si mesmo e, sim fazendo uma ligação entre o

imaginário da doença e o do estrangeiro, encontrando suas raízes no conceito de errado. A exploração moralista da epidemia, como uma peste, ocorre pela doença ser transmitida pelo contato sexual, não podendo mais este ser encarado como uma simples relação a dois e, sim como uma cadeia, vinda do passado e que ameaça o futuro. Sontag (1978/89) ressaltou ainda que, a AIDS não dá margem a idealizações românticas, talvez por ter uma associação entre doença e morte demasiadamente forte, onde a vergonha encontra-se associada à atribuição da culpa, trazendo o questionamento individual de porque isto aconteceu e, gerando o conflito interno.

Há de se considerar ainda que, o comportamento estigmatizado que leva à AIDS é encarado como uma fraqueza: “*é irresponsabilidade, delinqüência – o doente é viciado em substâncias ilegais, ou sua sexualidade é considerada divergente*”, nas palavras de Sontag (1978/89). Acreditando que, mais cedo ou mais tarde, todos os infectados com o vírus poderão desenvolver a síndrome, fica subtendido que apenas por uma questão de tempo virá à condenação à morte, segundo Turato (2003), sendo culturalmente entendido que a presença do vírus detectada no exame preventivo já estabelece um sinal que a pessoa está doente.

De acordo com Kübler-Ross (1969/98), deve-se buscar compreender que os indivíduos doentes (ou em fase terminal) são marcados por ansiedades, agonias, temores, frustrações e esperanças. É entender ainda que, a pessoa em grave situação ou trauma/ruptura mostra-se mais fragilizada e, pode passar por cinco estágios: *negação* acompanhada de isolamento, *raiva*, *barganha*, *depressão* e *aceitação*, os quais podem ocorrer em outras situações de risco de vida e também podem se estender às famílias e até mesmo a grupos de convivência com essas pessoas.

Considerando ainda, no estágio da *negação* entende-se uma reação psicológica de forma radical que dá outro significado aos sintomas, não aceitando a gravidade clínica e o prognóstico desfavorável que são próprios do problema de saúde em questão. Após este estágio, vem a *raiva*, bem como a revolta, a inveja e o ressentimento que se instalam dificultando os relacionamentos e o contato pessoal. O terceiro momento é o poder de *barganha*, de curta duração, que pode estar associado ao conteúdo psicológico de culpa. Depois poderá se instalar a *depressão*, como uma reação de quem tem consciência da irreversibilidade da grande perda havida, sendo necessário um tempo para a reorganização mental. Finalmente, segundo Kübler-Ross (1969/98), vem a *aceitação*, quando a pessoa contempla alguma expectativa de forma mais tranqüila, o que consiste praticamente em uma fuga de sentimentos.

Ferreira (1992) enfatiza outros aspectos que podem ser considerados, ao se tratar desta população de mulheres com maior vulnerabilidade a doenças infecciosas, considerando que, o medo da morte é a angústia fundamental do ser humano e, é essa a primeira a ser mobilizada

desde a expectativa de resultado do teste HIV. Ressalta ainda que, as pessoas que têm saúde, são levadas a pensar na morte associada às múltiplas perdas que a AIDS pode vir a produzir.

Para Freud (1915/76), o conflito é um componente básico do mundo interno de fantasia, ao qual são inerentes os instintos de vida e de morte. Há interesse pelas respostas de fantasia que podem preceder e dar início a um comportamento, para ir além dos fatores comportamentais e compreender as tendências subjacentes que levam ao pensar e sentir, consciente ou inconscientemente. Como nas práticas de sexo seguro, através do uso da camisinha, ocorre também a não proliferação da espécie, tem-se que considerar também que, o instinto humano tende a promover a sobrevivência, tanto própria quanto da prole. Assim, o instinto de preservação e reprodução torna-se básico e, se necessária antes de si mesmo, a proteção é derivativa para melhorar a sobrevivência da espécie.

Em suma, *“toda a batalha a serviço da vida é a expressão de uma luta incessante contra a morte”* (Money-Kyrle, 1978/96). Tem-se assim, segundo Moreno (2001) o reconhecimento de que o ser humano é dotado de forças conflitivas de vida e de morte e, de que pode e deve vencer na luta pela sobrevivência, independente de que vírus tenha, e de que atitudes, comportamentos e crenças estejam motivando o indivíduo para a vida.

Por outro lado, visando uma melhor compreensão dos comportamentos defensivos, diante das questões que envolvem a vulnerabilidade feminina, convém recorrer ao conhecimento de alguns mecanismos de defesa descritos por Anna Freud (1936/82), tais como: *repressão, negação, isolamento, compensação, dissociação, formação reativa, racionalização e sublimação*. Eles podem ocorrer agrupados para defesas específicas, quando são interpretados como estilos defensivos, e podem refletir características de diferentes tipos ou perfis de personalidade, segundo Turato (2003). Normalmente, as pessoas recorrem a estes mecanismos psicossociais adaptativos diante de situações de conflito que requerem uma solução, sendo sempre uma forma de combate emergente aos impulsos perigosos, sinalizada pelos sintomas da ansiedade (Laplanche & Pontalis, 1991), como os sentimentos que ocorrem diante da ameaça da AIDS.

Ainda, quando tratamos dos fenômenos ligados à saúde, há também o chamado processo de perdas e luto que, ante as situações de privação de algo (material, moral ou ideal), faz o indivíduo desligar-se progressivamente do objeto perdido (Turato, 2003). As situações de distanciamento afetivo, vividas pelas detentas nos presídios brasileiros, segundo o relatório Human Right White (1998), acarretam uma pressão e perda de contato com os laços familiares e as amizades, com efeito adverso sobre o bem-estar psicológico das detentas, prejudicando inclusive uma futura readaptação ao convívio em sociedade. Estas considerações são

importantes para que o sistema prisional não aumente ainda mais o isolamento das detentas, além do que já é inerente ao próprio encarceramento.

O Quadro 1, adaptado de Turato (2003) para este contexto, elucida os seguintes conceitos básicos colhidos da teoria psicanalítica.

Quadro 1 – Conceitos básicos da teoria psicanalítica

| Conceitos | Definição |
|-----------------------------|--|
| Inconsciente | Atos psíquicos frequentes somente explicáveis pela pressuposição de outros, para os quais a consciência não oferece provas. |
| Desejo | Elemento que busca satisfação constituindo-se numa força intensa que move continuamente a pessoa para atingir seu alvo. |
| Mecanismos de defesa do ego | O ego faz uso de diversos procedimentos para desempenhar sua tarefa de evitar o perigo, a ansiedade e o desprazer. |
| Ganho Secundário | O instinto de autopreservação aproveita-se de todas as situações, com o ego transformando até doenças em vantagens para si. |
| Perdas e Luto | Luto como reação à perda de um ente querido ou de algo que haja sido motivo de muito investimento, como sua terra, sua liberdade, seu ideal, sua saúde e outros. |

Fonte: Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa (TURATO, 2003, p. 480).

Outro conceito apresentado pela psicanálise é o do *ganho secundário*, que mobiliza a indignação ou raiva naqueles que o observam em outra pessoa, mas trata-se de instinto de autopreservação, dos que buscam tirar vantagens das situações de vida, mesmo daquelas adversas.

Conforme explicita Money-Kyrle (1978/96), o organismo humano encontra-se estruturado de forma a reagir aos estímulos primários de *agressões e necessidades* até que estes sejam removidos. Um corte ou queimadura, por exemplo, são agressões e a fome ou a sexualidade são necessidades. Há ainda dois estímulos secundários: as *ameaças* (por exemplo, a ameaça de queimadura diante do fogo) e os *meios* (por exemplo, a visualização de alimento numa situação de fome). Esses estímulos, portanto, são provocadores de reações naturais como *remoção, evitação e procura*, ou seja, cada estímulo percebido gera uma resposta adequada. Inconscientemente, segundo Sanches (2000), a pessoa que se expõe ao vírus ou que tenha a fantasia da infecção, não somente faz um movimento autodestrutivo, movido pela culpa, mas também pode estar procurando aspectos de sua sexualidade e agressividade aprisionados até então. Assim, tornar-se doente (no sentido concreto ou na fantasia) pode ser uma forma de ser reconhecido, acolhido na dor e na verdade, em uma busca contínua de ser cuidado.

Neste sentido, para Goulart (1992), a existência cotidiana adquire relevo e nela destaca as seguintes categorias: vida presente, relação face-a-face entre os atores sociais, distinção entre a experiência e conhecimento e valorização do senso comum. Assim, a relação entre a vida material e o mundo das idéias se dá dialeticamente, ou seja, os homens são determinados pelas

circunstâncias, mas igualmente as determinam (Minayo, 1992). Segundo Bárbara (2005), uma vez que as representações e práticas encontram-se interligadas, determinam não somente os comportamentos distintos como as atitudes específicas diante da questão, dependendo do sentido que a pessoa atribui à AIDS para escolher ou não às práticas de prevenção e redução de danos.

As atitudes envolvem o que as pessoas pensam, sentem e como gostariam de agir em relação à determinada situação ou objeto, podendo ser uma relação coerente ou incoerente nas atitudes e em seus comportamentos expressos, segundo Rodrigues (2000). Assim, as atitudes permeiam as representações sociais e estas determinam as condutas desejáveis ou permitidas, fazendo com que a compreensão destes aspectos possa proporcionar o acesso às justificativas utilizadas para orientar os julgamentos das pessoas acerca do mundo (Moscovici, 1976).

Essa visão coletiva em que a representação social pode ser vista como um processo público de elaboração, difusão e mudanças do comportamento compartilhado no discurso cotidiano dos grupos sociais pode facilitar a compreensão do comportamento humano e o modo como os atores sociais se agrupam. Ainda, segundo Moscovici (2003), devem ser então considerados os afetos, as condutas, a organização, a sistematização de como são compartilhadas as crenças, atitudes, valores e perspectivas futuras.

Assim, segundo Castanha (2004), “*a representação social da AIDS, que faz parte do cotidiano social, recebe significados de acordo com os grupos de pertença e no qual se encontram inseridos*”. Esses significados são resultantes da interação entre o senso comum e o conhecimento existente, com troca de influências e resultando em significados diferentes, que aparecem nos meios de comunicação formais e informais. Estes conceitos têm sido úteis na complexa problemática da AIDS, onde a construção de imagens e atitudes é estudada e as representações sociais da epidemia mostram como os grupos agem diante desta e das formas de prevenção (Camargo & Barbará, 2004), levando em consideração o conhecimento do senso comum, ou seja, um conhecimento prático, socialmente elaborado e compartilhado no grupo social a que pertence.

Lisboa (2003) afirma ser fundamental que as mulheres detenham uma adequada percepção dos riscos, que recebam todas as informações sobre prevenção às DST/HIV/AIDS, mas a decisão individual, de preservar-se em todas as ocasiões, com todo e qualquer parceiro, é extremamente pessoal e íntima. Parece ser algo que vai além deste conjunto de fatores apresentados, estando diretamente ligados com a consciência de si e do outro, sua importância e valor no contexto vivido e, depende diretamente do investimento de cada mulher a favor do

autocuidado. Entretanto, cabe aos profissionais de saúde a manutenção da escuta atenta e respeitosa às demandas destas mulheres, valorizando o saber coletivo e estando sempre compreensivos às diferenças, que, afinal, representam à pluralidade desta população.

O desafio para as ações na área de saúde, poderá continuar a ser uma abordagem coletiva do ser humano exposto ao vírus da AIDS, mas segundo Moreno (2001), deve ao mesmo tempo, contemplar uma maior compreensão da dinâmica do funcionamento psíquico, internalizado e particular em cada indivíduo, que através dos seus mecanismos de aceitação ou rejeição, pode lhes conferir a imunidade ou, pelo contrário, a vulnerabilidade individual.

1.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E SUA INFLUÊNCIA NO SISTEMA PRISIONAL

Segundo a Constituição da República Federativa do Brasil (1988), todo cidadão e cidadã brasileiros têm direitos e obrigações garantidos no Art. 6º, conforme a redação dada pela Emenda Constitucional nº 26, de 14 de fevereiro de 2000: “São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”.

Além dos princípios Constitucionais, o Brasil é signatário de Conferências Internacionais que tratam das questões referentes a Direitos Humanos, bem como de Direitos Reprodutivos e Sexuais, cujas premissas devem ser respeitadas e implementadas. É importante ressaltar ainda que, todas as normas e práticas admitidas neste país estejam de acordo com os protocolos internacionais, com a Constituição Brasileira e com a própria Lei de Execução Penal. Isto significa seguir princípios mais humanistas, da normalidade, da abertura e da transparência, abordados pelo Presidente da Comissão de Direitos Humanos no Brasil (2000).

O Estado Brasileiro, na implementação destes acordos, convocou a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, através da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM), realizada em Brasília, em julho de 2004, que serviu de referência para a elaboração do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), representando uma contribuição significativa no campo dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos no Brasil. O documento propõe 198 ações voltadas para as mulheres e está dividido em cinco capítulos: trabalho, educação, saúde, combate à violência e monitoramento da aplicação das políticas previstas.

Conforme relata o PNPM (2004), as desigualdades sociais, econômicas e culturais são determinantes no processo de saúde-doença das populações e de cada pessoa em particular. As populações que estão mais expostas a precárias condições de vida são mais vulneráveis e podem viver menos.

Essa I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (2004), enfatizou a necessidade de considerar as relações desiguais existentes na sociedade para a implementação de políticas em nível mais macro. Os frutos do desenvolvimento econômico são apropriados de forma diferenciada por homens e mulheres e por negros e brancos, e o orçamento público não é neutro em relação a essa realidade. Enquanto não se considerar as desigualdades no planejamento e orçamento das ações governamentais, estas ações continuarão contribuindo para reforçar o fosso existente entre homens e mulheres e entre negros e brancos.

