

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
Pro-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Programa de Pós-Graduação (Mestrado) em Ciências Ambientais e Saúde

**VULNERABILIDADE À INFECÇÃO PELO
VÍRUS HIV DOS PRIVADOS DE LIBERDADE DO
SISTEMA PENITENCIÁRIO GOIANO**

CAMILA FERREIRA MARTINS

GOIÂNIA-GO

2005

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
Pro-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Programa de Pós-Graduação (Mestrado) em Ciências Ambientais e Saúde

**VULNERABILIDADE À INFECÇÃO PELO
VÍRUS HIV DOS PRIVADOS DE LIBERDADE DO
SISTEMA PENITENCIÁRIO GOIANO**

CAMILA FERREIRA MARTINS

Orientadora: Profa. Dra. Eline Jonas
Co-Orientadora: Profa. Dra. Irmtraut Araci H. Pfrimer

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

Goiânia

2005

Dedico este trabalho

À minha mãe, fonte inesgotável de dedicação, na qual sempre renovo minhas forças para alcançar os objetivos que almejo.

Ao meu pai, fonte de apoio e compreensão, sempre me conduzindo com seus valores e virtudes ao caminho da honestidade e do conhecimento.

À minha amiga e colega de mestrado Kérlita, exemplo de determinação.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Eline Jonas, pela dedicação e por ter me proporcionado uma experiência extraordinária com sua sabedoria. Muito obrigada!

À Profa. Dra. Irmtraut Araci H. Pfrimer, que sempre tem compartilhado o seu saber, contribuindo intensamente para elaboração deste estudo.

Aos bolsistas de iniciação científica Ciro de Sousa, Artur Bartasson, Marielle de O. Castro, Leandra Moreira, Hidelberto Matos, Fábio Ferreira, Marcelo Zanini e Lorena Fernandes, pelas contribuições durante a realização deste trabalho.

As bolsistas Mariane Tokarski e Daniela de Brito, pelas inúmeras horas dedicadas ao banco de dados da pesquisa.

À Ms. Dulcineia de Oliveira Cruz pela valiosa ajuda durante o preenchimento dos formulários e coletas de sangue.

Ao Diretor do Hospital de Doenças Tropicais, Dr. Boaventura Queiroz, que com seu jeito especial de ser, disponível e humano, se dispôs a acompanhar e a tratar os presidiários portadores do vírus HIV.

Aos agentes carcerários e funcionários da Agência Prisional, Robson, Carlos e Marize, por terem sido sempre prestativos nos momentos em que necessitei de ajuda.

Aos detentos, cujos olhares esperançosos sempre despertaram a verdadeira riqueza da pesquisa, pela confiança.

Aos colegas de mestrado, especialmente a Lourdes Cristina Schaper, que tornou-se grande amiga, pelo auxílio prestado em todas as etapas desse estudo.

RESUMO

A população privada de liberdade é considerada vulnerável ao vírus da imunodeficiência humana (HIV) por cinco motivos. Eles são: as condições de confinamento, o comportamento individual de risco, a marginalização social, o baixo nível socioeconômico e a baixa escolaridade. Para identificar a prevalência do vírus HIV e os principais fatores sociodemográficos e comportamentais que corroboram para o aumento da vulnerabilidade dessas pessoas, foram pesquisados 270 detentos da população prisional masculina do Sistema Penitenciário Goiano de um universo de 1,323. A primeira etapa consistiu na coleta de sangue para exames laboratoriais bem como levantamentos sociodemográfico e de comportamento de risco. Na segunda etapa, foram realizadas entrevistas por saturação de informações com os detentos selecionados segundo idade, tempo de reclusão e resultados sorológicos. A maioria da população estudada é constituída predominantemente por adultos jovens com idade entre 21 e 30 anos. Em geral, são casados/amasiados que não completaram o Ensino Fundamental; recebiam em média um salário mínimo mensalmente antes da prisão. Dos testados, foi encontrada uma ocorrência de 4,1% de detentos com anticorpos anti-HIV. Em relação aos fatores de risco para infecção pelo vírus HIV, 68,5% declararam já ter feito uso de drogas ilícitas e apenas 21,8% usam preservativo em todas as relações sexuais. Os dados confirmam a elevada vulnerabilidade da população prisional do Sistema Penitenciário Goiano ao vírus HIV. Esta vulnerabilidade alta é igual ou proporcional a encontrada em outros estados brasileiros e em outros países. Os achados ressaltam a necessidade de estabelecer programas e políticas de prevenção que levem em consideração os fatores individuais e sociais que tornam o homem recluso vulnerável a essa infecção.

Palavras Chave: Prisioneiros, AIDS, HIV, Infecção, Fatores, Vulnerabilidade.

ABSTRACT

Prison populations are considered to be vulnerable to Human Immunodeficiency Virus (HIV) for five reasons. They are: the conditions of confinement, individual risk behavior, social marginalization, low social-economic level and low educational level. To identify the prevalence of the HIV virus and the principal social-demographic and behavioral factors which collaborate towards the increase of vulnerability of this population factors, 270 prisoners from a universe of 1,323 from the masculine prison population of the Goiás (Brazil) Penitentiary System were examined. The first step consisted of a collection of blood samples for laboratory examination as well as social-demographic and behavioral risk studies. In the second step, selected inmates were interviewed by information saturation according to their age, period of confinement and serological results. The majority of the population studied is constituted predominantly of young adults, ranging in age from 21 to 30. In general, they are married legally or by common law and did not complete primary school; they received on the average a minimum salary monthly before prison. Of the tested prisoners, 4.1% were found to have antibodies for HIV. With respect to factors of risk for infection by HIV, 68.5% declared to have already used illegal drugs and just 21.8% use preservatives in all sexual relations. The data confirm an elevated vulnerability of the prison population of the Penitentiary System of the State of Goiás for HIV. This high vulnerability is equal to or proportional to that found in other Brazilian states and in other countries. The findings reinforce the need to establish preventional programs and policies that take into consideration the individual and social factors that make the imprisoned man vulnerable to this infection.

Key words: Prisoners, AIDS, HIV, Infection, Factors, Vulnerability.

SUMÁRIO

RESUMO.....	5
ABSTRACT.....	6
INTRODUÇÃO.....	9
1 SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE INDIVIDUAL E SOCIAL AO VÍRUS HIV DOS PRIVADOS DE LIBERDADE NO BRASIL.....	10
2 O VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA: HISTÓRICO, MORFOLOGIA E TRANSMISSÃO.....	16
3 CASUÍSTICA E METODOLOGIA.....	24
3.1 Casuística.....	24
3.2 Protocolo Geral.....	26
3.3 Aspectos Éticos	27
3.3 Levantamento de Dados Sociodemográficos	27
3.4 Coleta de sangue e Diagnóstico Laboratorial do HIV.....	28
3.4.1 Quantificação de Anticorpos Anti-HIV por Elisa	28
3.4.2 Quantificação de Anticorpos Anti-HIV por Imunofluorescência	29
3.5 Entrevistas	30
3.6 Interpretação dos Dados	31
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
5 CONCLUSÕES.....	48
6 REFERÊNCIAS	49

APÊNDICES	57
Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	58
Apêndice B - Formulário Cadastral	60
ANEXOS	63
Anexo 1 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	64

INTRODUÇÃO

O interesse por este estudo surgiu a partir do caráter interdisciplinar do Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde da Universidade Católica de Goiás. Doutores e mestrandos de diversas áreas profissionais uniram-se para a elaboração de projetos envolvendo a interação dinâmica entre as disciplinas.

As transformações promovidas pela interdisciplinaridade promoveram fecundos diálogos, através da troca de experiências entre professores e alunos. Foi um precioso “convite” à revisão da relação de todos com o conhecimento, no qual um ambiente interativo foi “tecido” e os pesquisadores “entrelaçados” pelos saberes que são capazes de produzir.

Com o intuito de conhecer melhor a realidade dos privados de liberdade¹ de Goiás, as professoras doutoras Irmtraut Araci H. Primer e Eline Jonas sugeriram que pesquisas elaboradas nesse ambiente seriam de grande valor para os privados de liberdade e também para a sociedade. Um dos projetos realizados originou este estudo, envolvendo a população masculina do Sistema Penitenciário Goiano. Trata-se de uma pesquisa exploratória, quanti-qualitativa, desenvolvida na Universidade Católica de Goiás em parceria com o Hospital de Doenças Tropicais e o Laboratório de Saúde Pública Dr. Giovani Cysneiros.

Os principais objetivos foram identificar a prevalência do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) na população masculina privada de liberdade, em regime fechado, do Sistema Penitenciário Goiano e conhecer os principais fatores sociodemográficos e comportamentos de risco que corroboram para o aumento da vulnerabilidade dessa população à infecção pelo HIV.

¹ Privados de liberdade serão designados também como “detentos”, “presidiários” ou “reclusos”, de acordo com a terminologia adotada pelos autores citados.

1. SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE INDIVIDUAL E SOCIAL, AO VÍRUS HIV, DOS PRIVADOS DE LIBERDADE NO BRASIL

O Brasil encarcera mais pessoas do que qualquer outro país da América Latina e, infelizmente, os problemas do sistema penitenciário brasileiro apresentam proporções correspondentes à sua dimensão. As instituições carcerárias são precárias e as condições em que vivem os presos são subumanas (HRW 1998). O sistema carcerário vive dias de grande intranqüilidade: com a superlotação da maioria dos presídios, o déficit do sistema prisional é preocupante. Essa situação é identificada nas estatísticas do Departamento Penitenciário Nacional–DEPEN, as quais relatam que, em 1997, havia 6,06% de presos por funcionário, 2,28 presos por vaga, 95,5% de presos adultos e 92,73% de jovens do sexo masculino.

Segundo Guirão (2001), a situação identificada no ambiente prisional contribui de forma significativa para o aumento dos agravos de saúde, o que gera riscos, tanto endêmicos, quanto epidêmicos de doenças infecto-contagiosas. O ambiente prisional está repleto de fatores que contribuem para a proliferação de doenças. Entre estes fatores estão, a superlotação, o estresse provocado pelo encarceramento, as condições sanitárias precárias, a ociosidade dos detentos, o uso abusivo de drogas e o sexo desprotegido. Ainda segundo os dados desse autor no quadro epidemiológico do sistema penitenciário brasileiro, predominam as doenças infecciosas e parasitárias, mostrando-se alta a incidência de infecções respiratórias, alergias, dores de cabeça, problemas digestivos e de várias doenças sexualmente transmissíveis. Essa realidade é reforçada por Massad (1997), ao argumentar que a população de presidiários foi considerada vulnerável a doenças, devido às condições de confinamento, à marginalização social, ao baixo nível socioeconômico e à baixa escolaridade.

A Lei de Execuções Penais (1984) garante ao detento o direito à saúde, à cidadania e o respeito aos direitos humanos. Porém, os dados existentes demonstram um distanciamento entre o que a lei preconiza e o que vem ocorrendo na realidade, o que dificulta a almejada recuperação dos presidiários. Essa mesma lei preconiza, em seu

capítulo II, que a assistência ao detento ocorrerá nos aspectos jurídico, educacional, social, religioso, material e de saúde, de forma preventiva e curativa. Na prática, nenhum desses benefícios é oferecido na extensão contemplada pela lei, e a assistência médica é oferecida em níveis mínimos.

Quanto ao aspecto da saúde, o relatório sobre o sistema prisional, produzido pela II Caravana de Direitos Humanos em Hospitais Penitenciários (2000), informou que existem inúmeras deficiências no tratamento médico oferecido nos presídios do Brasil. O espaço físico é inadequado e incompatível com as práticas médicas, o quadro de enfermeiros e de assistentes é insuficiente, constituído, muitas vezes, por detentos de bom comportamento. Além disso, é constante a falta de medicamentos básicos e de equipamentos para facilitar os atendimentos de emergência.

Como a maioria da população prisional se encontra à margem de, praticamente, todos os programas de prevenção e assistência médica, pessoas que ali chegam sadias ficam sujeitas a inúmeras patologias (Massad 1997). Em seu estudo, Burantinni et al. (2000) também concluíram que as condições de confinamento aumentam o risco de transmissão de inúmeras doenças infecto- contagiosas, como a AIDS. Verificaram que o risco de infecção pelo vírus HIV aumenta com o tempo de detenção, atingindo o máximo por volta de três anos de aprisionamento.

Outras pesquisas mostram que, nos últimos vinte anos, em todo o mundo, foi crescente a incidência e a prevalência de HIV/AIDS em pessoas que vivem no ambiente prisional (Massad 1997; Sanches 1999; Oliveira et al. 1999; Varella 1999). O Programa de Prevenção da Aids das Nações Unidas (UNAIDS 2004) considera os presídios “um território ideal para a transmissão do vírus HIV” e tem alertado continuamente as autoridades prisionais para que tomem medidas preventivas, que evitem maiores índices de contaminação pelo vírus.

Os níveis elevados de contaminação pelo HIV encontrados nos presídios do Brasil certamente reforçam o prognóstico das Nações Unidas. No final de 1997, pesquisadores da Universidade de São Paulo, após coletarem dados por todo o país, estimaram que cerca de 20% da população carcerária do Brasil viviam com o vírus HIV. Ainda segundo essa pesquisa, os maiores índices de contaminação por HIV foram verificados nos presídios do sudeste do Brasil, região que inclui São Paulo e sua enorme população carcerária, chegando a atingir, cerca de 30% do contingente.

A prevalência de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) foi pesquisada por Saad (1998) em detentos do Rio de Janeiro, tendo sido observada uma prevalência

do vírus HIV, de 11%. Em uma pesquisa realizada em 1995, com presidiários do Complexo Penitenciário de Campinas-SP, das 693 amostras de soro analisadas, 100 (14,4 %) foram positivas para anticorpos anti-HIV-1 e HIV-2 (HWR 1998). Varella (1999) relata que, na casa de detenção de São Paulo (Carandirú) foram encontrados, em 1990, cerca de 17,3% de detentos portadores do vírus HIV. Os principais fatores de risco identificados foram o uso de cocaína injetável e o número de parceiros sexuais. Já em 1994 houve uma diminuição da prevalência (13,7%), atribuída à redução do uso de droga endovenosa e ao aumento da utilização do crack.

Em presídios, os fatores de risco para contaminação pelo vírus HIV observados em pesquisas são: relações sexuais homossexuais espontâneas ou forçadas; relações sexuais heterossexuais praticadas sem preservativos durante as visitas íntimas; possibilidade do uso de drogas injetáveis com o uso comum de seringas não esterilizadas; acidentes com sangue contaminado durante rebeliões e a superlotação (Behrendt et al. 1994, Calvazara et al. 1995).

Parker (2000) confirma que, desde de 1990, observa-se uma queda acentuada na ajuda e assistência para responder ao HIV/AIDS, nos setores em que a epidemia se espalha com maior rapidez. Este fato pode ser claramente constatado no ambiente prisional brasileiro. A garantia dos direitos das pessoas que vivem com HIV/AIDS no Brasil é prioridade do Programa Nacional de DST e Aids e tem parceria com organizações da sociedade civil (OSC). Desde novembro de 1996, foi promulgada lei que dispõe sobre a obrigatoriedade do acesso universal e gratuito ao tratamento, ao diagnóstico e a medicamentos anti-retrovirais pelo Sistema Único de Saúde-SUS (MS 2004). Esse tratamento é dirigido à população em geral e aos diversos segmentos mais vulneráveis e sob maior risco de infecção pelo HIV. Porém, apesar de ser altamente vulnerável² à contaminação pelo vírus HIV, a maioria da população encarcerada fica excluída desse direito, o que ocasiona a alta prevalência e disseminação do HIV/AIDS nessa população.

Em geral, as dificuldades para o controle da disseminação do HIV/AIDS nos presídios aparecem associadas a uma variedade de fatores: baixa resolutividade das ações de prevenção; precariedade das redes de atendimento/tratamento para detentos soropositivos; distanciamento entre profissionais de saúde, agentes penitenciários e

² Segundo Aires (1999), “vulnerabilidade” é o constructo teórico adotado para situar e apoiar a seleção e o uso de indicadores complementares – indicadores de risco; fatores sociodemográficos relacionados ao HIV/Aids e infra-estrutura de saúde pré-existentes – que auxiliem na avaliação do contexto e nas interações dessa dimensão com o perfil da epidemia e o desenvolvimento de programas de prevenção e atenção.

detentos e condutas que dificultam ações e programas educativos de atenção à saúde no interior dos presídios. Tais dificuldades têm como substrato empírico e determinantes históricos a conjugação de fatores em que a vulnerabilidade social aumenta o risco, enquanto as políticas sociais falham em dar uma resposta às demandas configuradas (Guirão 2001).

Em especial, para este trabalho, é muito importante considerar além do ambiente de alto risco e do comportamento individual, também a origem socioeconômica, a baixa escolaridade e o desenraizamento em relação às estruturas familiares e comunitárias da maioria dos privados de liberdade. Segundo a estatística do Departamento Penitenciário Nacional, em relação ao perfil da população carcerária, em julho de 2003, existia um total de 213.215 presos no sistema prisional brasileiro, sendo 205.763 (96,5%) do sexo masculino; 197.714 (92,73%) jovens; 7.462 (3,5%) mulheres; 142.001 (66,6%) não completaram o Ensino Fundamental e cerca de 25.586 (12%) são analfabetos (Depen 2003).

Durante boa parte da primeira década da epidemia de AIDS, de 1980 a 1990, predominava a concepção de grupos de risco, representados pelos homossexuais, usuários de drogas injetáveis e prostitutas. Esses grupos formavam a base de poucas e rudimentares estratégias de prevenção recomendadas no referido período, mostrando-se tão equivocadas e ineficazes do ponto de vista epidemiológico quanto incitadoras de preconceitos e injustiças. A rápida disseminação do vírus para pessoas não pertencentes aos denominados “grupos de risco” favoreceu a adoção do conceito de “comportamentos de risco”, minimizando a estigmatização e a exclusão daqueles grupos específicos e estimulando um envolvimento ativo dos indivíduos com a prevenção (Parker & Camargo 2000).

Entretanto, apesar da adoção do conceito de “comportamentos de risco”, é bastante evidente que a infecção pelo vírus HIV nunca se espalhou aleatoriamente em qualquer sociedade. A sugestão de que a AIDS é a epidemia de todos, de que todos somos igualmente expostos à infecção, é o que se poderia chamar de uma espécie de “ficção necessária”, no sentido de que era indispensável para atingir quem se julgava a salvo do risco, porém não explicou adequadamente as verdadeiras circunstâncias socioculturais e político-econômicas que estruturam a forma e os contornos da epidemia em seus diversos cenários (Parker 2000).

Segundo Mann et al. (1993), existem três planos interdependentes que se articulam para produzir maior ou menor vulnerabilidade à infecção pelo HIV: a

vulnerabilidade individual, relacionada com fatores biológicos, comportamentais, psicológicos e cognitivos que interferem em um menor poder para a adoção de medidas preventivas; a vulnerabilidade pragmática, que diz respeito aos bens, insumos e serviços disponibilizados para as populações por meio de políticas públicas de saúde, educação e justiça, e a vulnerabilidade social, constituída pela rede de interações sociais e determinantes demográficos que expõem os indivíduos à infecção. A medida da vulnerabilidade de uma pessoa seria, portanto, o resultado da intersecção desses diversos fatores (Mann et al. 1993, Ayres 1999).

Ao considerar a vulnerabilidade social ao vírus HIV e as características epidemiológicas do HIV/AIDS, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem destacado o fenômeno de “pauperização” da epidemia. O enfoque da epidemia de HIV/AIDS tem mudado de espaço social, afetando atualmente, os setores mais marginalizados da sociedade que vivem em situações caracterizadas pelas diversas formas de violência estrutural, devida à pobreza, à baixa escolaridade e à exclusão social, de um modo geral (Boletim 2000). É justamente nos espaços sociais onde se encontram a miséria e outras formas de desigualdades que a AIDS está evoluindo, sem o impedimento, em grande escala, dos programas públicos de saúde e de educação. Esse é o quadro em que se inclui, segundo os dados do Departamento Penitenciário Nacional (2003), a população carcerária brasileira.

Entre outras razões, pode-se identificar, na literatura existente, que é mínimo o conhecimento que os setores empobrecidos têm sobre a sua realidade, seus direitos e deveres e principalmente sobre os cuidados com a saúde e as formas de prevenir doenças como a AIDS. Portanto, se por um lado, pesquisas científicas têm comprovado que o empobrecimento da população afeta multiplamente, sua saúde, por outro, as estatísticas oficiais confirmam a alta prevalência do vírus HIV nos países ou nas regiões onde estão concentradas as populações mais pobres e, conseqüentemente, com baixa escolaridade (Arber 1996, Parker & Camargo 2000).

Segundo Fonseca et al. (1997) entre os indicadores mais importantes para mensurar o nível socioeconômico associado à saúde da população, são citados o nível de instrução, a renda e a ocupação. Segundo Arber (1996), o nível educacional é considerado o melhor indicador, por ter uma grande importância como determinante de saúde. Outra questão relevante é que a qualificação educacional é praticamente inalterável por todo o curso da vida adulta e que, por isso, trata-se de um indicador praticamente impermeável às perdas que as doenças impõem em termos de renda ou

status, questão particularmente relevante em se tratando da AIDS, associada comumente ao preconceito e ao estigma.

Em síntese, há que se entender que a dinâmica do HIV/AIDS não está vinculada, meramente, aos comportamentos individuais, sendo também caracterizada como uma questão social e de saúde pública. Diante das considerações feitas, destacando o novo perfil social do contexto da globalização, torna-se, indispensável uma nova compreensão da dinâmica da AIDS, principalmente junto às populações que vivem em condições e ambientes desfavoráveis, como é o caso dos privados de liberdade. Trata-se de uma população de extrema vulnerabilidade ao vírus HIV, que é pouco considerada no âmbito social e enfrenta dificuldades para ser incluída como grupo prioritário, nos programas das políticas públicas.

2. O VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA: HISTÓRICO, MORFOLOGIA E TRANSMISSÃO

Reconhecida mundialmente pela sigla AIDS, a Síndrome da Imunodeficiência Humana teve os primeiros casos detectados mundialmente, em 1981, nos Estados Unidos, em homossexuais do sexo masculino, que apresentavam doenças oportunistas como a pneumonia causada pela bactéria *Pneumocystis carinii* e um tipo de câncer denominado sarcoma de Kaposi. Em junho de 1981, os Centros para Controle de Doenças dos Estados Unidos relataram que cinco homossexuais jovens do sexo masculino, da região de Los Angeles, tinham contraído pneumonia pelo *Pneumocystis carinii*. Essa comunicação assinalou o início da epidemia de uma retrovírose caracterizada por imunodepressão intensa associada à infecções oportunistas, neoplasias secundárias e manifestações neurológicas (CDC 1981).

Em 1983, em Paris, um grupo de pesquisadores liderado pelo professor Luc Montagnier, no Instituto Pasteur, isolou, pela primeira vez, através do material biológico de um homossexual, o agente etiológico. O vírus foi denominado vírus associado à linfadenopatia (LAV), porque era evidente no quadro do paciente uma linfadenopatia crônica (Barre-Sinoussi et al. 1983). Nesse mesmo ano foram isoladas amostras de vírus semelhantes, pelo professor Robert Gallo e colaboradores, nos Estados Unidos. O vírus foi chamado de *Human T Cell Lymphotropic Virus- HTLV III* e sua caracterização foi baseada em sua morfologia e tropismo por linhagens celulares que apresentam o receptor CD4+ (Gallo et al. 1983). Conforme proposta do Comitê Internacional de Taxonomia Viral, a denominação de vírus da imunodeficiência humana (HIV) ocorreu a partir de 1986 (Coffin et al. 1986).

Na expressão “síndrome de imunodeficiência adquirida”, o termo *síndrome* indica um conjunto de sinais e sintomas que se desenvolvem simultaneamente; *imuno* refere-se ao mecanismo natural de proteção do próprio corpo contra infecções; *deficiência* caracteriza que esse mecanismo natural de defesa do organismo não está trabalhando satisfatoriamente e *adquirida* informa que a doença não é genética ou hereditária.

No Brasil, a AIDS foi identificada pela primeira vez em 1982, quando os diagnósticos foram feitos em sete pacientes homo e bissexuais. Porém, foi reconhecido retrospectivamente um caso, no estado de São Paulo, supostamente relatado em 1980. Mais de 163 países em todo mundo já identificaram casos de infecção pelo vírus HIV, sendo alarmante o crescimento do número de pessoas infectadas pelo HIV na África e na Ásia.

O HIV-1 foi isolado em 1983, de pacientes com AIDS. Em 1986 foi identificado um segundo retrovírus, com características genéticas e antigênicas semelhantes ao HIV-1, denominado HIV-2 (Popper et al. 1999). O tipo HIV-1 está distribuído mundialmente e o HIV-2 é predominante em países da África Ocidental (Remy 1998). Pesquisadores relatam que, com a descolonização dos países africanos mais atingidos pelo vírus, como Guiné-Bissau, Angola e Moçambique, o tipo 2 (HIV-2) tem-se disseminado para países vizinhos (Gomes 2004).

De acordo com descobertas recentes, o HIV-1 e HIV-2 possuem subtipos ou variantes genômicas. O primeiro possui três grupos: M (major), O (outlier) and N (non-M, non-O), com variabilidade genética de até 30%. Foram identificados especialmente no grupo M, os subtipos A, B, C, D, F, G, H, J e K e; no grupo O apenas um (Perrin et al. 2003, Choisy et al. 2004). Foram descritos cinco subtipos do HIV-2: A, B, C, D, e E (Deleyes et al. 1990; Simon et al. 1998).

O HIV é um retrovírus da família *Retroviridae* e ao gênero *Lentivirus* (Gallo et al. 1983). Pertence ao grupo dos retrovírus citopáticos e não-oncogênicos que necessitam, para multiplicar-se, de uma enzima denominada transcriptase reversa, responsável pela transcrição do RNA viral para DNA, que pode então se integrar-se ao genoma da célula do hospedeiro. Como muitos retrovírus, o vírion do HIV-1 é esférico, possui um diâmetro de aproximadamente 100nm. Contém um núcleo eletrodense circundado por uma bicamada fosfolipídica, o envelope viral, derivado da membrana celular que hospeda o vírus. Existem duas glicoproteínas virais inseridas no envelope que são fundamentais para a infecção das células pelo HIV. A primeira, denominada gp120, é responsável pela ligação a receptores específicos localizados na superfície celular. A segunda glicoproteína, gp41, permite a fusão do vírus com a célula hospedeira. O cerne do vírus contém quatro proteínas (p6, p7, p17 e p24), duas cadeias simples de RNA genômico e as enzimas como a integrase, protease e transcriptase reversa (Levy 1993).

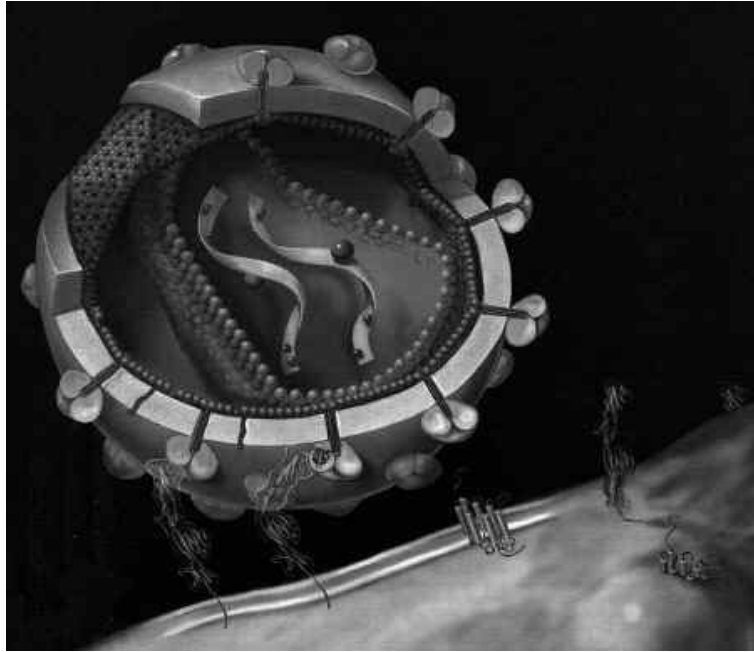


Figura 1: Ilustração esquemática da morfologia do Vírus da Imunodeficiência Humana
Fonte: Kightley (2005).

Conforme se vê no mapa genético do HIV (figura 2), existem duas regiões posicionadas nas extremidades do genoma viral imprescindíveis na fase de integração do DNA complementar viral (cDNA) ao DNA do hospedeiro denominadas *long terminal repeat* (LTR) (Starcich et al. 1985, Klaver & Berkhout 1994). O genoma pró-viral do HIV-1 contém os genes *gag*, *pol* e *env*. A nomeada região *gag* codifica as proteínas estruturais internas p17, p24 e p7. A proteína p7 origina a matriz celular, a p24 o capsídeo e a p7 o nucleocapsídeo e a proteína p6. A região *pol* codifica a protease (p11), a transcriptase reversa (p66/p51) e a integrase (p31) e a região *env* codifica a gp120 e a gp41, proteínas do envoltório (Seelamgari et al. 2004).

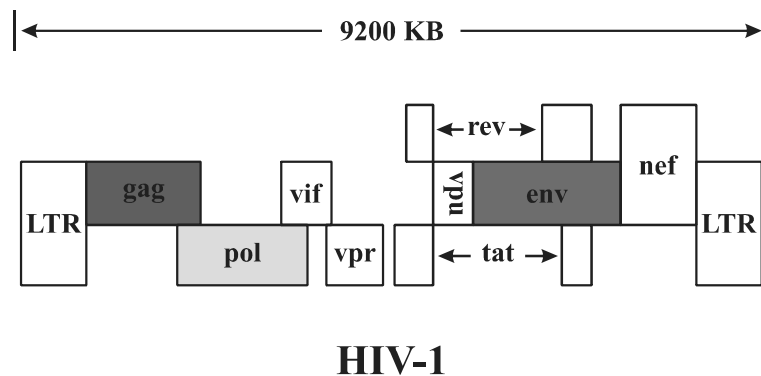


Figura 2: Mapa genômico do HIV-1

Fonte: Klatt, 2004.