O PNPM (2004) apontou os dados relacionados com a realidade das mulheres brasileiras e destacou a situação da saúde dessas mulheres, além de definir neste documento uma longa lista de metas e projetos, a serem desenvolvidos em parceria com instituições públicas. Considerando a transversalidade de gênero, o principal parceiro da Secretaria Especial de Política para as Mulheres (SPM) é o Ministério da Saúde, que será o responsável, por exemplo, pela meta de reduzir em 3% a incidência de AIDS neste grupo. O Ministério da Justiça entra como parceiro na meta de habilitar 35% dos presídios femininos com o programa de Atenção Integral à Saúde das presidiárias. É de conhecimento geral a influência desigual dos grupos vulneráveis para o crescimento da AIDS na população, como no caso dos presídios brasileiros. O Brasil continua mantendo a posição de epidemia concentrada, com uma baixa reprodução potencial, sabendo que as intervenções em grupos de alto risco podem reduzir significativamente a incidência e prevalência do HIV.

De acordo com pesquisa relatada pela Human Rights Watch (1998), a respeito das condições existentes em presídios brasileiros, sabe-se que os presos são normalmente forçados a permanecer em terríveis condições de vida nas casas de detenção, cadeias e delegacias do país. A maior parte dos estabelecimentos penais brasileiros conta com uma estrutura física deteriorada, alguns de forma bastante grave. Assim, estes muitos presos dependem do apoio de suas famílias ou de outros fora dos presídios. A luta por espaço e a falta de provisão básica por parte das autoridades levam à exploração dos presos por eles mesmos; logo, um preso sem dinheiro ou apoio familiar torna-se vítima dos outros presos.

Alguns aspectos têm sido melhorados, pois o Ministério da Saúde (1998) financia, em alguns estados, medidas preventivas nos presídios. Entre esses esforços interessantes, o Ministério da Saúde apóia a publicação de um jornal sobre o vírus HIV, escrito e editado no Presídio Central de Porto Alegre, que é distribuído à população carcerária. Além de abordar sexo, drogas e prevenção contra contaminação pelo HIV de forma aberta e franca, o jornal serve como um fórum para que os presos expressem suas opiniões sobre os problemas e abusos ocorridos nos estabelecimentos prisionais.

Defende, ainda, várias medidas preventivas adicionais que incluem a criação e a distribuição aos presos de materiais educacionais. Nestes devem ser descritas as formas de prevenção e de treinamento de enfermeiros e outros trabalhadores dos presídios. Portanto, as autoridades judiciais e de saúde reconheceram a seriedade da contaminação epidêmica do vírus HIV entre a população carcerária. Elas enfatizam que o constante fluxo de presos que deixam o sistema prisional facilita a contaminação da população em geral pelo vírus HIV. Segundo estimativas, todo ano cerca de 12 mil presos portadores do HIV são libertados, tornando-se

focos de propagação da doença, conforme o relatório da Human Rights Watch (1998). Este relatório informa ainda que, o Estado do Rio de Janeiro oferece melhor assistência médica que a maioria dos sistemas prisionais estaduais do Brasil. São sete hospitais penitenciários, inclusive um para doentes com AIDS, onde os pacientes recebem medicamentos e tratamentos modernos, de eficácia comprovada na contenção do avanço da doença. Esses medicamentos também estão disponíveis no Sanatório do Hospital Central do Sistema Penitenciário de São Paulo. No entanto, o pequeno número de leitos nesse estabelecimento limita seu uso a uma minúscula fração do número total de presos com AIDS, segundo Human Rights Watch (1998). Assim, os preservativos têm sido distribuídos em alguns presídios como medida preventiva contra a contaminação pelo vírus HIV.

O Plano Nacional destaca também, no capítulo reservado à saúde da mulher e entre os resultados esperados: implantação em 100% das unidades previdenciárias de ações para diagnóstico e tratamento das DSTs/AIDS, assistência à anticoncepção, assistência ao pré-natal de baixo e alto risco, imunização de gestantes, assistência ao puerpério, ações educativas sobre pré-natal, parto e doenças sexualmente transmissíveis, entre outros. Especificamente em relação às DSTs/HIV/AIDS, temos que 100% das pessoas presas devem ser orientadas sobre estas doenças no momento da entrada, que sejam oferecidos exames clínicos, diagnósticos com análise da história de risco, de manifestação clínica associada e da presença de infecções oportunistas, tratamento segundo a abordagem sindrômica, que se faça a distribuição de preservativos para todas as pessoas presas e a oferta de *kit* de redução de danos segundo a demanda (PNSSP,2003). A política brasileira para a AIDS inclui esta prevenção e o tratamento gratuitos, sendo os direitos das populações mais vulneráveis garantidos na legislação nacional, onde incluir no sistema de saúde as mulheres brasileiras que cumprem pena é cumprir um direito previsto na Constituição.

Em relação aos países circunvizinhos, em pesquisas desenvolvidas de agosto de 2000 a maio de 2001, com o objetivo de fazer um diagnóstico sobre a situação dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos em catorze países, onde o tema HIV/AIDS aparece nas políticas públicas associado às medidas de prevenção e assistência das infecções de transmissão sexual. São os casos do México, Argentina, Panamá, El salvador, Colômbia e Peru. Alguns países (Honduras, Panamá, Paraguai, Uruguai, Chile e El Salvador) têm projetos e programas nacionais mais específicos, sendo que na Colômbia e El Salvador foram incorporados nos projetos integrais sobre saúde reprodutiva. Estes projetos pretendem ter impacto geral, com a proposta de realização de campanhas públicas de informação e sensibilização sobre a doença e formas de prevenção, assim como relacionados com a educação sexual. Alguns países

continuam focalizando os grupos de alto risco (homossexuais, prostitutas/os, crianças de rua, dependentes de droga, população penal), apesar dos índices de crescimento da AIDS indicarem a relação heterossexual como principal categoria de transmissão. O acesso ao atendimento da doença é dificultado pelas barreiras econômicas (alto custo dos medicamentos) e os seguros de saúde privados não proporcionam a cobertura devida e, somente alguns sistemas públicos, como os da Argentina e do Brasil, oferecem a assistência totalmente subsidiada pelo governo (Sotelo & Bidegaray, 2003).

Essa foi uma grande conquista, com a Lei 9.313, de 13 de novembro de 1996, o acesso universal aos medicamentos para o tratamento da AIDS tornou-se um direito legal dos pacientes brasileiros. Constata-se, também, um grande avanço tecnológico, marcado principalmente, pela quantificação da carga viral e pelo tratamento com drogas associadas. As pessoas estão vivendo mais em decorrência da implementação dos novos tratamentos com drogas de última geração, com universalidade de cobertura no Brasil, fazendo com que assim, a morte não necessite mais ser anunciada junto com o diagnóstico HIV positivo (Coordenação Nacional da DST/AIDS, 2000). Estes fatores vêm contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem com o HIV com a garantia de tratamento com os medicamentos antiretrovirais, o que reduz significativamente as doenças oportunistas, internações hospitalares e a transmissão vertical, segundo o Ministério da Saúde (1998).

No Brasil, foram considerados como prioritários pelo Ministério da Saúde (1998) os projetos de serviços de testagem, aconselhamento e informação ao público em geral, bem como aqueles dirigidos a segmentos populacionais em situação de risco e vulnerabilidade. Desde então, ficaram estabelecidas as intervenções em populações específicas, inclusive a feminina. Neste contexto, seriam apoiadas ações de prevenção objetivando reverter o cenário da epidemia, diminuir a infecção pelo HIV nas mulheres, disponibilizar preservativos, fazer diagnóstico, oferecer assistência integral às mulheres que vivem com HIV/AIDS e garantir o aconselhamento e o suporte social.

Como consequência dos programas instituídos e para atender às questões enfocadas anteriormente, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP, 2003) estabelece como uma das principais ações, em relação às pessoas presas, a garantia de acesso a todos os níveis de atenção à saúde, uma vez que, reconhecidamente, os problemas de saúde decorrentes das condições de confinamento não têm sido objetos das ações de saúde de forma integral e efetiva. Portanto, foi importante a implementação de uma política pública de inclusão social que atentasse para a promoção dos direitos humanos das pessoas privadas de liberdade. Cabe agora

uma reorientação do modelo assistencial, visando atender às carências desta população, dentro da lógica e dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

No entanto, em se tratando dos estabelecimentos penais brasileiros, um dos aspectos positivos é que existem as políticas de visitação, permitindo aos presos às visitas de familiares, amigos e até mesmo visitas conjugais. Além disso, preservativos são distribuídos em alguns presídios como medida preventiva contra a contaminação pelo vírus HIV em dias de visitação, conforme o relatório da Human Rights Watch (1998). Portanto, cabe investigar formas de conservar esta prática de visitas, uma vez que ela é um direito sexual dos detentos e suas mulheres. O grave problema é que sem uma assistência médica garantida e sem uma medicação adequada, dependendo dos familiares para os suprimentos básicos e de medicamentos, várias doenças infecto-contagiosas como tuberculose e AIDS atingiram níveis epidêmicos entre a população carcerária brasileira.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar o perfil sociodemográfico e comportamental, com os fatores determinantes da vulnerabilidade à infecção pelo vírus HIV em mulheres reclusas, cujos parceiros sexuais são detentos da Agência Goiana do Sistema Prisional.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.1.1 Traçar as condições econômicas, sociais e familiares, de mulheres reclusas cujos companheiros são detentos.

2.1.2 Identificar a prevalência de HIV por meio de testes sorológicos na população em estudo.

2.1.3 Identificar o comportamento sexual e a influência da história de vida na vulnerabilidade à infecção pelo HIV da população em estudo.

2.1.4 Indicar ações que possam promover a redução da vulnerabilidade à infecção pelo HIV, em mulheres detentas, na Agência Goiana do Sistema Prisional.

3 CASUÍSTICA E METODOLOGIA

3.1 CASUÍSTICA

Esta pesquisa foi desenvolvida com mulheres detentas da Agência Goiana do Sistema Prisional, situada na BR 153 Km 611, em Aparecida de Goiânia, no Estado de Goiás. Inicialmente, 117 mulheres detentas foram cadastradas e submetidas, voluntariamente, à coleta de sangue para triagem sorológica de anticorpos anti-HIV, no mês de dezembro de 2005. Destas, foram selecionadas 48 detentas, por terem declarado serem companheiras de detentos neste mesmo sistema prisional. Estas detentas encontravam-se distribuídas em duas alas: 19 na Casa de Prisão Provisória (CPP) e 29 no Centro de Inserção Social Consuelo Nasser (CIS).

Em uma segunda etapa, no período de janeiro a abril de 2006, somente 35 mulheres preencheram o formulário de levantamento sociodemográfico, sendo 11 detentas da CPP e 24 detentas do CIS, visto que, 11 mulheres haviam sido libertadas, 1 se recusou a continuar na pesquisa e 1 afastou-se por razões desconhecidas.

Posteriormente, foram realizadas 12 entrevistas, com duração média de 60 minutos no período de janeiro a abril de 2006, utilizando-se o método por saturação. Assim, foram entrevistadas tantas mulheres até que as informações coletadas fossem se tornando repetitivas e os dados foram considerados suficientes para a análise qualitativa.

As informações foram organizadas e analisadas, a partir das variáveis selecionadas de faixa etária, soropositividade e local de detenção, sendo efetuada a leitura reflexiva e o respectivo cruzamento, para a análise final das informações quantitativas e qualitativas.

Houve a concordância voluntária na pesquisa, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Católica de Goiás (COEP/UCG), sob o Protocolo nº 103/04.

3.2 TRIAGEM SOROLÓGICA

A triagem sorológica de anticorpos anti-HIV seguiu o fluxograma do Ministério da Saúde, regulamentado pela portaria n. 59/GM/MS de 28 de janeiro de 2003. Inicialmente, todas as amostras de mulheres reclusas, que possuíam companheiro detento, foram testadas no Laboratório de Imunologia da Universidade Católica de Goiás, pelo Método ELISA (Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay) do tipo indireto, usando o kit 3.0, o qual detecta tanto a presença de anti-HIV-1 quanto o anti-HIV-2. Os procedimentos laboratoriais foram de acordo com o exigido pelo fabricante.

Os resultados foram lidos usando comprimento de onda de 450nm, em leitora Multiskan MS Labsystems, sendo a intensidade da cor formada diretamente proporcional à concentração de anticorpos presente na amostra. De acordo com o fabricante do kit, o limiar de reatividade (cut-off) foi calculado somando-se o valor 0,150 à densidade ótica (DO) do controle negativo. Ao valor encontrado estabelecemos um intervalo +/- 20% como margem de segurança. Amostras com valor de DO abaixo do intervalo, foram consideradas negativas. Amostras com resultados dentro do intervalo ou acima foram encaminhadas para o Laboratório de Saúde Pública Dr. Giovanni Cysneiros (LACEN), onde foram realizados exames confirmatórios.

3.2.1 Reação de Imunofluorescência Indireta para a detecção de Anticorpos Anti-HIV

A reação de Imunofluorescência Indireta (IFI) foi a técnica de escolha para a confirmação dos resultados que foram positivos no teste de triagem, sendo utilizado o kit diagnóstico produzido pela Bio-Manguinhos e fornecido pelo Ministério da Saúde.