Além desses três padrões de genes retrovirais, o HIV-1 codifica outras seis proteínas, tat, rev, vif, nef, vpr e vpu, que regulam a síntese e a junção das partículas virais infectantes. O produto do gene tat (transativador), por exemplo, é crítico no processo de alongação dos transcritos virais e o rev regula o transporte desses transcritos do núcleo para o citoplasma. Os produtos dos genes vpu e vif atuam tardiamente no ciclo de vida do vírus, são essenciais para o brotamento de vírions a partir de células infectadas e para conferir ao vírus livre a capacidade de infectar outras células. Os produtos dos genes reguladores são importantes para a patogenicidade do HIV e, por isso, há considerável interesse no desenvolvimento de agentes terapêuticos que consigam bloquear a ação deles (Seelamgari et al. 2004).

Na primeira fase da epidemia da AIDS, foi divulgada a transmissão por via sexual em relações homossexuais masculinas. Na segunda fase foi identificada pela disseminação do vírus através das drogas injetáveis e a fase atual da epidemia tem entre as suas principais características, o grande aumento do número de casos por exposição heterossexual, juntamente com o fenômeno da pauperização e da feminização, caracterizado pelo progressivo aumento no número de casos de mulheres infectadas (Parker 2000).

Durante a relação sexual heterossexual, o vírus alojado na secreção vaginal penetra pela uretra masculina, atingindo o sangue e infectando o homem. Todavia, como o vírus HIV atinge concentrações mais altas no esperma do que nos líquidos vaginais, sua transmissão do homem infectado para a mulher sadia ocorre com mais frequência. O vírus, instalado no esperma, atravessa a mucosa vaginal, entra na corrente sanguínea e infecta a mulher. A transmissão através das relações sexuais heterossexuais pode ser agravada devido à alta viremia no esperma e nos líquidos vaginais (Laga et al. 1989), promiscuidade sexual, relação anal passiva (McFarland et al. 2004), e relação durante a menstruação (Vogt et al. 1987).

De todas as práticas sexuais, a relação anal é, provavelmente a de maior risco, devido à facilidade de penetração do vírus no organismo. Durante a penetração, a pressão exercida pelos músculos do ânus, no pênis, é intensa e provoca invariavelmente irritações e micro-rompimentos das mucosas e do tecido peniano, permitindo, com mais facilidade, o acesso do vírus HIV à corrente sanguínea. É importante ressaltar que a relação anal também é praticada pelos heterossexuais e que a mucosa retal feminina tem as mesmas características da masculina, sendo igualmente vulnerável à penetração do vírus (McFarland et al. 2004).

A transmissão através do sexo oral é uma questão que divide os pesquisadores. McFarland et al. (2004) consideram-na uma prática de média ou pequena periculosidade. O risco maior é para a pessoa que participa como ativa, ou seja, com a mucosa bucal, indiferentemente se do sexo masculino ou feminino, pois o esperma, ou a secreção vaginal, escorre pelos lábios, adere às mucosas, aloja-se entre os dentes e, encontrando uma porta de entrada um pequeno corte, aftas ou pequenas inflamações nas gengivas, podem provocar a infecção.

Vários estudos também comprovaram os mecanismos biológicos pelos quais as outras doenças sexualmente transmissíveis facilitam a transmissão sexual do vírus HIV pelo aumento da infectividade e da susceptibilidade, sendo que o vírus é detectado constantemente na secreção de úlceras genitais de homens e mulheres infectados. As úlceras sangram facilmente, muitas vezes no contato com a mucosa vaginal, cervical, oral, uretral ou retal durante o sexo. Em mulheres e homens, as DSTs inflamatórias (como gonorréia e clamídia) aumentam a carga viral nas secreções genitais. Essas infecções, assim como as ulcerativas (herpes, sífilis, cancróide), também atraem células alvo do HIV para as úlceras e para a endocérvix, rompendo as barreiras à infecção (Plummer et al. 1991).

O HIV pode disseminar-se muito rapidamente entre os usuários de drogas injetáveis (UDI), sendo esta considerada a principal forma de transmissão sangüínea. Em muitos locais, a transmissão do HIV disseminou-se rapidamente entre os usuários, por desconhecimento da doença, no início da epidemia, e pelos mecanismos de rápida transmissão associados do compartilhamento de seringas, agulhas e outros objetos. No Brasil, a transmissão do HIV por uso de drogas injetáveis é responsável por 16% dos casos de AIDS notificados ao Ministério da Saúde e representa 99% dos casos por transmissão sangüínea (Boletim 2004).

A transfusão de sangue constitui outra forma de contaminação, pois trata-se da transferência de sangue ou de um hemocomponente (componente do sangue) de um indivíduo (doador) a outro (receptor). As transfusões são realizadas para aumentar a capacidade do sangue de transportar oxigênio, para restaurar o volume sangüíneo do organismo, para melhorar a imunidade ou para corrigir distúrbios da coagulação. No início da epidemia, o sangue e seus derivados eram responsáveis por uma grande parte dos casos de transmissão do HIV. A maioria dos casos descritos foi de pessoas que receberam sangue ou derivados não testados, porque ainda não existiam testes específicos para o vírus. Com a testagem de rotina em bancos de sangue, a partir de

1985, e o aconselhamento adequado dos doadores, o número de casos de AIDS transmitidos por, hemotransfusões diminuiu de forma bastante significativa (Boletim 2004).

Atualmente, estima-se que a possibilidade pessoa contaminar-se por meio de transfusão de sangue é extremamente baixa, de 1:350.000 a 1:600.000. Mesmo assim, apesar de o sangue ser testado e apresentar um resultado negativo, o doador pode estar na “janela imunológica” da infecção pelo HIV. Subsiste, assim, uma possibilidade remota de um sangue testado conter o vírus. No entanto, testes cada vez melhores e mais sensíveis têm sido desenvolvidos, nos últimos anos, na tentativa de detecção precoce da infecção pelo HIV, para evitar essa possibilidade. Sempre que possível, recomenda-se a utilização de sangue autólogo (do próprio paciente) ou de derivados substitutivos desenvolvidos por engenharia genética. Esse procedimento é importante na prevenção não apenas do vírus HIV mas também de outros agentes infecciosos transmitidos por transfusão de sangue (UNAIDS 2004, Boletim 2004).

O aumento dos casos de AIDS na população feminina, especialmente nas mulheres em idade fértil, resulta no aumento também do número de casos em crianças, em decorrência da transmissão vertical, ou seja, da mãe infectada para o feto (Garcia et al. 1999, Ahmad 2005). No Brasil, o primeiro caso de transmissão vertical foi descrito em 1985, no estado de São Paulo e, desde então, o número de casos associados a essa categoria de transmissão vem aumentando. Entre os casos pediátricos, a transmissão vertical correspondia a cerca de 25%, no período de 1984 a 1987. A partir de 1994, 90% dos casos de AIDS ocorridos em crianças estão relacionados à transmissão do vírus da mãe infectada para o feto (Boletim 2004).

A transmissão também pode estar relacionada com ocorrências no ambiente de trabalho. Essa forma de transmissão é denominada ocupacional e ocorre quando profissionais da área da saúde são expostos ao sangue e outros fluidos de pacientes infectados. O risco ocupacional de infectar-se com o HIV através de um paciente é pequeno (aproximadamente 0,3%) e, em muitos casos, está associado a ferimentos com agulhas contaminadas. Fatores como prevalência da infecção pelo HIV na população de pacientes, grau de experiência dos profissionais de saúde em relação às normas básicas de precaução, uso de equipamentos de proteção individual (luvas, óculos de proteção, máscaras, aventais e outros), bem como a frequência de utilização de procedimentos invasivos podem também influir no risco de transmissão do HIV (Cardo et al. 1997).

Segundo dados do Programa das Nações Unidas para HIV/AIDS, em junho de 2004, foram relatados 39,4 milhões de pessoas portadoras do vírus HIV, com um total de 60 milhões de indivíduos infectados desde o início da epidemia. Desse número alarmante, 19,6 milhões são do sexo masculino e 17,6 do sexo feminino e 2,2 de portadores são crianças abaixo de 15 anos (UNAIDS 2004).

A maioria dos casos de infecções pelo HIV encontra-se nos países em desenvolvimento, grande parte, em países que não podem arcar com as despesas de pessoas infectadas. De fato, mais de 90% das pessoas com infecção pelo HIV vivem no continente africano, mais precisamente na região do sub-Saara e em países em desenvolvimento da Ásia. Em grande parte da Ásia, Europa Oriental e África Meridional, os índices da infecção estão aumentando rapidamente (UNAIDS 2004).

O Programa das Nações Unidas para HIV/AIDS (UNAIDS) estimava, em junho de 2004, a existência de aproximadamente 1,6 milhões de infectados na América Latina. No Brasil, até junho de 2004, 362.364 casos foram confirmados (Boletim 2004). Até 1985 a epidemia de HIV/AIDS foi caracterizada por uma concentração entre os homossexuais masculinos, de escolaridade elevada. Entre 1986 e 1991, a infecção do HIV começou a crescer entre os usuários de drogas injetáveis. A partir de 1992, a percepção de que qualquer indivíduo é vulnerável ao HIV ampliou-se, com seu crescimento entre heterossexuais, adultos jovens e com baixa escolaridade e em mulheres (UNAIDS 2004).

De acordo com o *Boletim Epidemiológico*, publicado em junho de 2004 pelo Ministério da Saúde, a prevalência de HIV/AIDS no Brasil representava 0,34%. A epidemia estende-se por todas as regiões do Brasil, mas as regiões Sul e Sudeste merecem destaque, por concentrar 82% dos casos de todo o país. É importante ressaltar que, inicialmente, a epidemia de AIDS no Brasil atingia principalmente as metrópoles mas ao longo do tempo, vem apresentando um padrão de crescimento em direção a municípios cada vez menores e com renda *per capita* (Brito et al. 2000).

Pesquisas sobre HIV/AIDS, realizadas em diferentes segmentos da população brasileira e mundial, constataram a incidência dessa doença na sociedade em geral. No entanto, revelaram sua elevada prevalência em presidiários que vivem em ambiente prisional (Tabela 1). Entretanto, são ainda escassas as pesquisas envolvendo a população prisional na América do Sul (Veronesi et al. 1993). No Brasil, os estudos aprofundados envolvendo este seguimento social, estão restritos a poucos estados.

TABELA 1: Estudos sobre a prevalência do vírus HIV em privados de liberdade do sexo masculino em presídios do Brasil e do mundo

Autor(es)	n	Local	Material biológico	Prevalência (%)
Rothon et al. 1994	2.482	Colúmbia Britânica	saliva	1
Calvazara et al. 1995	10.530	Ontário/Canadá	urina	1
Ruiz et al. 1999	3.926	Califórnia/EUA	oro	2,5
Kassira et al. 2001	888	Maryland/EUA	oro	3
Macalino et al. 2000	446	Rhode Island/EUA	oro	1,8
Saiz et al. 2001	773	Alicante/Espanha	oro	19,1
Solomon et al. 2002	1081	Maryland/EUA	oro	6,6
Jabatur et al. 1991	158	Londrina/Brasil	oro	6,4
Veronesi et al. 1993	100	Mogi das Cruzes/Brasil	oro	7,5
Castro et al. 1999	693	Campinas/Brasil	oro	14,4
Buratini et al. 2000	631	São Paulo/Brasil	oro	16
Catalan et al. 2000	63	Manhuaçu/Brasil	oro	3,2

Fonte: Banco de dados PubMed e Lilacs.

Considerando, portanto, a elevada prevalência de infecção pelo vírus HIV em alguns presídios do Brasil e do mundo, foi proposto este estudo, com a finalidade de conhecer a prevalência desta infecção na população masculina privada de liberdade do Sistema Penitenciário Goiano, e avaliar a vulnerabilidade dessa população a esse agravo da saúde.

3. CASUÍSTICA E METODOLOGIA

3.1 CASUÍSTICA

A pesquisa foi realizada no período de maio a setembro de 2004, junto à população masculina de detentos que cumpriam pena em regime fechado, na Penitenciária Coronel Odenir Guimarães, cujo universo era de, aproximadamente, 1.323 detentos. O Sistema Penitenciário Goiano abrigava, no início da pesquisa (maio de 2004), aproximadamente 4.364 presidiários, sendo que o Complexo Prisional de Aparecida de Goiânia abrigava 2.849, distribuídos nas seguintes unidades: Casa de Prisão Provisória (841); Penitenciária Coronel Odenir Guimarães (1.323) público-alvo da pesquisa; Núcleo de Custódia (72); Regime semi-aberto (426); Casa do Albergado (126); Presídio Feminino (49), além de 12 detentos que estavam internados da Casa de Eurípides (clínica psiquiátrica filantrópica conveniada com o setor público).

A Penitenciária Coronel Odenir Guimarães contava com uma enfermaria destinada a pequenas urgências e atendimento ambulatorial, com um total de 18 leitos. Esta dispunha, no período da pesquisa, dos seguintes serviços: atendimento médico semanal e odontológico básico, atendimento de primeiros-socorros e pequenas cirurgias. Porém, segundo informações do Sistema Penitenciário Goiano, os pacientes portadores do vírus HIV não recebiam acompanhamento/tratamento médico adequado, o que caracteriza a vulnerabilidade pragmática ou institucional. No entanto, segundo estudo feito por (Silva) 2000, nesse ano foram comprovados quatro casos de privados de liberdade HIV positivos. Os casos positivos que não apresentavam sintomas eram acompanhados com exames periódicos e os pacientes que possuíam sintomas associados de saúde recebiam medicamentos fornecidos pelo Hospital de Doenças Tropicais (HDT).

A amostra estimada para este estudo foi de 252 detentos, obtida através do cálculo do plano amostral, para o qual foi utilizado o programa Epi Info versão 6.0, desenvolvido por Dean et al. (1994). Adotou-se esse universo de 1.323 detentos, seguido pela proporção de 6,3% da menor taxa de infecção na população carcerária,

uma precisão absoluta de três e o nível de significância de 5%. Porém, como neste estudo a adesão dos participantes tinha caráter voluntário, participaram da pesquisa 270 detentos, que desconheciam seu estado sorológico em relação ao vírus HIV.

Inicialmente, foram realizadas reuniões com a diretoria do Sistema Prisional Goiano e com a Gerente de Saúde. Ambos demonstraram total apoio, autorizando a realização da pesquisa. Em seguida, foi elaborado um programa para a sensibilização da população carcerária, com o objetivo de captar o maior número possível de sujeitos para a pesquisa. A divulgação foi feita por meio de panfletos explicativos entregues pelos funcionários da Penitenciária Coronel Odenir Guimarães nas respectivas alas dos detentos. Porém, os principais aliados da divulgação e realização da pesquisa foram os próprios privados de liberdade. Estes, segundo norma interna, quando tinham bom comportamento, trabalhavam como agentes carcerários e se prontificaram a divulgar a pesquisa entre os colegas.