Para leitura e interpretação dos resultados, foi utilizado o microscópio de fluorescência (*Zeiss Axioskop 2 Plus*). Com a objetiva de 40X foi focalizado o poço referente ao controle positivo, onde foi observada a fluorescência em 25-30% das células. Em seguida foi focalizado o poço referente ao controle negativo, cujas células não apresentavam fluorescência. As amostras testadas, por sua vez, mostraram-se fluorescentes, confirmando assim, o resultado obtido no teste de triagem, ou seja, presença de anticorpos anti-HIV.

3.3 ENTREVISTAS

Os dados qualitativos foram obtidos através de entrevistas por saturação de informações, método próprio da Antropologia, instrumento que possibilitou aprofundar as questões identificadas no formulário e entendidas como importantes para o estudo. Neste caso, segundo Morse (1994), a quantidade dos dados coletados é determinada pela saturação, isto é, devem-se entrevistar tantos sujeitos quantos forem necessários para a obtenção de respostas sobre o que se pretende investigar, uma vez que novas entrevistas seriam repetitivas e poucos conhecimentos acrescentariam.

As entrevistas foram baseadas na história de vida das detentas, a partir de um roteiro básico, garantindo um padrão para as informações coletadas. A entrevista permitiu a associação

livre de idéias, com o tema de história de vida, sendo abordado desde o nascimento, fatos mais marcantes e expectativas de vida dentro e fora do presídio.

Após a realização de 12 entrevistas consecutivas, aplicadas no Centro de Inserção Social (CIS) Consuelo Nasser, percebeu-se que estava acontecendo a repetição ou saturação de informações, o que era um indicador de que poderiam ser suspensas. Apesar das condições do presídio, o espaço das entrevistas era reservado e considerado adequado para o trabalho.

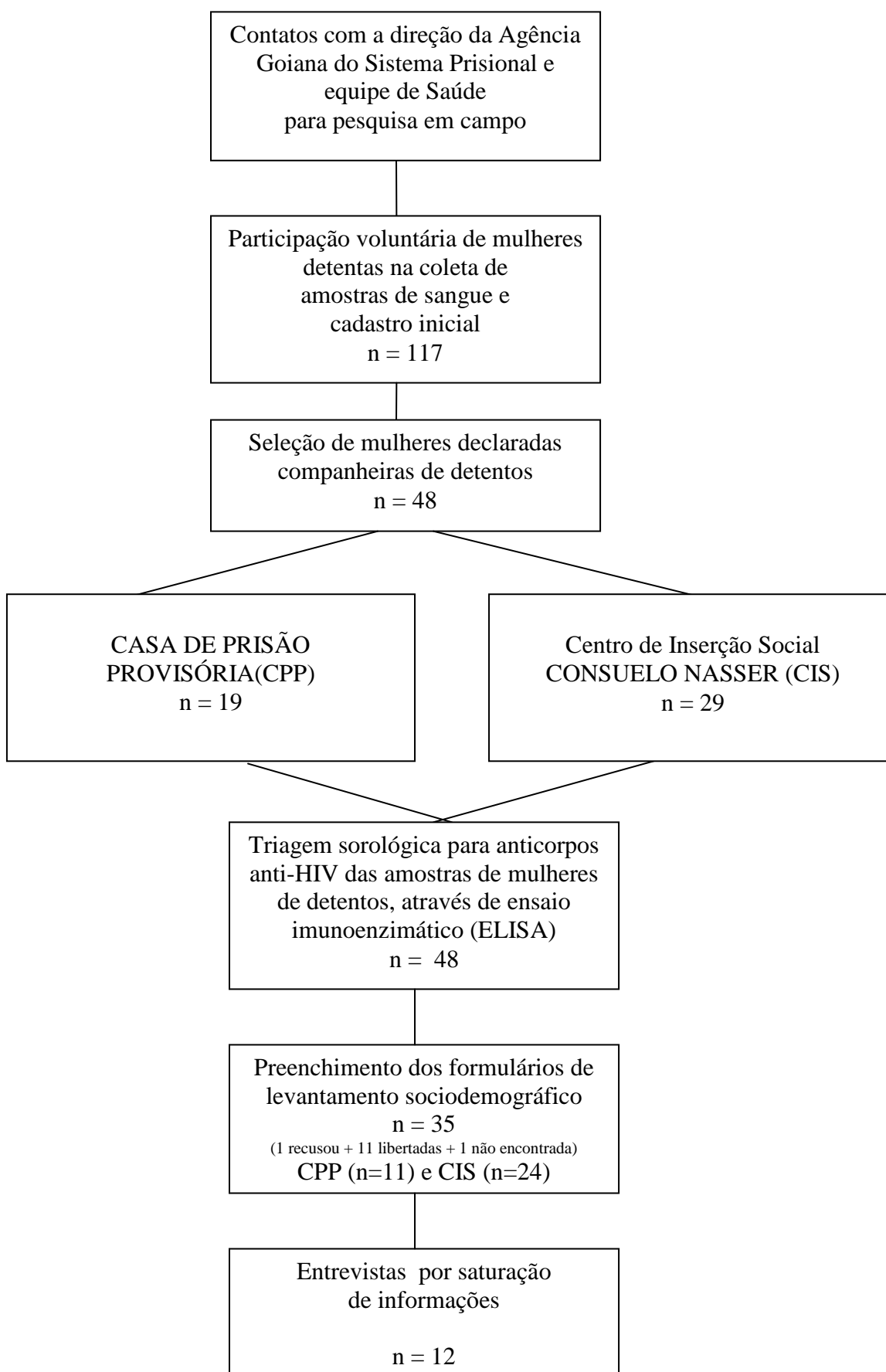
Posteriormente, foram selecionadas as variáveis pertinentes ao grupo familiar, aspectos sócio-econômicos, incluindo renda/trabalho, relações familiares e afetivas, perdas e luto, violência, envolvimento com drogas, cuidados com a saúde, atividade sexual, entre outros dados, que possibilitaram a leitura reflexiva e o cruzamento com as informações obtidas nos formulários.

Foram verificadas muitas informações convergentes, entre os coletados pelos formulários e os que aconteceram nos relatos de vida, possibilitando uma melhor compreensão dos aspectos sócio-culturais, afetivos e sexuais e, principalmente, dos determinantes da vulnerabilidade ao HIV.

3.4 TRATAMENTO DOS DADOS QUANTITATIVOS

As informações obtidas por meio dos formulários foram organizadas e tratadas estatisticamente. As análises e cruzamento dos dados foram efetuadas pelo programa Statical Package for the Social Sciences (SPSS, Monteiro, 2004). Na comparação entre os dados das alas femininas do presídio foi utilizado o Teste Exato de Fisher, com o auxílio da planilha Excel e a fórmula indicada para o cálculo.

3.5 PROTOCOLO GERAL



4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população alvo do presente estudo foram 117 detentas, sendo que destas mulheres, 48 declararam ter parceiros sexuais também detentos e foram voluntárias na primeira etapa da pesquisa. Isto representou que, 41% do total de detentas se relacionavam sexualmente com os presidiários, utilizando-se da possibilidade de visitas íntimas, permitidas semanalmente para os homens no sistema goiano prisional.

Este percentual é bastante significativo, pois é grande o contingente de mulheres presidiárias que se relacionam internamente com os detentos nos presídios goianos, estando acima dos estudos realizados em presídios no Rio de Janeiro (Soares & Ilgenfritz, 2001), onde indicam que 31% das mulheres disseram que seus maridos/companheiros se encontravam presos também, a maioria deles (57%) condenados por tráfico de drogas.

A Lei de Execução Penal, que fixa os parâmetros sobre os direitos dos internos e condenados à visitação, estabelece que a *visita íntima* seja reservada para manutenção de relações sexuais com parceiro ou parceira estável e *visitação habitual* aos demais visitantes. Acrescenta também que, cabe um pleno exercício da sexualidade aos detentos, homem ou mulher, de cônjuge ou outro parceiro, por meio de visitação periódica, em ambiente adequado e no estabelecimento prisional em que estiver recolhido, devendo ser assegurada à privacidade e a inviolabilidade (Resolução n. 01, de 30 de março de 1999).

No caso do sistema goiano, são permitidas aos homens, as visitas íntimas da sua mulher ou de sua companheira estável, cuja relação seja comprovadamente anterior à prisão ou o compromisso tenha sido firmado na detenção. As mulheres detentas alegam também, que se encontram semanalmente com os presos, pelo companheirismo ou por não terem outra opção de relacionamento sexual, e ainda, pelo desafeto existente em suas vidas. Relataram que, nessas ocasiões, seus companheiros procuram criar o espaço da melhor forma possível.

[...] porque no meu caso eu não tenho visita da rua (familiares). Eu tenho um namorado que vejo todo o dia... [referindo-se a ida e volta do trabalho no presídio]... eu estava com dois... eu estava com este, terminei e fui para o outro. Daí não terminei com ele... (DETENTA 5, CIS)

Tenho um companheiro aqui dentro, mas não é o meu marido não. Na verdade não gosto de ninguém, a vida foi tão amarga comigo que eu não consigo gostar de ninguém... Sabe aquela coisa que você não quer e sabe que é falso... somente sexo e então, para mim, não vale a pena. (DETENTA 11, CPP)

É interessante notar que os depoimentos sobre os relacionamentos na prisão são bem diversificados. As detentas reclamaram da falta de liberdade, do pouco tempo que dispõem para ficar junto e ainda de suas necessidades pessoais.

Aí eu terminei com ele, aí tenho namorado aqui... ele é preso também. O relacionamento sexual é ruim porque a gente não tem liberdade. Mas eu tento... Conversamos... nossa conversa é muito boa, mas a hora é muito pouquinha... mais a gente escreve a maioria das vezes. (DETENTA 3, CIS)

Um dos motivos alegados para a permissão de visitas para os homens é que estas amenizam as tensões entre os detentos e servem também para evitar o estupro dentro da prisão. As mulheres são usadas como instrumento de disciplina para os presos, na medida em que podem ser punidos com a sua suspensão das visitas íntimas. As mulheres, por sua vez, não podem receber seus companheiros pois também, não há áreas reservadas para as visitas conjugais. A pouca privacidade tornou-se um problema sério e, para as visitas íntimas semanais, são usadas as próprias celas onde vivem os presos, mediante negociação direta entre eles, com regalias para alguns em detrimento de outros. Fica assim, negado às detentas, o direito de manterem suas relações sexuais com liberdade de escolha e, garantir o pleno exercício da sua sexualidade.

Os fatores da criminalidade, iniciados quase sempre através de drogas, foram relatados como o principal motivo do aprisionamento de mulheres. No sistema prisional goiano, 97,1% das 35 mulheres que participaram de todas as etapas da pesquisa, afirmaram já ter tido envolvimento com drogas em algum momento da vida. Conforme o Centro de Estudos de Segurança e Cidadania (2002) o que se tem observado é um aumento do número de mulheres encarceradas por envolvimento com o tráfico de drogas, como traficantes ou usuárias. Caso semelhante foi observado no Rio de Janeiro em 2000, onde 56% das mulheres detentas cumpriam pena por este motivo na última prisão.

Foi constatado pelo Ministério da Saúde (2004), que entre os usuários de drogas, existe uma tendência de maior atividade sexual, com maior número de parceiros e com maior frequência de sexo desprotegido. Esta é uma experiência que faz parte da vida da quase totalidade das detentas, já que apenas uma das participantes não declarou envolvimento com drogas, como exposto nos relatos seguintes:

Minha vida é muito sofrida... minha mãe e meu pai usou muita droga. Até hoje eles usam muita droga. Batia na minha mãe, jogava a gente para lá e assim foi... (DETENTA 9, CIS)

Porque com o envolvimento com as drogas, me enrolei e logo conheci esse marido aqui – trazendo droga para dentro da cadeia. E arrumei outro filho, só que com essa vinda do meu filho, para mim já estava a mil maravilhas! Eu já tinha isso tudo: estudava, só que sempre do lado errado... mexendo com drogas... Aí então foi quando eu caí... caí nessa vida que nem breu... (DETENTA 2, CIS)

Meu marido ruim me levou para esse caminho... Meu marido eu conheci quando tinha 16 anos, convivo com ele até hoje. Conheci ele na rua... ‘Nois tem’ nossa casa, não é de coisa errada, tem os aluguel que ‘nois’ podem viver bem... tem nossa casinha, não tem precisão de fazer coisa errada. O ‘probema’ de fazer coisa errada é a droga...foi roubar por causa da droga.. porque para se alimentar e para vestir dá. (DETENTA 3, CIS)

Como demonstrado na Tabela 2, vale ressaltar que nenhuma detenta da Casa de Prisão Provisória (CPP) apresentou resultado positivo em relação ao teste anti-HIV, portanto, provavelmente não trouxeram esta contaminação das ruas, ou pelo menos, não foi ainda identificado, já que não podemos descartar a possibilidade de estarem na janela imunológica (período entre a infecção e a soro conversão, isto é, quando os anticorpos passam a serem detectáveis no sangue e os testes sorológicos tornam-se positivos).

Tabela 2. Resultado de soropositividade HIV em 35 mulheres, por local de detenção na Agência Goiana do Sistema Prisional, no período de dez/2005 a abr/2006.

| Local de detenção | Negativo | | Positivo | |
|-------------------|----------|-------|----------|-------|
| | n | % | n | % |
| CPP | 11 | 100 | 0,0 | 0,0 |
| CIS | 21 | 87,5 | 3 | 12,5 |
| Total | 32 | 100,0 | 3 | 100,0 |

$p = 0,309$ (Teste exato de Fisher)

A taxa de prevalência na população pesquisada é de 12,5%. Os índices verificados aqui estão acima da prevalência encontrada entre detentas de outros presídios no Brasil e no mundo, conforme os dados da Tabela 1: Ontário/Canadá em 1995 (0,9%), Maryland/EUA em 2001 (5%), Geórgia/EUA em 2004 (4,0%), além de Espírito Santo/Brasil em 2000 (9,9%), mas encontram-se abaixo dos resultados de Nova York/EUA (18,8%) e São Paulo/Brasil em 1987 (18,3%), em 1989 (28,1%), em 1990 (20,0%), em 1996 (25,0%), em 2001 (14,5%) e, em 2004 (13,9%).

Considerando-se que a prevalência da infecção pelo HIV em mulheres, no Estado de Goiás encontra-se em torno de 0,5%, conforme dados do Ministério da Saúde em 2004, o resultado mostra uma incidência aumentada, em 25 vezes nos presídios femininos goianos.

Merece maior atenção especialmente se analisarmos separadamente estes dois pavilhões existentes no presídio, em que as mulheres da CPP apresentaram resultados não reagentes para anti-HIV em todas as amostras. Nesse local se encontram as mulheres detentas que aguardam julgamento e as condenadas com problemas de comportamento, portanto recém-chegadas ou impossibilitadas de visitas. Vale ressaltar que, apesar dos resultados apresentados na Tabela 2, o teste anti-HIV foi feito com as 48 mulheres de detentos (dados não mostrados) e todas tiveram resultado negativo, não sendo, portanto portadoras do vírus HIV. Constatamos, então, que o índice apresentado decorreu do resultado de testes no CIS Consuelo Nasser, onde as mulheres cumprem pena de prisão mais prolongada e se relacionam por mais tempo com os homens detentos.

Os dados demonstraram que, as mulheres que vão para o confinamento mais prolongado no CIS, apresentam um risco de 40,0% superior de se tornarem HIV positivo, em relação a quem está no sistema prisional feminino como um todo. Considerando-se as políticas de visitação do presídio, cabe então, ressaltar o fato de que as mulheres detentas no Centro de Inserção Social (CIS) permaneceram maior tempo em contato afetivo/sexual com os detentos, também por limitação de outras visitas íntimas. Portanto, os riscos cresceram à medida que existe a promiscuidade sexual, alta viremia e presença de parceiros infectados há mais tempo pelo HIV, fatores estes que se encontravam superpostos nos relacionamentos permitidos no sistema prisional goiano.

Estes dados vêm reforçar a necessidade de um melhor controle sobre a saúde e os cuidados preventivos com esta população confinada. Segundo o Ministério da Saúde, a prevenção de DST/AIDS em presídios, deve ser precedida de testagem, tratamento e orientação individualizada, pelo fato que, as condições de vida desta população reúnem vários fatores determinantes de grupos de alto risco. Consta das políticas de saúde que, os estabelecimentos prisionais brasileiros manterão serviços permanentes de esclarecimentos aos detentos e familiares, visando à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, oferecendo preservativos e o apoio necessário ao exercício seguro da sexualidade. Apesar de existirem estas normas e políticas de saúde, já devidamente estabelecidas para os sistemas prisionais, o que se tem observado é que elas não têm sido cumpridas na prática.

As mulheres de detentos do sistema prisional goiano são jovens, sendo que a maioria (31,4%) tem entre 24 e 29 anos, perfazendo 45,7% quando se amplia a faixa etária para 18 a 29

anos. No caso, todas as mulheres soropositivas têm entre 24 a 35 anos. A cor morena foi a declarada pela maioria (60%) na pesquisa, incluindo as mulheres soropositivas. Entre as presidiárias somente 14,3% são brancas, conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3. Perfil sociodemográfico de 35 mulheres detentas e companheiras de presidiários, na Agência Goiana do Sistema Prisional, de dez/2005 a abr/2006.

| Variáveis | Negativo | | Positivo | |
|--|----------|-------|----------|-------|
| | n | % | n | % |
| Faixa Etária | | | | |
| 18 a 23 | 5 | 15,6 | – | 0,0 |
| 24 a 29 | 10 | 31,3 | 1 | 33,3 |
| 30 a 35 | 7 | 21,9 | 2 | 66,7 |
| 36 ou mais | 10 | 31,3 | – | 0,0 |
| Total | 32 | 100,0 | 3 | 100,0 |
| Raça/Cor | | | | |
| Branca | 5 | 15,6 | – | 0,0 |
| Morena | 18 | 56,3 | 3 | 100,0 |
| Negra | 3 | 9,4 | – | 0,0 |
| Parda | 6 | 18,8 | – | 0,0 |
| Total | 32 | 100,0 | 3 | 100,0 |
| Estado Civil | | | | |
| Casada/amasiada | 23 | 71,9 | 2 | 66,7 |
| Viúva | 2 | 6,3 | 1 | 33,3 |
| Solteira | 7 | 21,9 | – | 0,0 |
| Total | 32 | 100,0 | 3 | 100,0 |
| Número de pessoas na Família | | | | |
| 2 | 3 | 9,4 | – | 0,0 |
| 3 | 2 | 6,3 | – | 0,0 |
| 4 | 5 | 15,6 | – | 0,0 |
| 5 | 3 | 9,4 | – | 0,0 |
| 6 | 16 | 50,0 | 2 | 66,7 |
| Não informado | 3 | 9,4 | 1 | 33,3 |
| Total | 32 | 100,0 | 3 | 100,0 |
| Renda Familiar (Salário Mínimo) | | | | |
| Menos de 1 | 6 | 18,8 | – | 0,0 |
| De 1 a 2 | 13 | 40,6 | 1 | 33,3 |
| De 2 a 3 | 3 | 9,4 | – | 0,0 |
| De 3 a 4 | 5 | 15,6 | 1 | 33,3 |
| Acima de 4 | 2 | 6,3 | – | 0,0 |
| Não informado | 3 | 9,4 | 1 | 33,3 |
| Total | 32 | 100,0 | 3 | 100,0 |

As famílias são numerosas, com 51,4% das detentas constituídas em grupos familiares de mais de 6 pessoas, e com renda familiar situada para 40,0% na faixa de 1 a 2 salários mínimos, incluindo-se os salários abaixo destes, o percentual chega a 57,1%. A condição conjugal de casada ou amasiada foi informada por 71,4% das detentas, sendo que as mulheres soropositivas também se declararam casadas, exceto uma delas que era viúva.

Observa-se que o conjunto de presas é bastante jovem, sendo 71,4% na faixa de 18 a 35 anos, o que reforçam os resultados de população feminina existente nas prisões do Rio de Janeiro, onde 76,1% das mulheres encarceradas têm entre 18 e 39 anos.

Segundo o Ministério da Saúde, torna-se preocupante a crescente incidência da AIDS em relação à faixa etária de 13 a 19 anos em adolescentes do sexo feminino. Esta preocupação é justificada pelo sinal de mudança no perfil da epidemia que passa por um processo de *juvenização*, em que há uma diminuição da idade média dos casos notificados, baixando para de 20 a 29 anos a faixa mais atingida, sendo que anteriormente era de 20 a 39 anos nos casos brasileiros (Guilhem, 2005). Entretanto, o que foi notado nos casos identificados no sistema prisional goiano, é que as mulheres soropositivas estão em uma faixa posterior de idade, de 24 a 35 anos.

Os dados divulgados pelo IBGE (2003) informam que as mulheres representam 51,2% da população brasileira, sendo 46% pretas e pardas. Considerando que a cor registrada na pesquisa foi a declarada pela pessoa, já que no Brasil vale esta classificação mais subjetiva, a maior parte das mulheres era de cor morena. Somando-se as pretas e pardas (segundo o IBGE, são consideradas negras), esse total chega a 85,7%. Esse percentual está perto do dobro da taxa nacional e mais alto que em pesquisas referentes a presídios femininos no Rio de Janeiro, onde se encontram 56,4% de mulheres não-brancas.

O nível de instrução das detentas ficou em sua maioria (57,2%) situado até o 1º grau completo (ou ensino fundamental), sendo que destas, 48,6% ainda estão com este estudo incompleto. Se adicionadas às mulheres que iniciaram e também não completaram o 2º grau (ou ensino médio), tem-se o percentual de 77,2%. Somente 20% conseguiram completar o ensino médio e 2,9% relataram nunca ter estudado.

Interessante notar que o grau de instrução influenciou diretamente na renda familiar das detentas, pois se encontravam na faixa de menos de 1 a 2 salários mínimos (SM) o percentual de 58,8% de detentas que possuem somente o primeiro grau incompleto e 100% daquelas que têm o primeiro grau completo. Permaneceram na faixa de 1 a 2 salários mínimos (SM) a maioria daquelas que têm o segundo grau incompleto (71,4%) e, foi então aumentado

para a faixa de 3 a 4 (ou mais) salários mínimos (42,9%) o ganho produtivo para o segundo grau completo, conforme mostrado na Tabela 4.

Tabela 4. Número de presidiárias de acordo com renda familiar e grau de instrução.

| Renda Familiar | Grau de instrução | | | | | | | | | |
|----------------|-------------------|-------|--------------|-------|----------------|-------|--------------|-------|---------|-------|
| | 1º. incompleto | | 1º. completo | | 2º. incompleto | | 2º. Completo | | N/ Inf. | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Menos de 1 | 4 | 23,5 | 1 | 33,3 | – | 0,0 | 1 | 14,3 | – | 0,0 |
| De 1 a 2 | 6 | 35,3 | 2 | 66,7 | 5 | 71,4 | 1 | 14,3 | – | 0,0 |
| De 2 a 3 | 3 | 17,6 | – | 0,0 | – | 0,0 | – | 0,0 | – | 0,0 |
| De 3 a 4 | 3 | 17,6 | – | 0,0 | 1 | 14,3 | 2 | 28,6 | – | 0,0 |
| Acima de 4 | 1 | 5,9 | – | 0,0 | – | 0,0 | 1 | 14,3 | – | 0,0 |
| Não Inf. | – | 0,0 | – | 0,0 | 1 | 14,3 | 2 | 28,6 | 1 | 100,0 |
| Total | 17 | 100,0 | 3 | 100,0 | 7 | 100,0 | 7 | 100,0 | 1 | 100,0 |

Fonte: *Dados levantados na Agência Goiana do Sistema Prisional, de dez/2005 a abr/2006.*

O fenômeno da pauperização da epidemia da AIDS, verificada por meio dos níveis de escolaridade e econômicos cada vez mais baixos entre os casos notificados, traz um alerta para os programas de saúde do governo brasileiro. E no que diz respeito especificamente às mulheres, cerca de 78% das notificações de novos casos referem-se a mulheres com baixa ou nenhuma escolaridade. As detentas encontram-se em sua maioria neste contexto socioeconômico, entretanto, as soropositivas identificadas neste estudo, estavam distribuídas entre menor e renda média de 3 a 4 salários mínimos (50%), com menor e maior escolaridade de 2º completo (50%).

Na Tabela 5, onde se compara o nível de instrução das detentas com o grau de profissionalização, relacionando com o local onde se encontram aprisionadas, foi observado que 63,7% das detentas na CPP possuem o segundo grau (considerando-se incompleto e completo) e no CIS, 66,7% fizeram somente o primeiro grau, onde destas, mais da metade, ainda não completaram o ensino básico, podendo ser consideradas semi-analfabetas.

É importante considerar esta diferença de escolaridade das mulheres do CPP, com 27,3% com o segundo grau completo e apenas 36,4% que ainda não concluíram o primeiro grau, quando as mulheres da CIS são 54,2% sem completar o ensino básico. Em compensação, 81,8% das detentas do CPP não têm nenhuma qualificação profissional e no CIS, cerca de 80% declararam ter feito algum curso profissionalizante (a maioria internamente). Ficou, portanto, constatado a importância do investimento em cursos de qualificação pelo sistema goiano

prisional, onde as mulheres podem participar de oficinas e também estudos de alfabetização até o primeiro grau completo.

Em relação ao trabalho, na Casa de Prisão Provisória 54,5% das mulheres ainda não exercem atividades e 62,5% das detentas já possuem alguma remuneração pelo trabalho no Centro de Inserção Social Consuelo Nasser. Isto significa uma forma de geração de renda e uma conquista destas mulheres presidiárias, conforme pode ser visto na Tabela 5.

Tabela 5. Número de presidiárias de acordo com o local que cumpre a pena quanto à atividade profissional.

| Característica Profissional | CPP | | CIS | |
|---------------------------------|-----|-------|-----|-------|
| | n | % | n | % |
| Nível de instrução | | | | |
| 1º. Grau incompleto | 4 | 36,4 | 13 | 54,2 |
| 1º. Grau completo | – | 0,0 | 3 | 12,5 |
| 2º. Grau incompleto | 4 | 36,4 | 3 | 12,5 |
| 2º. Grau completo | 3 | 27,3 | 4 | 16,7 |
| Não informado | – | 0,0 | 1 | 4,2 |
| Total | 11 | 100,0 | 24 | 100,0 |
| Curso Profissionalizante | | | | |
| Não | 9 | 81,8 | 3 | 12,5 |
| Sim | 2 | 18,2 | 19 | 79,2 |
| Não informado | – | 0,0 | 2 | 8,3 |
| Total | 11 | 100,0 | 24 | 100,0 |
| Trabalho | | | | |
| Não | 6 | 54,5 | 8 | 33,3 |
| Sim | 5 | 45,5 | 15 | 62,5 |
| Não informado | – | 0,0 | 1 | 4,2 |
| Total | 11 | 100,0 | 24 | 100,0 |

Fonte: *Dados levantados na Agência Goiana do Sistema Prisional, de dez/2005 a abr/2006.*

Este baixo nível de escolaridade também foi apresentado em estudos em presídios de São Paulo (Strazza et al., 2004) e ainda por Soares & Ilgenfritz (2001), que relatam serem as presas do Rio de Janeiro jovens, não-brancas e com baixa escolaridade, onde 69% não completaram o 1º grau e apenas 16,6% têm instrução igual ou superior ao ensino fundamental. Outras pesquisas indicam que no presídio feminino da Penitenciária Estadual de São Paulo, 65% das mulheres trabalham em oficinas e serviços de manutenção, sendo este percentual semelhante ao encontrado no sistema prisional goiano.