Apesar da autorização do diretor do Sistema Penitenciário Goiano, havia sempre dificuldades diárias para entrar na penitenciária, que estavam vinculadas aos procedimentos formais próprios da Instituição. Por exemplo, constantes identificações, inúmeras indagações sobre a pesquisa, rotatividade dos policiais responsáveis pela segurança do complexo, transferências dos privados de liberdade, rotina dos agentes carcerários e horários coletivos de refeição. A pesquisa foi realizada na enfermaria, local definido pela Gerente de Saúde, situada na entrada da Penitenciária Coronel Odenir Guimarães.

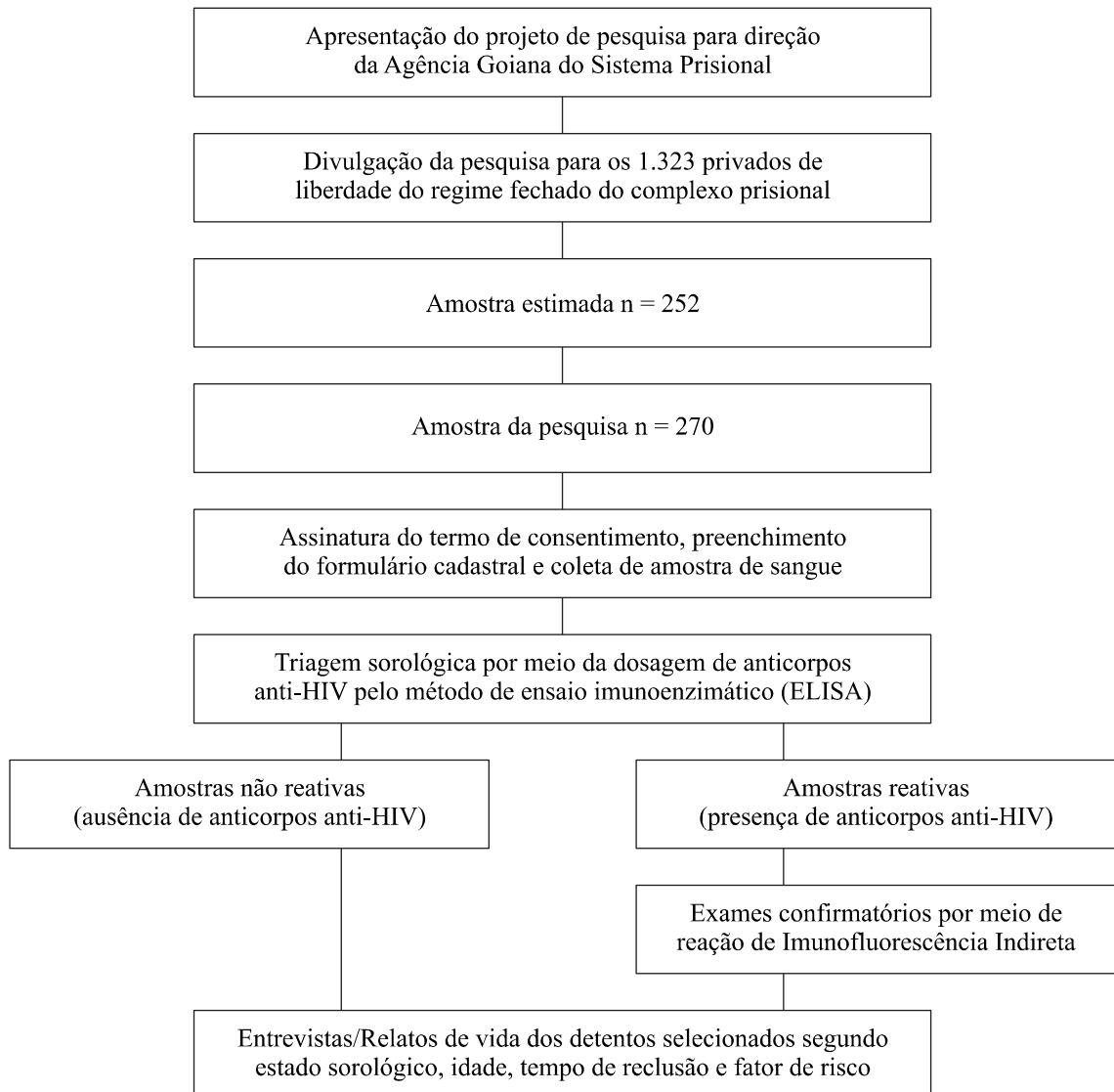
De acordo com as normas do Sistema Penitenciário Goiano, o acesso às alas e celas dos privados de liberdade não era permitida. Em razão das dificuldades de acesso aos detentos, decidiu-se que a pesquisa seria realizada com a população que se apresentasse voluntariamente, considerando-se a amostra calculada como referência, de um número mínimo, a ser estudado. Dessa forma, os detentos que cumpriam pena em regime fechado, no período de maio a setembro de 2004, se apresentaram voluntariamente, totalizando 270 sujeitos e superando o número inicial definido para a amostra. Todos os voluntários foram gradativamente encaminhados para a enfermaria do presídio, onde receberam todas as informações e esclarecimentos sobre o objetivo do trabalho, sua metodologia e a garantia de confidencialidade. Entre os procedimentos, foi definido e informado que os casos positivos seriam encaminhados para tratamento no Hospital de Doenças Tropicais de Goiânia (HDT).

A pesquisa inicialmente consistiu na assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido, seguindo-se do preenchimento de um formulário cadastral. Este foi testado e validado a partir da pesquisa piloto, junto a 20 sujeitos e continham informações sobre os aspectos pessoais e sócio-econômicos abordando questões

familiares, grau de instrução, condição de saúde, uso de drogas, comportamento social e situação carcerária. Logo em seguida, foram realizadas as coletas de sangue, por punção venosa, e os exames laboratoriais, para detecção de anticorpos contra o vírus HIV.

Após os resultados laboratoriais e análise dos formulários foi definida a casuística das entrevistas. Através das entrevistas foram desenhadas situações decorrentes dos relatos, em que foram destacados elementos importantes da história e condição atual de cada privado de liberdade selecionado. A amostra foi selecionada a partir de informações do formulário cadastral e dos resultados laboratoriais.

3.2 PROTOCOLO GERAL



3.3 ASPECTOS ÉTICOS

Segundo Vasconcelos (2002), um pesquisador estuda seres humanos deve, antes de dar início à investigação, levar seu projeto ao conhecimento do comitê de ética da instituição que abriga sua pesquisa. O órgão institucional tem por objetivo proteger o bem-estar dos indivíduos pesquisados. O projeto da presente dissertação foi aprovado (protocolo nº 103/04) pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Católica de Goiás.

Para a adesão dos voluntários ao trabalho de investigação, foi utilizado um modelo específico de termo de consentimento pós-informação para permissão das coletas do material biológico e realização das entrevistas. Esse documento é também chamado de “consentimento livre e esclarecido” ou simplesmente “consentimento pós-informação”, e contém o título do projeto, os nomes dos pesquisadores, os objetivos da pesquisa, bem como esclarecimentos quanto aos riscos e benefícios, a confidencialidade das informações, a liberdade na decisão de participação e a publicação dos resultados.

3.4 LEVANTAMENTO DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Em todos os procedimentos e etapas do estudo, foram rigorosamente observadas as normas do Sistema Penitenciário Goiano. No período de maio a setembro de 2004, os 270 voluntários foram gradativamente encaminhados à enfermaria do presídio, devidamente escoltados pelos agentes carcerários, sendo realizadas em média dez coletas diárias. Todos os objetivos, metodologias e a garantia da confidencialidade dos resultados na investigação foram apresentados para cada voluntário.

Antes da coleta do material biológico, os participantes assinaram o termo de consentimento e responderam ao formulário cadastral para identificação, levantamento de dados sociodemográficos e do comportamento de risco para infecção pelo HIV. As principais informações abordaram aspectos pessoais e socioeconômicos, incluindo questões familiares, grau de instrução, condições de saúde, uso de drogas, comportamento social e situação carcerária, tendo sido elaborado como um roteiro para direcionar as futuras entrevistas.

3.5 COLETA DE SANGUE E DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DO VÍRUS HIV

Para a análise laboratorial, foi realizada a coleta de aproximadamente, 10 ml de sangue da população voluntária através de punção venosa com seringas descartáveis. O tubo era devidamente identificado com as iniciais do participante e o número de inscrição presente no formulário cadastral. Todo material biológico era gradativamente levado para o Laboratório de Imunologia da Universidade Católica de Goiás, onde se procedia à separação do soro, alíquotagem e armazenamento das amostras em freezer a -20°C .

3.5.1 Quantificação de Anticorpos Anti-Hiv por Elisa

A realização da triagem sorológica de anticorpos anti-HIV seguiu o fluxograma do Ministério da Saúde, regulamentado pela portaria nº 59/GM/MS de 28 de janeiro de 2003. Inicialmente, no Laboratório de Imunologia da Universidade Católica de Goiás, foi realizada a triagem sorológica das 270 amostras, através do método ELISA (Enzyme-linked immunosorbent assay), que consiste em um teste sensível e específico. Essa técnica utiliza antígenos altamente purificados para detectar anticorpos contra o vírus HIV, através de um ensaio imunoenzimático do tipo indireto de terceira geração. Foi empregado o kit Winner 3.0, que utiliza microcavidades sensibilizadas com antígenos recombinantes do vírus HIV-1 e HIV-2 na fase sólida.

Inicialmente as amostras foram deixadas em temperatura ambiente e homogeneizadas por inversão. Foram adicionados 200uL de diluente de amostras em cada cavidade da placa e acrescentados 10uL do controle negativo (em triplicata), 10uL do controle positivo (em duplicata) e 10uL de cada amostra, seguindo a ordem estabelecida no protocolo de reação, tomando-se o cuidado de garantir uma adequada homogeneização das amostras e controles com o diluente. A placa foi coberta com uma fita autoadesiva, a fim de evitar evaporação, e colocada em estufa a 37°C por 30 minutos. Após a incubação, foram realizados cinco ciclos de lavagem em lavadora automática (Well Wash MK2-Labsystems), empregando-se aproximadamente 300uL de tampão/ciclo/cavidade. Após o último ciclo, a placa foi invertida sobre uma folha de papel absorvente para garantir a eliminação de todo líquido residual, e foram adicionados 50uL de conjugado em cada cavidade da placa. Logo em seguida, esta foi novamente coberta com fita autoadesiva e incubada em estufa a 37° por 30 minutos.

Após esse período, foram realizados novamente os cinco ciclos de lavagem, conforme descrito anteriormente. Depois de garantida a eliminação do líquido residual através da inversão da placa sobre papel absorvente, adicionou-se 50uL do revelador A (peróxido de hidrogênio) e 50uL do revelador B (tetrametilbenzidina) em cada cavidade, deixando a placa por 20 minutos em temperatura ambiente. Após a incubação, foram adicionados 50uL de ácido sulfúrico 2N, para cessar a reação. A leitura dos resultados, foi feita por meio da leitora Multiskan MS Labsystems, sendo a intensidade da cor formada diretamente proporcional à concentração de anticorpos presentes na amostra.

O limiar de reatividade (*cut-off*), de acordo com o fabricante do kit, foi calculado somando-se o valor 0,150 à densidade ótica (DO) do controle negativo. Para o valor encontrado, foi estabelecido um intervalo de +/- 20%. 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 foi realizado o exame confirmatório.

3.5.2 Quantificação de Anticorpos Anti-HIV por Imunofluorescência

A técnica de escolha para confirmação dos resultados positivos no teste de triagem foi a reação de imunofluorescência. O kit diagnóstico escolhido foi produzido pela Bio-Manguinhos e fornecido pelo Ministério da Saúde.

Na primeira etapa, as lâminas para IFI com células K37-3 infectadas pelo HIV-1 e os controles positivo e negativo foram retirados do freezer (-20°C) e deixados em temperatura ambiente. As amostras e os controles foram diluídos a 1/8 em tampão fosfato (PBS), tendo sido adicionados para isso 20uL de soro em 140uL de tampão PBS.

Foram adicionados, então, 10uL das amostras e controles diluídos em cada poço da lâmina, seguindo um mapa de trabalho preestabelecido. Concluída essa etapa, a lâmina foi incubada em câmara úmida, a 37°C, por 30 minutos. Após esse período, foram realizadas três lavagens de cinco minutos cada, usando tampão PBS, em cuba de lavagem apropriada. Em seguida, a lâmina foi lavada uma vez em água destilada.

A secagem da lâmina foi feita em estufa a 37° por aproximadamente dez minutos. Durante esse período, foi preparada uma solução PBS-Azul de Evans (AE). O conjugado foi diluído a 1/750, usando 3,745uL da solução PBS-AE.

Foram adicionados 15uL do conjugado diluído em cada poço da lâmina, completamente seca. Esta foi colocada novamente para incubar em câmara úmida, a 37°C, por 30 minutos. Posteriormente, foram realizados os três ciclos de lavagem com tampão PBS, conforme descrito acima, e uma lavagem rápida em água destilada. A lâmina foi colocada na estufa a 37°C por 10 minutos, para secagem, depois, foram adicionadas duas gotas de glicerina tamponada sobre a lâmina, evitando a formação de bolhas.

A leitura e interpretação dos resultados foi realizada no microscópio de fluorescência (*Zeiss AxioSp 2 Plus*). Focalizou-se, com objetiva de 40X, primeiramente o poço referente ao controle positivo, onde foi observada uma fluorescência em 25-35% das células. Em seguida, focalizou-se o poço referente ao controle negativo, cujas células não apresentaram 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.

3.6 ENTREVISTAS

Após os resultados dos exames laboratoriais foram selecionados 30 presidiários, 11 HIV positivos e 19 HIV negativos, para a realização das entrevistas por saturação de informações, método de pesquisa qualitativa, próprio da antropologia (Chein 1974). A seleção foi feita tendo como critérios a idade, duração da pena e os resultados laboratoriais. Foram adotados como critérios de seleção as seguintes variáveis:

- Idade menor que 30 anos, pena menor que 10 anos, HIV negativo;
- Idade menor que 30 anos, pena menor que 10 anos, HIV positivo;
- Idade maior que 30 anos, pena maior que 10 anos, HIV negativo;
- Idade maior que 30 anos, pena maior que 10 anos, HIV positivo.

As entrevistas foram orientadas por um roteiro pré-definido com as seguintes abordagens:

- Infância
- Família/relações afetivas
- Fatores de risco em relação ao vírus HIV
- Expectativas após o cumprimento da pena

O roteiro procurou fixar de maneira ampla o direcionamento da entrevista evitando-se uma conversa muito dispersiva, permitindo o aprofundamento de vários temas da entrevista sem, contudo, perder de vista o eixo da investigação. A extensão dessas sessões foi determinada pela maior ou menor desenvoltura do entrevistado e pela densidade maior ou menor dos relatos contidos em sua história de vida.

As entrevistas foram agendadas previamente e tiveram a duração de 90 minutos, em média, sendo realizadas em local reservado, na enfermaria do presídio. Conforme os princípios da bioética aplicada às pesquisas com entrevistas pessoais, a identidade dos participantes foi preservada, evitando-se qualquer forma de coerção institucional ou psicológica (Vasconcelos 2002) sendo garantidas o respeito a privacidade e a preservação do anonimato.