Das mulheres entrevistadas, 17,6% alegam ter abandonado os estudos por desinteresse ou desmotivação, 11,8% por ocasião do casamento ou por terem que amamentar seus filhos, sendo que à distância da escola e o valor das mensalidades (5,9%), problemas pessoais (5,9%) e diversos motivos são alegados pelas demais. Somente 14,7% ainda estudam dentro do presídio, sendo que 2,9% disseram ter abandonado por causa da prisão. Estes mesmos dados são referendados em outros locais, onde somente 3,7% atribuíram esse abandono ao fato de terem sido presas (Soares & Ilgenfritz, 2001).

Nestas pesquisas também foram apresentados como dificultadores de freqüentar as escolas, a necessidade de trabalhar (33,3%), desinteresse (26,6%), gravidez (11,5%) e 24% por uma série de outros motivos, como casamento, estarem vivendo na rua, falta de incentivo, uso de drogas, envolvimento como o crime, problemas de saúde, distancia da escola e expulsão do ensino regular, conforme Soares (2000).

Em relação ao trabalho anterior exercido pelas detentas, conforme pesquisado no Rio de Janeiro, a grande maioria das mulheres encarceradas trabalhava como doméstica ou exerciam alguma tarefa no comércio. Dentro das prisões, 52,1% desenvolvem alguma atividade, remunerada ou não, onde 94,1% são beneficiadas pelo regime de remição de pena.

Como o Sistema Prisional oferece trabalho para as detentas, há mais oportunidades para as mulheres que fazem os cursos profissionalizantes oferecidos internamente. Ainda assim, segundo diversos relatos apresentados, as detentas reclamam do pouco acesso ao trabalho, das dificuldades financeiras e dos sofrimentos causados pela violência interna no presídio.

[...] mas não trabalha todo mundo porque o serviço não dá para todos... mas quando surgindo vaga eles chamam... mas muitas não querem trabalhar. (DETENTA 3, CIS)

Ajuda financeira é difícil, a família ajuda, mas o que pode comprar eu compro. A vida lá fora também não está fácil. Quem eu posso contar é com meu pai e minha mãe... meu companheiro não ajuda. (DETENTA 8, CIS)

Então ficar sete pessoas dentro de uma cela já com gênios diferentes...Qualquer confusão... castigo, qualquer coisa entendeu a ordem disciplinar aqui é mais rígida... três castigos, eu fiquei 20 dias e esse eu fiquei 31 dias...[isolamento por porte de drogas e ameaça de morte]. (DETENTA1, CIS)

As causas do baixo nível de escolaridade é apresentada pelas detentas como a dificuldade anterior para continuar os estudos, embora, no momento exista a oportunidade de estudar dentro do presídio, para as mulheres que tenham interesse e bom comportamento.

Aí ela [a mãe] já não queria eu lá na casa do povo... fez a maior coisa me levou de volta porque ela queria que eu parasse de estudar. Eu comecei a estudar de novo aí ela colocou os mais novos em um internato e aí eu fui trabalhar também... (DETENTA 2, CIS)

Voltei a estudar e eu falei não agora vou mudar a minha vida... fiz curso e tudo... peguei meus diplomas e tudo... mas mesmo assim... tinha dó e voltei para o mundo das drogas de novo. (DETENTA 2, CIS)

Estou fazendo a sexta série e então assim... de manhã vou para a escola e vou para a cantina agora. (DETENTA 3, CIS)

É interessante observar que gravidez e filhos podem ser considerados pelas detentas como ganhos secundários em relação às adversidades da vida. Foi encontrado um índice de 11,8% de mulheres grávidas no presídio, durante o período pesquisado, servindo de alerta, porque a AIDS e a gravidez podem ocorrer na mesma relação sexual, conforme afirmado por Paiva (2000). Assim, ao desejar ter filhos para receberem um pouco mais de atenção e conforto relativo dos familiares e até mesmo na prisão, as mulheres se expõem ao risco de ser infectada pelo parceiro, ao praticar o sexo sem uso de preservativos.

As famílias foram apontadas como numerosas nesta população, sendo advindas de áreas urbanas (68,6%) e residentes na capital (62,9%). Em relação à naturalidade, as mulheres soropositivas são todas urbanas e as não identificadas como portadoras do vírus HIV são 68,8% urbanas e 9,4% advindas do meio rural. Quanto à moradia, 43,8% das mulheres residiam anteriormente junto com os filhos. Foi informado também que 58,8% das mulheres já viveram na rua em algum período de suas vidas. As detentas foram criadas em sua maioria pelo pai e/ou mãe (82,9%), sendo que isto válido também para as mulheres soropositivas.

Nos aspectos familiares é relevante destacar que a maioria das detentas (85,7%) tiveram filhos, prevalecendo um número de até três filhos por pesquisada (68,6%), apesar de serem bastante jovens ainda, conforme pode ser verificado na Tabela 6.

Tabela 6. Distribuição dos dados da composição familiar, de moradia e do estilo de vida antes da reclusão, de 35 mulheres detentas, na Agência Goiana do Sistema Prisional, de dez/2005 a abr/2006.

| Variáveis | Negativo | | Positivo | |
|------------------------------------|----------|-------|----------|-------|
| | n | % | n | % |
| Naturalidade | | | | |
| Urbana | 22 | 68,8 | 2 | 66,7 |
| Rural | 3 | 9,4 | – | 0,0 |
| Não informado | 7 | 21,9 | 1 | 33,3 |
| Total | 32 | 100,0 | 3 | 100,0 |
| Forma de criação | | | | |
| Pai e mãe | 16 | 50,0 | 1 | 33,3 |
| Pai ou mãe | 11 | 34,4 | 1 | 33,3 |
| Avós | 4 | 12,5 | – | 0,0 |
| Na rua | 1 | 3,1 | – | 0,0 |
| Não informado | – | 0,0 | 1 | 33,3 |
| Total | 32 | 100,0 | 3 | 100,0 |
| Local da infância | | | | |
| Capital | 20 | 62,5 | 2 | 66,7 |
| Interior | 12 | 37,5 | – | 0,0 |
| Não informado | – | 0,0 | 1 | 33,3 |
| Total | 32 | 100,0 | 3 | 100,0 |
| Número de filhos da detenta | | | | |
| 1 | 5 | 15,6 | – | 0,0 |
| 2 | 12 | 37,5 | – | 0,0 |
| 3 | 6 | 18,8 | 1 | 33,3 |
| 4 | 3 | 9,4 | – | 0,0 |
| 5 | 2 | 6,3 | 1 | 33,3 |
| Não informado | 4 | 12,5 | 1 | 33,3 |
| Total | 32 | 100,0 | 3 | 100,0 |
| Moram juntos | | | | |
| Não | 14 | 43,8 | 2 | 66,7 |
| Sim | 14 | 43,8 | – | 0,0 |
| Não informado | 4 | 12,5 | 1 | 33,3 |
| Total | 32 | 100,0 | 3 | 100,0 |

Nos casos de instabilidade e desestruturação familiar por separações e mortes, as crianças e jovens passam a não ser uma responsabilidade somente da mãe ou do pai, mas de toda a rede de sociabilidade em que a família está inserida, isto é, há uma coletivização das responsabilidades dentro do grupo de parentesco. A dificuldade surge quando essas crianças/jovens não encontram respaldo para o seu desenvolvimento saudável através do

estabelecimento de novos vínculos afetivos em famílias substitutas, ou são levadas para as ruas pelas divergências de crenças e valores não discutidos claramente ou trabalhados adequadamente nos núcleos familiares.

Grande parte das mulheres relatou perdas e lutos ocorridos em suas vidas, causados pela violência a que elas e seus familiares estavam submetidos.

A coisa mais marcante da minha vida foi a perda da minha mãe... Com a perda da minha mãe eu tive muitos problemas ... eu fui para a cadeia... sempre relaciono a perda da minha mãe, eu sinto muita falta dela... (DETENTA 2, CIS)

Mais quando eu fui estuprada... eu era bem novinha... eu tinha 11 anos. Já estava na rua... não conheço quem foi, eu nunca tinha visto... nem conhecia drogas...eu era muito novinha. (DETENTA 3, CIS)

[...] Era para eu morrer nos braços dela (mãe)... não tinha mais jeito estava desenganada. Ele (o pai) me entregou com 9 meses e 2 dias... minha mãe foi para o materno infantil e me internou lá, dois dias depois meu pai assassinou ela. (DETENTA 4, CIS)

Eu consegui denunciar ele [o pai] pelo crime da minha mãe. Ele foi preso e passou um ano e quatro meses... Aí depois disso eu me perdi ... e larguei o marido, a casa, filho e comecei a beber. Já era perturbada, foi uma situação de violência, sempre fui problemática. (DETENTA 4, CIS)

Este filho que morreu fez tudo do jeito que eu fiz. Revoltou também, não estudava, queria fugir de casa, não queria ficar comigo e queria ser dono dele com 10 anos. Eu lutei por ele, mas só que aconteceu de eu vim para a cadeia...aí foram e mataram ele lá fora. (DETENTA 8, CIS)

Nesses relatos ficou evidente que, o afastamento da figura materna pode gerar carência afetiva, em virtude do papel agregador exercido pela mãe e do zelo com os filhos. Ficou confirmado também uma tendência para famílias mais numerosas, além da ocorrência freqüente da gravidez precoce.

Eu sou casada, tive o meu primeiro menino, só que não é desse marido. Fiquei com ele uns dias... Só que engravidei logo. E ele não quis mais saber... Minha mãe e meu pai me ajudou a criar o menino. Depois arranjei outro, mas ele está preso, é o pai da minha menina. (DETENTA 7, CIS)

Com o pai do menino, que conheci quando ele tinha 16 anos e eu tinha 14 anos...Então eu engravidei do meu primeiro filho. (DETENTA 8, CIS)

Fui criada na rua...então a primeira coisa que eu fiz foi sair de casa. Eu fui criada com minha madrinha até os 9 anos, mas ela me batia demais. Aí engravidei... me perdi...eu tinha 12 anos. Eu tive três filhos. Para cuidar dos meus filhos eu tinha que roubar, assaltar... tinha que fazer tudo quanto é 'trem' errado. (DETENTA 10, CIS)

Convém ressaltar o contexto de família e pobreza que afeta as relações de parentesco e afetividade das pessoas. A vulnerabilidade da família de baixa renda pode explicar a frequência com que ocorrem rupturas conjugais, as quais geram alterações nos lares e dificultam o desempenho dos papéis familiares. Essas uniões instáveis e empregos incertos geram um reordenamento da rede de parentesco como um todo para viabilizar a sobrevivência da família pobre.

Em face da fragilidade dos laços conjugais e da insegurança vivida pelos filhos, a desestruturação familiar e fatores relacionados com a violência na infância também aparecem nos relatos.

Minha mãe foi trabalhar e aí as pessoas foi pedindo os filhos para servir de companhia ou para olhar as crianças... Aí minha mãe ficou sabendo que ele batia demais de corda e judiava de mim. (DETENTA 2, CIS)

Meu irmão mais velho tinha 13 anos e falou que eu já tinha visto a malucagem da minha mãe... acho que se ela pudesse ela dava nós todo mundo pro outros. (DETENTA 2, CIS)

O problema mais por ser criada e não ter minha mãe. Ser filha do assassino e da vítima. Então eu fui criada assim... Qualquer coisa de errado jogava isso na minha cara. (DETENTA 4, CIS)

Em novas relações conjugais e quando há filhos de relacionamentos anteriores, o grupo doméstico fica abalado, na medida em que estes não são do mesmo pai e da mesma mãe, gerando conflitos entre as crianças e podendo a mulher pobre optar por dar seus filhos, mesmo que temporariamente.

Lá em casa somos três, cada um de um pai, mas o pai de meu irmão assumiu ele, o meu não e o da minha irmã mais ou menos... (DETENTA 1, CIS)

Logo que meu padrasto morreu, o pai dos meus irmãos, só que separados porque nós os mais velhos não somos filhos do mesmo pai, aliás todos não somos filhos do mesmo pai. (DETENTA 3, CIS)

Meus filhos eu criei eles, eu usava muita droga...eles viam e eles conhecem a gente só de olhar eles sabem... mas eu dei amor a eles, amor que eu nunca tive...amor de pai e mãe. (DETENTA 10, CIS)

Além disso, os sentimentos das mães desamparadas, ao darem seus filhos para outros criarem, diz respeito a um padrão absorvido nos quais as crianças fazem parte da rede de relações que marcam a vida dos pobres. Esta rede de obrigações traz junto à noção de família: “*são da família aqueles com quem se pode contar, quer dizer, aqueles em quem se pode confiar*” (Fonseca, 2002). O fato de morar com outro membro familiar parece satisfazer a uma necessidade de apoio da família, entretanto, em relação a isso, há relatos diferentes.

Aí fui lá para casa da minha vó e fiquei sabendo... minha mãe estava magrinha, magrinha e comecei a chorar... eu já estava assim... nossa, eu tinha nascido de novo! Mas a coisa que eu mais amava, que eu amo até hoje, era minha mãe e os meus irmãos... porque foi a família, né, que nós toda vida teve...foi a nossa família. (DETENTA 2,CIS)

Eu tinha 6 anos e com 10 eu fugi dos meus avós e nunca mais fiquei com a minha família de novo. (DETENTA 3, CIS)

Por um lado foi muito bom [morar com o pai] porque assim eu era muito diferenciada da família... eu não sabia. Ele me estuprou lá. (DETENTA 4, CIS).

Quanto aos aspectos relacionados com a saúde, constante na Tabela 7, foi verificado que 45,7% das detentas tendem a buscar assistência médica no período inferior a 1 ano. A maioria delas tem vida sexual ativa (80,0%), com relações sexuais semanais e, também as mulheres soropositivas declararam manter relacionamentos frequentes (semanal ou mensal). Elas declararam ter companheiros incertos, mas 85,7% falam ter conhecimento dos modos de prevenção e que procuram cuidar da saúde pelo menos uma vez por ano, sendo a ‘camisinha’ usada por mais da metade delas. Então, 65,7% das detentas afirmaram não ter parceiro fixo, como pode ser visto na Tabela 7.

Tabela 7. Distribuição das 35 mulheres detentas, segundo aspectos de saúde, prevenção e comportamento sexual, na Agência Goiana do Sistema Prisional, de dez/2005 a abr/2006.

| Variáveis | Negativo | | Positivo | |
|---|----------|-------|----------|-------|
| | n | % | n | % |
| Frequência de cuidados com a saúde | | | | |
| Necessário | 11 | 34,4 | – | 0,0 |
| < 1 por ano | 15 | 46,9 | 1 | 33,3 |
| Não sabe | 1 | 3,1 | 1 | 33,3 |
| Mensal | 4 | 12,5 | – | 0,0 |
| Não informado | 1 | 3,1 | 1 | 33,3 |
| Total | 32 | 100,0 | 3 | 100,0 |
| Atividade sexual atual | | | | |
| Semanal | 27 | 84,4 | 1 | 33,3 |
| Mensal | 2 | 6,3 | 1 | 33,3 |
| Não/outros | 2 | 6,3 | – | 0,0 |
| Não informado | 1 | 3,1 | 1 | 33,3 |
| Total | 32 | 100,0 | 3 | 100,0 |
| Início da atividade sexual | | | | |
| 14 a 18 anos | 29 | 90,6 | 2 | 66,7 |
| Acima de 18 anos | 3 | 9,4 | – | 0,0 |
| Não informado | – | 0,0 | 1 | 33,3 |
| Total | 32 | 100,0 | 3 | 100,0 |
| Companheiro Fixo | | | | |
| Não | 21 | 65,6 | 2 | 66,7 |
| Sim | 10 | 31,3 | – | 0,0 |
| Não informado | 1 | 3,1 | 1 | 33,3 |
| Total | 32 | 100,0 | 3 | 100,0 |
| Conhece Métodos de Prevenção | | | | |
| Não | 4 | 12,5 | – | 0,0 |
| Sim | 28 | 87,5 | 2 | 66,7 |
| Não informado | – | 0,0 | 1 | 33,3 |
| Total | 32 | 100,0 | 3 | 100,0 |
| Forma de Prevenção usada | | | | |
| Camisinha | 14 | 43,8 | 1 | 33,3 |
| Camisinha / anticoncepcionais | 7 | 21,9 | 1 | 33,3 |
| Camisinha / Anti / Diu | 3 | 9,4 | – | 0,0 |
| Não informado | 8 | 25,0 | 1 | 33,3 |
| Total | 32 | 100,0 | 3 | 100,0 |
| Uso de Preservativos atual | | | | |
| Nenhum | 15 | 46,9 | – | 0,0 |
| Algumas vezes | 4 | 12,5 | – | 0,0 |
| Maioria | 3 | 9,4 | 1 | 33,3 |
| Sempre | 10 | 31,3 | 1 | 33,3 |
| Não informado | – | 0,0 | 1 | 33,3 |
| Total | 31 | 100,0 | 2 | 100,0 |

Quanto ao início da atividade sexual foi precoce para 88,6% das detentas, entre 14 e 18 anos. Em relação ao uso de preservativo, os índices encontrados foram: 42,9% não usam

nenhum tipo de preservativos e 31,4% usam sempre, ressaltando-se que entre as soropositivas uma declarou usar na 'maioria das vezes' e não 'sempre' como deveria ser para evitar a contaminação do parceiro. Os dados referentes a uma pesquisa com mulheres HIV positivas (Santos et al., 2002) mostram que, mesmo sabendo da condição de soropositivas e da necessidade da prática de sexo seguro, 41,5% das mulheres que tinham parceiros fixos não usavam preservativos e, apenas 58,5% declararam usar 'sempre'.

As detentas no sistema prisional goiano carecem de atendimento e exames médicos, de esclarecimentos sobre sintomas de doenças, além do acesso a medicamentos que, por serem caros e consumirem quase toda a renda familiar, somente algumas podem adquiri-los. Outra necessidade é uma alimentação mais adequada.

Então ele [esposo detento] cuida de mim, tem a comida de quem não pode comer 'xepa' e é tão ruim... eles [os agentes policiais] falam que a comida é feita por nutricionista, só que se encontra mosca, cabelo, não tem higiene... porque 'ta' fazendo 'pra' gente não precisa ser bem feita. (DETENTA 1, CIS)

A gente tinha que ter um atendimento médico melhor aqui... fiz um exame tem 1 ano e ele pediu outro exame e nunca mais eu tirei... nunca mais... A alimentação é muito boa... (DETENTA 3, CIS)

O médico falou que as meninas têm uma inflamaçãozinha que pode ser por consequência da água, também acredito sim, porque é a única coisa que todo mundo...que dá em todas, né. (DETENTA 1, CIS)

Alimentação aqui... quem pode come bem, quem não pode come o que tem. (DETENTA 12, CPP)

Sofrem ainda com a privação de manter relacionamentos sexuais, pois nos sistemas prisionais há restrição de frequência (uma vez por semana), de horário (7:00 às 13:45 h) e de quantidade de visitas recebidas pelas detentas. Assim, às vezes elas são obrigadas a escolher entre a família e o parceiro detento.

Não nos encontramos toda semana porque tem um final de semana sim e outro não para receber minha família. (DETENTA 3, CIS)

Vida sexual boa, eu que desço... tem muita gente que vai ver o marido lá embaixo, uma vez por semana, das 7 às 1:45. (DETENTA 7, CIS)

Vida sexual já não tenho com o marido há 4 meses... (DETENTA 8, CIS)

Segundo constante nas normas e leis reguladoras dos sistemas prisionais, deveria ser permitidas as detentas, o livre exercício da sua sexualidade, por meio da visita habitual e de natureza íntima, com os seus companheiros e em local apropriado, inclusive com a possibilidade de visita de parceiros sexuais externos, sendo preservadas as normas básicas de segurança. Um modelo deste funcionamento é mostrado no Instituto Penal Feminino Desembargadora Auri Moura Costa, em Fortaleza, onde as presas recebem visitas e podem manter relacionamento sexual com seus namorados e/ou companheiros. Os alojamentos femininos são mantidos limpos e com decoração, denominados “Venustérios”. Ou ainda, no presídio em Pernambuco, onde o sistema de segurança é através de detector de metais, preservando-se a segurança do estabelecimento e sem submeter os familiares à humilhação do desnudamento, comum na maioria dos presídios brasileiros, conforme divulgado pela II Caravana Nacional de Direitos Humanos (2000).

Os dados que podem ser considerados na Tabela 8 mostram que 76,7% das detentas não mantêm um parceiro fixo e que iniciaram bem jovens ainda os relacionamentos sexuais.

Tabela 8. Número de presidiárias de acordo com o início de atividade sexual e número de parceiros.

| Possui companheiro fixo | Início atividade sexual | | | |
|-------------------------|-------------------------|-------|------------------|-------|
| | De 14 a 18 anos | | Acima de 18 anos | |
| | n | % | n | % |
| Não | 23 | 76,7 | – | 0,0 |
| Sim | 7 | 23,3 | 3 | 100,0 |
| Total | 30 | 100,0 | 3 | 100,0 |

Fonte: *Dados levantados na Agência Goiana do Sistema Prisional, de dez/2005 a abr/2006.*

Quando correlacionado as detentas com companheiro fixo e o início da atividade sexual, constatou-se que 76,7% daquelas que iniciaram bastante jovens, não conseguiram manter uma relação mais duradoura. Mostram ter parceiros fixos as mulheres que iniciaram a vida sexual mais tarde. Tal fato é explicado pelo início precoce da atividade sexual em relação aos adolescentes do sexo masculino, normalmente com homens com maior experiência sexual e mais exposto aos riscos de contaminação por DST e pela AIDS (Ministério da Saúde, 2004).

Na Tabela 9 foi importante verificar algumas diferenças constatadas, entre as populações femininas, que se encontravam nas duas alas existentes no presídio, onde quando recém chegada, em relação à frequência com que cuidavam da saúde o índice foi de 63,6% (CPP) em menos de um ano e depois, quando no sistema prisional há mais tempo (CIS), este índice de

cuidados foi de 37,5%, podendo-se inferir que a atenção à saúde fora dos muros tem sido mais freqüente que na prisão.

Tabela 9. Aspectos da saúde das presidiárias e sua relação com o local de reclusão na Agência Goiana do Sistema Prisional, de dez/2005 a abr/2006.

| Aspectos da saúde | CPP | | CIS | |
|--------------------------------------|-----|-------|-----|-------|
| | n | % | n | % |
| Freqüência que cuida | | | | |
| Necessário | 3 | 27,3 | 8 | 33,3 |
| < 1 por ano | 7 | 63,6 | 9 | 37,5 |
| Não sabe | – | 0,0 | 2 | 8,3 |
| Mensal | – | 0,0 | 4 | 16,7 |
| Não informado | 1 | 9,1 | 1 | 4,2 |
| Total | 11 | 100,0 | 24 | 100,0 |
| Atividade sexual | | | | |
| Semanal | 7 | 63,6 | 21 | 87,5 |
| Mensal | 1 | 9,1 | 2 | 8,3 |
| Não/outros | 2 | 18,2 | – | 0,0 |
| Não informado | 1 | 9,1 | 1 | 4,2 |
| Total | 11 | 100,0 | 24 | 100,0 |
| Companheiro Fixo | | | | |
| Não | 7 | 63,6 | 16 | 66,7 |
| Sim | 4 | 36,4 | 6 | 25,0 |
| Não informado | – | 0,0 | 2 | 8,3 |
| Total | 11 | 100,0 | 24 | 100,0 |
| Conhece métodos de Prevenção | | | | |
| Não | 2 | 18,2 | 2 | 8,3 |
| Sim | 9 | 81,8 | 21 | 87,5 |
| Não informado | – | 0,0 | 1 | 4,2 |
| Total | 11 | 100,0 | 24 | 100,0 |
| Forma de Prevenção mais usada | | | | |
| Camisinha | 4 | 36,4 | 11 | 45,8 |
| Camisinha / anticoncepcionais | 1 | 9,1 | 7 | 29,2 |
| Camisinha / Anti / Diu | 1 | 9,1 | 2 | 8,3 |
| Não informado | 5 | 45,5 | 4 | 16,7 |
| Total | 11 | 100,0 | 24 | 100,0 |
| Uso de Preservativos | | | | |
| Nenhum | 6 | 54,5 | 9 | 37,5 |
| Algumas vezes | 1 | 9,1 | 3 | 12,5 |
| Maioria | 2 | 18,2 | 2 | 8,3 |
| Sempre | 2 | 18,2 | 9 | 37,5 |
| Não informado | – | 0,0 | 1 | 4,2 |
| Total | 11 | 100,0 | 24 | 100,0 |

Apesar da maioria ter declarado conhecer os métodos preventivos para doenças sexualmente transmissíveis, quando se questiona diretamente sobre o uso adequado deste preservativo, tem-se que no CPP é de 54,5% o índice de mulheres que não usam camisinha nenhuma vez e, que entre as detentas do CIS reduz para 37,5%, mesmo assim permanecendo em alto grau de risco. Somente 18,2% de mulheres no CPP declararam usar o preservativo na maioria, ou sempre. Este percentual cresce entre as detentas do CIS ficando em 37,5% no sempre. O percentual de mulheres que não têm parceiro fixo é grande tanto no CPP (63,6%) como no CIS (66,7%), motivo pelo qual acredita-se que há uma tendência de relacionar-se sexualmente com vários parceiros, crescendo ainda mais o risco de contaminação com o HIV.

Em relação à quantidade de vezes em que se relaciona sexualmente com os seus parceiros, tem-se que 87,5% das detentas do CIS, que se encontram a mais tempo no presídio, relacionam-se semanalmente com os reeducandos, sendo que na CPP apenas 63,6% destas encontram-se, na mesma frequência, com seus companheiros.

É importante considerar estes dados, pois o fato das mulheres no sistema prisional goiano se relacionarem somente entre detentos faz com que os cuidados com a saúde necessitam ser mais intensificados na prisão, o que não foi mostrado no presente estudo.

Nesta população de mulheres vulneráveis, que compõem a população na qual a infecção pelo HIV mais cresce, a maioria é jovem, não tem parceiro fixo ou único, sendo que um dos problemas críticos consiste na prática de sexo seguro, em razão da recusa do parceiro em usar métodos de prevenção como camisinha, entre outros. Assim, os programas preventivos do governo, os quais insistem no uso de preservativos, têm de estar atentos à realidade social em que estas mulheres vivem que se configura por uma relação de dependência afetiva, conformismo e ocultamento, e até mesmo de medo da rejeição dos parceiros. A manutenção do companheiro no contexto social continua sendo ainda importante para a garantia do apoio emocional e também do suporte financeiro, já que, às vezes, é o único meio de amparo de que dispõem estas mulheres.

Uma vez que as representações sociais e práticas de sexo seguro estão estritamente ligadas, determinando os comportamentos distintos e as atitudes específicas diante do problema, entende-se que o sentido que a pessoa atribui à AIDS pode determinar a adesão às práticas de prevenção.