Os relatos de vida foram gravados, transcritos, e submetidos a uma leitura reflexiva. Identificaram-se nos relatos, informações sobre infância, juventude, relações familiares, histórias de violência, drogas, afetividade e o cotidiano do ambiente prisional, que posteriormente foram cruzadas e comparadas com as informações do formulário cadastral. Esse método próprio da pesquisa qualitativa permitiu a abordagem do tema estudado a partir do ponto de vista de quem o vivencia, com suas suposições, seus mundos, suas pressões e constrangimentos (Haguete 1987).

Segundo Camargo (1984), o uso dos relatos de vida possibilita apreender a cultura “do lado de dentro”, constituindo-se em instrumento valioso, uma vez que se coloca justamente no ponto de intersecção das relações entre o que é exterior ao indivíduo e aquilo que ele traz dentro de si. Os dados quantitativos, gerados a partir dos formulários respondidos, foram correlacionados com as informações da pesquisa qualitativa, baseada nos relatos de vida, e constituíram elementos indispensáveis para uma abordagem além da dimensão biológica do HIV/AIDS, reforçando a concepção de que a questão da saúde é também uma questão social.

3.7 INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Todos os 53 itens dos formulários cadastrais foram codificados para efeito de tabulação. As informações obtidas juntamente com os resultados laboratoriais foram transferidas para um banco de dados criado numa planilha do programa Excel, versão 2000, da Microsoft. O programa EPI INFO versão 6.0 (CDC) foi utilizado para o

cruzamento dos dados, sendo realizados cálculos de frequências e *Odds Ratio* das amostras, tendo sido considerados significativos os valores de $p < 0,05$.

A partir da leitura reflexiva das entrevistas realizadas por saturação de informações, observou-se a relação existente entre a fala dos detentos e os dados obtidos através das respostas do formulário cadastral. Posteriormente, procedeu-se a uma interpretação dos dados obtidos, tendo como referência e fundamento a literatura pertinente ao assunto.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os dados, a população pesquisada está numa faixa etária, relativamente jovem, pois 56% têm entre 21 a 30 anos de idade, apresentando uma média de 25,5 anos. Com relação à condição civil a população foi dividida em dois grupos (Tabela 2): os que declararam ser legalmente casados e amasiados (55,2%) e os solteiros, separados e viúvos (44,4%).

Uma parcela significativa dessa população declarou que, antes da prisão, recebia renda de um a dois salários mínimos (53,7%) (Tabela 2). Estudos apontam que a posição do indivíduo na estrutura social constitui um importante indicador das suas condições de saúde e pode ser um indutor à criminalidade, sendo que o padrão de riscos observado é constantemente desvantajoso para aqueles pertencentes aos grupos sociais menos privilegiados, como o da maioria da população carcerária brasileira (Silloggett & Josh 1998).

O nível de escolaridade dos privados de liberdade é muito baixo, já que 69,3% deles não estudaram além do Ensino Fundamental. Estudos afirmam que o nível educacional expressa diferenças entre pessoas em termos de acesso à informação, perspectivas e possibilidades de se beneficiar de novos conhecimentos e a renda representa antes de tudo o acesso aos bens materiais, inclusive aos serviços de saúde.

Os dados relativos à idade, nível de escolaridade e renda familiar seguem o padrão da população privada de liberdade no Brasil, que é formada basicamente por jovens, de baixo poder aquisitivo e com baixo nível de escolaridade. Isso pode ser verificado nos resultados de outras pesquisas sobre o sistema prisional brasileiro, que indicam que mais da metade dos presos tem menos de trinta anos, 95% são pobres e dois terços não completaram o Ensino Fundamental (HRW 1998). Desse modo, a acumulação social da miséria implica o surgimento de uma camada da população considerada incapaz de atender às novas exigências do mercado, o que resulta num crescente contingente de desempregados e, conseqüentemente, aumenta a criminalidade.

TABELA 2: Perfil sócio-demográfico da população masculina privada de liberdade, em regime fechado, do Sistema Penitenciário Goiano - 2004

Variáveis	n	%
Idade (anos)		
18-20	13	4,8
21-30	151	56,0
31-40	78	28,9
41-50	19	7,0
51-66	5	1,8
Não respondeu	4	1,5
Total	270	100,0
Condição civil		
Solteiro/Separado	120	44,4
Casado/Amasiado	149	55,2
Viúvo	1	0,4
Total	270	100,0
Nível de escolaridade/anos		
Nunca estudou	11	4,1
Até 4	187	69,3
5 a 8	22	8,1
> 8	50	18,5
Total	270	100,0
Renda familiar (salário mínimo)		
Menos de 1 s/m	26	9,6
1 s/m	83	30,7
2 s/m	62	23
3 s/m	26	9,6
4 a 6 s/m	11	4,1
Mais de 6 s/m	38	14,1
Não respondeu	24	8,9
Total	270	100,0

Fonte: Levantamento realizado no Sistema Penitenciário Goiano – maio/set, 2004.

A dificuldade financeira foi declarada como o principal motivo do crime por 31,5% dos privados de liberdade (Tabela 3). Segundo Peres et al. (2002), a criminalidade vem sendo utilizada como instrumento de acesso para garotos pobres conseguirem padrões de cidadania: ganhar dinheiro, fazer parte de um grupo de referência, desenvolver identidade masculina, testar limites e conseguir respeito. Os depoimentos registrados nesta pesquisa confirmam essa afirmação:

Minha mãe lutava para me criar, mas a situação financeira era difícil. Sempre eu queria uma coisa, e ela não me dava e eu comecei a ir pra rua, cheirar cola, usar drogas. Queria bicicleta, ela não tinha condições de me dar, eu vendo meus amigos com bicicleta, um chinelo novo, uma roupa nova e ela tratava a gente conforme as condições que ela tinha. Ela trabalhava em casa de família pra dar o pão pra gente, pra alimentar. (Det 27)

TABELA 3: Dados da população privada de liberdade, em regime fechado, do Sistema Penitenciário Goiano - 2004

Variáveis	n	%
Artigo de condenação		
Tráfico de drogas	27	10
Homicídio	32	11,9
Furto	10	3,7
Assalto à mão armada	97	35,9
Estelionato	0	0
Estupro	0	0
Atentado violento ao pudor	0	0
Incêndio	0	0
Não respondeu	104	38,5
Total	270	100,0
Motivo do crime		
Dificuldade financeira	85	31,5
Influência da(o) companheira (o)	3	1,1
Más companhias	66	24,4
Maus tratos na infância	2	0,7
Outros	82	30,4
Não respondeu	32	11,9
Total	270	100,0
Nº de vezes que foi preso		
1	66	24,4
2 a 3	121	44,8
4 a 6	46	17,1
8	1	0,4
Não respondeu	36	13,3
Total	270	100,0
Tempo de prisão (anos)		
1 a 3	182	67,4
4 a 6	52	19,3
7 a 10	3	1,1
11 a 13	3	1,1
Não respondeu	30	11,1
Total	270	100,0

Fonte: Levantamento realizado no Sistema Penitenciário Goiano – maio/set, 2004.

A distribuição dos fatores prisionais da população estudada mostrou que o principal dispositivo legal de condenação foi o artigo 157 do Código Penal (assalto à mão armada), encontrando um percentual de 35,9% (Tabela 3). Em relação ao número de vezes que foram presos, 44,8% dos participantes foram presos de duas a três vezes, sendo que 67,4% dos privados de liberdade permanecem reclusos por um período de um a três anos, evidenciando a alta rotatividade dessa população no ambiente prisional. Em seus relatos, os privados de liberdade avaliam que no sistema penitenciário não ocorre o processo de reeducação e ressocialização:

A cadeia não reeduca. Ela ensina como ser mais criminoso. O sistema é muito falho. Ele não tem como impedir a entrada de droga, não tem como impedir a entrada de álcool, não tem como impedir nada que na rua te destrói. Mas reeducar mesmo, pelo tempo que eu tô puxando, ela não reeduca em nada. Ela só permanece o bandido preso pra usar mais droga, pra beber mais, pra quando sair pra rua não ser mais um delinqüente, e sim um psicopata. (Det 5)

Não, essa cadeia aqui não reeduca o cara. Tem mil presos, Como é que um sistema penitenciário vai dar condição de a pessoa regenerar, ter outro tipo de vida? Deixa os presos tudo quieto lá no canto, sem água pra tomar, o cara vai ficar revoltado, sem café da manhã.. Tem mil presos lá dentro. Se eles dessem condição dos presos trabalhem certinho, tratar da sua família, os caras não ficavam revoltados desse jeito não. Tem vez que você tá lá dentro do pátio lá e não tem nem pra onde correr. O sol tá tão quente que, se você olha assim, você vai ver uma sombrinha, todo mundo escorado ali, esperando dar 2 horas da tarde. (Det 1)

Tinha que ter mais organização. Essa penitenciária do jeito que ela ta, ela não dá condição de ninguém se reabilitar não. Como é que um preso vai se reabilitar à sociedade sem um trabalho? Tem que arrumar um trabalho. Eles coloca lá umas bolinha pros presos costurarem lá, mas tem que dar um trabalho adequado. É difícil! (Det 5)

A abordagem em relação ao comportamento de risco foi identificada através das declarações sobre o uso de drogas em geral, uso de drogas injetáveis, a regularidade do uso de preservativos, o número de parceiros sexuais durante a vida, históricos de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), transfusão sanguínea e tatuagem. Os dados encontrados nesta pesquisa são semelhantes aos estudos feitos por Burantinni et al. (2000), os quais afirmam que as condições de confinamento aumentam o risco de algumas infecções relacionadas às práticas sexuais e/ou ao uso de drogas injetáveis, como o HIV, sífilis e hepatite C.

Em relação ao uso de drogas, 68,5% dos participantes confirmaram o uso de drogas ilícitas no interior do presídio, sendo que a 24,9% afirmaram o uso de drogas injetáveis. Segundo Varella (1999), o número de usuários de cocaína injetável caiu vertiginosamente no ambiente prisional, sendo no entanto substituído principalmente pelo *crack*. Os depoimentos desta pesquisa confirmam esse dado:

O crack substituiu a droga injetável, porque os efeitos são os mesmos. A maioria aqui não usa droga injetável, mas usa o crack, a maconha. A maconha, em si, quando não tem na cadeia, a cadeia fica até tensa. É uma forma da pessoa ficar mais tranqüila. (Det 11)

As drogas mais usadas aqui é o crack e a maconha.. O que acontece muito é o cara enrolar maconha no cigarrinho e fuma cinco, seis. Eu nunca tentei ficar sem a maconha não. Eu já fiquei assim, 15 dias, um mês... mas aqui dentro tem demais. Qualquer tipo de droga, aqui dentro é fácil, cocaína, a merla...Tudo, tudo. Tem mais a pedra. O crack. Aqui dentro é o que mais tem aqui dentro. Tem em todas as alas. Fazer o quê? (Det 15)

Os relatos revelaram os inúmeros problemas decorrentes do uso de drogas dentro do ambiente prisional. A maioria dos privados de liberdade citou a dificuldade de acabar com o vício, ressaltando a grande oferta de drogas na penitenciária

É, a pessoa fica dependente desse trem aí e ela faz qualquer coisa pra isso, pra usar aqui dentro. Eu já vi caso aqui dentro, recente, de uns 25 anos pra cá. Tem cara que começa a fazer conta dentro da cadeia e chega dia de domingo (eu já vi isso acontecer aí) ele oferece a mulher pra pagar a conta dele. Ele fala “minha mulher vai passar o dia lá com você”. (Det 5)

Tudo na cadeia é acessível, porém, usa quem tem condições e tem tempo... Eu falo assim, a pessoa costura uma bola, uma bola vale um real. Aí a pessoa costura de cinco a dez bolas no dia, ganha 10 reais. Com esse dinheiro, ele pode comprar uma bolacha recheada que é um real, ou um baseado de maconha que é um real, ou um maço de cigarro que é um real, então tudo gira em torno da droga... Hoje em dia é o crack, ele é fumado no cachimbo ou misturado com o cigarro ou com a maconha. Então ela traz o mesmo efeito da droga injetável. (Det 18)

A cadeia, atualmente, ela tá toda dominada pela droga e quem tem alguma coisa na cadeia, financeiramente. Os viciados fazem de tudo, costumam bola, vendem cigarro, cartão telefônico, tudo para conseguir a droga. Vão ficando endividado e vira um inferno. (Det 13)

Se eu tivesse uma força da sociedade, se eu tivesse uma força de alguém que dissesse “você vai fazer um tratamento aqui pra parar com a droga, Esses dias eu fui na assistente social e falei que eu preciso de ajuda, que eu quero parar com a droga. Só depois de três meses ela veio me dar uma respostinha e disse “vou marcar com a psicóloga”. Até hoje a psicóloga não me chamou, to pensando que é amanhã!! Eu queria uma ajuda, um programa para parar de uma vez. (Det 9, HIV positivo)

De acordo com os dados obtidos 67,4% da população privada de liberdade focalizada neste estudo tiveram inúmeros parceiros sexuais durante a vida. Quanto aos fatores de risco e o uso de preservativo, apenas 21,8% declaram usar preservativo em todas as relações sexuais, sendo portanto um percentual significativo dos que usam esporadicamente (46,7%) ou nunca utilizaram o preservativo (21,5%) (Tabela 4). Segundo estudo realizado por Guerriero et al. (2002), o uso do preservativo não é freqüente pela população masculina em geral, que alega interferência no prazer e prejuízo da ereção:

Pra falar a verdade pra você, eu nunca usei camisinha. Eu não sei nem como usa essa parada aí. Mas todo mundo diz que atrapalha muito. (Det 14 HIV, positivo)

Nunca usei preservativo. Eu usei esse trem uma vez só. Eu falei pra minha mulher “vamos experimentar esse trem, ver se esse trem é bom.” Esse trem não tá com nada não, é a mesma coisa de estar masturbando. (Det 7)

TABELA 4: Comportamentos de risco em relação ao vírus HIV da população masculina privada de liberdade, em regime fechado, do Sistema Penitenciário Goiano - 2004

Variáveis	n	%
Uso de drogas (geral)		
Sim	185	68,5
Não	85	31,5
Total	270	100,0
Uso de drogas não injetáveis		
Sim	139	75,1
Não	46	24,9
Total	185	100,0
Uso de drogas injetáveis		
Sim	46	24,9
Não	139	75,1
Total	185	100,0
Relação sexual com usuário (a) de drogas		
Sim	111	41,1
Não	130	48,2
Não respondeu	29	10,7
Total	270	100,0
Uso de preservativos		
Sim (em todas)	59	21,8
As vezes	126	46,7
Nunca	58	21,5
Não respondeu	27	10,0
Total	270	100,0
Nº de parceiros durante a vida		
1 a 3	23	8,5
4 a 8	22	8,1
9 a 12	16	6,0
Não tem idéia	182	67,4
Não respondeu	27	10
Total	270	100,0
DSTs		
Sim	88	32,6
Não	180	66,7
Não respondeu	2	0,7
Total	270	100,0
Transfusão Sanguínea		
Sim	56	20,7
Não	214	79,3
Total	270	100,0
Tatuagem		
Sim	144	53,3
Não	126	46,7
Total	270	100,0

Fonte: Levantamento realizado no Sistema Penitenciário Goiano – maio/set, 2004.