Há uma transferência de responsabilidades e de culpa para os outros (marido ou polícia), como um mecanismo de defesa para minimizar a própria culpa e conseguir o próprio perdão.

Estava [polícia] me levando para uma Febem... e eu fiquei lá 8 meses. Minha mãe não sabia onde eu estava e colocou meu nome numa utilidade pública na maior preocupação e de lá comunicou aqui... (DETENTA 2, CIS)

Eu não tive uma gravidez muito sadia...Acho porque eu fumava muita maconha quando estava grávida dela. Fumei muita maconha aqui dentro da cadeia. (DETENTA 8, CIS)

É relevante destacar que o início da prática sexual aconteceu, predominantemente, na faixa de 12 a 17 anos, pois 91,1% das mulheres declararam ter tido parceiros quando jovens.

Logo conheci um namoradinho... me envolvi com este namorado e fiquei grávida da minha filha mais velha. Aí fiquei morando com ele 1 ano e oito meses... aí 'nóis' nos largamos. (DETENTA nº 2, CIS).

As expectativas de vida são vagamente apresentadas pelas entrevistadas como sonhos perdidos no tempo, algumas transferindo o desejo de ser boa mãe para os netos ou para um futuro melhor.

Espero daqui para frente cuidar dos meus netos... não tenho ainda não... só tenho planos e vou cuidar dos netos dos meus filhos. Agora eu tenho uma paz aqui. Meu namorado é bom comigo e me dá presentes, bombom e cigarro... então, assim, ele é muito carinhoso comigo. (DETENTA 3, CIS)

Espero escrever um livro... terminar quando eu tiver 30 anos, que eu quero escrever mais coisa sobre isso. Agora que eu tenho 21 e vou fazer 22 em agosto... um livro que vai ser a minha vida...Águas do Passado o nome que eu dei... Um dos motivos de escrever foi para me ajudar... pois tenho esperança. (DETENTA 8, CIS)

Quero erguer minha cabeça e mostrar para todo mundo e para mim mesmo que vou renascer das cinzas... para começar lá debaixo de novo... mas com honestidade. (DETENTA 4, CIS)

Agora, no momento, a única alegria que tenho é o meu bebê que vai viver em outras condições... (DETENTA 8, CIS)

Outro fato relevante a ser considerado é a violência contra os filhos gerados e mantidos na prisão, que pode acontecer durante a gestação, em virtude da falta de assistência médica adequada, ou nos primeiros meses/ano de vida, causada pelos próprios pais ou por terceiros.

A outra menina que tive no sistema prisional, com o cara que conheci aí... Ele molestou minha filha, ela tem um aninho. Fez um ano dia 2 de fevereiro... bem dizer um bebê...saber que o próprio pai tentou molestar ela eu vou sair da cadeia com qual cabeça...e isso me revolta... (DETENTA 9, CIS)

A Constituição de 1988 garante às presas o direito de manter seus bebês consigo durante todo o período de lactação e esta parece ser a melhor alternativa para a saúde física e psíquica da criança. No entanto, é necessário um cuidado especial para assegurar que as condições de vida dessas crianças sejam preservadas, principalmente quanto aos possíveis abusos ou privações decorrentes do estado mental e de saúde dos pais presos, ou até mesmo das condições de acolhimento no presídio.

O relato anterior traz indicações dos riscos a que estão sujeitas algumas dessas crianças que convivem com os detentos no sistema prisional goiano. Durante o período da pesquisa, a equipe presenciou o fato de uma detenta que, mantinha seu bebê embaixo da cama de alvenaria e dormia junto com ele, demonstrando medo de agressões e sinais de perturbação. Nesse contexto, de que maneira estariam sendo melhor atendidos os princípios da Constituição, onde existe a necessidade de se preservar os direitos da infância e da adolescência, independente da família em que estes são oriundos.

Algumas detentas expressaram uma relativa satisfação com o tratamento recebido nesta prisão, mas também revelaram a expectativa de que sejam implantadas algumas melhorias que assegurem melhores condições.

Queria que melhorasse a visitação para o dia todo. (DETENTA 8, CIS)

A cadeia aqui é boa demais, é casa de recuperação...não é aquela cadeia que os presos dominam. Mais diferente de qualquer canto do Brasil todo... Porque eu já ‘puxei’ outras cadeias...É bom falar com o psicólogo...saber porque negaram o meu pedido...se a gente não conversar, não desabafar, a gente faz besteira... (DETENTA 10, CIS)

De uma maneira geral, as detentas do sistema goiano prisional possuem um conhecimento básico sobre a AIDS, as formas de transmissão e de prevenção da doença. Entretanto, a percepção de susceptibilidade individual é baixa, sendo que o sexo seguro baseia-se no pressuposto de ter um único parceiro, isto é, as mulheres que relatam ter um parceiro somente não acham que precisam se cuidar.

São comuns em todos os seguimentos sociais femininos, as justificativas para o não uso de preservativos de que existe uma confiança no parceiro sexual e, mesmo tendo conhecimento, torna-se difícil fazer com que o companheiro use regularmente. Além do mais, a relação entre o

uso de álcool e/ou drogas e a não utilização de medidas preventivas para o HIV vem sendo abordada por pesquisadores, sendo que a probabilidade de infecção estava associada positivamente à maior dificuldade em usar o preservativo devido ao consumo de álcool/drogas e inversamente associada a uma maior percepção de risco sexual, estando às pessoas mais propensas a se engajarem em comportamentos sexuais de risco, conforme explicitado por Boscarino e colaboradores, em pesquisa realizada em São Francisco na Califórnia (1995)

De acordo com a classificação descrita por Mann e Tarantola (1996), a vulnerabilidade mínima ocorre quando a pessoa não relata nenhuma atividade sexual ou somente práticas de sexo não penetrativo, média quando as pessoas têm atividade sexual e usam consistentemente preservativos e, alta quando não aderem as práticas de sexo seguro. Assim, podem-se classificar como de vulnerabilidade alta as detentas que têm atividade sexual semanal, com parceiros fixos e que usam camisinha na maioria das vezes ou sempre e de vulnerabilidade máxima, aquelas detentas que, independente do parceiro, não usa o preservativo sabendo da necessidade e da alta viremia presente nos presídios brasileiros.

Na Agência Goiana do Sistema Prisional, visando minimizar os fatores que comprometem a saúde no presídio, foi implantada em 2005 a Cartilha de Saúde com o intuito de buscar a melhoria da qualidade de vida da população carcerária. O texto, direcionado para os Agentes de Saúde (reeducandos, agentes penitenciários e profissionais de saúde) e gestores, contém informações sobre saúde da mulher e da criança, dependência química e orientações sobre a importância de *'fazer o caminho de volta'*.

Dentro deste princípio, foi instituído o programa "Luz para as Mulheres", cuja iniciativa objetiva a prevenção e atendimento às mulheres reeducandas, para doenças sexualmente transmissíveis (DST) e câncer de mama. As ações previstas incluem o atendimento para a coleta de material preventivo, coleta de sangue para diagnóstico de DST, sífilis, HPV e AIDS, além de palestras sobre prevenção e tratamento. Incluem também o planejamento familiar e a distribuição de material educativo, que se executados conforme a programação existente virá diminuir as lacunas de saúde apontadas anteriormente para as detentas da Agência Goiana do Sistema Prisional.

Outras ações poderão ainda ser implantadas, tais como a construção de um berçário/creche para a acolhida adequada das crianças geradas e criadas no presídio, melhorando o atendimento às necessidades básicas das crianças que tem que conviver com suas famílias dentro do ambiente prisional.

Os resultados deste estudo indicam que a busca de soluções para diversas questões que envolvem a vulnerabilidade feminina à infecção com o vírus HIV, deve se basear em ações de saúde que obedeçam aos princípios da integralidade, universalização, equidade e descentralização que regem o Sistema Único de Saúde (SUS) e que, através das Secretarias de Saúde dos Municípios, podem vir a atender satisfatoriamente esta população confinada.

Boas políticas e boas práticas de saúde para as mulheres implicam em abordar claramente a sexualidade, discutir os tabus, melhorar os serviços de saúde reprodutiva e enfrentar a violência contra as mulheres, cuja abordagem é imprescindível para diminuir a vulnerabilidade das mulheres. Estas ações conjuntas podem levar a melhoria nos cuidados com a saúde feminina nos sistemas prisionais brasileiros.

5 CONCLUSÕES

1 Na Agência Goiana do Sistema Prisional, a prevalência de infecção pelo vírus HIV em mulheres encontrada foi de 12,5%, sendo 25 vezes superior ao observado na população de mulheres goianas. As detentas identificadas como soropositivas encontravam-se todas no Centro de Inserção Consuelo Nasser e nenhuma na Casa de Prisão Provisória. O fator de risco em se contrair a infecção pelo vírus HIV foi de 40% em detentas. Isto demonstra a importância da implementação de medidas preventivas, de tratamento e acompanhamento dentro do sistema prisional.

2 Uma grande quantidade de detentas (41%) relaciona-se com companheiros também reclusos, sendo decorrente do envolvimento das mesmas com a criminalidade e do não respeito à Lei de Execução Penal, que permite visitas íntimas também para as mulheres, fazendo com que estas optem por práticas sexuais com companheiros dentro do sistema prisional. Isto indica a necessidade de ter instalações e horários adequados para o exercício sexual mais saudável nos presídios femininos goianos.

3 A renda familiar foi diretamente proporcional ao grau de instrução encontrado entre as detentas, sendo que as mulheres com baixa escolaridade apresentaram menor capacidade de geração de renda. Foi observado que 57,2% das mulheres fizeram somente o primeiro grau, onde destas, quase a metade, ainda não completaram o ensino básico, podendo ser consideradas semi-analfabetas. Portanto, são importantes as ações para proporcionar a educação nos presídios goianos, devendo ser estimulada a continuidade dos estudos, visando dar oportunidades de ensino fundamental e superior.

4 A qualificação profissional oferecida para as detentas tem sido importante através de cursos profissionalizantes, já que 60% foram beneficiadas dentro do sistema prisional goiano. Embora aumente as oportunidades de inserção social, não é suficiente.

5 As mulheres detentas apresentam as características gerais de pertencerem a famílias numerosas, decorrentes de áreas urbanas, que já viveram na rua em algum período de suas vidas, com história de desestruturação familiar e violência. As mulheres soropositivas encontram-se na faixa etária de 24 a 35 anos, declaradas de cor morena, casadas e viúva, tendo

sido criadas pelos pais e com moradia diversa dos filhos atuais. É necessário investir no desenvolvimento psicossocial das detentas, através de tratamento terapêutico individual e em grupo, oportunizando mudanças de comportamento e a reconstrução de valores humanos mais saudáveis.

6 As detentas demonstraram ter conhecimento dos métodos de prevenção, entretanto sem adotar frequentemente as práticas de sexo seguro. Isto reforçou a vulnerabilidade da mulher e, portanto, a necessidade de implementação de ações preventivas, que levem a consciência própria do cuidado feminino por ser a melhor garantia de saúde.

7 As detentas que estavam na Casa de Prisão Provisória (63,6%) declararam ter freqüentes cuidados com a saúde (no período inferior a um ano), entretanto após um prolongado confinamento, este índice foi reduzido para 37,5%. Isto significa que a assistência médica, ambulatorial e à saúde integral, proporcionada dentro do sistema prisional precisam ser mais intensificados, oferecendo, pelo menos, as mesmas condições de tratamento do Sistema Único de Saúde.

8 Para cumprir a norma de que as detentas fiquem com seus bebês durante todo o período de amamentação, as prisões devem ser devidamente equipadas com um berçário onde as mães possam manter e amamentar seus filhos. Além disto, precisam receber um suporte médico e psicológico especializado, pois essas crianças merecem ser tratadas com todo o respeito e direitos humanos.

9 A reflexão sobre as políticas públicas de saúde na área de promoção e prevenção dirigidas à AIDS, necessitam buscar uma abordagem da saúde integrada, que leva ao desenvolvimento com sustentabilidade, direcionado para a qualidade de vida das pessoas e ao direito de cidadania, independente do local em que estão estas pessoas no país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agacinski, S. Políticas dos Sexos. Madrid, Espanha: Taurus; 1998.

Ayres JRCM. Epidemiologia e emancipação. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO; 1998.

Barbará, A, Sachetti VAR, Crepaldi MA. Interação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina: Curitiba; 2005.

Boscarino JA, Avins AL, Woods WJ, Lindan CP, Hudes ES, Clark W. Alcohol-related risk factors associated with HIV infection among patients entering alcoholism treatment: implications for prevention. J Stud Alcohol; 56 (6) 642-653; 1995.

Brasil. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Contribuição para as conferências estaduais-documentos bases. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2004.

Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS; 1998. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>.

Brasil. BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS/HIV. Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS; 2003. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>.

Brasil. BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS/HIV. Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS; 2004. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>.

Brasil. BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS/HIV. Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS; 2005. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>.

Brito AM , Castilho EA, Szwarcwald CL. AIDS e a infecção do HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 2000; 34(2): 207-217.

Butler T, Robertson P, Kaldor J, Donovan B, Syphilis. In New South Wales prisons; Int J STDAIDS. 2001 June; 12 (6):376-9.

Camargo Jr., Kenneth R. A construção da aids. In: Czeresnia, Dina et al. (Org.). Aids, ética, medicina, e biotecnologia. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco; 1995.

Camargo, B.V. & Bárbara A. Efeitos de panfletos informativos sobre a aids em adolescentes. Psicologia: teoria e pesquisa. 2004.

Castanha AR. A qualidade de vida de soropositivos para o HIV após duas décadas da terapia anti-retroviral. 7 HIV-AIDS Virtual Congress; 2004.

CDC. Kaposi's Sarcoma and Pneumocystis Pneumonia among Homosexual Men. New York City. Centro para o Controle e Prevenção de Doenças. MMWR Weekly 1982.

Constituição da República Federativa do Brasil. 1988. Disponível em: [/http://www;planalto.gov.br/ccivil_03/Constituição.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituição.htm)

Cohn A. Considerações acerca da dimensão social da epidemia de HIV/AIDS no Brasil. In: Simpósio satélite: A epidemia da aids no Brasil: situações e tendências. Brasília: CN DST/AIDS/Ministério da Saúde; 1997.

Costa H. Governo vai ampliar programas de prevenção a AIDS voltados para mulheres; 2004. Disponível em: www.radiobras.gov.br

Davis KC, Horsburg CR, Harshila U, et al. Acquired immunodeficiency syndrome with haemophilia. Ann InterMed; 1983.

De Ravello L, Brantley MD, Lamarre M, Qayad MG, Aubert H, Beck-Sague C. Sexually transmitted infections and other health conditions of women entering prison in Georgia, 1998-1999. *Sex Transm Dis.* 2005;32(4):247-251.

DeVita VT, Hellman S, Rosamberg SA. *AIDS etiology, diagnosis, treatment and prevention.* JB lippincott Company; 1988.

Dilts H; Parker R. *AIDS, a terceira epidemia: ensaios e tentativas.* São Paulo: Iglu;1991.

Diniz D. *Bioética, direitos sexuais e reprodutivos: uma inserção do tema no Congresso Nacional Brasileiro. Projeto de Pesquisa.* Brasília; 2000.

Dixon OS, Flanigan TP, Bebuono AB, Laurie JJ, De Ciantis ML, Hoy, J, Stein M, Scott HD, Carpenter CC. Infection with the human immunodeficiency virus in prisoners: meeting the health care challenge. *Am J Med .* 1993.

Doise W. *Atitudes e representações sociais.* Rio de Janeiro: Eduerj; 2001.

Ferreira CV de L. *Conversando com o paciente HIV positivo: um estudo clínico.* Campinas: 1992 [Tese de Doutorado – Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP].

Ferreira MM, Ferrazoli L, Palaci M, Salles OS, Medeiros LA, Novoa P, Kiefer CR, Schectamann M, Kritski AL, Jonnson Wd, Riley LW, Ferreira Junior OC. Tuberculosis and HIV infection among female inmates in São Paulo, Brazil: a prospective cohort study. *J /Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol.* 1996;13 (2):177-183.

Fonseca C. *Caminhos da adoção.* 2 ed. São Paulo: Cortez; 2002.

Ford PM, White C, Kaufmann H, Mactavish J, Pearson M, Ford S, Sankar-Mistry P, Connop P. Voluntary anonymous linked study of the prevalence of HIV infection and Hepatitis C among inmates in a Canadian federal penitentiary for women. *CMAJ.* 1995;153(11): 160-1609.

Fórum UNGASS-HIV/Aids: balanço da resposta brasileira, 2001-2005. Revista Saúde Pública; 2006; 40 (Supl.); 5-8.

Freud A. O ego e os mecanismos de defesa. 6. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. Tradução de Álvaro Cabral. Coleção Corpo e Espírito; 1936/1982.

Freud S. A história do movimento psicanalítico. Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1914, v. XIV. Tradução de Jayme Salomão; 1976.

Freud S. Artigos sobre a metapsicologia. O inconsciente. Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1915, v. VI. Tradução de Jayme Salomão; 1976.

Freud S. Inibições, sintomas e ansiedade. Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1926 v. XX. Tradução de Jayme Salomão; 1976.

Freud S. Luto e melancolia. Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1917, v. XIV. Tradução de Jayme Salomão; 1976.

Ganon JH. The implicit and explicit use of the scripting perspective in sex research. Annual Review of Sex Research; 1990. 1: 1-43.

Godin. L' éducation pour la santé: Les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs. Sciences Sociales et Sant, IX; 1991.

Goulart FA. Políticas e instituições de saúde: o vivido, o percebido, o representado. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1992.

Guilhem DM. Escravas do risco - bioética, mulheres e Aids. Brasília; Editora Universidade de Brasília: Finatec; 2005.

Guimarães, CD. Quebrando o silêncio: Mulheres e AIDS no Brasil. In Parker RG, Galvão J, (Orgs.). A AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/Abia. 1996.

HRW (Human Rights Watch). O Brasil por trás das grades; 1998. Disponível em: URL<http://hrw.org/portuguese/reports/presos>.

HRW (Human Rights Watch).O Brasil por trás das grades (o contato dos presos com o mundo exterior); 1998. Disponível em: <http://hrw.org/portuguese/reports/>

HRW (Human Rights Watch). O Brasil por trás das grades (Prefácio); 1998. Disponível em: <http://hrw.org/portuguese/report/reports/press/prefacio.htm>

IBGE. Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores, 2003. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2004. Disponível em: URL:<http://www.mec.gov.br/spmu/pnpm.pdf>

Kassira EM, Bauserman RL, Tomoyasu N, Caldeira E, Swetz A, Solomon L. HIV and AIDS surveillance among inmates in Maryland prisons J Urban Health. 2001;78(2):256-263.

Kübler-Ross E. Aids: e o desafio final. São Paulo: Best Seller; 1969. Tradução de Marilena Pires Caetano Ruas; 1998.

Laga M, Taelman H, Van der Stuyft P, Bonneux L, Vercauteren G, Piot P. Advanced immunodeficiency as a risk factor for heterosexual transmission of HIV.AIDS. 1989 ; (3):361-366.

Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulário da psicanálise. 2 ed.,São Paulo, Martins Fontes [tradução de Pedro Tamen]; 1991.

Lima ALM et al. Perguntas e respostas sobre HIV/AIDS. São Paulo: Atheneu; 1996.

Lisboa MES. Vulnerabilidade da mulher frente às DST/HIV/AIDS. Estudo sobre preservativo feminino junto às profissionais do sexo em São Lourenço do Sul. III Congresso Virtual HIV/AIDS; 2003.

Lopes F, Latorre MRDO, Pignatari ACC. HIV,HPV and syphilis prevalence in a women's penitentiary in the city of São Paulo, 1997-1998. Cadernos de Saúde Pública. 2001;17(6):1473-1480.

Mann J, Tarantola DJM, Netter TW. A AIDS no mundo. Rio de Janeiro: Rrelume-Dumará/Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS/Instituto de Medicina Social, Universidade do Rio de Janeiro; 1996.

Mann J, Tarantola DJM, Netter TW. AIDS in the World. USA : Harvard University Press; 1992.

Mann P H. Métodos de investigação sociológica. 4.ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1979.

McFarland W, Chen S, Weide D, Kohn R, Klausner J. Gay Asian men in San Francisco follow the international trend: increases in rates of unprotected anal intercourse and sexually transmitted diseases, 1999-2002. AIDS Educ. Prev. 2004;16(1):13-18.

Melo VH. Aspectos atuais da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana da mulher. Minas Gerais: Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Minas Gerais; 1996.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO; 1992.

Ministério da Saúde. Educação em saúde escolar para prevenir DST/Aids e drogas. Brasília: Coordenação Nacional de DST e AIDS; 1997.

Ministério da Saúde. AIDS no Brasil: um esforço conjunto governo-sociedade. Brasília: Coordenação Nacional de DST e AIDS; 1998.

Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS; Dados relativos ao ano de 2000. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>.

Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS; Dados relativos ao ano de 2004. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>.

Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS; Dados relativos ao ano de 2005. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>.

Ministério da Saúde Epidemiologia. Brasília. Disponível em <http://www.aids.gov.br>.

Miranda AE, Vargas PM, St Louis ME, Viana MC. Sexually transmitted diseases among female prisoners in Brasil: prevalence and risk factors. *Sex Transm Dis.* 2000;27(9):491-495.

Money-Kyrle R. Obras selecionadas de Roger Money-Kyrle. Editado em inglês por Donald Meltzer e Edna O'Shaughnessy; tradução Ester Hadassa Sandler e Paulo Sandler. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1978/1996.

Monteiro Filho G. Segredos da estatística em pesquisa científica. Goiânia: Vieira; 2004.

Moreno S. Treatment of tuberculosis in HIV- infected patients: safety and antiretroviral e efficacy of the concomitant uso of ritonavir and rifampin. *AIDS*, v.5, n. 09; 2001.

Morse JM. Designing funded qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln YS. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, Sage; 1994. p.220-235.

Moscovici S. *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: P.U.F.; 1976.

Moscovici S. *A Representação Social da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar; 2003.

Nietzsche FW. *Crepúsculo dos ídolos (ou como filosofar com o martelo)*. 2.ed. Rio de Janeiro: Ediouro; 2000.

OMS. World report on violence and health, 2000. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/chapters/en

Paiva V, Venturi G, França Jr. I, Lopes F. Uso de preservativos. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

Parker R, Camargo Junior KR. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos In.: Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro; 1994. 16(1): 89-102.

Políticas Públicas para Mulheres no Brasil: balanço nacional cinco anos após Beijing/articulações de mulheres brasileiras. Brasília: AMB; 2000.

PNUD. Combate à AIDS requer métodos originais. Disponível em: [//www.cidadania.org.br](http://www.cidadania.org.br).

Rodrigues A. Psicologia social. Petrópolis: Vozes; 2000.

Rodrigues Jr AL, Castilho EA. A Epidemia de Aids no Brasil, 1991/2000: descrição espaço temporal. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 2004; 37(4): 312-317.

Rosset C. O princípio da crueldade. Rio de Janeiro: Rocco; 1993.

Saldanha AAW. Vulnerabilidade e condições de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável. [tese de doutorado]. Ribeirão Preto: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras; 2003. Disponível em: www.teses.usp.br.

Sanches KRB. A AIDS e as mulheres jovens: uma questão de vulnerabilidade [doutorado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. Disponível em: <http://portalteses.cictfiocruz.br>

Santos NJS, Buchalla CM, Fellipe EV, Bugamelli L, Garcia S e Paiva V. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. *Revista Saúde Pública*, vol. 36, n.4. São Paulo. Aug; 2002.

Sarti CA. O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória. In: Acosta M. *Estudos feministas*, Florianópolis/SC, 12(2) 264; 2004. p. 35-50.

Sarti CA. Famílias enredadas. In: Acosta AR, Vitale MAF (org). *Família: redes, laços e políticas públicas*. 2. ed. São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Especiais – PUC/SP; 2005. p. 21-35.

Scharper LC. Relevância da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana em mulheres reclusas da Agência Prisional de Goiás e a sua vulnerabilidade a este agravo. *Dissertação de Mestrado*. Goiás: Universidade Católica de Goiás; 2005.

Silva MA. Normas para elaboração e apresentação de trabalhos acadêmicos da UCG: modalidades, formatação e referências. Goiânia: Ed. Da UCG; 2005.

Silveira MF, Beria J, Jorge U, Horta BL et al. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e AIDS em mulheres. *Revista Saúde Pública*, dez.; 2002.

Sistema Nacional de Informações de Gênero – Indicadores Censitários- Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM), 2006.

Smith PF, Mikl J, Truman BI, Lessner L, Lehman JS, Stevens RW, Lord EA, Broaddus RK, Morse DL. HIV infection among women entering the New York State correctional system. *Am J Public Health*. 1991;81(3):35-40.

Soares MB, Ilgenfritz I. População carcerária feminina do estado do Rio de Janeiro: perfil das mulheres presas suas histórias de violência familiar e institucional. *Centro de Estudos de Segurança e Cidadania*. Universidade Cândido Mendes. Rio de Janeiro, IETS, n. 2; 2001.

Soares BM. Retrato das mulheres presas no estado do Rio de Janeiro. Boletim de Segurança e Cidadania; 2001.

Soares M. A AIDS. São Paulo, Publifolha; 2001.

Sontag, S. AIDS e suas metáforas. São Paulo: Companhia das Letras, 1978/1989.

Sotelo RV, Bidegaray IR. Análise de tendências sobre os direitos sexuais e os direitos reprodutivos. III Seminário Regional - Direitos Sexuais e Reprodutivos e Direitos Humanos, Cladem, Brasil. SP; 2003.

Strazza L, AzevedoRS, Carvalho HB. The vulnerablility of brasilian female pozes; risoners to HIV infection. Braz J Med Biol Res. 2004; 37(5): 771-776.

Suplicy M. Conversando sobre sexo. Editora Vozes; RJ. 20 ed. Atualizada; 1999.

Toscano M, Goldenberg M. A revolução das mulheres: um balanço do feminismo no Brasil. Rio de Janeiro: Revan; 1992.

Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-quantitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humana. 2.ed. Petrópolis: Vozes; 2003.

Vasconcelos EM. Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis: Vozes; 2002.

Vaz RG, Gloyd S, Folgosa E, Kreiss J. Syphilis and HIV infection among prisiones in Maputo, Mozambique. Int J STD/AIDS. 1995 ; (6):42-46.

Vogt MW, Witt DJ, Craven DE. Isolation patterns of the human immunodeficiency virus from cervical secretions during the menstrual cycle of women at risk for the Acquired Immunodeficiency Syndrome. Ann Intern Med. 1987; 106(3):380-382.

UNAIDS. AIDS epidemics situation. UNAIDS Report. World Health Organization; 2004. Disponível em <http://www.unaids.org>.

UNIFEM. Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a mulher. Rumo à igualdade de gênero. CEDAW, Pequim e ODM. United Nations Development program. New York: Oxford university Press; 2003.

WHO/GPO Statistics World Health Organization Press Release. Programa Global de AIDS- Organização Mundial de Saúde.