Em relação a transfusão sanguínea, 20,7% dos privados de liberdade, afirmam ter sido submetidos a pelo menos uma, todas realizadas depois de 1985. Quanto as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), 32,6% relataram já ter contraído algum tipo

de DST. Este é um dado preocupante, uma vez que estudos comprovaram que as doenças sexualmente transmissíveis facilitam a transmissão sexual do HIV (Plummer et al. 1991).

As tatuagens são identificadas como um fator de transmissão do vírus HIV, sendo praticadas por 53,3% dos privados de liberdade. Segundo suas declarações, muitas delas foram realizadas dentro do ambiente prisional e sem condições de assepsia, fato este que acarreta um risco maior de infecção pelo vírus HIV e outros agentes transmitidos pelo sangue, como o vírus das hepatites B e C (Giordani & Bueno 2000)

Fiz a tatuagem aqui. Uai, na época tinha um tatuador de São Paulo aí, a gente comprava as agulhas ali no mercadinho e ele fazia, manual mesmo. Infelizmente tinha uns companheiros lá que usava a mesma agulha, não dava conta de comprar e eles não tinham receio. Mas eu preferi comprar a minha, né? Sem preconceito, mas... (Det 9)

Após a realização da triagem sorológica das 270 amostras dos privados de liberdade do regime fechado do Sistema Penitenciário Goiano, foram verificados 11 resultados positivos para anticorpos anti-HIV, resultando em uma prevalência de 4,1% (Tabela 5). É possível observar resultados similares em outros estudos, como o realizado por Catalan et al. (2000) em Manhuaçu (MG), em que foi identificada uma prevalência do vírus HIV de 3,2%. Burattini et al. (2000) encontrou uma prevalência de 16% em 631 presidiários da maior prisão da América do Sul, situada na cidade de São Paulo. Porém, há que se considerar que a Região Sudeste apresenta as maiores taxas de incidência do vírus HIV do país (Guimarães et al. 2001).

TABELA 5: Prevalência de anticorpos anti-HIV na população masculina privada de liberdade, em regime fechado, do Sistema Penitenciário Goiano - 2004

	Anti-HIV	n	%
Sim		11	4.1
Não		259	95,9
Total		270	100,0

Fonte: Levantamento realizado no Sistema Penitenciário Goiano – maio/set, 2004.

Ao traçar o perfil dos presidiários portadores do vírus HIV, verificou-se que a faixa etária predominante foi de 21 a 30 anos (70%). Desde o início da epidemia, o grupo etário predominante dos soropositivos é de indivíduos entre 20 a 49 anos: neste estudo confirma-se justamente o predomínio dessa faixa etária e da classe social desprivilegiada. Segundo pesquisas, os jovens de mais baixo nível socioeconômico passaram a ser os mais susceptíveis à infecção pelo HIV. Adolescentes e adultos/jovens

carentes ou residentes em comunidades de baixa renda estão sujeitos, com maior frequência, aos comportamentos considerados de “risco” (Sells & Blum 1996).

A condição civil predominante foi de casado/amasiado, 63,6% nos casos positivos e 54,8% nos casos negativos. A renda familiar proeminente no que se refere aos casos positivos para o HIV foi de um salário mínimo (33,4%) (Tabela 6), coincidindo com os estudos de Parker & Camargo (2000) em que constatam que a epidemia de AIDS vem atingindo paulatinamente populações em desvantagem socioeconômica. Assim, em um país marcado por profundas desigualdades sociais, o risco crescente de pessoas pertencentes aos segmentos populacionais menos favorecidos de exposição ao HIV/AIDS certamente lança novos desafios à sociedade e aos profissionais engajados no controle da doença.

TABELA 6: Fatores sócio-demográficos da população masculina privada de liberdade HIV positiva e HIV negativa, em regime fechado, do Sistema Penitenciário Goiano - 2004

Fator	HIV			
	Positivo		Negativo	
	n	%	n	%
Idade (anos)				
18-20	0	0	13	5,3
21-30	7	70	134	54,2
31-40	2	20	77	31,2
41-50	1	10	18	7,3
51-66	0	0	5	2
Condição civil				
Solteiro/separado	4	36,4	116	44,8
Casado/amasiado	7	63,6	142	54,8
Viúvo	0	0	1	0,4
Nível de escolaridade/anos				
Nunca estudou	0	0	11	5,2
Até 4	8	72,7	179	84
5 a 8	1	9,1	21	9,9
>8	2	18,2	2	0,9
Renda familiar (Sal. mínimo)				
Menos de 1	2	22,2	24	9,9
1	3	33,4	80	32,9
2	1	11,1	61	25,1
3	1	11,1	25	10,3
4 a 6	1	11,1	10	4,1
Mais de 6	1	11,1	37	15,2
Não respondeu	0	0	6	2,5

Fonte: Levantamento realizado no Sistema Penitenciário Goiano – maio/set, 2004.

Estudos comprovam que, no tocante à infecção pelo HIV/AIDS, a idéia de analisar a doença numa perspectiva social, além das tradicionais categorias de exposição

definidas a partir de comportamentos individuais, ganha impulso fundamental (Mann et al. 1992). Alguns autores (Bastos & Barcellos 1995, Parker & Camargo 2000) vêm analisando de forma sistemática as correlações entre a difusão do HIV/AIDS e a pauperização das comunidades, a ruptura dos laços de interação social e a disponibilidade de recursos para as comunidades do ponto de vista da saúde.

Em relação à escolaridade 72,7 % estudaram até quatro anos. Segundo estudo feito por Galvão (2000) a epidemia da AIDS no Brasil iniciou nos estratos sociais de maior escolaridade, com progressiva disseminação para os estratos sociais de menor escolaridade. A Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) revelou igualmente que jovens com baixo nível de instrução são os que iniciam a vida sexual mais cedo e apresentam o menor percentual de uso de preservativo masculino na última relação sexual. Os dados neste estudo evidenciam que jovens com esse perfil tendem a interagir sexualmente com indivíduos do mesmo grupo, disseminando cada vez mais o vírus HIV nesta classe social com baixa escolaridade e renda precária (BENFAM 1996).

Antes da prisão 100% dos presidiários HIV positivos analisados no presente estudo, haviam trabalhado em alguma atividade remunerada, sobretudo naquelas que exigem baixa qualificação. Os estudos de Parker & Camargo (2000) confirmam que há uma relevante superposição cronológica entre a epidemia de AIDS e as transformações do capitalismo em geral e do modelo econômico brasileiro em particular, com um processo, em curso, de profunda reestruturação do mercado de trabalho, em que o nível precário de remunerações e o aumento do desemprego, com repercussões óbvias sobre a estrutura ocupacional do país e da fração da renda nacional percebida por cada uma das diferentes categorias ocupacionais.

No estudo feito por Peres et al. (2002), jovens encarcerados em São Paulo, foi encontrado um perfil de jovens urbanos pobres em conflito com a lei, em um contexto de altíssima vulnerabilidade individual, social e pragmática em relação à AIDS e às doenças sexualmente transmissíveis, à dependência às drogas e à violência, enfatizando a necessidade de desenvolvimento de políticas públicas de prevenção de impacto que sejam compreensivas em relação a sua particularidade social e cultural, na qual está implicada essa vulnerabilidade (Mann 1993). Em geral, a situação socioeconômica desfavorável das unidades prisionais obriga esses seres humanos a viverem num ambiente caótico e violento, sem assistência médica adequada e com poucos recursos para se protegerem do HIV/AIDS e do contexto que os envolve na criminalidade.

Podemos observar através das entrevistas que grande parte dos privados da liberdade foram submersos em histórias de violência, famílias desestruturadas, e dificuldade financeira na infância:

Então, eu era um dos filhos que era muito espancado dentro de casa. Então eu preferi sair de casa, igual minha mãe me pediu. Era melhor eu ir embora e deixar meu padrasto dentro de casa. Senão eles iam passar necessidade mais ainda. Aí eu preferi sair de dentro de casa. Comecei a dormir na rua, num dia eu dormia num lugar, outro dia dormia numa calçada, outro dia dormia num hotel. Então, pra mim sobreviver mesmo foi... pegando coisas dos outros. Só coisas pequenas sabe, furto, só furto. Só mexia com furto, até hoje. Então fui me adequando só de roubar pequenas coisas dos outros. Agora hoje eu me encontro aqui. (Det 11, HIV positivo)

Eu não tive muita infância não, minha mãe separou do meu pai eu tinha dois anos, fui criado por madrasta. Cheguei aos 7 anos de idade minha madrasta começou a me bater muito e eu fugi de casa. Fui pra uma praça chamada Praça do Relógio, em Brasília, no centro de Taguatinga. E fui vivendo ali, com os meninos de rua. Então da minha infância, que eu me lembro, muito pouco. Eu não tive infância. (Det 16, HIV positivo)

A minha infância foi muito sofrida. Eu não tive pai, não tive mãe, fui criado com a tia, vivia sendo espancado. Trabalhava de engraxate, entregava o pagamento tudo pra ela. Eu cheguei num ponto de pedir a Deus que tirasse a vida dela, porque eu tava sofrendo demais. O policial me pegou fazendo assalto num boteco. Inclusive esse policial me espancou muito. Minha tia cuidava de 16 crianças. Se a gente passasse das 10 na rua, podia dormir na rua. E eu passava das 10 e dormia na rua. Dormia sempre sozinho, sozinho mesmo. Com dez anos, oito anos. Mas eu já engraxava sapato, lavava carro. A minha vida sempre foi sofrida, mas a vida sem sofrimento não é vida. (Det 4, HIV positivo)

Foi realizada uma análise estatística entre o comportamento de risco da população HIV positiva e HIV negativa, utilizando o *Odds Ratio*, com um intervalo de confiança de 95% e o $p > 0,05$ correspondendo aos dados estatisticamente insignificantes. Os únicos dados estatisticamente significantes foi o uso de preservativos ($p=0,01$) e o número de parceiros sexuais ($p=0,00$). Os dados da Tabela 7 confirmam que a reduzida adesão ao uso de preservativos constitui um enorme desafio à saúde pública, visto que, 33,3% dos presidiários HIV positivos confirmaram que raramente ou nunca usaram preservativos

Vou ser bem sincera com a senhora, eu nunca usei camisinha. Eu assumo! Agora tem muito neguinho por aí estudado que fica de conversa mole falando que não deixa de usar camisinha, mas compra mesmo é para enfeitar a carteira. (Det 14, HIV positivo)

Anderson et al. (1990) afirmam que a maior vulnerabilidade dos jovens ao vírus HIV decorre de falhas ou inconsistências no uso de preservativos, associadas às elevadas taxas de atividade sexual com diferentes parceiros e ao uso de drogas. Segundo o estudo de

Peres et al. (2002), grande parcela dos jovens encarcerados não teme o HIV/AIDS. Eles sentem que não há o que fazer diante do que seu futuro reserva. Não conseguem imaginar como vencer a violência, a fome, a miséria, a falta de emprego, de oportunidades na vida, a discriminação e a falta de direitos. Ele afirma que os jovens consideram que o HIV é apenas mais um risco e o preservativo é apenas um fator que atrapalha o sexo.

Em relação às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), 54,5% dos privados de liberdade HIV positivos e 31,9% dos HIV negativos relataram ter contraído algum tipo de doença durante a vida. Esse dado indica a importância de implementação de programas de prevenção e tratamento de DSTs dentro do ambiente prisional. Os dados da Tabela 7, demonstram que 18,2% dos presidiários soropositivos foram submetidos à transfusão sanguínea e 81,8% possuem tatuagem.

TABELA 7: Comportamentos de risco da população masculina privada de liberdade HIV positiva e HIV negativa, em regime fechado, do Sistema Penitenciário Goiano-2004

Fator	HIV				p	OR IC 95%
	Positivo		Negativo			
	n	%	n	%		
Uso de drogas (geral)						
Sim	11	100	174	67,2	0,05	Indefinido
Não	0	0	85	32,8		
Uso de drogas injetáveis						
Sim	5	45,5	41	23,6	>0,05	2,70(0,67-10,70)
Não	6	54,5	133	76,4		
Sexo com usuário (a) de drogas						
Sim	5	62,5	106	45,5	>0,05	2,00 (0,40-10,82)
Não	3	37,5	127	54,5		
Uso de preservativos						
Sim (em todas)	6	33,3	53	22,6	0,01	0,15 (0,03-0,69)
Raramente/Nunca	3	66,7	181	77,4		
Número de parceiros						
1 a 3	3	33,3	215	97,3	0,00	71,67 (11,80-502,05)
Mais que 3	6	66,7	6	2,7		
DSTs						
Sim	6	54,5	82	31,9	>0,05	2,56 (0,67-10,01)
Não	5	45,5	175	68,1		
Transfusão sanguínea						
Sim	2	18,2	54	20,8	>0,05	0,84 (0,12-4,37)
Não	9	81,8	205	79,2		
Tatuagem						
Sim	9	81,8	135	52,1	>0,05	4,13 (0,81-28,27)
Não	2	18,2	124	47,9		

Fonte: Levantamento realizado no Sistema Penitenciário Goiano – maio/set. 2004.

IC95%: Intervalo de confiança a 95%.

OR: “odds ratio”.

Um resultado relevante deste estudo refere-se ao alto porcentual de uso de drogas em geral (LSD, maconha, merla, e outras) pelos detentos HIV positivos (100%). Foi verificado que o uso de drogas injetáveis atinge 45,5% em relação aos detentos HIV positivos e 23,6% dos detentos HIV negativos. Segundo o Boletim de Direitos Humanos (2001) é necessário resgatar a auto estima dos usuários de drogas e implantar propostas de tratamento dentro dos presídios com base em princípios que não exijam a abstinência como critério absoluto. Os profissionais de saúde também devem atuar diretamente com essa população, garantindo a troca de agulhas e seringas e o tratamento de complicações de saúde decorrentes do uso abusivo de drogas. Algumas entrevistas, neste estudo, relatam o compartilhamento de seringas pelos usuários de drogas injetáveis HIV positivos

Tudo quanto é tipo de droga que você pensar na vida eu já experimentei, já. Já usei todo tipo de drogas possível, drogas pesadas, cocaína (cita outros nomes), preventim, maconha, crack... Vários tipos. Sem nenhum tipo de prevenção. Compartilhava seringa, tudo que se imaginar? Uma seringa usava três, quatro, cinco pessoas. Guardava seringa ali, no outro dia nós voltava e usava a mesma seringa. (Det 9, HIV positivo)

Quando eu cheguei a conhecer os fatores relacionados a esta droga chamada cocaína, fui cheirando. Aí, depois de um ano, eu vi uma pessoa aplicando nela mesmo. E eu esperando pra colocar minha porção pra eu cheirar. Depois foi a injetável. Não sabia nem como manusear a seringa. Cheguei a compartilhar agulha, sem saber o risco. (Det 20, HIV positivo)

Sobre a expectativa depois de cumprida a pena, alguns privados de liberdade expressam, nos depoimentos, o sonho de construir uma nova realidade, superar as dificuldades, trabalhar dignamente e retornar ao convívio familiar

Meus planos é sair, trabalhar. Eu e minha mulher nós não tá dando certo, Eu vou caçar meu caminho, que eu tenho um lugarzinho pra ficar. Viver minha vida, o resto da minha vida, sem voltar pra cadeia. Eu não quero esse lugar mais pra mim não. Você vê, nem cadeia eu tenho pra tirar e já tem um ano que eu tô aqui dentro. Já cumpri minha condenação, que é dois anos e nove meses de cadeia. Num artigo simples, nunca matei ninguém, nunca andei armado. Meu único defeito foi ter usado droga. (Det 9, HIV positivo)

O que eu mais pedi pra Deus até hoje, eu acredito que ele deve ter ouvido isso aí, né? Me dá força, me ajuda sair da vida do crime que isso aqui não presta não. É muito sofrido. Eu penso em afastar dos amigos que eu tinha, que diziam que eram amigos. Quero também afastar dos problemas. Eu quero montar uma fábrica de lingüiça pra mim e se Deus quiser, eu vou montar...Vou comprar um canhão pra encher lingüiça, as facas e o dinheiro pra comprar os porcos e começar a vida. Eu tô pensando que eu vou ser muito feliz, eu acredito nisso. Tenho 37 anos e eu acredito nisso. Eu vou ser feliz, eu quero ser feliz. (Det 21)

Eu pretendo nunca mais olhar pro crime. Pro crime e pra droga. Se eu puder ajudar quem usa ela, porque hoje que o crack tá chegando no estado de Goiás. Quero cantar Rap. É bom, porque o que eu vivo é cruel, sabe, a gente vê coisas que eles não põem na televisão não. Não põem, não. Choca! Nas minhas músicas eu gosto de falar as coisas que ninguém vê, sabe? E também eu ponho as coisas fáceis, do mundo, né? Falar pra molecada não vir a colocar uma arma na cintura e sair pensando que é o Sherlock Holmes da cidade, o Super-Homem. (Det 28)

Então, a minha vontade é sair daqui e ir pra uma chácara. Comprar uma chácara pra mim e saber viver. Porque lá eu vou poder viver. Hoje eu não quero mais adrenalina, não quero mais poder, não quero mais dinheiro. Eu quero sair, quero dar um jeito de trabalhar, ganhar dinheiro pra comprar o que eu quero, arrumar uma mulher que queira viver comigo lá comigo, quietinha e daí os filhos que quiserem ir morar comigo, a minha mãe e viver. Nem tudo se resolve da vontade da gente. Eu não sei se essa minha vontade vai ser realizada por causa do meu passado. Eu tenho inimigos, eu tenho e eu não sei se essas pessoas estão dispostas a deixar eu viver em paz. (Det 12)

Hoje eu tenho um apoio familiar, então eu penso em dedicar à minha família, aos meus filhos. Você vê, quando eu vim preso meu menino tinha um ano de idade, hoje ele tá com 13, minha menina com 12. Eu penso em educar eles, porque o tempo que eu tô aqui, totalmente afastado deles. Então eu penso em lá na rua trabalhar, viver de bem com a minha família, comigo mesmo, trabalhar, ter uma profissão. (Det 17)

A identificação da prevalência do vírus HIV no Sistema Penitenciário Goiano foi de sua importância para situá-lo no contexto nacional e direcionar as ações de prevenção e controle da infecção pelo vírus. Os resultados informaram que a prevalência do vírus na população carcerária masculina em regime fechado do Sistema Penitenciário Goiano foi elevada (4,1%) quando, comparada com a da população geral no Brasil (0,34%) (MS 2004).

O presente estudo, encontrou uma população carcerária masculina jovem, com baixa escolaridade, em conflito com a lei, em um contexto de altíssima vulnerabilidade individual e social à AIDS, às doenças sexualmente transmissíveis, à dependência de drogas e à violência. Os resultados refletem a situação do Sistema Penitenciário Brasileiro, com prisões abarrotadas de detentos, de baixo poder aquisitivo, baixo nível de escolaridade e com reduzida chance de melhores oportunidades de capacitação profissional.

Em relação ao HIV/AIDS há a necessidade de um deslocamento de atenção para programas educativos baseados em informação, abordando aspectos relacionados à percepção de vulnerabilidade, à responsabilidade social e ao conceito de auto-eficácia, de modo a motivar principalmente jovens a mudar atitudes, a controlar impulsos e a restringir comportamentos de risco. Os resultados também permitiram identificar a urgência no cumprimento da Lei de Execuções Penais, principalmente no que diz respeito à saúde dessa população.

No Brasil, a atenção à saúde do sistema penitenciário brasileiro é atribuída ao Ministério da Saúde, ao Ministério da Justiça, à Secretaria Estadual de Saúde e à Secretaria Estadual de Justiça. Com a finalidade de superar os problemas descritos acima, cabe-lhes colocar em prática o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário³, além de organizar o sistema de informação de saúde dos presos e contribuir, de forma efetiva, para o controle e redução das doenças mais frequentes, como, por exemplo, DST/AIDS, tuberculose, pneumonia, dermatose, hepatite, hanseníase e outras.

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário definiu as atribuições de cada setor administrativo, de modo a permitir a execução das operações programadas para alcançar os resultados esperados. Para o desenvolvimento desse respectivo plano, foi estabelecido que as secretarias estaduais da Saúde e da Justiça poderão estabelecer pactos de atuação conjunta com as secretarias municipais de Saúde. Será também permitido a disposição de parcerias e acordos, convênios ou outros mecanismos similares com organizações não governamentais, regularmente constituídas, que detenham experiência de atuação no sistema penitenciário.

O prazo para a implementação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário Brasileiro foi estabelecido para o período de 2004 a 2007. Considerando a necessidade de um financiamento federal diferenciado para seu cumprimento, foram publicados pela Portaria Interministerial Ministério da Saúde/Ministério da Justiça nº 847, de 2 de junho de 2005, os valores do custeio para a implementação das ações e serviços que viabilizam uma atenção integral a saúde da população incluída no Sistema Penitenciário.

Cabe ao Ministério da Saúde financiar o correspondente a 70% dos recursos e ao Ministério da Justiça o correspondente a 30% dos recursos. É preciso, pois, considerar que a garantia de acesso a ações e serviços para a população brasileira privada de liberdade exige um esforço de articulação intersetorial⁴ entre essas esferas federais e estaduais. É necessário também, que a sociedade civil e as entidades não-governamentais participem de iniciativas voluntárias ou em parceria com o poder público.

³ O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário foi lançado em 2002 e é regulamentado pela Portaria Interministerial nº 1777, de 9 de setembro de 2003, que tem como objetivo garantir o acesso integral a serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) da população prisional.

⁴ Intersetorialidade de acordo com Junqueira (1998) é uma articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando ao desenvolvimento social.

O presente estudo é um exemplo de esforços somados de entidades não-governamentais com o poder público. A parceria da Universidade Católica de Goiás com o Sistema Penitenciário Goiano viabilizou essa pesquisa, com o Laboratório Dr. Giovanni Cysneiros, possibilitou a realização dos testes confirmatórios e com o Hospital de Doenças Tropicais (HDT), permitiu o acompanhamento médico-hospitalar dos casos positivos. Portanto, essas parcerias resultaram numa interação significativa em prol do conhecimento da situação da epidemia da AIDS nessa população de detentos.

No decorrer da pesquisa, foram observadas mudanças significativas no ambiente prisional. Atualmente, existe um médico infectologista atendendo duas vezes por semana no Sistema Penitenciário Goiano, fato que resultou em uma redução importante do número de internações dos detentos no HDT. Portanto, os resultados encontrados sugerem implementação e a efetivação de programas sociais e de saúde contínuos com a finalidade de possibilitar medidas de controle dessa infecção dentro do ambiente prisional.

A nova dinâmica da epidemia da AIDS no mundo leva à reflexão acerca dos três níveis de vulnerabilidade descritos por Mann et al. (1993), a individual, a social e a pragmática ou institucional. Este último quesito não foi objeto desse trabalho e poderá estar indicado para outro estudo. Os três níveis de vulnerabilidade citados conferem aos privados de liberdade um risco elevado de infecção pelo HIV, quando comparado com a população em geral. A elevada prevalência dessas doenças na população encarcerada é um ponto crítico, que põe em risco a saúde de toda a sociedade e deve ser alvo de uma maior preocupação por parte dos gestores de políticas de saúde.

É, pois, importante reconhecer, que não pode haver uma esperança real de frear a epidemia da AIDS, dentro e fora dos presídios, sem mudanças de longo prazo na estrutura da sociedade e nas relações de poder que sujeitam certas populações e comunidades a extrema vulnerabilidade diante da infecção por HIV. Sem uma intervenção mais efetiva do poder público no sentido de garantir condições de acesso de todos aos direitos básicos, a população pobre continuará a sofrer os efeitos da epidemia, seja qual for o grau de mudança de comportamento desses indivíduos. Sem superar a injustiça socioeconômica dos países desenvolvidos e em desenvolvimento, os pobres continuarão a sofrer o maior impacto de uma epidemia que já se tornou íntima da pobreza e da miséria.

5. CONCLUSÕES

1. O perfil da população privada de liberdade do Sistema Penitenciário Goiano que cumpria pena em regime fechado e que participou desta pesquisa foi principalmente caracterizado por detentos de 21 a 30 anos, casados/amasiados, que estudaram por até quatro anos, recebiam, antes da prisão, em média de um a dois salários mínimos mensalmente e com uma história de violência e desestrutura familiar.

2. A freqüência elevada de comportamentos de risco, como o alto índice de consumo de drogas e o uso ocasional de preservativos torna os privados de liberdade mais vulneráveis à infecção pelo vírus HIV.

3. Foi observada que a prevalência de anticorpos anti-HIV (4,1%) na população-alvo quando comparada com a prevalência da população em geral (0,34%).

4. Fatores sociais como a renda familiar precária e o baixo nível educacional da maioria da população privada de liberdade em regime fechado do Sistema Penitenciário Goiano confirmam a vulnerabilidade social destes ao vírus HIV.

5. A alta prevalência de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) na população masculina privada de liberdade evidencia a importância da implementação de programas destinados a prevenção e tratamento de DSTs no ambiente prisional. O tratamento dessas infecções reduz de forma muito importante a carga viral e a infectividade do HIV, sendo um valioso recurso para a prevenção.

6. REFERÊNCIAS

Ahmad N. The vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1: molecular and biological properties of the virus. *Crit Rev Clin Lab Sci* 2005; 42(1): 1-34.

Anderson JE, Kann L, Holtzman D, Arclay S, Truman B, Kolbe I. HIV/AIDS knowledge and sexual behavior among high school students. *Family Planning Perspectives* 1990; 22: 252-255.

Arber S. Integrating nonemployment into research on health inequalities. *Inter Health Serv* 1996; 26: 445-448.

Ayres JRCM. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: Barbosa RM, Parker R, organizadores. *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 1999. p. 49-72.

Barre-Sinoussi F, Cherm J, Vezinet - Brun F. Isolation of a T - lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Science* 1983; 220: 868-871.

Bastos FJ, Barcellos. A geografia social da AIDS no Brasil. *Revista de Saúde Pública* 1995; 29: 52-62.

Behrendt C, Kending N, Dambita C, Horman J, Lawlor J, Vlahov D. Voluntary testing for human immunodeficiency virus (HIV) in a prison population with a high prevalence of HIV. *Am J Epidemiol.* 1994; 139(9): 918-926.

BEMFAM Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. *Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde* 1996. Disponível em: URL: www.portalmedico.org.br/revista/bio2v4/planeja.html.

Boletim Epidemiológico AIDS Ano XVI nº 1; 1ª a 52ª semanas; 2002. Disponível em: URL: http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/bol_dezembro_2002/brasil.asp.

Boletim Epidemiológico AIDS Ano XVIII nº 1; 1ª a 24ª semanas; 2004. Disponível em:
URL: <http://www.aids.gov.br/final/dados/boletim2.pdf>.

Boletim Especial. Violência estrutural, desigualdade social e vulnerabilidade ao HIV/AIDS: ABIA; 2000.

Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: Uma epidemia multifacetada. *Revi Soc Bras Med Trop* 2000; 34(2): 207-217.

Burantinni NN, Massad E, Azevedo RS, Carvalho HB. Correlation between HIV and HCV in brazilian prisoners: Evidence for parenteral transmission inside prison. *Revista de Saúde Pública* 2000; 34: 431-436.

Calvazara LM, Major C, Myers T, Schlossberg J, Millson M, Wallace E, et al. Reducing volunteer bias: using left-over specimens to estimate rates of HIV infection among inmates in Ontario, Canada. *AIDS*. 1995; 9(6): 637-647.

Camargo A. Os Usos da História Oral e da História de Vida: trabalhando com elites políticas. *Revista de Ciências Sociais*. 1984; 27(1): 5-28.

Cardo DM, Culver DH, Ciesielski CA, Srivastava PU, Marcus R, Abiteboul D, et al. A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. Centers for Disease Control and Prevention Needlestick Surveillance Group. *N Engl J Med* 1997 Nov 20; 337(21): 1542-1543.

Castro AFP, Osti NM, Picci LC. Human Immunodeficiency Virus Seroprevalence among inmates of the penitentiary complex of the regions of Campinas, state of São Paulo, Brazil. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 1999; 94(4): 479-483.

Catalan-Soares BC, Almeida RTP, Carneiro-Proietti ABF 2000. Prevalence of HIV-1/2, HTLV-I/II, hepatitis B virus (HBV), hepatitis C virus (HCV), treponema pallidum and Trypanossoma cruzi among prison inmates at Manhuaçu, Minas Gerais state, Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop* 2000; 33: 27-30.

CDC. Current Trends Update: Serologic Testing for Antibody to Human Immunodeficiency Virus. *MMWR Weekly* 1988; 36(52): 833-845.

CDC. Kaposi's Sarcoma and Pneumocystis Pneumonia among Homosexual Men-New York City and California. *MMWR Weekly* 1981; 30(25): 305-308.

CDC. Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance of definition for AIDS among adolescent and adults. *MMWR Weekly* 1992; 41: 1-19.

Chein I. Uma introdução à amostragem in Seltiz J & Deutsch C. *Métodos de Pesquisas nas Relações Sociais*. Editora Pedagógica e Universitária Ltda. São Paulo. 1974. 4ª Edição. 571-603.

Choisy M, Woelk C, Guegan JF, Robertson D. Comparative study of adaptive molecular evolution in different Human Immunodeficiency virus groups and subtypes. *Journal of Virology* 2004; 78(4) 1962-1970.

Coffin J, Haase A, Levy JA, Montagnier L, Oroszlan S, Teich N, et al. 'What to call the AIDS virus?' *Nature* 1986; 321(6065): 10.

Daniel H, Parker R. *AIDS: A Terceira Epidemia*. São Paulo: Iglu; 1991.

Dean AG, Dean JÁ, Coumbier, Brendel KA, Smith DC, Burton AH, et al. A word processing, database and statistics program for epidemiology on micromputers. *Epi Info Version 6.0*. Atlanta:Center for Disease Control and Prevention. 1994.

Deleys R, Vanderborght B, Vanden Haeseveld M, Heyndrickx L, Van Geel A, Wauters C, et al. Isolation and partial characterization of an unusual human immunodeficiency retrovirus from two persons of west-central African origin. *J Virol*. 1990; 64(3): 1207-1216.

Depen, Departamento Penitenciário Nacional. Censo Penitenciário 1997. Disponível em: URL: <http://www.mj.gov.br/depem>.

Depen, Departamento Penitenciário Nacional. Censo Penitenciário 2003. Disponível em: URL: <http://www.mj.gov.br/depem>.

Dufour A, Alary M, Poulim C, Allard F, Noel L, Trottier G, et al. Prevalence and risk behaviors for HIV infection among inmates of a provincial prison in Quebec City. *AIDS* 1996 10(9): 1009-1015.

Edlin BR, Irwin KL, Faruque S, McCoy CB, Serrano Y. Intersecting epidemics- crack cocaine use and HIV infection among inner-city young adults. *N Engl J of Med* 1994; 24: 1422-1427.

Fonseca MGP, Silva NV, Hasenbalg C. Saúde e desigualdade social e regional no Brasil. Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro 1997.

Gallo RC, Sarin PS, Kalyaneram VS. Isolation of human T - cell leukemia virus in acquired immune deficiency syndrome (AIDS). Science 1983; 220: 865-868.

Gallo SA, Finnegan CM, Viard M, Raviv Y, Dimitrov A, Rawat SS, et al. The HIV Env-mediated fusion reaction. Bio Biop Acta. 2003; 1614(1): 36-50.

Galvão J. AIDS no Brasil. 1. ed. Rio de Janeiro: ABIA; 2000.

Garcia PM, Kalish LA, Pitt J, Minkoff H, Quinn TC, Bruchett SK, et al. Maternal levels of plasma human immunodeficiency virus type 1 RNA and the risk of perinatal transmission. Women and infants transmission study group. N Engl J Med 1999; 341(6): 394-402.

Giordanni A, Bueno SMV. Tatuagens e a vulnerabilidade às DST/AIDS em mulheres detentas. Jornal DST. 2002; 14(4): 4-10.

Gomes P. Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana tipo 2 (HIV-2). 3º HIV/AIDS virtual congress; 2004. Disponível em: URL: <http://www.aidscongress.net/pdf/142.pdf>.

Guerriero I, Ayres JRCM, Hearst N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais. Revista Saúde Pública 2002; 36(4).

Guimarães T, Granato CFH, Varella D, Rallas EG. High prevalence of hepatitis C infection in a brazilian prison: identification of factors for infection. Braz J Infec Dis 2001; 5: 111-118.

Guirão L. Vigiar e Assistir: Prevenção e Assistência Médica ao HIV-Aids em Presídios. Boletim direitos humanos 2001. Ano V nº 1. 2001.

Haguette TMF. Metodologias Qualitativas na Sociologia. 5. ed. Petrópolis RJ: Vozes 1987.

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

II Caravana Nacional dos Direitos Humanos 2000. O Sistema prisional brasileiro. Disponível em: URL: <http://www.camara.gov.br/cdh>.

Jabatur A, Baldy JLS, Quesada RMB. Aids, Hepatite B e Sífilis: Prevalência da infecção em 158 presidiários da Cadeia Pública de Londrina, Paraná, Brasil. *Revi Soc Bras Med Trop* 1991; 24: 169.

Junqueira LAP. Intersectorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. *Revista de Administração Pública* 2000; 34(6): 35-45.

Kassira EN, 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): 256-63.

Kightley R. *Scientific Illustration* 2005. Kim SY, Byrn R, Groopman J. Temporal aspects of DNA and RNA Synthesis during human immunodeficiency virus infection. Evidence for differential gene expression. *J Virol* 1989; 63: 3708-3713. Disponível em: URL: <http://www.rhm.com.au>.

Klatt EC. *AIDS Pathology* 2004. Disponível em <http://www-medlib.med.utah.edu/webpath/tutorial/aids/aids.html>.

Klaver B, Berkhout B. Comparison 5' and 3' long terminal repeat promoter function in Human Immunodeficiency Virus. *Journal of Virology* 1994; 68(6): 3830-3840.

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.

Levy JA. Pathogenesis of human immunodeficiency virus infection. *Microbiol Rev* 1993; 57(1): 183-289.

Macalino GE, Viahov D, Sanford S, Patel S, Sabin K, Salas C, et al. Prevalence and incidence of HIV, hepatitis B virus, and hepatitis C virus infections among male in Rhode Island prisons. *Am J Public Health* 2004; 94(7): 1218-1223.

Mann E 1997. Tarantola DJM, Netter TW. *A Aids no Mundo*. 2. ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA/M.S./UERJ; 1993.

Mann J, Kay K. Confronting the pandemic: the world health organization's global programme on AIDS, 1986-1989. *AIDS* 1991 2(2); 221-229.

- Mann J, Tarantola DJM, Netter TW. A AIDS no mundo. 1. ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA/I.M.S./UERJ; 1993.
- Massad E. HIV/Aids no Sistema Prisional Brasileiro. In Ministério da Saúde 1997: 84-104.
- 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): 13-8.
- 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): 491-5.
- MS, Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS 2004. Disponível em: URL: <http://www.aids.gov.br>.
- Oliveira MLA, Bastos FI, Sabino RR, Paetzold V, Schreier E, Pauli G, et al. Distribution of HCV genotypes among different exposure categories in Brazil. *J Med Biol Res* 32: 279-282.
- OMS World report on violence and health 2000. Disponível em: URL: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/chapters/en/.
- Parker R, Camargo JK. AIDS e pobreza. Aspectos antropológicos e sociológicos. *Cadernos de Saúde Pública* 2000; 16: 89-102.
- Parker RG. Na Contramão da AIDS. 2. ed. Rio de Janeiro: ABIA; 2000.
- Peres CA, Paiva V, Peres R, Silveira F, Hearst N. Como falar de prevenção da AIDS para quem vive do risco e em risco. A história de um projeto com jovens infratores. *Anais do 3º Congresso Brasileiro de Prevenção em DST/Aids 1999*. Rio de Janeiro (BR); 1999.
- Peres CA, Paiva V, Silveira F, Peres RA, Hearst N. Prevenção da Aids com adolescentes encarcerados em São Paulo. *Revista Saúde Pública* 2002; 36(4).
- Perrin L, Kaiser L, Yerly S. Travel and the spread of HIV-1 genetic variants. *Lancet Infect Dis* 2003; 3(1): 22-27.

Plummer FA, Simonsen JN, Cameron DW, Ndinya-Achola JO. Cofactors in male to female transmission of HIV-1. *J Infect Dis* 1991; 163: 233-239.

Popper SJ, Sarr AD, Travers KU, Gueye-Ndiaye A, Mboup S, Essex ME, Kanki PJ. Lower human immunodeficiency virus (HIV) type 2 viral load reflects the difference in pathogenicity of HIV-1 and HIV-2 *J Infect Dis* 1999; 180(4): 1116-1121.

Remy G. HIV-2 infection throughout the world. A geographical perspective. *Sante*. 1998; 8(6): 440-446.

Rothon DA, Mathias RG, Schechter MT. Prevalence of HIV infection in provincial prisons in British Columbia. *J Urban Health*. 2001; 78(2): 256-263.

Ruiz JD, Molitor F, Sun RK, Mikanda J, Facer M, Colford JM Jr, et al. Prevalence and correlates of hepatitis C virus infection among inmates entering the California correctional system. *West J Med* 1999; 170(3) 156-160.

Saad AC. Intravenous drug users from the prison system of Rio de Janeiro, Brazil 1998. Disponível em: URL: <http://www.iac2000.org/abdetail.asp>.

Saiz P, Bedia M, Murcia J, Cebria J, Sanchez P, Portella J. Predictive markers of HIV and HCV infection and co-infection among inmates in a Spanish prison. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2005; 23(2): 53-57.

Sanches KRB. A AIDS e as mulheres jovens: uma questão de vulnerabilidade. Dissertação Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde; Fundação Osvaldo Cruz; 1999.

Seelamgari A, Maddukuri A, Berro R, de la Fuente C, Kehn K, Deng L, Dadgar S, Bottazzi ME, Ghedin E, Pumfery A, Kashanchi F. Role of viral regulatory and accessory proteins in HIV-1 replication. *Front Biosci*. 2004; 9: 2388-2413.

Sells CW, Bleem RW. Morbidity and Mortality among US adolescents: an overview of data and trends. *American Journal of Public Health* 1996; 86: 513-519.

Silva M A. Sistema penitenciário goiano e o cotidiano do reeducando no CEPAIGO. Do discurso legal à realidade. Goiânia: Ed. da UCG; 2000.

Simon F, Mauclore P, Roques P, Loussert-Ajaka I, Muller-Trutwin MC, Saragosti S. Identification of a new human immunodeficiency virus type 1 distinct from group M and group O. *Nat Med* 1998; 4: 1032-1037.

Sloggett A, Joshi H. Deprivation indicators as predictors of life events 1981-1992 based on the UK NOS longitudinal study. *J of Epidemiol and Commun Health* 1998; 52: 223-228.

Solomon L, Flynn C, Muck K, Vertifewille J. Prevalence of HIV, syphilis, hepatitis B, and hepatitis C among entrants to Maryland correctional facilities. *J Urban Health* 2004; 81(1): 25-37.

Starcich B, Ratner L, Josephs SF. Characterization of long terminal repeat sequences of HTLV-III. *Science* 1985; 227: 538-540.

UNAIDS Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Human rights, women and Hiv/Aids 2000. Disponível em: URL: <http://www.who.int/inf-fs/en/fact247.html>.

UNAIDS Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Report on the global AIDS epidemic 2004. Disponível em: URL: <http://www.unaids.org>.

Varella D. Estação Carandiru. 1. ed. São Paulo. Companhia das Letras; 1999.

Vasconcelos E M. Complexidade e Pesquisa Interdisciplinar. 1. ed. Petrópolis. Vozes; 2002.

Veronesi R, Camargo FCH, Shichtmann M, Neitzer E, Souza LNX, Zampieri G, et al. Aids entre presidiários brasileiros: Considerações sobre o possível papel do vírus HTLV-1 e HBV como co-fatores implicados na patogênese da AIDS. *Rev Soc Bras de Med*. 1993; 50: 488-496.

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.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

INFORMAÇÕES GERAIS

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que visa conhecer a vulnerabilidade dos(as) reeducandos a doenças veiculadas pelo sangue e/ou por contato sexual, bem como estabelecer novas medidas de prevenção dessas doenças no ambiente prisional.

OBJETIVO DO ESTUDO

Este estudo objetiva conhecer o perfil social, a história de vida e a situação de saúde da população de reeducandos da Agência Prisional de Goiás. Através de exames laboratoriais, será feito também um levantamento da prevalência do vírus da Hepatite C e da Imunodeficiência Humana (HIV).

RISCOS E BENEFÍCIOS

Este estudo não lhe proporcionará nenhum risco. O único desconforto será a coleta de aproximadamente 10 ml de sangue para os exames laboratoriais.

Caso você venha a participar deste estudo e seja diagnosticado(a) como portador(a) de alguma destas patologias que estão sendo pesquisadas, você será encaminhado(a) para o Hospital de Doenças Tropicais a fim de receber adequado acompanhamento médico. Isso o beneficiará com a perspectiva de uma melhora na sua situação de saúde e conseqüentemente em sua qualidade de vida.

Você também será indiretamente beneficiado(a) à medida que os resultados estatísticos desse estudo auxiliarem na implementação de uma melhor assistência médica aos reeducandos desse complexo prisional.

CONFIDENCIALIDADE

A confidencialidade dos seus dados será garantida. Somente as proponentes dessa pesquisa e o médico indicado para o tratamento daquelas pessoas que vierem a ser diagnosticadas terão acesso às informações obtidas. Os resultados dos exames serão entregues para cada participante.

PARTICIPAÇÃO

Você tem total liberdade na decisão de participar deste estudo e, caso não queira, não será de modo algum prejudicado(a).

CONSENTIMENTO E PERMISSÃO

Antes de dar o meu consentimento, assinando este documento, eu fui suficientemente informado(a) de todo o estudo. Li as informações acima e entendi os objetivos e benefícios deste estudo e, voluntariamente, aceitei participar. Tive satisfatoriamente todas minhas dúvidas respondidas e recebi uma cópia deste consentimento.

NOME DO PARTICIPANTE: _____

ASSINATURA: _____

DATA: _____

APÊNDICE B**FICHA-CADASTRO/FORMULÁRIO**

Nº de registro: _____ Ala: _____

I PARTE (deverá ser respondida por todos os entrevistados).

1) Nome: _____

2) Idade: _____

3) Cor/raça: () branca () preta () parda () outra: _____

4) Endereço: _____

5) Naturalidade: _____ rural () urbana ()

6) Nacionalidade: _____

7) Cidade em que passou a maior parte da infância: _____

8) Condição civil:

() solteiro(a) () casado(a) () amasiado(a) () separado(a) () viúvo(a)

11) Números de pessoas na família: _____

12) Qual o seu grau de instrução?

() nunca frequentou escola

() 1º grau incompleto

() 1º grau completo

() 2º grau incompleto

() 2º grau completo

() 3º grau incompleto

() 3º grau completo

() pós-graduação

- 13) Tem algum curso profissionalizante? sim () não ()
Qual? _____
- 14) Faixa salarial antes da detenção (aproximadamente)?
() menos de um salário mínimo () 1 salário mínimo
() 2 salários mínimos () 3 salários mínimos
() 4 a 6 salários mínimos
() outro Valor: _____
- 15) Antes dos 18 anos, você passou por alguma delegacia/delegacia da criança e adolescente?
() sim () não Quantas vezes? _____
- 16) Você foi bem tratado(a)? () sim () não
- 17) Tem ou já teve alguma DST () sim () não Qual? _____
Algum problema de saúde () sim () não Qual? _____
- 18) Ingere bebidas alcoólicas? () sim () não
- 19) Você já usou drogas? () sim () não
Drogas injetáveis () sim () não
- 20) Foi vacinado recentemente? () sim () não Qual vacina?
- 21) Quantos parceiros sexuais você já teve até o dia de hoje?
() um a três () quatro a oito
() nove a doze () não tem idéia
- 22) Você usa preservativos nas suas relações sexuais?
() sim, em todas () sim, na maioria das vezes.
() raramente () nunca
- 23) Você já teve relações sexuais com um(a) usuário(a) de drogas? () sim () não

- 24) Você já recebeu transfusão sanguínea? () sim () não Quando? _____
- 25) Você já compartilhou agulhas? ()sim ()não
- 26) Você tem tatuagem? () sim () não
- 27) É fumante? () sim () não
- 28) Seu comportamento sexual é predominantemente:
() heterossexual () homossexual () bissexual
- 29) Quantas vezes você foi preso(a)? _____
- 30) Em que artigo você foi condenado(a)? _____
- 31) Data da última prisão: _____
- 32) Há quanto tempo você está preso nesta unidade? _____
- 33) Você recebe visita íntima? () sim () não
- 34) Na sua opinião, qual foi o motivo principal que o levou para a prisão?
() dificuldades financeiras () influência do(a) companheiro(a)
() más companhias () envolvimento do companheiro
() maus tratos do companheiro () maus tratos na infância/adolescência
() outros: _____

ENTREVISTADORA: _____

DATA: _____

ANEXO

ANEXO 1

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA