JOSÉ RICARDO PIO MARINS

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.
Campinas, 11 de novembro de 1996.

Profª. Drª. Marilisa Berti de Azevedo Barros
Orientadora

ESTUDO DA SOROPREVALÊNCIA DA INFECÇÃO POR HIV EM POPULAÇÃO CARCERÁRIA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-graduação, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: ***Profª. Drª. Marilisa Berti de Azevedo Barros***

Campinas - 1996

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

UNIDADE BC
N.º CHAMADA: UNICAMP
M339e
V.
TOMBO BC/30542
PROC. 281/97
C D X
PREÇO R$ 11,00
DATA 24/05/97
N.º CPD
CM-00092219-0

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS - UNICAMP

Marins, José Ricardo Pio

M339e Estudo da Soroprevalência da infecção por HIV em população carcerária / José ricardo Pio Marins. Campinas, SP : [s.n.], 1996.

Orientador: Marilisa Berti de Azevedo Barros

Tese (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. AIDS. 2. Prisões. 3. Prevalência. I.Marilisa Berti de Azevedo Barros. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

JOSÉ RICARDO PIO MARINS

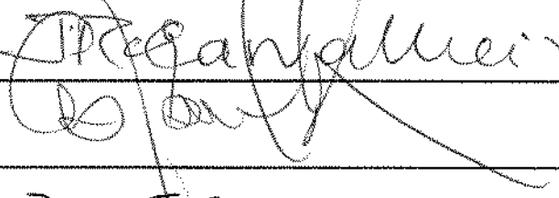
ESTUDO DA SOROPREVALÊNCIA DA INFECÇÃO POR HIV EM POPULAÇÃO CARCERÁRIA

Campinas - 1996

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Profa. Dra. Marilisa Berti de Azevedo Barros

Membros:

1. 
2.
3.

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 11/11/96

Aos que encontram forças, onde para nós parece não existir

"Estou convencido de que é o preconceito que provoca tamanha desumanidade, associado a uma ignorância completa sobre a epidemia."

Herbert Daniel

AGRADECIMENTOS

Aos detentos, homens e cidadãos, que confiaram e contaram-me suas vidas.

Aos meus pais, pelo grande esforço que fizeram para propiciar-me as condições necessárias e suficientes para a minha formação, além de terem participado diretamente auxiliando-me na codificação dos dados e nos esclarecimentos dos aspectos jurídicos relacionados a este estudo.

Ao Hang, por ajudar-me a alçar vôos na busca de compreender melhor a condição humana.

Ao Dorival Lara, por ter possibilitado a minha aproximação da população carcerária.

Aos colegas médicos que facilitaram o trabalho de campo e valorizaram esta investigação.

Ao Francisco e ao Cubas, auxiliares de enfermagem que dedicam seu trabalho aos detentos e que foram indispensáveis para a realização do estudo.

Ao Carlos, Newton e Primo, detentos muito especiais que além de estarem envolvidos na pesquisa durante toda sua duração, também se preocupavam com minha segurança e bem estar.

Aos meus colegas de trabalho da Vigilância Epidemiológica e Programa de DST/AIDS do Município de Sorocaba, pela colabaração incondicional.

Ao setor de sorologia do Instituto Adolfo Luts de Sorocaba, especialmente a pesquisadora científica e amiga Marilisa, que se dispôs junto a sua equipe, realizar todos os exames anti-HIV.

À Adriana pela colaboração na confecção do banco de dados.

À Daniela Magro, pela grande disponibilidade em colabarar com o estudo e pelo companheirismo inestimável.

A todos os funcionários do sistema penitenciário de Sorocaba pela colaboração para que o estudo se realizasse e pelo cuidado com a minha segurança.

Ao Zeca, Doni, Edson e Gilson pela paciência, colaboração e disponibilidade nos momentos de luta para a finalização desta dissertação.

Ao João Luis Grandi, pesquisador e colega de trabalho no Centro de Referência e Treinamento de DST/AIDS de São Paulo, pela revisão e leitura do texto, além das valiosas sugestões.

À minha orientadora, Profa Dra Marilisa, que mostrou-se sempre disponível, amiga e entusiasmada com o trabalho, apoiando-me constantemente durante a construção desta minha etapa de desenvolvimento profissional e pessoal.

À CAPES pelo auxílio financeiro.

À todos aqueles que não foram citados, mas que se envolveram ajudando-me a efetivar este projeto.

SUMÁRIO

Resumo i

1. INTRODUÇÃO 1
1.1. O início de uma Pandemia 2
1.2. A AIDS no mundo 3
1.3. A Epidemia no Brasil e suas tendências 4
1.3.1. Evolução 6
1.4. A situação da Epidemia no Estado de São Paulo 7
1.5. A Epidemia em Sorocaba 8
1.6. A AIDS atrás das grades 10
1.6.1. A Epidemia nas prisões 10
1.6.2. Os frutos de uma simbiose 11
1.6.3. A Epidemia nas prisões na America Latina e no Brasil 14
1.6.4. Fatores de risco 16

2. OBJETIVOS DO ESTUDO 18
2.1. Objetivos Gerais 19
2.2. Objetivos Específicos 19

3. MATERIAL E MÉTODOS 20
3.1. Local de estudo 21
3.2. Desenho do estudo 22
3.3. Exame laboratorial 24
3.4. Classificação da infecção por HIV segundo o CDC - 1987 27
3.5. Codificação e digitação dos dados 29
3.6. Análise dos dados 29
3.7. Divulgação dos dados 30
3.8. Aspectos éticos 31

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO 32
4.1. Prevalência da infeção por HIV 34
4.2. A prevalência da infecção por HIV segundo fatores sócio-demográficos 36
4.2.1 Naturaliade e procedência 36
4.2.2 Idade 42
4.2.3 Situação conjugal 45
4.2.4 Escolaridade 49
4.3 Prevalência da infecção por HIV segundo história carcerária 52
4.3.1 Número de encarceramentos na vida 52
4.3.2 Número de instituições penais em que o detento já esteve encarcerado 56
4.3.3 Tempo de encarceramento 57
4.3.4 Tempo de encarceramento na pena atual 59

4.3.5 Tempo de condenação..... 63
4.3.6 Tipo de crime..... 65
4.4 Prevalência da infecção por HIV segundo exposições de risco..... 72
4.4.1 Uso de drogas..... 72
4.4.2 Prática sexual..... 75
4.4.2.1 Relação sexual com outro detento..... 75
4.4.2.2 Práticas sexuais durante a vida..... 76
4.5 Prevalência da infecção por HIV e situação sorológica prévia..... 82
4.6 Prevalência da infecção por HIV segundo percepção de risco..... 85
4.7. Comparação entre o detentos que participaram integralmente do estudo e os que responderam somente o questionário..... 88

5. AVALIAÇÃO DOS DETENTOS SOROPOSITIVOS..... 93
5.1 Fatores relacionados a risco da transmissão da infecção por HIV..... 94
5.1.1 Relação sexual com parceria fixa..... 94
5.1.2 Número de perceiros sexuais nos últimos dois anos..... 96
5.1.3 Frequência do uso de preservativos nas relações sexuais, durante o encarceramento..... 97
5.1.4 Doenças sexualmente transmissíveis nos últimos 5 anos..... 98
5.1.5 Número de filhos menores de 10 anos..... 100
5.1.6 Uso de drogas e risco de transmissão..... 101
5.2 Prevalência da doença na população carcerária..... 103
5.2.1 História clínica..... 104
5.2.2 Exame clínico..... 105
5.2.3 Classificação da infecção..... 108

6. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 110

7. SUMMARY..... 117

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 120

9. ANEXOS..... 128

LISTA DE QUADROS, TABELAS E FIGURAS

QUADRO 1 - Prevalência da infecção por HIV em presídios da Europa em 1987. 12

QUADRO 2 - Prevalência de HIV em presidiários, relatadas em alguns estudos realizados nos Estados Unidos, 1985 - 1989..... 13

QUADRO 3 - Prevalência da infecão por HIV em estudos realizados em presídios brasileiros, no período 1986 - 1996..... 15

TABELA 1 - Distribuição dos detentos segundo o grau de participação no estudo, Sorocaba, S.P., 1995..... 33

TABELA 2 - Resultado dos testes sorológicos e coeficientes de prevalência segundo presídio, Sorocaba,S.P.,1995..... 35

TABELA 3 - Distribuição dos detentos segundo a naturalidade, Sorocaba, S.P., 1995..... 37

TABELA 4 - Prevalência, Razão de prevalência e intervalo de confiança 95% da infecção por HIV, segundo a naturalidade dos detentos, Sorocaba, S.P., 1995..... 39

TABELA 5 - Prevalência, Razão de prevalência e I.C. 95% da infecção por HIV, segundo procedência dos detentos, Sorocaba, S.P., 1995..... 40

TABELA 6 - Prevalência da infecção por HIV entre os procedentes de Sorocaba e região de Sorocaba, segundo a naturalidade dos detentos, Sorocaba, S.P., 1995.. 41

TABELA 7 - Prevalência, razão de prevalência e I.C. 95% da infecção por HIV, segundo faixa etária, na população carcerária de Sorocaba, S.P., 1995..... 44

TABELA 8 - Estado conjugal da populaçào carcerária que aceitou fazer exame anti-HIV, em Sorocaba, S.P., 1995..... 46

TABELA 9 - Prevalência, razão de prevalência e I.C. 95% da infecção por HIV segundo estado conjugal, nos presídios de Sorocaba, S.P., 1995..... 47

TABELA 10 - Prevalência da infecção por HIV segundo estado conjugal e grupos etários, na população carcerária de Sorocaba, S.P., 1995..... 48

TABELA 11 - Distribuição de detentos segundo escolaridade e resultado da sorologia, na população carcerária de Sorocaba, S.P., 1995..... 50

TABELA 12 - Prevalência, razão de prevalência e I.C> 95% da infecção por HIV, segundo escolaridade, na população carcerária de Sorocaba, S.P., 1995..... 50

TABELA 13 - Prevalência da Infecção por HIV segundo escolaridade e grupos etários, na popoulação carcerária de Sorocaba, S.P., 1995..... 51

TABELA 14 - Distribuição dos detentos segundo o número de encarceramentos anteriores, na população carcerária de Sorocaba, S.P., 1995..... 53

TABELA 15 - Prevalência, razão de prevalência e respectivos I.C. 95% da infecção por HIV, segundo o número de encarceramentos anteriores durante a vida, na população carcerária de Sorocaba, S.P., 1995..... 53

TABELA 16 - Prevalência da infecção por HIV segundo número de encarceramentos anteriores e idade, na população carcerária de Sorocaba, S.P., 1995..... 55

TABELA 17 - Prevalência da infecção por HIV, segundo número de estabelecimentos penais em que o detento esteve encarcerado, Casa de Detenção, Sorocaba, S.P., 1995..... 57

TABELA 18 - Distribuição da infecção por HIV, segundo o tempo de encarceramento já cumprido na vida, entre a população carcerária de Sorocaba, S.P., 1995..... 58

TABELA 19 - Prevalência , razões de prevalências e respectivos I.C. 95%, da infecção por HIV, segundo o tempo de encarceramento na vida, na população carcerária de Sorocaba, S.P., 1995..... 58

TABELA 20 - Prevalência da infecçào por HIV segundo o tempo de encarceramento na vida e grupos etários, Sorocaba, S.P., 1995..... 59

TABELA 21 - Distribuição dos detentos segundo tempo de encarceramento na pena atual. Casa de Detenção de Sorocaba, S.P., 1995..... 60

TABELA 22 - Prevalência , razão de prevalência e respectivos I.C. 95% das infecção por HIV, segundo tempo de encarceramento na pena atual. Casa de Detenção de Sorocaba, S.P., 1995..... 61

TABELA 23 - Prevalência da infeção por HIV segundo idade e tempo de encarceramento na pena atual. Casa de Detenção de Sorocaba, S.P.,1995..... 62

TABELA 24 - Distribuição dos detentos segundo tempo de condenação, Sorocaba, S.P., 1995..... 63

TABELA 25 - Prevalência, razões de prevalências e respectivos I.C. 95% da infecção por HIV, segundo tempo de condenação, Sorocaba, S.P., 1995..... 64

TABELA 26 - Prevalência da infecção por HIV segundo tempo de condenação e idade, na população carcerária da Sorocaba, S.P., 1995..... 64

TABELA 27 - Distribuição dos crimes cometidos pelos detentos, segundo tipo e idade (em anos), Sorocaba, S.P., 1995..... 66

TABELA 28 - Prevalência, razões de prevalências e respectivos I.C. 95%, segundo os principais tipos de crimes cometidos, Sorocaba, S.P., 1995..... 67

TABELA 29 - Prevalência, razão de prevalência e I.C. 95% da infecção por HIV, segundo o número de crimes cometidos, na última condenação, Sorocaba, S.P., 1995..... 69

TABELA 30 - Prevalência nos crimes relacionados ou não à maior prevalência de infecção por HIV, segundo idade, tempo de encerramento na pena atual e na vida e tempo de condenação, Sorocaba, S.P., 1995..... 70

TABELA 31 - Prevalência e razões de prevalências da infecção por HIV, segundo tipos de exposição, na população carcerária de Sorocaba, S.P., 1995..... 72

TABELA 32 - Freqüência, prevalências, razão de prevalências e I.C. 95% da infecção por HIV, segundo categoria de exposição sexual, na população da Casa de Dentenção de Sorocaba, S.P. , 1995..... 78

TABELA 33 - Distribuição dos detentos segundo categoria de exposição sexual e resultado de sorologia, Casa de Detenção de Sorocaba, S.P., 1995..... 80

TABELA 34 - Prevalência e razões de prevalências de infecção por HIV, segundo categorias de exposição sexual, na população da Casa de Detenção de Sorocaba, S.P., 1995..... 81

TABELA 35 - Prevalência e razão de prevalência da infecção por HIV, segundo o número de categorias de exposição sexual, Casa de Detenção de Sorocaba, S.P., 1995..... 82

TABELA 36 - Distribuição da população estudada segundo realização e resultados de exame anterior e atual..... 83

TABELA 37 - Prevalência da infecção por HIV no exame atual, segundo realização e resultado do teste prévio, na população carcerária de Sorocaba, S.P., 1995..... 85

TABELA 38 - Prevalência e razão de prevalência da infecção por HIV, segundo precepção de risco e conhecimento prévio da situação sorológica, na população carcerária de Sorocaba, S.P., 1995..... 87

TABELA 39 - Distribuição de detentos segundo a realização do teste anti-HIV e variáveis sócio-demográficas, de Sorocaba, S.P., 1995..... 89

TABELA 40 - Médias de tempo de encerramento (em meses) atual e na vida, segundo a realização de teste anti-HIV, Sorocaba, S.P., 1995..... 90

TABELA 41 - Distribuição de detentos que realizaram e não realizaram o teste anti-HIV, segundo variáveis relacionadas à história carcerária, Sorocaba, S.P., 1995..... 90

TABELA 42 - Distribuição dos detentos segundo realização e não realização do teste anti-HIV e práticas relacionadas como fatores de risco para a infecção por HIV, na população carcerária de Sorocaba, S.P., 1995..... 91

TABELA 43 - Número de parcerias sexuais, nos últimos 2 anos, dos detentos infectados por HIV, nos presídios de Sorocaba, S.P., 1995..... 97

TABELA 44 - Uso de preservativos nas relações sexuais, durante encarceramento pelos detentos infectados por HIV, nos presídios de Sorocaba, S.P., 1995..... 98

TABELA 45 - Distribuição dos detentos infectados segundo tipo de droga usada durante o encerramento, Sorocaba, S.P., 1995..... 101

TABELA 46 - Distribuição dos detentos infectados segundo o número de parceiros diferentes e com quem compartilhou seringas, no uso de cocaína E.V., durante encarceramento, Sorocaba, S.P., 1995..... 103

TABELA 47 - Sinais, sintomas e diagnósticos, ocorridos nos últimos 2 anos, referidos pelos detentos infectados por HIV, dos presídios de Sorocaba, S.P., 1995..... 106

TABELA 48 - Presença de alterações encontradas no exame clínico dos detentos infectados, nos presídios de Sorocaba, S.P., 1995..... 107

FIGURA 1 - Prevalência da infecção por HIV em detentos, segundo a naturalidade, nos presídios de Sorocaba, S.P., 1995..... 38

FIGURA 2 - Distribuição dos detentos, segundo faixa etária, Sorocaba, S.P.,1995..... 43

FIGURA 3 - Proporção de tráfico, uso de drogas e furto entre os crimes cometidos por detentos, segundo idade, tempo de encarceramento na vida, e na pena atual e tempo de condenação, Sorocaba, S.P.,1995..... 71

FIGURA 4 - Distribuição dos detentos que já sabiam ser infectados, segundo a ocorrência de relação sexual, Sorocaba, S.P., 1995..... 95

FIGURA 5 - Distribuição dos detentos segundo conhecimento da situação de infecçãoe relação sexual com parceira fixa, Sorocaba, S.P., 1995..... 96

FIGURA 6 - Tipos de patologias genitais nos últimos 5 anos, referidas por detentos infectados, Sorocaba, S.P., 1995..... 99

FIGURA 7 - Distribuição dos detentos segundo o número de filhos menores de 10 anos, Sorocaba, S.P., 1995..... 100

FIGURA 8 - Classificação dos detentos infectados, segundo critérios do CDC - 1987..... 108

Resumo

A população carcerária, dado sua especificidade, tem sido considerada como um grupo de grande vulnerabilidade para a infecção por HIV. Buscou-se neste estudo transversal, através de participação voluntária, conhecer a **prevalência da infecção por HIV e AIDS** nos dois presídios da cidade de Sorocaba, cuja população era de 1.065 homens. Encontrou-se uma **prevalência de 12,5%** da infecção por HIV na população estudada, nível este considerado intermediário, quando comparado com estudos anteriores realizados no país. Verificou-se uma associação entre o maior risco de infecção ao se analisar os **fatores sócio-demográficos** relacionados a naturalidade e a idade. Em relação a **história de vida carcerária**, observou-se que as variáveis "número de encarceramentos prévios na vida e o número de estabelecimentos penais pêlos quais os indivíduos já passaram, aumentam o risco de infecção de forma estatisticamente significativa. O **tempo de encarceramento na vida e o tempo de encarceramento atual**, mostram maiores prevalências na medida em que o tempo de encarceramento aumenta. Quanto ao **tempo de condenação**, encontrou-se maior prevalência entre aqueles que tinham menores condenações. Os **crimes** que se mostraram associados ao maior risco de infecção foram aqueles relacionados ao tráfico e ao uso de drogas. As **exposições** que mostraram aumentar o risco de infecção foram o uso de drogas injetáveis e as práticas sexuais com mulheres de múltiplos parceiros, prostitutas, homossexuais prostitutos ou de múltiplos parceiros e parceria sexual com usuário de drogas. Verificou-se ainda que 72,2% dos detentos, já havia feito teste anti-HIV anteriormente, o que mostra o acesso ao exame nessas instituições. Constatou-se que os detentos têm **percepção do risco** da infecção por HIV, pois dentre os que referiam-se em risco verificou-se razão de prevalência de 5,17. A maioria dos **detentos infectados** mantiveram relações sexuais enquanto presos sendo 80,0% das vezes sem uso de preservativos além de ter-se registrado que 47,1% destes, afirmaram ter tido alguma manifestação sugestiva de D.S.T., nos últimos 5 anos. O uso de maconha durante encarceramento foi referido por 79,1% dos infectados, enquanto que o uso de cocaína inalada foi de 47,7%, de cocaína endovenosa 19,8% e de crack 27,9%. Verificou-se ainda que mais da metade deste detentos têm filhos menores de 10 anos e portanto em risco de estar infectados ou doentes. Os **antecedentes mórbidos** dos detentos infectados mostrou intercorrências numerosas, chamando atenção a referência de pneumonias e monilíase em

14,9% e 13,8% respectivamente, além da referência de13,8% de tuberculose. O **exame clínico**, mostrou como principais alterações a poliadenopatia e hepatoesplenomegalia, alterações dermatólogicas, presença de moniliase oral e perda de força muscular, além de 14,9% dos detentos apresentarem lesões indicativas de D.S.T.. Em função destes achados, **classificou-se** estes detentos segundo os critérios do C.D.C.-1987, como 12,6% pertencentes ao Grupo II, 24,1% como Grupo III e 63,2% como sendo do Grupo IV ou seja, a maioria dos detentos já apresenta sinais ou sintomas sugestivos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Conclui-se então que a **prevalência de AIDS** neste mesmo grupo é de **6%**, valor este 286 vezes maior que na população geral.

1. Introdução

1.1. O INÍCIO DE UMA PANDEMIA

Neste fim de século, às portas do ano 2.000, quando as doenças infecciosas tendiam a ser consideradas como conhecidas e controláveis, surge no cenário mundial uma nova figura mórbida, que a despeito do avanço tecnológico existente, desafia alguns postulados já consagrados e se estabelece como um marcador da fragilidade humana, frente aos mistérios que a natureza reserva.

Os primeiros casos desta nova doença que veio a ser denominada de AIDS ou SIDA, foram descritos nos Estados Unidos, mais precisamente em Los Angeles e logo em seguida, na cidade de Nova York, nos anos de 1979 e 1980 (WORMSER et al,1983a; WORMSER et al,1983b).

Chamou a atenção, neste primeiro momento, a ocorrência de óbitos em adultos jovens, provocados por infecções como a pneumonia por Pneumocystis carinii, candidíase, toxoplasmose e neoplasias como o Sarcoma de Kaposi, que até então se apresentavam como doenças de rara incidência na população adulta, além de ter um comportamento habitualmente mais benigno (AMATO & BALDY 1988; VERONESI 1991).

O Centro de Controle de Doenças de Atlanta - (CDC), nos Estados Unidos, passou, então, a investigar os casos notificados, tendo detectado várias características comuns entre os afetados.

Logo no princípio, observou-se o acometimento apenas de indivíduos do sexo masculino que tinham em comum hábitos ou práticas coincidentes, como a orientação homossexual, o uso de drogas injetáveis e o uso de hemoderivados - hemofílicos. A exclusividade de acometimento em homens, persistiu por um período bastante pequeno, surgindo logo em seguida os primeiros casos de AIDS em mulheres que também apresentavam-se relacionados a práticas sexuais ou exposição a sangue.

Em função das características das doenças presentes e do quadro clínico percebeu-se que esta Síndrome era decorrente de um estado bastante acentuado de imunodepressão, visto até aquele momento, em geral associado a doenças de base como as neoplasias ou doenças congênitas do sistema imune .

Associando os dados clínicos e epidemiológicos referentes a tempo, espaço e características das pessoas, foi levantada a hipótese de tratar-se de uma doença transmissível, provavelmente através de fluídos orgânicos, principalmente pelo sangue e pelo esperma.

A nova entidade nosológica, foi então denominada de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS.

Nos anos seguintes, o número de casos cresceu em proporções alarmantes, sendo registrados, de maneira quase concomitante, em países da América Central - Caribe, Europa, África e América do Sul, configurando-se rapidamente como um problema mundial de saúde pública (MANN et al,1993).

Em 1983, o pesquisador francês Luc Montagnier, do Instituto Pasteur de Paris, isolou pela primeira vez um tipo de retrovírus, hoje conhecido como HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana, reconhecido como o agente etiológico causador desta Síndrome, o que possibilitou o desenvolvimento de técnicas laboratoriais para a detecção da infecção e estudos para o desenvolvimento de intervenções terapêuticas antiretrovirais.

1.2. A AIDS NO MUNDO

O que se tem presenciado desde o início desta pandemia, considerada por alguns autores como a "primeira grande pandemia da Era Moderna", é o crescimento explosivo de casos, atingindo todos os continentes. Até 1993, registrou-se casos notificados em 164 países (MANN et al,1993).

A doença acomete todas as faixas etárias e ambos os sexos, independente de religião ou etnia, com tendências a maior crescimento nas populações mais pobres (KALISCHMAN, 1994). Em algumas regiões, especialmente na África, a doença atinge amplos segmentos da população.

Até 1992, estimava-se a existência de 2.592.000 casos de AIDS no mundo, dos quais 1.367.000 na África Subsaariana, 266.500 na América do Norte e 194.000 na América Latina (MANN et al,1993).

Segundo MANN (1993), um estudo de base populacional realizado em Ruanda, em 1986, revelou que mais de 1/5 das mulheres de zona urbana estavam infectadas e cerca de 1/7 dos homens da mesma região eram portadores do HIV. Em Uganda, outro estudo também de base populacional realizado em 1988 indicou que a soroprevalência da infecção por HIV era de 4.5% na população geral. Na população da zona rural, estimou-se que 16% das mulheres e 12% dos homens estavam infectados.

No Brasil, não há nenhum estudo de base populacional. Por meio de pesquisas feitas junto a grupos específicos, foram verificadas prevalências de 45% de infecção por HIV em homossexuais prostitutos, 38% entre bissexuais, 19% em homossexuais e 9% entre prostitutas (CORTES et al,1989).

Outros dados relevantes se originam das Clínicas Sentinelas (Projeto Nacional de Vigilância Sentinela do HIV) onde se registrou em clínicas de "Doenças Sexualmente Transmissíveis", no ano de 1994, 25% de soropositividade para HIV em São Paulo, 9,4% em Salvador, 5,5% em Belém e 4,5% em Porto Alegre, entre a clientela atendida (BRASIL...,1994).

A previsão para o ano 2.000, é de que o número de casos atinja 24 milhões de casos acumulados, com um crescimento de aproximadamente cinco vezes o número de casos conhecidos até o momento (MANN et al,1993).

1.3. A EPIDEMIA NO BRASIL E SUAS TENDÊNCIAS

A epidemia de AIDS no Brasil, teve início quase simultâneo ao verificado nos Estados Unidos, apresentando porém uma menor magnitude.

O primeiro caso de AIDS no país, data de 1980, sendo que os seguintes só foram registrados em 1982 (BRASIL...,1987).

No início da epidemia (1982-86), verificou-se um predomínio da transmissão sexual da doença (83,5%) e dentro desta categoria, destacava-se o contato homossexual (54,3%) como o de maior importância, seguido do contato bissexual (24,4%) e um pequeno percentual de 4,8% ocorrido através do contato heterossexual (BRASIL...,1987).

A transmissão por sangue também foi registrada logo no início da epidemia, sendo que nos primeiros dois anos, esta só se deu por hemoderivados e transfusões. Porém, já em 1984, surgem os primeiros casos atribuídos ao uso de drogas injetáveis - UDI - (BRASIL...,1987).

No período de 1982 à 86, a transmissão por via sangüínea totalizou 10,6% dos casos, sendo as drogas injetáveis responsáveis por 5,1% deste total. Assim, nesta época, a transmissão por UDI sinalizava sua importância no futuro da epidemia (BRASIL...,1987).

Em relação a razão de masculinidade, na primeira fase da epidemia, verificou-se um grande predomínio de acometimentos em indivíduos do sexo masculino (BRASIL...,1992), sendo muito grande a desproporção homem/mulher, atingindo em 1984 a cifra de 121 homens para 1 mulher. No entanto, esta proporção, na medida em que a epidemia se estabelecia, foi se alterando, atingindo cada vez mais as mulheres, chegando em julho de 1994 a 4 homens /1 mulher. Tal mudança de perfil se define entre os anos de 1986-87, quando parece ter ocorrido também o crescimento da transmissão pelo uso de drogas endovenosas (BRASIL...,1994).

A faixa etária mais acometida inicialmente, era o grupo de 25 a 40 anos apesar de já se observar proporções não desprezíveis entre aqueles de 15 a 25 e 40 a 50 anos.

Com o passar do tempo, verificou-se que os padrões iniciais começaram a sofrer mudanças, tanto em função do acesso do vírus a novas vias de transmissão, como também pela mudança do comportamento ocorrido em alguns subgrupos populacionais mais susceptíveis, podendo então observar-se maior acometimento de pessoas de outras faixas de idade, apesar de ainda se concentrar preferencialmente de 25 a 40 anos (BRASIL...,1994).

1.3.1. Evolução

Em análise feita em 1992 pelo Ministério da Saúde, constatou-se a ocorrência de um decréscimo significativo da transmissão sexual comparada à sangüínea, chegando a primeira a reduzir-se para cerca de 55% dos casos, ficando a segunda em percentual próximo a 30%. (BRASIL...,1992).

Na categoria transmissão sexual verificou-se a redução dos casos por contato homossexual e bissexual e um aumento dos casos ocorridos pelo contato heterossexual.

Em São Paulo, em 1992, o número de casos por transmissão heterossexual já superava a transmissão homo/bissexual, quando se analisava isoladamente cada subcategoria de transmissão sexual (BRASIL...,1994).

Um outro aspecto muito importante na mudança do perfil da epidemia, foi a transmissão por via sangüínea, às custas do crescimento significativo da subcategoria "uso de droga injetável", que se destaca a partir de 1986. As subcategorias hemoderivados e transfusão contrariamente às demais, apresentam decréscimo de sua importância tendendo a se tornar pouco freqüentes.

Provavelmente a transmissão do HIV via uso de drogas injetáveis foi o fato de maior expressão na mudança do perfil da epidemia.

Acredita-se que o uso de drogas injetáveis tenha sido a ponte da transmissão do vírus para o grupo heterossexual, facilitando o grande aumento da incidência observado neste grupo (BRASIL...,1993).

Em estudo desenvolvido por Weniger et al na Tailândia, pode-se observar esta associação. Nesse estudo, os autores relatam a existência de cinco etapas sucessivas e distintas neste processo:

1ª - Rápida disseminação do HIV entre usuários de drogas injetáveis durante os anos de 1987-88.

2ª - Aumento rápido da prevalência entre as prostitutas.

3ª - Aumento rápido da transmissão entre homens não usuários de drogas injetáveis.

4ª - Transmissão do HIV para as parceiras regulares de homens não usuários de drogas injetáveis.

5ª - Identificado o aumento da transmissão perinatal.

Desta forma, parece que a disseminação do vírus entre usuários de drogas injetáveis é seguida pela transmissão secundária a heterossexuais não usuários (prostitutas, parceiros e parceiras de UDI).

Tem sido assinalado que no Brasil, o uso de drogas injetáveis tem um papel de grande destaque no acometimento de novos grupos populacionais como: mulheres, recém-nascidos e adolescentes, além de influenciar nas distinções regionais da epidemia no país.

Como exemplo, enquanto no Rio Grande do Norte o coeficiente de incidência aumentou de 0,6 para 1,9 por 100.000 habitantes entre 1987-91, no Mato Grosso do Sul o aumento foi de 0,8 para 4,4 , em igual período de tempo. Esta diferença tem sido atribuída à maior freqüência do uso de drogas no Mato Grosso do Sul, onde 22% dos casos de AIDS relatados estão associados ao uso de drogas injetáveis, enquanto que no Rio Grande do Norte apenas 7% dos casos apresentam esta associação (BRASIL...,1993).

1.4. A EPIDEMIA NO ESTADO DE SÃO PAULO

São Paulo é o estado do Brasil mais acometido pela epidemia desde o seu surgimento, apresentando tanto o maior número absoluto de casos como o maior coeficiente de incidência do país (80.4/100.000 de 1986-92).

Dados recentes apontam que existem 44.375 casos de AIDS notificados no estado, o que totaliza mais de 50% dos casos registrados no país (BRASIL...,1996).

As formas de transmissão no estado, apresentaram-se durante o período 1980-93, bastante semelhantes aquelas encontradas no país, com predomínio da transmissão sexual totalizando 52,0% dos casos, seguida pela transmissão sangüínea com 34,6%. O estado tem apresentado a mesma tendência nacional de crescimento da epidemia, onde

observa-se um aumento significativo da transmissão por uso de drogas injetáveis e da transmissão heterossexual (SÃO PAULO, 1995).

Entre as 10 cidades com maiores coeficientes de incidência no Brasil, verifica-se que oito situam-se no Estado de São Paulo (BRASIL...,1995).

Santos apresenta o maior coeficiente nacional, com 379/100.000, seguida das cidades de São José do Rio Preto com 279.8, Ribeirão Preto com 256.5, São Vicente com 217.9, São Paulo com 196.8, Guarujá - 164.4, Sorocaba com 150.1 e Taubaté com 143.5/100.000 (BRASIL...,1995).

Tais coeficientes demostram que o interior do estado contribui com um expressivo número de casos, o que aponta uma distribuição bastante ampla do HIV.

1.5. A EPIDEMIA EM SOROCABA

Sorocaba apresentava até junho de 1994 , um número acumulado de 526 casos de Aids notificados ao sistema de vigilância, através de notificação passiva (MARINS; ANJOS,1995). A população estimada para o município neste ano, segundo o SEADE era de 400.000 habitantes, o que determinava um coeficiente de incidência de 131.5/100.000 habitantes, caracterizando este município como uma área de alta incidência. Dados do Ministério da Saúde, evidenciam que Sorocaba se inclui entre as dez cidades mais atingidas no país (BRASIL...,1992,1993,1994). Os coeficientes de 1994 a situavam como a 8ª cidade do país e 7ª do Estado em incidência (BRASIL...,1995).

A epidemia no município teve início mais tardiamente, em relação ao país e ao estado. Nestes, os primeiros casos ocorreram entre 1980 e 1981 enquanto que no município, foram registrados os primeiros casos somente a partir de 1985 (MARINS; ANJOS, 1995).

A transmissão por Uso de Drogas Injetáveis tem se mostrado como a mais importante, atingindo 55,3% dos casos (MARINS; ANJOS, 1995).

A segunda forma de transmissão em freqüência tem sido a sexual, responsável por 34,8% dos casos. Ao analisarmos as subcategorias deste grupo, nota-se que o subcomponente transmissão homossexual apresenta apenas 5% dos casos, a transmissão bissexual atinge 2,7% e que os 27,1% restantes se devem a transmissão pela prática heterossexual. As demais formas de transmissão sangüíneas somaram 5% devido a transfusão de sangue e 0,8% devido ao uso de hemoderivados por pacientes hemofílicos (MARINS; ANJOS, 1995).

A transmissão vertical responde por 1,9% do total de casos, evidenciando o acometimento das mulheres em idade reprodutiva.

Em relação à idade, há grande predomínio na faixa de 20 a 49 anos, sendo que o maior contingente dos casos (46%) situa-se principalmente entre 20 a 29 anos, seguindo-se da faixa de 30 a 39 anos que detém 31,2% dos pacientes.

Verifica-se que 79,5% dos casos de AIDS ocorreram em indivíduos do sexo masculino e apenas 20,5% ocorreram no sexo feminino, mostrando que no município a doença ainda mantém acometimento preferencial entre o sexo masculino (MARINS; ANJOS, 1995).

A epidemia em Sorocaba, comporta-se desde o seu início como predominantemente vinculada ao uso de drogas injetáveis e a prática heterossexual, o que determina no município uma evolução diferente do observado no país e no estado, cujo predomínio tem sido a transmissão homossexual. Estas características sugerem que, no município, o primeiro grupo (usuários de drogas injetáveis) possivelmente tem sido a "ponte de acesso" ao segundo (heterossexuais).

Este perfil vem se acentuando, sugerindo que o comportamento mais importante na manutenção e incremento da epidemia em Sorocaba é o uso de drogas injetáveis (MARINS; ANJOS, 1995).

1.6. A AIDS ATRÁS DAS GRADES

Há na sociedade, um segmento social particularmente vulnerável a infecção pelo HIV, que tem sido considerado como uma população específica de risco: "os prisioneiros".

Como é de domínio comum, tal população constitui um grande contingente em nosso país que determinada pelo empobrecimento, pela exclusão e desassistidos por um Estado ausente nas políticas públicas em decorrência de práticas ilegais são finalmente condenados ao aprisionamento em instituições penitenciárias para a reeducação, por mais paradoxal que este termo possa parecer, na atual conjuntura do sistema penitenciário nacional.

Dados do último censo penitenciário registram a existência no país de 297 presídios, com 51.000 vagas e 125.200 sentenciados, deixando evidente a superpopulação carcerária com uma média de 2,5 detentos por vaga SHECHTEMAN (1994). São freqüentes as denúncias, também pela mídia, de ausência de assistência médica e das péssimas condições sanitárias dos presídios, bem como da existência de corrupção e da influência do crime organizado neste ambiente.

1.6.1. A epidemia nas prisões

Os primeiros casos da AIDS em presídios foram registrados entre os anos de 1981-82 nos Estados Unidos, nas cidade de Nova York e Nova Jersey, sendo que, dos sete casos relatados, todos tinham história de uso de drogas endovenosas e apenas um referia prática homossexual. (WORMSER et al,1993a, 1993b)

Tais relatos traziam grande preocupação com a expansão da epidemia nas prisões, pois já se pressupunha as vias endovenosa e sexual como rota de transmissão da doença. Além disso, dados levantados em presídios federais dos Estados Unidos indicavam que 30% dos prisioneiros, referiam atividade homossexual (BREWER; DERRICKISON, 1992), durante o encarceramento e em 1975, 41% dos presidiários do estado de Nova York referiram ter sido usuários de drogas ilícitas previamente ao encarceramento (VLAHOV

et al, 1989; WORMSER et al, 1983b). Desta forma, ficava claro a existência nestas instituições de condições propícias para a instalação da epidemia.

De fato, o aparecimento da AIDS nos presídios foi concomitante com o surgimento na comunidade, evidenciando que as práticas até então consideradas como integrantes dessa subcultura, representavam componentes facilitadores da transmissão da doença e não podiam ser ignoradas.

No entanto, poucas atitudes foram tomadas, tanto em nível mundial, como nacional no sentido de controlar a transmissão da doença nos presídios e o que tem se observado é um grande silêncio sobre esta questão, somente interrompido vez por outra, pelo protesto de poucos indignados pelo desrespeito aos direitos humanos (HIV...,1991; SMITH, 1991; STARSHILD,1989).

Em conseqüência da somatória destes fatores, observou-se um grande crescimento da epidemia entre a população carcerária.

Dados do estudo de BREWER et al. (1989), realizado nos Estados Unidos, mostravam que enquanto o coeficiente de incidência de AIDS na população americana era de 14.6/100.000 habitantes, a incidência atingia, em presídios e cadeias, respectivamente 202/100.000 e 130/100.000, ficando bastante claro o acometimento preferencial deste segmento da população.

Tais dados constatavam que oito anos após o surgimento da epidemia, a população carcerária de presídios apresentava um acometimento quatorze vezes maior que a população geral, e a população carcerária de cadeias, que tem maior rotatividade entre institucionalização e a comunidade, apresentava nove vezes mais casos que a população geral.

1.6.2. OS FRUTOS DE UMA SIMBIOSE

Constatando a importância da infecção por HIV entre a população carcerária, verifica-se que a AIDS, hoje, já é a principal causa de morte entre detentos em várias

localidades (BREWER & DERRICKSON,1992; McKEE & POWER,1992; VLAHOV et al, 1989).

Apesar da gravidade desta constatação tem-se produzido um restrito número de estudos sobre a situação da infecção nos presídios, mantendo-se grandes lacunas para que se dê um enfrentamento adequado a esta questão.

Nos Estados Unidos, alguns estudos têm levantado a prevalência da infecção em várias instituições penitenciárias, demonstrando que existem grandes diferenças regionais nos coeficientes, os quais variam de 0 a 17% (quadro 1).

Nos países europeus também se observa uma variabilidade expressiva nos coeficientes de prevalência (HARDING,1987; BREWER & DERRICKSON,1992).

Quadro 1 - Prevalência da infecção por HIV em presídios da Europa em 1987*

PAÍS	%
Itália [1]	16,8
França [2]	12,6
Suíça [3]	11,0
Holanda [4]	11,0
Escócia [5]	4,5
Luxemburgo [6]	2,1
Bélgica [6]	1,3
Portugal [6]	0,0
Chipre [6]	0,0
Inglaterra [7]	0,1
Espanha [8]	26,0

* dados fornecidos ao Conselho Europeu

[1] - Estudo transversal realizado com todos os reeducandos no momento da admissão.
2 - Estudo transversal em 500 reeducandos no momento do encarceramento.
3 - Estudo feito em cinco prisões masculinas em Canton of Berne.
4 - Estudo realizado com uma amostra de reeducandos em Amsterdam.
5 - Estudo realizado em 378 reeducandos em Saughton, Edinburg.
6 - Não há informação quanto a metodologia utilizada.
7 - Prevalência levantada entre prisioneiros que solicitam exames.
8 - Estudo transversal em todos os prisioneiros com comportamento de risco.

Há de se considerar que nesses estudos existem diferenças metodológicas importantes. Em alguns países submeteu-se a teste toda a população carcerária na admissão, enquanto que em outros, o teste foi aplicado a pequenos grupos ou definiu-se como critério de indicação de exame a presença de comportamento de risco ou então, somente testou-se aqueles que solicitaram. Existem ainda países, que não informaram ao Conselho Europeu a metodologia que foi utilizada para levantar a prevalência citada.

Quadro 2 - Prevalência de HIV em presidiários relatadas em alguns estudos realizados nos USA, 1985-89.

LOCAL	POP. ESTUDADA	PERÍODO	PREV(%)	AUTOR
Nevada(1990)	3837	85-88	2,4	Horsburg et al
Maryland (1989)	3136	85-88	07,2	Vlahov et al.
Michigan	802	88	01,0	Patel et al. (1990)
Wisconsin	4307	86-88	0,3-0,56	Hoxie et al. (1990)
Estudo multic. de 10 presídios de 3 diferentes regiões dos EUA	10994	88-89	fem = 2,1- 7,6 masc = 2,5-14,7	Vlahov et al. (1991)
Referência de Idaho(1991)	---	86-87	0	Vlahov et al.(1991)
Dakota do Sul (1991)	---	86-87	0,1	Vlahov et al.
Nebrasca (1991)	---	86-87	0,2	Vlahov et al.
Indiana (1991)	---	86-87	0,2	Vlahov et al
Iowa (1991)	---	86-87	0,4	Vlahov et al
Missouri (1991)	---	86-87	0,4	Vlahov et al
Oklahoma (1991)	---	86-87	0,4	Vlahov et al.
Colorado (1991)	---	86-87	0,8	Vlahov et al.
N. York (1991)	---	86-87	17,4	Vlahov et al.

Os estudos estimam que o coeficiente de prevalência da infecção por HIV em presídios dos países membros do Conselho Europeu está em torno de 10% (HARDING - 1987).

1.6.3. Na América Latina e no Brasil

Os estudos sobre a prevalência da infecção por HIV em presidiários são raros na América Latina. Trabalho realizado na Argentina por BENETUCCI (1988), encontrou 17% de soroprevalência entre os detentos daquele país. No Brasil existem alguns estudos realizados nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro (quadro 3).

Mais especificamente no Estado de São Paulo, temos dados como os apresentados no 1° Seminário Estadual sobre AIDS e Sistema Prisional de Santa Catarina. Segundo SHECHTMAN (1994), enquanto o número de casos de AIDS na população geral era de 30.000 casos acumulados, na população carcerária encontrava-se 1.860, portanto um doente por 1.050 habitantes no estado, enquanto que se registrava um detento doente para cada 29 detentos do sistema. Outro dado interessante é que quando se observa que a incidência de AIDS no estado era de 94,8/100.000 habitantes, na cidade de São Paulo este índice atingia 156/100.000 e na população carcerária era de 3.444/100.000.

Em relação a estimativa de HIV positivos, utilizando-se o parâmetro de 20 soropositivos para um doente, teríamos no país 1.066.000 infectados, no Estado de São Paulo cerca de 600.000, na cidade de São Paulo 340.000 e 10.800 infectados no sistema Penitenciário desse estado. (SHECHTMAN, 1994).

Através desta análise, teríamos um portador do HIV para cada cinco detentos no Estado de São Paulo.

Estes dados, possibilitam avaliar, que no referido estado, 6.2% de todos os casos de AIDS notificados até o primeiro semestre de 1994 ocorreram em detentos. Também demonstram que a incidência nesta população específica é cerca de 36 vezes maior do que na população geral do estado e que cerca de 20% dos detentos, hoje encarcerados, têm alto risco de estarem infectados pelo HIV

Ao traçarmos um paralelo entre a situação nos Estados Unidos e Europa (excluindo a Espanha por problemas metodológicos), encontramos as maiores prevalências entre detentos em Nova York e Itália, com respectivamente 17,0% e 16,8% (HARDING , 1987; VLAHOV et al,1991).

Quadro 3 - Prevalência da Infecção por HIV em estudos realizados em Presídios brasileiros, no período 1986-1991.

LOCAL	ANO	POP.	PREV (%)	autor
Presídios do Estado do Rio de Janeiro	1986	7431*	1.8	MATIDA et al. (1986)
Cadeia Pública Sorocaba/SP 1986	57**		0,0	BLASOTTI et al. (1987)
Penitenciaria feminina 1987	----		18,3	QUEIROZ et al. (1988)
São Paulo Casa de detenção de São Paulo - São Paulo	1990	2460***	17,3	VARELLA (1991)
População Carcerária 1991 Casa de Detenção - S.P.	4469****		16.5%	SHECHTMAN (1994)

Em São Paulo, o trabalho publicado por Varella (1990), além dos 17,3% de positivos, detectou também 2,4% de resultados inconclusivos. Deve-se considerar, porém, que foram avaliados neste estudo apenas os detentos do programa de visitas íntimas, o que certamente exclui os homossexuais e aqueles sem parceria fixa. Portanto, é possível estimar que tal prevalência esteja realmente bastante próxima a 20%.

O conjunto dos dados apresentados aponta para a relevância da questão da infecção por HIV em presídios no Brasil e especialmente em São Paulo, onde as prevalências mais recentes estão entre as maiores já publicadas em nível internacional.

1.6.4. FATORES DE RISCO

Verifica-se que diferentemente do que ocorre na população em geral, onde a transmissão sexual é predominante, nos presídios, o que se observa é o uso de drogas endovenosas com a principal via de transmissão do HIV (FARREL, 1990; HARDY et al,, 1986; HORSBURG et al, 1990; HOXIE et al, 1990; McKEE & POWER, 1992; POWER et al., 1992; VLAHOV et al, 1989).

No Brasil, não é conhecida a prevalência de UDI previamente ao encarceramento ou durante este período. Os estudos realizados em presídios, não têm investigado muito especificamente a freqüência dos comportamentos de risco. Em função do país ser rota de tráfico de cocaína e da alta ocorrência de casos de AIDS notificados dentro do sistema prisional devido ao uso de drogas injetáveis, presume-se que exista uma freqüência expressiva deste tipo de transmissão (SHECHETMAN, 1994).

Além disso, a prática sexual dentro dos presídios deve constituir outro fator de risco presente intra-muros. As relações sexuais e a violência são consideradas como parte constitutiva do ambiente dos presídios, integradas ao pacto de silêncio entre agentes penitenciários e detentos, fazendo destas práticas rituais de iniciação e poder. Estes fatos têm sido rotineiramente veiculados pela mídia escrita e falada, nos últimos anos.

Em inquéritos realizados com presidiários em diversas partes do mundo, encontra-se prevalências de práticas homossexuais que variam amplamente. Dados da Inglaterra mostram uma prevalência de 20 a 30% MCKEE & POWER (1992) de prática homossexual durante o encarceramento e nos Estados Unidos de 9 a 20%. Estudo feito no estado do Tenneesse por HORSBURG et al. (1990) apontam para 17% e na Austrália encontrou-se de 14 a 34% por DOUGLAS et al. (1989).

Deve-se lembrar, que tais dados baseiam-se em informações referidas e que desta maneira os mesmos, podem subestimar as freqüências reais, dado o preconceito que normaliza a moral sexual.

Além disto, ao se analisar dados de outros países é preciso considerar, também, as diferenças entre as condições das prisões do "Primeiro Mundo", onde há países cujos

presídios contam inclusive com celas individuais (sem serem solitárias), enquanto que no Brasil, há sempre o registro de superpopulação.

Provavelmente a superpopulação carcerária e as demais precariedades do sistema penitenciário, no país, atuam também como fatores facilitadores da transmissão do HIV, seja por meio de relações homossexuais ou pelo uso de drogas injetáveis, dentro dos presídios.

Desta forma, considerando-se as altas prevalências registradas nos países de "Primeiro Mundo" e as observadas no Brasil, torna-se importante a realização de novas pesquisas, tanto no sentido de identificar a tendência dos níveis de infecção neste segmento, como para conhecer quais fatores têm atuado facilitando a propagação da epidemia neste ambiente.

Faz-se necessário aprofundar o conhecimento da relação da infecção pelo vírus HIV e novos fatores como os sócio-demográficos e aqueles relacionados às características penais que envolvem os sujeitos.

Outra questão que se apresenta é a necessidade de se ter dados sobre como a presença do HIV está vinculada a comportamentos de risco intra e extra-encarceramento e em que freqüência estas práticas ocorrem no ambiente carcerário.

Buscar entender a dinâmica da epidemia entre detentos e a comunidade externa complementariam a necessidade de se ter informações sobre a repercussão que o acometimento destes homens tem na epidemia como um todo.

Um último aspecto importante a se esclarecer seria em que etapas da evolução da infecção estes detentos se encontram, possibilitando visualizar o tempo de existência do vírus nesta população e como as instituições penitenciárias têm respondido frente as demandas de assistência que tal patologia exige.

2. Objetivos

2.1. Objetivos Gerais

O estudo tem por objetivo, analisar a soroprevalência da infecção por HIV em população carcerária, segundo características sócio-demográficas, presença de comportamento de risco e a história da vida carcerária.

Objetiva também, analisar entre os soropositivos a presença de condições mórbidas indicativas da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.

2.2. Objetivos Específicos

• Estudar a prevalência da infecção por HIV nos dois presídios de Sorocaba, segundo:

- fatores sócio-demográficos: naturalidade, procedência, idade, estado conjugal e escolaridade;

- exposição a fatores de risco relacionados a práticas sexuais e uso de drogas, previamente e durante os encarceramentos; e

- variáveis relacionadas a história de vida carcerária: tipo de crime, tempo de encarceramento no aprisionamento atual e na vida, número de encarceramentos e tempo de condenação.

• Estudar a percepção individual de risco da infecção pelo HIV.

• Estudar a prevalência da "doença" na população carcerária em geral e entre os detentos soropositivos.

• Contribuir através dos resultados do estudo, na proposição de medidas de prevenção e tratamento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida da população carcerária.

3. Material e Métodos

3.1. LOCAL DE ESTUDO: Instituições penitenciárias

Foram estudados os presidiários das duas instituições existentes em Sorocaba - São Paulo.

O primeiro presídio localiza-se dentro do perímetro urbano. Não é considerado de segurança máxima e tem cerca de 350 presidiários.

Apresenta dois regimes de reclusão: o regime semi-aberto, que conta com apenas cinco detentos e o regime fechado, ao qual a grande maioria da população está submetida.

Este presídio tem 30 celas coletivas, com área física de 25 m^2 e abriga em média de oito a 12 presidiários por cela. Tem ainda oito celas individuais com média de dois detentos em cada uma. Conta com 244 vagas disponíveis, mas comportava 341 detentos em 1995.

O segundo presídio, localiza-se fora da região urbana, em uma estrada de fácil acesso e bastante próximo da cidade. É classificado como de segurança máxima, contando com forte esquema de segurança.

Apresenta uma população de cerca de 750 presidiários, número que oscila em função de transferência entre as unidades do sistema penitenciário estadual. O único regime de reclusão existente é o "fechado". Tem 8.446 m^2 de construção, 72 celas com cerca de 15 a 16m^2 e uma média de 12 detentos por cela.

Ambas as instituições apresentam razoáveis condições sanitárias e físicas, como verificado pela inspeção sanitária realizada pela Vigilância Sanitária Municipal em novembro de 1992 e por meio de visitas individuais de técnicos da Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba em dezembro de 1993 (VIGILÂNCIA..., 1993).

Os dois presídios contam com enfermarias em funcionamento e um quadro de profissionais da área de saúde e de reabilitação composto por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentistas, psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais.

3.2. DESENHO DO ESTUDO

Para estudar a prevalência da infecção pelo HIV na população de detentos, realizou-se um estudo transversal ou "cross sectional" que incluiu a aplicação de dois questionários, coleta de sangue para análise e exame clínico dos soropositivos. (KELSEY,THOMPSON, EVANS, 1986)

Foram examinados todos os detentos que concordaram em participar do estudo.

O estudo foi dividido em duas etapas:

Etapa 1

Nesta etapa, aplicou-se o questionário denominado Avaliação Epidemiológica - 1 (anexo - 1) e realizou-se a coleta de sangue de todos aqueles que aceitaram a participação.

O **questionário 1,** incluiu questões relativas a:

A - Identificação:

* identificação numérica e codificada; e
* instituição.

B - Variáveis sócio-demográfica:

* naturalidade;
* procedência;
* data de nascimento;
* idade;
* estado conjugal; e
* escolaridade.

C - Exposições de risco:

* atividade sexual durante o encarceramento e previamente à reclusão; e
* história de uso de drogas ilícitas durante a vida.

D - Percepção de risco:

* percepção do risco de infecção por HIV.

E - História pregressa de exames sorológicos para HIV:

* conhecimento da situação sorológica para HIV;
* história prévia de testagem para HIV;
* número de vezes que já se submeteu ao teste;
* data do último exame; e
* conhecimento do resultado do último exame.

F - História carcerária:

* tipo de crime responsável pela condenação vigente;
* tempo de condenação;
* antecedentes da vida carcerária:
    - tempo de encarceramento na vida;
    - tempo de encarceramento na pena atual;
    - número de encarceramentos na vida; e
    - número de presídios nos quais cumpriu pena.

Os questionários foram todos aplicados pelo pesquisador, sendo que as orientações e os critérios de preenchimento se encontram no Manual de Preenchimento (anexo 2).

Após a entrevista, se o detento estivesse de acordo, colheu-se uma amostra de sangue de 10 ml, para a realização do exame sorológico Anti-HIV1.

A coleta foi realizada por auxiliares de enfermagem, funcionários do próprio presídio ou por detentos que trabalhavam no setor de saúde, com formação em técnicas de coleta, por meio de treinamento em serviço.

A identificação das amostras foi feita por meio de etiquetas anônimas, previamente codificadas com séries numéricas. A cada voluntário, foi entregue pelo pesquisador principal, uma outra etiqueta com o seu código. Em uma outra listagem, relacionou-se o nome de cada detento de acordo com o código numérico fornecido.

Utilizou-se para a coleta, no primeiro presídio, seringas descartáveis de 10 ml e no segundo, tubos para coleta a vácuo, fornecidos, em ambos os casos, pelas próprias instituições penitenciárias.

3.3. Exame laboratorial:

As técnicas utilizadas para o diagnóstico sorológico foram as recomendadas pelo Ministério da Saúde (MINISTÉRIO ...,1992).

Utilizou-se duas técnicas de princípios diferentes, sendo todas as amostras inicialmente submetidas ao teste Imunoenzimático - ELISA anti-HIV 1 e posteriormente os positivos e os inconclusivos foram submetidos a Imunofluorescência Indireta - IFI - como teste confirmatório.

O teste Elisa utilizado é do tipo antígeno recombinante, *E.Coli*, da marca comercial ABBOTT para HIV -1, cuja sensibilidade referida é de 100% e a especificidade é de 99.84%. Os critérios de análise de resultado utilizados, são os recomendados pelo fabricante ABBOTT (ABBOTT...,1987).

O teste confirmatório IFI utilizado foi produzido pela FIOCRUZ, sendo o critério de interpretação o recomendado pela própria instituição.

A técnica do teste Elisa ou Imunoenzimático empregado consiste na utilização de antígenos virais, obtidos através de DNA recombinante, absorvidos a sistema sólido (placa escavada). Este teste é do tipo indireto, sendo que a reação ocorre devido à ligação de anticorpos específicos existentes no soro de infectados aos antígenos fixados no sistema sólido. Após lavagem, os anticorpos livres no meio são retirados e o complexo formado é então revelado ao adicionar-se anticorpo Anti-IgG, que se liga ao anticorpo específico fixado. A adição de um substrato próprio à enzima presente resultará no aparecimento de cor na reação, cuja leitura da absorvância acusará a presença de anticorpos Anti-HIV - 1.

A Imunofluorescência, consiste em incubar o soro do paciente , sobre uma cultura de linfócitos T4 infectados pelo HIV, desta forma os anticorpos específicos presentes no soro se fixam aos antígenos presentes nas células. Após lavagem para retirada de anticorpos livres, a reação é revelada, pela adição de anticorpos anti-globulina humana, marcadas com isotiocianato de fluorceína, que ao microscópio de fluorescência emite luz de cor verde, confirmando a presença de anticorpos Anti-HIV - 1.

As amostras foram conservadas em geladeira de 4 a 8° e realizados pelo Instituto Adolfo Luts, Regional de Sorocaba.

Etapa 2:

Neste segundo momento do estudo, os detentos detectados como positivos que aceitaram continuar participando, foram submetidos a um novo questionário e a um exame clínico.

Foi aplicado o questionário denominado Avaliação Epidemiológica - 2 (anexo - 3) que continha também espaço para a anotação do resumo dos resultados do exame clínico.

Os aspectos abordados no questionário 2 foram:

1 - Conhecimento prévio ou não da situação sorológica.

2 - Percepção anterior ao exame, quanto à possibilidade de resultado positivo.

3 - Aspectos relacionados à transmissão:

- conhecimento da possível via de infecção;

- levantamento da existência de parcerias sexuais durante o encarceramento;

- levantamento do número de comunicantes sexuais dos últimos cinco anos;

- levantamento da existência de filhos em risco;

- investigação da intensidade de uso de preservativos durante o encarceramento;

- investigação dos tipos de drogas e vias usadas dentro da Instituição;

- investigação do número de comunicantes via parenteral durante o encarceramento; e

- levantamento da história anterior de doenças sexualmente transmissíveis.

4 - Identificação de indicadores da existência de doença:

- levantamento da ocorrência de alguma doença ou sinal/sintoma que fosse um indicador de imunodepressão; e

- levantamento de uso de algum medicamento ou nutriente indicador de infecção por HIV ou de infecção oportunista.

O preenchimento deste questionário, assim como do exame clínico foi feito pelo pesquisador, seguindo-se os critérios do Manual de Preenchimento (anexo - 4).

Os exames físico geral e especial, foram realizados pelo pesquisador para identificar sinais e/ou sintomas marcadores da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.

Teve-se como roteiro o exame clínico geral de:

- pele;

- fâneros;

- gânglios; e

- mucosas.

No exame clínico especial avaliou-se:

- cavidade oral;

- ausculta respiratória;

- ausculta cardiovascular;

- palpação de fígado;

- palpação de baço;

- inspeção do aparelho genital;

- avaliação de força muscular e motricidade; e

- avaliação do nível de consciência e orientação psíquica.

Após a conclusão do exame clínico, o pesquisador fez a classificação da infecção segundo os critérios do CDC-1987*, diferenciando assim o grupo doente do não doente - portador do HIV.

3.4. *Classificação da infecção por HIV, segundo CDC-1987

Para se fazer o estadiamento da infecção, foram utilizados os critérios do CDC de Atlanta -1987, não se utilizando as subcategorias no grupo IV, dada sua complexidade (MINISTÉRIO...,1992).

Não se utilizou a classificação revisada em 1993, feita pelo CDC em função do fato desta levar em consideração a contagem de CD4 ou seja, linfócitos T4. Para a realidade brasileira o acesso a este exame laboratorial ainda esta longe da rotina, sendo um exame laboratorial de custo muito elevado e pouco disponível (CDC...1993).

A classificação de 1987 define as seguintes situações:

"INFECÇÃO AGUDA - Grupo I

Define-se pela ocorrência de sinais e sintomas transitórios (Síndrome Mononucleose - símile com manifestações de rash cutâneo, linfoadenopatia, mialgia e alterações neurológicas tipo meningismo) associados a soroconversão. A detecção desta é requerida para o diagnóstico.

INFECÇÃO ASSINTOMÁTICA - Grupo II

Define-se como ausência de sinais ou sintomas específicos da infecção por HIV, em indivíduos soropositivos.

LINFOADENOPATIA PERSISTENTE GENERALIZADA - Grupo III

Define-se em indivíduos soropositivos para o HIV a presença de linfoadenopatia envolvendo duas ou mais regiões extra - inguinais, com duração de pelo menos três meses, desde que sejam excluídas outras causas de aumento dos gânglios linfáticos.

OUTRAS DOENÇAS - Grupo IV

***Subgrupo IV-A: Doença constitucional**

Define-se como a presença de três ou mais dos seguintes eventos, com duração maior que um mês e sem outra causa conhecida de imunodeficiência, em indivíduo soropositivo para o HIV: linfoademegalia generalizada, astenia, diarréia, febre, sudorese noturna e emagrecimento superior a 10% do peso corporal anterior.

***Subgrupo IV-B: Doença neurológica**

Define-se como a presença de uma ou mais das seguintes síndromes sem causa identificada: demência, mielopatia, neuropatia periférica.

***Subgrupo IV-C: Doenças infecciosas secundárias**

Doenças infecciosas associadas ao HIV e pelo menos moderadamente indicativas de um defeito na imunidade celular. Os pacientes deste subgrupo são divididos em duas categorias:

***Categoria C1:** pneumonia por *Pneumocystis carinii*, criptosporidíase crônica, toxoplasmose, estrogiloidíase extraintestinal, isosporiase, candidíase (esofágica, brônquica ou pulmonar), criptococose, histoplasmose, infecção por *Mycobacterium avium-intracellullare* ou *M. kansasii*, citomegalovirose, infecção mucocutânea crônica ou disseminada por herpes simples, e leucoencefalopatia multifocal progressiva.

***Categoria C2:** leucoplasia pilosa oral, herpes *zoster*, bacteremia recorrente por Salmonella (não tifóide), nocardiose, tuberculose associada a candidíase oral.

***Subgrupo IV-D: Neoplasias secundárias**

Sarcoma de Kaposi, linfoma não Hodgkin (pequeno linfoma celular não-chanfrado, sarcoma imunoblástico), ou linfoma primário do cérebro.

***Subgrupo IV-E:**

Doenças ou quadro clínico não classificado acima, que possam ser atribuídos a infecção pelo HIV e/ou ser indicativo de defeito na imunidade celular.

Inclui pacientes com pneumonite intersticial linfóide ou doenças infecciosas não listadas no subgrupo IV-C, ou com neoplasias não listadas no subgrupo IV-D".

É importate salientar que durante esta segunda etapa o pesquisador realizou o aconselhamento pós teste a cada voluntário, colocando em disponibilidade o tratamento ambulatorial, junto ao Programa Municipal de AIDS do município de Sorocaba.

3.5. CODIFICAÇÃO E DIGITAÇÃO

A codificação dos dados e digitação foram realizadas a medida que os formulários iam sendo preenchidos no trabalho de campo.

A codificação foi feita por um profissional de nível universitário, após treinamento específico, sendo supervisionada em todas as etapas pelo pesquisador principal (Manual do Codificador - Anexo 5)

A maior parte das questões era pré-codificada. As questões, referentes aos diagnósticos e sinais/sintomas foram codificados posteriormente, pelo pesquisador principal.

Utilizou-se para criação do banco de dados um *Hardware* PC 386 e o *software* EPIINFO 6.0 (COULOMBIER et a, 1994),.

3.6. ANÁLISE DOS DADOS

Após checagem da consistência dos dados e correção de erros, foi efetuado o cálculo de freqüência simples e relativa. Foram feitas tabulações com cruzamento de variáveis, para permitir a análise da soropositividade segundo categoria sócio-demográfica, comportamento de risco, percepção de risco, história de exame prévio para HIV e história carcerária. Foram calculados os coeficientes de prevalência, razão de prevalências com respectivos intervalos de confiança de 95%.

Tal análise foi feita por meio do *software* EPIINFO 6.0 (COLUMBIER et al 1994). Utilizou-se o *software* Harvard Grafics, para a confecção de gráficos e o editor de texto Winword 6.0.

3.7. DIVULGAÇÃO DOS DADOS

Esta pesquisa tem por objetivo a coleta de dados para apresentação como tese de Mestrado e publicação em periódicos científicos.

Os dados obtidos serão apresentados às equipes técnicas e direções de ambos os presídios, à Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário do Estado de São Paulo e ao Ministério da Saúde- Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS.

Pretende-se apresentar nesta oportunidade às Instituições Penitenciárias propostas para a prevenção da transmissão do HIV em Presídios e o tratamento à população HIV+ ou já acometida pela Sindrome de Imunodeficiência Adquirida.

Para possibilitar a realização do estudo foram feitas:

- reunião com apresentação do projeto junto à Coordenadoria de Saúde da Secretaria de Assuntos Penitenciários do Estado de São Paulo, onde foram esclarecidos os objetivos propostos e os procedimentos éticos adotados;

- reuniões com os diretores dos dois presídios, com a apresentação do projeto e esclarecimento dos procedimentos éticos e necessidades técnico-operacionais. (colaboração dos setores de Saúde, Cadastro e Segurança);

- reuniões com os médicos responsáveis pela equipe de saúde de cada instituição onde se apresentou o projeto com discussão em linhas gerais dos objetivos, esclarecimento detalhado das condições éticas e a necessidade da participação principalmente da área de enfermagem no desenvolvimento das etapas 1 e 2 do projeto;

- reuniões com a equipe de enfermagem para esclarecimentos dos objetivos gerais e organização do trabalho conjunto a ser realizado, com a inserção dos auxiliares de enfermagem e enfermeiros; e

- discussão e esclarecimentos a todos os níveis acima sobre questões relacionadas à doença e aspectos técnicos referentes a biossegurança.

3.8. ASPECTOS ÉTICOS

Todos os presidiários foram convidados a participar do estudo e foram esclarecidos de que a participação era voluntária.

Foi garantido a todos que quisessem participar, que o retorno dos resultados dos exames laboratoriais seriam realizados individualmente, e que caso o voluntário estivesse de acordo, seriam transmitidos somente às equipes médicas das instituições.

Os detentos que aceitaram participar, assinaram um termo de concordância, para se submeter voluntariamente ao exame anti-HIV e serem entrevistados na etapa-1, assim como serem entrevistados e examinados na etapa-2. Constava deste termo, o nome do estudo, data e a assinatura do voluntário.

A cada um dos participantes, fez-se uma breve explicação sobre o objetivo do estudo, esclarecendo-se o fato do estudo constituir-se em uma pesquisa ligada a Pós-graduação da Faculdade de Ciência Médicas da Universidade de Campinas, além de informar as técnicas laboratoriais utilizadas e a instituição em que os exames seriam realizados (Instituto Adolfo Luts).

Expôs-se também, a possibilidade de participar do estudo das seguintes formas:

- respondendo ao questionário, sem colher o exame;
- respondendo ao questionário e colhendo o exame;
- querendo ou não conhecer o resultado do exame;
- querendo ou não cópia do resultado do exame;

permitindo ou não que o resultado fosse entregue à equipe médica do presídio; e

- permitindo ou não que a conclusão do exame físico fosse comunicado à equipe médica.

4. Resultados e Discussão

A população estudada constituiu-se do conjunto dos detentos do município de Sorocaba, que encontravam-se condenados e cumprindo pena em um dos dois presídios existentes na cidade.

Todos os detentos que se encontravam nestas duas instituições, no período de janeiro a abril de 1995, foram incluídos como possíveis participantes do estudo.

No presídio Regional de Sorocaba, a população carcerária era de 332 homens, dos quais 0,6% negaram-se a participar da pesquisa; 18,7% aceitaram responder ao questionário; mas negaram-se a realizar o exame Anti-HIV; e os demais 80,8% constituíram; de fato, o grupo que participou integralmente do estudo, respondendo ao questionário e submetendo-se ao teste Anti-HIV (Tabela 1).

Na Casa de Detenção de Sorocaba, a aceitação de participação foi maior, sendo que dos 733 detentos 0,4% negaram-se a participar; 9,4% aceitaram responder ao questionário, mas não aceitaram submeter-se a coleta de material para o Anti-HIV; e 90,2% participaram respondendo ao questionário e fazendo o exame (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos detentos, segundo o grau de participação no estudo, Sorocaba, S.P., 1995.

Participação no estudo	Presídio Regional		Casa de Detenção		Total	
	N	%	N	%	N	%
Nenhuma	02	0,60	03	0,40	05	0,46
Restrita a responder ao questionário	62	18,67	69	9,41	131	12,3
Integral	268	80,72	661	90,17	929	87,23
Total	332	100	733	100	1065	100

Houve portanto, uma diferença importante no grau de participação entre os dois presídios, observando-se uma maior aceitação na Casa de Detenção.

Desta maneira, a população total, para a qual se dispõe de dados do questionário e de resultado do teste, constituiu-se de 929 detentos. Dispõem-se ainda de informações sobre os 131 detentos que aceitaram responder ao questionário.

Pode-se considerar que o grau de participação obtido é bastante satisfatório. Outros pesquisadores americanos têm registrado percentuais mais baixos. Estudo realizado em presídios de Maryland (Estados Unidos), apresentou 47,0% de aceitação (BEHRENDT et al, 1994). Em Wisconsin esta taxa foi de 71,0% (HOXIE et al,1990) e no Oregon, foi registrado um nível intermediário entre os citados anteriormente, atingindo 65,0% de participação (BEHRENDT et l.,1994).

Há que se observar, no entanto, que nestes estudos, o teste voluntário foi proposto aos detentos no momento de sua admissão no sistema penitenciário, diferente da situação do nosso estudo, no qual o teste foi proposto a todos aqueles que já se encontravam encarcerados.

O fato de já estar ambientado na prisão, talvez possa interferir no nível de aceitação do detento. Não se pode desconsiderar ainda o fato de se tratar de sistemas penitenciários diferentes, de países distintos, com grandes diferenças culturais e socio-econômicas entre as populações estudadas.

4.1. Prevalência da infecção por HIV

Dos 929 detentos testados para HIV, 11 (1,11%) tiveram os resultados considerados como indeterminados. Em seis casos o teste ELISA foi positivo e a IFI indeterminada, em um caso o teste ELISA e a IFI foram indeterminados, em três casos o ELISA foi positivo e IFI não realizada e em um caso o ELISA foi indeterminado e a IFI não foi realizada. Por não ter sido possível definir apropriadamente a existência de infecção nestes detentos, eles foram excluídos do cálculo da prevalência.

Tabela 2 - Resultado dos teste sorológicos e coeficientes de Prevalência segundo presídio, Sorocaba, S.P., 1995.

Instituição	Positivo	Negativo	Total	Prevalência %
Presidio Regional	31	232	263	11,8
Casa de Detenção	84	571	655	12,8
Total	**115**	**803**	**918**	**12,5**

O número de participantes, com resultado conclusivo de sorologia, reduziu-se então para 918, sendo que destes, 115 foram considerados como infectados, o que determina uma prevalência de 12,5% (Tabela 2).

Quando se observa a prevalência da infecção na população de estudo em função da instituição de origem, temos que no Presídio Regional esta foi de 11,8%, enquanto que na Casa de Detenção encontrou-se 12,8%. Pode-se observar que os coeficientes de prevalências são bastante próximos nos detentos dos dois presídios (Tabela 2).

Esta prevalência é semelhante a observada em outros estudos realizados com população carcerária, mostrando-se com um nível intermediário entre os valores encontrados.

Nos Estados Unidos, a prevalência em populações carcerárias tem variado de 0 a 17,4% (HORSBURG et al,1990; HOXIE et al,1990; PATEL et al,1990; VLAHOV et al, 1990; VLAHOV et al,1989). Nos países europeus, os estudos realizados apontam para prevalências ao redor de 10% (BREWER & DERRICKSO,1989; HARDING, 1987; KIRB,1993; McKEE & POWER, 1992).

Os estudos realizados no Brasil, apontam prevalências muito baixas, em meados da década de 80, quando foram registrados coeficientes de 0 e 1,8%, verificados respectivamente em um estudo feito entre detentos da cadeia pública de Sorocaba - S.P., em 1987 (BLASOTTI et al,1987) e no Sistema Penitenciário do Rio de Janeiro, onde foram estudadas 12 penitenciárias de populações masculinas (MATIDA et al,1986).

No final de 1980 e no início dos anos 90, os estudos realizados detectaram prevalências bastante elevadas, atingindo 18,3%, em população carcerária feminina, no município de São Paulo (QUEIROZ et al., 1987). Varella (1990) encontrou na população masculina da Casa de Detenção de São Paulo, 17,3% de soropositividade e na Penitenciária Estadual foi observada uma prevalência de 16,5% em 1992 por LOURENÇO e 13,7% por KALLÁS em1996.

É necessário considerar que em alguns dos estudos citados, não encontrou-se de forma clara a metodologia utilizada para a seleção de participantes, como já apontado. Este aspecto poderia interferir nos coeficientes observados e na sua interpretação, dificultando a comparação com os valores obtidos no estudo atual. É importante salientar que não foi encontrado nenhum estudo feito no Brasil com a possibilidade de participação de toda a população carcerária, como é o caso da metodologia aqui utilizada.

4.2. A Prevalência da infecção por HIV, segundo fatores sócio-demográficos.

4.2.1. Naturalidade e procedência

Dentre os participantes do estudo, 68,3% dos detentos eram naturais do Estado de São Paulo, 7,4% do Paraná, 6,1% de Minas Gerais, 13,0% provenientes de Estados do Nordeste e os 5,2% restantes, de outros Estados do país (Tabela 3).

Segundo LOURENÇO (1992), no estudo realizado na Casa de Detenção de São Paulo, 65,0% dos detentos admitidos na Casa de Detenção de São Paulo eram naturais do mesmo Estado, dado próximo ao acima citado.

Tabela 3 - Distribuição dos detentos segundo a naturalidade, Sorocaba, S.P., 1995.

Naturalidade	Freqüência	%	% Acumulada
Sorocaba	89	9,7	9,7
Região de Sorocaba (excluído Sorocaba)	58	6,3	16,0
S.P. Capital	188	20,5	36,5
Grande S.P.	52	5,7	42,2
S.P. Interior (excluído Sorocaba e região)	239	26,1	68,3
Paraná	68	7,4	75,7
Minas Gerais	56	6,1	81,8
Nordeste	119	13	94,8
Outros estados e países	48	5,2	100,00
Total	917	100	-

* 1 caso sem informação sobre naturalidade

A prevalência da infecção por HIV, segundo a naturalidade, apresenta valores próximos, com exceção dos naturais de Sorocaba e da Região de Sorocaba (excluíndo o município sede).

Os naturais de Sorocaba apresentam um coeficiente de 24,7%, que é quase o dobro da prevalência geral (Gráfico 1) enquanto que os naturais dos outros municípios da região de Sorocaba, mostram um valor de 5,2%.

Os nascidos no interior de São Paulo e no Estado do Paraná também apresentam prevalências um pouco mais baixas que a média da população estudada, ficando próximas a 10,0% (Tabela 4).

Quanto à procedência, os detentos estudados, são provenientes quase que totalmente do Estado de São Paulo (98,4%), restando apenas 1,6% de detentos de outros estados e países.

Figura 1 - Prevalência da infecção por HIV em detentos, segundo a naturalidade, nos presídios de Sorocaba, S.P., 1995.

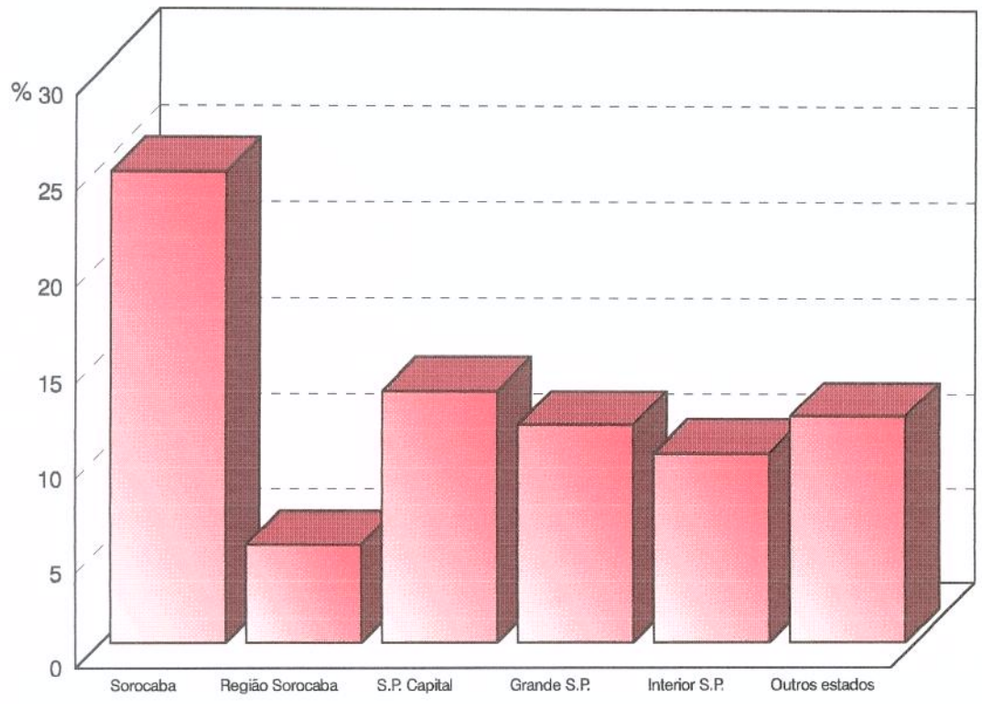


Tabela 4 - Prevalência, Razão de prevalência e Intervalo de confiança 95% da infecção por HIV segundo a naturalidade dos detentos, Sorocaba, S.P., 1995.

Naturalidade	positivo	negativo	Total	Prevalência de Soropositivos (%)	Razão de prevalência	I.C. 95%
Sorocaba	22	67	89	24,7	4,78	1,5 - 15,25
Região de Sorocaba	03	55	58	5,2	1	-
São Paulo - Capital	25	163	188	13,3	2,57	0,81 - 8,21
Grande - São Paulo	06	46	52	11,5	2,23	0,59 - 8,47
Interior - São Paulo	24	215	239	10,0	1,94	0,61 - 6,23
Paraná	07	61	68	10,3	1,99	0,54 - 7,35
Minas Gerais	07	49	56	12,5	2,42	0,66 - 8,88
Nordeste	15	104	119	13,0	2,44	0,73 - 8,08
Outros estados e países	06	42	48	12,5	2,42	0,64 - 9,16
Total	115	802	917*	12,5	-	-

* 1 caso sem informação sobre naturalidade

As prevalências dos detentos, segundo a procedência, apresentam um comportamento semelhante ao observado em relação à naturalidade, mostrando a distinção entre aqueles procedentes de Sorocaba e da Região de Sorocaba, embora não tão acentuada quanto a observada na naturalidade (Tabela 5).

Não foi encontrada nenhuma publicação de trabalho brasileiro que abordasse aspectos referentes a procedência.

Tabela 5 - Prevalência, Razão de prevalência e I.C. 95% da infecção por HIV, segundo procedência dos detentos, Sorocaba, S.P., 1995.

Procedência	Sorologia		Total	Prevalência de Infectados	Razão de Prevalência	I.C. 95%
	+	-				
Sorocaba	35	167	202	17,32	1,38	0,98-1,95
Região de Sorocaba	06	87	93	6,45	0,51	0,23-1,14
São Paulo Capital	42	273	315	13,33	1,06	0,76-1,48
Grande São Paulo	09	70	79	11,39	0,91	0,48-1,72
São Paulo Interior	21	191	212	9,91	0,79	0,51-1,23
Demais Estados	02	13	15	13,33	1,06	0,29-3,90
Total	115	801	916	12,55	1	-

* 2 casos sem informação sobre procedência

Analisando-se a soroprevalência segundo a naturalidade, nos procedentes de Sorocaba observa-se que a prevalência entre os naturais do município, é de 23,4%, praticamente o dobro do que naqueles não naturais (Tabela 6). Nos procedentes da região de Sorocaba, nota-se o inverso, quando o detento é natural da mesma região, a prevalência é de 4,5%, sendo quase que a metade da prevalência observada entre os que não são naturais da região. Portanto, a diferenciação da prevalência com relação à média da cidade de Sorocaba ou da região de Sorocaba (excluindo a sede) se deve de fato à naturalidade.

Tabela 6 - Prevalência da infecção por HIV, entre os procedentes de Sorocaba e região de Sorocaba segundo a naturalidade dos detentos, Sorocaba, S.P., 1995.

Procedência	Naturalidade	Positivos	Negativos	Total	Prevalência (%)
Sorocaba	Sorocaba	19	62	81	23,45
	Outros municípios	16	105	121	13,22
Total	-	35	167	202	17,32
Região de Sorocaba	Região de Sorocaba	2	42	44	4,5
	Outros municípios	4	45	49	8,16
Total	-	6	87	93	6,45

Desta maneira, parece que o fato de ser natural de Sorocaba, determina maior risco de infecção e que aqueles naturais da região de Sorocaba têm risco menor do que os demais.

A variação da prevalência registrada nestas duas áreas leva-nos a supor que decorrem provavelmente de características geopopulacionais destes municípios.

A região de Sorocaba (excluindo o município sede) é composta apenas por cidades com população menor ou em torno de 100.000 habitantes, constituída por municípios de pequeno e médio porte do interior paulista, que normalmente se caracterizam pela menor criminalidade e menor freqüência de práticas de risco quando comparadas aos grandes centros. Sorocaba por outro lado tem cerca de 400.000 habitantes e convive com todos os dilemas sociais dos grandes centros urbanos do país. As demais áreas consideradas, englobam municípios de diversos tamanhos, incluindo áreas metropolitanas (Tabela 4 e 5).

Provavelmente, os coeficientes encontrados nos detentos se correlacionam em algum nível com os coeficientes de prevalência existentes na população geral das cidades de onde são naturais. São nas grandes e médias cidades, principalmente do Estado de São Paulo, que se observam as maiores taxas de infecção existentes no país. Em novembro de 1995 (BRASIL,...1995), das dez cidades mais acometidas no Brasil, 7 encontravam-se no estado de São Paulo, sendo em ordem decrescente de prevalência: Santos, São José do Rio Preto, Ribeirão Preto, São Vicente, São Paulo, Sorocaba e Taubaté.

Estudo desenvolvido entre detentos de Maryland, nos Estados Unidos, mostraram uma associação entre níveis mais altos de prevalência e procedência de área metropolitana, quando comparados com cidades de áreas não metropolitanas. (BEHRENDT et al,1994) Tais dados são semelhantes aos levantados em um outro trabalho que analisou a procedência dos detentos, no momento de sua admissão, no período de 1985 a 1987, no mesmo Estado (VLAHOV et al.,1989).

VLAHOV et al. (1990), analisando a relação entre soroprevalência e procedência dos detentos, classificou as áreas urbanas em três grupos segundo a densidade populacional. A cidade de Baltimore, com densidade >3600 hab./milha^2, cidades de Maryland imediatamente adjacentes a Baltimore e Washington, DC com 500-3600 hab./milha^2 e as demais cidades do estado com densidade <500 hab./milha^2. Os resultados encontrados apresentaram diferença significativa, sendo a prevalência menor nos procedentes das localidades de menor densidade e crescente na medida em que a densidade populacional aumentava.

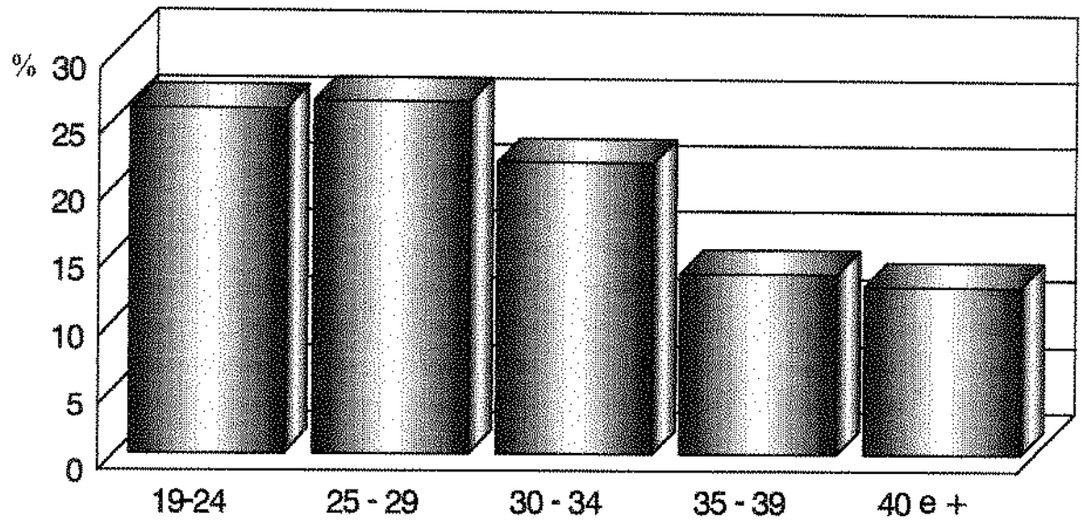
4.2.2. Idade

A idade média da população estudada foi de 30,3 anos com desvio padrão de 7,6 e moda de 24 anos. KALLÁS (1996) encontrou valores semelhantes, sendo a média de 30,2 anos e a moda de 28 anos.

A distribuição dos detentos segundo faixa etária, aponta que aqueles entre 25 e 29 anos, se apresentam em maior número. Em seguida, com valores bastante próximos, está

a faixa de 19 a 24 e o grupo de 30 a 34 anos, representando respectivamente 25,7% e 21,7% da população (Figura 2).

Figura 2 - Distribuição dos detentos, segundo faixa etária, Sorocaba, S.P., 1995.



Esta distribuição, conjuntamente com a média e a moda, indicam que a população em questão é predominantemente de adultos jovens, concentrando-se entre as faixas de 19 a 34 anos (73,9%).

A prevalência da infecção por HIV, segundo a idade, como apresentado na tabela 6, mostra o predomínio da infecção entre aqueles de 25 a 29 e de 30 a 34 anos, com coeficientes de 14,8% e 14,6%, respectivamente. Os mais jovens, de 19 a 24 anos, apresentam uma prevalência de 12,7% e nas faixas etárias mais elevados, os valores das prevalências são mais baixos, atingindo 6,96% entre aqueles com mais de 40 anos.

A razão entre a prevalência daqueles que têm entre 25 a 29 anos em relação à menor prevalência encontrada é significativamente diferente de 1. O grupo entre 30 a 34 também tem uma RP de 2, no limiar da significância estatística.(tabela 06)

Desta forma, nota-se que os mais jovens são os mais acometidos, especialmente aqueles com idade entre 25 a 34 anos, que são também os mais numerosos, constituindo 48,2 % da população estudada.

Coeficientes mais elevados, neste grupo etário, também têm sido observados em outros estudos realizados em detentos nos Estados Unidos , Canadá (BEHRENDT et al, 1994; ROTHON et al,1994) e no Brasil (LOURENÇO, 1992).

Os primeiros sete casos de AIDS entre detentos relatados por WORSMER (1983) em Nova York, durante o período de setembro de 1981 a junho de 1983 , já mostravam que cinco deles (71,4%) tinham idade entre 25 a 29 anos.

Tabela 7- Prevalência, razão de prevalência e I.C. 95% da infecção por HIV, segundo faixa etária, na população carcerária de Sorocaba, S.P., 1995.

Faixa etária	Sorologia		Total	Prevalência %	Razão de Prevalência	I.C.95%
	+	-				
19 - 24	30	206	236	12,71	1,83	0,87-3,81
25 - 29	36	207	243	14,81	2,13	1,02-4,43
30 - 34	29	170	199	14,57	2,09	0,99-4,43
35 - 39	12	112	124	9,68	1,39	0,59-3,28
40 e +	08	107	115	6,96	1	-
Total	115	802	917	12,54	-	-

Várias fatores, poderiam explicar este acometimento preferencial, entre os mais jovens.

É possível que tal situação decorra do fato de que os mais velhos teriam tido a possibilidade de estar expostos a risco em uma época onde a freqüência da infecção na população era mais baixa ou mesmo inexistente, dado o fato da AIDS ter uma história bastante recente.

Outra questão que se pode levantar, é que determinados fatores de risco, mais importantes na transmissão da doença, tenham aumentado sua freqüência e/ou sejam mais comuns em grupos mais jovens. Tal conjectura, encontra subsídios em fenômenos sociais recentes, como o aumento do uso de droga endovenosa a partir dos anos 80, em função da introdução e popularização da cocaína no país.

Não se pode esquecer ,ainda, da possibilidade de que tenha ocorrido uma seleção entre os mais velhos, pois aqueles com mais tempo de infecção teriam maior chance de terem morrido devido à doença ou por outras causas, sendo excluídos, portanto, do seu grupo etário.

Outra possibilidade seria que o tipo de crime cometido pelos mais jovens estivesse associado a condições de maior risco para a infecção por HIV do que os cometidos pelos mais velhos, ou seja, maior freqüência de crimes relacionados a drogas e furto, análise que será retomada posteriormente.

4.2.3. Situação Conjugal

A situação conjugal mais freqüente entre os detentos (Tabela 8), foi a de amasiado, com 40,6%, seguida pelo grupo dos solteiros com 37,0%. Os casados apresentam uma freqüência menor, representando 13,6%.

O grupo de separados, divorciados e viúvos foram os de menor freqüência, sendo os separados representados por 6,4%, os divorciados com 1,4% e os viúvos, 0,9%, que se apresentaram como os mais raros (Tabela 8).

Em relação à prevalência da infecção, o grupo que apresenta o maior coeficiente, são os solteiros, dentre os quais verifica-se uma prevalência de 14,7%. (Tabela 9).

Tabela 8 - Estado conjugal da população carcerária, que aceitou fazer exame anti-HIV, em Sorocaba, S.P., 1995.

Estado Conjugal	N	%
Solteiro	339	37,0
Divorciado	13	1,4
Viúvo	8	0,9
Casado	125	13,6
Amasiado	372	40,6
Separado	59	6,4
Total*	**916**	**100,0**

*2 sem informação

Em seguida a este grupo, pode-se notar que aparecem os amasiados e os casados, com prevalências respectivamente de 11,8% e 11,2%. Tais valores são bastante próximos, dando a impressão de uma certa homogeneidade a exposição, no que se refere ao risco de infecção.

Os grupos dos separados, divorciados e viúvos, são aqueles que têm a menor prevalência (7,5%). É importante lembrar que a freqüência de divorciados e viúvos é bastante baixa (21), o que acaba por dificultar análises mais consistentes em relação a estas categorias, quando observadas de maneira isolada.

As diferenças apontadas entre as prevalências, definem razões de prevalência, que apesar de distintas, não apresentam diferenças estatisticamente significativas (Tabela 9).

Para verificar se a diferença das prevalências em relação ao estado conjugal decorriam de diferenças na composição etária, analisou-se a média das idades para cada categoria e calculou-se as prevalências segundo a situação conjugal e grupos etários.

Tabela 9 - Prevalência, razão de prevalência e I.C. 95% da infecção por HIV segundo estado conjugal, nos presídios de Sorocaba, S.P., 1995.

Estado Conjugal	Sorologia		Total	Prevalência de Infectados	Razão de Prevalência	I.C.95%
	+	-				
Solteiro	50	289	339	14,74	1,97	0,87 - 4,43
Casado	14	111	125	11,20	1,49	0,60 - 3,73
Amasiado	44	328	372	11,83	1,58	0,70 - 3,57
Separado e Outros	06	74	80	7,50	1	-
Total	114	802	916	12,45	-	-

Qui quadrado = 3,75 p = 0,28916

Em relação às médias de idade observou-se que entre solteiros esta média é de 27,9 anos, nos amasiados há um pequena aumento, sendo de 29,9 e entre casados e separados-divorciados-viúvos, tais médias são as mais elevadas, sendo respectivamente de 35,4 e 34,4 anos.

As prevalências, quando calculadas para cada estrato de idade, mostram que nos detentos com menos de 25 anos, o coeficiente de prevalência é mais baixo entre solteiros, aumentado entre casados e amasiados. Nos com idades de 25 a 34 e maiores de 35 anos, verifica-se o contrário, sendo os maiores coeficientes observados entre os solteiros, decrescendo entre os casados e amasiados respectivamente. Os separados e outros apresentam também, uma prevalência elevada nos com idade de 25 a 34 anos, porém dado o pequeno número de indivíduos existente nesta categoria nos outros estratos, não foi possível analisar a tendência (Tabela 10).

Ao se analisar as prevalências segundo as categorias de situação conjugal, nos mesmos grupos etários, observa-se que não há um padrão no comportamento dos

coeficientes, pois estes variam para cada categoria (Tabela 10). Entre os casados e amasiados as prevalências são mais elevadas nos mais jovens e entre os solteiros é menor nos mais jovens, apresentando o maior valor na faixa de 25 a 34 anos.

Quanto a exposição aos principais fatores de risco, para a infecção, ao se analisar a situação conjugal, não se observa diferença estatisticamente significativa, de uso de drogas injetáveis e parceria fixa heterossexual entre os casados, amasiados e entre os solteiros.

Em relação a prática homossexual com outro reeducando, nota-se diferença na exposição entre aqueles casados ou amasiados em relação aos solteiros, sendo que estes últimos, apresentaram, 13% de exposição e os primeiros, 7,6%. Tal diferença de exposição é significativa, no entanto, como veremos mais a frente, a prática homossexual neste estudo, não se mostrou como um fator de relevância para a prevalência de infecção por HIV, nesta população.

Tabela 10 - Prevalência da infecção por HIV, segundo estado conjugal e grupos etários, na população carcerária de Sorocaba, S.P.,1995.

Situação Conjugal	<25anos	25 - 34 anos	>35 anos	Total
Solteiro	11,5 (122)*	17,4 (167)	14,0 (50)	**14,74 (339)**
Casado	14,3 (7)	14,3 (56)	8,1 (62)	**11,20 (125)**
Amasiado	14,9 (101)	12,2 (180)	7,7 (91)	**11,83 (372)**
Separado e outros	- (6)	15,4 (39)	- (35)	**7,5 (80)**
Total	**13,5 (236)**	**14,8 (442)**	**9,9 (238)**	**12,5 (916)**

*número total de detentos

Não foram encontrados dados na literatura a respeito da situação conjugal segundo a infecção por HIV, no entanto, LOURENÇO (1992) referiu que dentre os detentos infectados, examinados na admissão da Casa de Detenção de São Paulo, 52,0%

eram solteiros, 42,0% tinham outros relacionamentos afetivos permanentes, e somente 5,0% eram casados.

4.2.4. Escolaridade

Quanto à escolaridade, pode-se observar que 38,1% dos detentos não chegou a completar a 4ª série do 1º grau e somente 4,0% referiu ter completado o 2º grau. Encontra-se ainda nesta população de adultos do sexo masculino, 3,0% sem nenhuma escolaridade (Tabela 11)

É interessante destacar, que apenas um detento referiu ter concluído um curso de nível superior, ou seja, 0,1% da população estudada.

A prevalência da infecção por HIV não difere de forma importante conforme a escolaridade. Observam-se aumentos discretos com o aumento da escolaridade, até aqueles que completaram a 4ª série e não completaram a 8ª série, com declínio entre aqueles com 8ª série completa ou mais. Estas diferenças, contudo não foram estatisticamente significativas (Tabela 12)

Na França, estudo realizado por ROTILY *et al.* (1994), também não encontrou diferença significativa entre níveis de escolaridade e prevalência da infecção por HIV.

LOURENÇO (1994), em estudo feito na admissão de detentos na Casa de Detenção de São Paulo, referiu uma prevalência de 17,5% naqueles com nível de instrução elementar incompleto e 14,3% nos com elementar completo, mostrando que tal diferença não se apresenta muito importante.

Tabela 11- Distribuição de detentos, segundo escolaridade e resultado da sorologia, na população carcerária de Sorocaba, S.P., 1995.

Escolaridade	Sorologia		Total	%	% Acumulada
	+	-			
Nenhuma	02	31	33	3,60	3,60
Não completou a 4ª série	39	277	316	34,50	38,10
Só completou a 4ª série	16	106	122	13,32	51,42
Completou a 4ª série/Não completou a 8ª série	45	278	323	35,26	86,68
Completou a 8ª série	07	38	45	4,91	91,59
Segundo Grau Incompleto	02	37	39	4,26	95,85
Segundo Grau Completo	04	24	28	3,06	98,91
Superior Incompleto	-	09	09	0,98	99,89
Superior Completo	-	01	01	0,11	100,00
Total	115	801	916	100,00	

Tabela 12 - Prevalências, razões de prevalências e I.C. 95% da infecção por HIV, segundo escolaridade, na população carcerária de Sorocaba, S.P., 1995.

Escolaridade	Sorologia		Total	Prevalência de Infectados	Razão de Prevalência	I.C. 95%
	+	-				
Nenhuma/Não completou a 4ª série	41	308	349	11,75	1,51	0,66-3,42
Só completou a 4ª série	16	106	122	13,11	1,68	0,69-4,11
Completou a 4ª série/Não completou a 8ª série	45	278	323	13,93	1,99	0,79-4,04
completou a 8ª série e mais	13	109	122	10,7	1	-
Total	115	801	916	12,55	-	-

Outra questão a se investigar em relação à prevalência por nível de escolaridade, seria a possível influência de composições etárias distintas nos diversos estratos, definidos em função do número de séries concluídas, dado o fato já discutido de que a prevalência difere em função das faixas etárias.

De fato, ao se observar a média de idades, nota-se que estas diferem significativamente entre os quatro estratos de escolaridade, variando de 28,3 anos entre aqueles com 1° grau incompleto a 32 anos nos com 8° série e mais, sem apresentar, no entanto, um gradiente.

Tabela 13 - Prevalência da infecção por HIV segundo escolaridade e grupos etários, na população carcerária de Sorocaba,S.P.,1995.

Escolaridade	< 25 anos	25 a 34 anos	> 35 anos	Total
nenhuma/ 4ª série incompleta	15,9 (88)	12,3 (171)	6,5 (92)	11,6 (351)
4ª série completa	5,9 (17)	17,3 (52)	11,3 (53)	13,1 (122)
5ª a 8ª série incompleta	12,7 (110)	16,6 (162)	7,8 (51)	13,9 (323)
8ª série completa e mais	4,5 (22)	14,0 (57)	9,3 (43)	10,6 (122)
Total	12,6 (237)	14,7 (442)	8,3 (239)	12,5 (918)

Ao se analisar a prevalência, segundo a escolaridade e os grupos etários, nota-se que as prevalências não apresentam um padrão definido de tendência.(Tabela 13)

Verifica-se ainda, que em cada estrato, todas as prevalências crescem do grupo <25 anos para o grupo de 25 a 34 anos e decrescem nos com idades >35 anos. Isto só não é válido para os detentos com nenhum estudo ou com a 4ª série incompleta, onde a maior prevalência ocorre nos mais jovens e decresce na medida que a idade aumenta.

4.3. Prevalência da infecção por HIV - segundo história carcerária

4.3.1. Número de encarceramentos na vida

Ao tomar como objeto de estudo a população carcerária, uma questão que se coloca, é a respeito do número de vezes que os indivíduos que compõe tal população estiveram presos e se a freqüência de encarceramentos influencia a prevalência da infecção por HIV.

Buscou-se primeiramente, conhecer o perfil da população estudada, em relação à reincidência de encarceramentos.

Pouco mais que a metade dos detentos já havia estado encarcerada anteriormente (53,9%), os demais, 46,1%, referiram estar em seu primeiro encarceramento na vida (Tabela 14).

Entre os detentos que já haviam estado presos, nota-se que a maior parte tinha história de 1 ou 2 encarceramentos prévios e o restante apresentava freqüências superiores, chegando um pequeno grupo a atingir até mais de 20 encarceramentos (tabela 14).

BIRD *et al* (1992), na Escócia, encontraram uma proporção um pouco mais elevada de reincidência, atingindo 66% e na França ROTILY *et al* (1994) encontraram 39,9%, valor este um pouco inferior ao observado neste estudo.

Quanto ao comportamento da infecção, frente ao número de encarceramentos, nota-se que os detentos que nunca tinham estado presos anteriormente, apresentam a menor prevalência de infecção por HIV (7,6%) e na medida em que o número de encarceramentos aumenta as prevalências também crescem, chegando a 28,1% naqueles com cinco ou mais encarceramentos anteriores (Tabela 15).

Tabela 14 - Distribuição dos detentos, segundo o número de encarceramentos anteriores, na população carcerária de Sorocaba, S.P., 1995.

Número de encarceramentos anteriores	Freqüência	%	% Acumulada
Nenhum	423	46,1	46,1
apenas 1	239	26,1	72,2
2	119	13,0	85,2
3	54	5,9	91,1
4	25	2,7	93,8
5 - 9	37	4,0	97,8
10 - 19	13	1,4	99,2
20 ou +	07	0,8	100,0
Total	1058	100,00	-

Tabela 15- Prevalências , Razões de prevalências e respectivos I.C. 95%, da infecção por HIV, segundo o número de encarceramentos anteriores durante a vida, na população carcerária de Sorocaba, S.P., 1995.

Número de encarceramentos anteriores	Sorologia		Total	Prevalência de Infectados %	Razão de Prevalência	I.C. 95%
	+	-				
Nenhum	32	391	423	7,6	1,00	-
apenas 1	33	206	239	13,8	1,83	1,15 - 2,89
2	18	101	119	15,1	2,00	1,16 - 3,43
3 a 4	16	63	79	20,3	2,68	1,54 - 4,64
5 e +	16	41	57	28,1	3,71	2,18 - 6,32
Total	115	802	917	12,5	-	-

As razões de prevalências aumentam com o número de encarceramentos prévios, sendo que os detentos com cinco ou mais encarceramentos têm um risco de infecção por HIV, 3,7 vezes maior que os sem encarceramentos anteriores. Mesmo aqueles com dois encarceramentos anteriores, já apresentam um risco 2 vezes maior que os sem encarceramento prévio (Tabela 15).

Tal associação, também foi verificada por ROTILY et al. (1994), mostrando-se como o fator de maior importância no aumento do risco da infecção por HIV entre detentos, depois do uso de drogas injetáveis. No Brasil , a mesma associção foi observada por KALLÁS (1996).

A tendência observada, poderia estar sendo afetada por diferenças na composição etária de detentos com números distintos de encarceramentos prévios.

Distribuiu-se os detentos segundo o número de encarceramentos e faixas etárias e observou-se o comportamento das prevalências (Tabela 16).

Verifica-se que as prevalências mantém-se mais baixas entre aqueles que não apresentavam encarceramentos anteriores e que a tendência crescente destes valores, se repete em todos os grupos etários, na medida que o número de encarceramentos prévios aumenta.

A tendência das prevalências em função dos grupos etários mostram-se decrescente na medida que a idade aumenta, sendo os coeficientes mais elevados, observados nos mais jovens e os mais baixos, nos mais velhos. No grupo de detentos com idade menor de 25 anos, sem encarceramento anterior, o comportamento da prevalência foge do padrão acima, mostrando-se mais elevado no grupo de 25 a 35 anos.

Tabela 16 - Prevalência da infecção por HIV, segundo número de encarceramentos anteriores e idade, na população carcerária de Sorocaba, S.P., 1995.

Número de encarceramentos anteriores	<25 anos	25 - 35 anos	>35 anos	Total
0	5,0 (119)*	10,9 (203)	3,9 (101)	7,5 (423)
1	17,2 (64)	16,1 (118)	5,2 (57)	13,8 (239)
2	17,8 (28)	15,2 (59)	12,5 (32)	15,1 (119)
3 e mais	32,0 (25)	21,0 (62)	18,3 (49)	23,5 (136)
Total	12,7 (236)	14,7 (442)	8,3 (239)	12,5 (917)

* número total de detentos

Portanto, ser mais jovem, aumenta o risco do detento reincidente, mas não daquele grupo sem encarceramentos prévios. Talvez neste grupo existam dois subgrupos: os que farão carreira na marginalidade e outros que não voltarão a ser presos.

De acordo com estes achados, verifica-se que o número de encarceramentos prévios na vida está relacionado com a magnitude do risco de infecção e que a idade, segundo os estratos de número de encarceramentos prévios, pode interferir, definindo riscos maiores nos mais jovens e menores nos mais velhos dentro da mesma categoria.

Não é possível identificar se o aumento observado nas prevalências em razão do número de encarceramentos, se deve ao maior tempo de permanência dentro do sistema penitenciário ou se por ter um tipo de vida com mais riscos (envolvimento com drogas, furtos ou roubos) os indivíduos estariam sujeitos a um maior número de encarceramentos e também a um maior risco de infecção.

4.3.2 Número de instituições penais em que o detento já esteve encarcerado.

No sistema carcerário brasileiro, existe uma rotatividade muito grande, tanto na entrada e saída de detentos do sistema, como em relação à mudança de detentos, entre as unidades penitenciárias.

Buscando verificar, se a passagem dos detentos por diferentes unidades do sistema, interfere no nível de prevalência de infecção por HIV, procuramos analisar na Casa de Detenção de Sorocaba, a freqüência deste evento e a relação com a infecção.

Na Tabela 17, podemos observar que aproximadamente 20,0% dos detentos referem ter passado por até dois estabelecimentos penais, sendo que outros 60,0% passaram por três a seis estabelecimentos.

Ainda podemos observar que 4,4% dos detentos referiram ter passado por mais de dez estabelecimentos penais.

A prevalência da infecção oscila entre valores de 10,6% a 12,1% entre aqueles que referiram ter passado por até oito estabelecimentos penais, apresentando tendência crescente, a partir do grupo de detentos com história de ter passado por nove a dez estabelecimentos, atingindo 17,9% naqueles com mais de dez (Tabela 17).

Estes dados mostram-se compatíveis com os dados obtidos na análise do número de encarceramentos anteriores, pois nestes observou-se que quanto maior o número de encarceramentos anteriores, maior é a prevalência e portanto, maior o número de estabelecimentos penais pelos quais o detento esteve.

Tabela 17- Prevalência da infecção por HIV, segundo número de estabelecimentos penais, em que o detento esteve encarcerado, Casa de Detenção, Sorocaba, S.P., 1995.

Número de estabelecimentos penais	positivo	negativo	Total	Freq. %	Prevalência %
Até 2	14	118	132	20,8	10,6
3 a 4	29	211	240	37,9	12,1
5 a 6	17	132	149	23,5	11,4
7 a 8	7	53	60	9,5	11,7
9 a 10	4	21	25	3,9	16,0
> 10	5	23	28	4,4	17,9
Total	**76**	**558**	**634**	**100,0**	**12,0**

4.3.3. Tempo de encarceramento na vida

Verificou-se que 36,4% dos detentos estiveram encarcerados na pena atual ou em condenações anteriores, por menos de três anos (Tabela 18). Por outro lado, cerca de 1/4 da população contabilizava mais de sete anos de vida em presídios.

A prevalência da infecção mostra-se crescente em função do tempo de encarceramento na vida, decrescendo no grupo de tempo de aprisionamento superior a 84 meses (Tabela 19).

Para verificar se este declínio é decorrente da distribuição diferente de idade, em cada categoria, foram analisadas as médias de idade e as prevalências segundo tempo de encarceramento e grupos etários.

Em relação às médias, nota-se que os valores entre aqueles com tempo de encarceramentos entre um e 60 meses, oscila pouco, variando de 27,8 a 28,2 anos. Nos detentos com tempo de encarceramento entre 60 a 84 meses a média se eleva para 30,0 e nos com mais de 84 meses a média chega a 35,0 anos. Tais diferenças, são estatisticamente significativas.

Tabela 18 - Distribuição da infecção por HIV, segundo o tempo de encarceramento já cumprido na vida, entre a população carcerária de Sorocaba, S.P., 1995.

Tempo de encarceramento cumprido na vida	Freqüência	%	% acum.
de 1 a 12 meses	73	8,0	8,0
de 13 a 36 meses	260	28,4	36,4
de 37 a 60 meses	212	23,1	59,5
de 61 a 84 meses	128	14,0	73,5
> de 85 meses	243	26,5	100,0
total	**916**	**100,0**	-

Tabela 19 - Prevalência, razões de prevalências e respectivos I.C. 95%, da infecção por HIV, segundo o tempo de encarceramento na vida, na população carcerária de Sorocaba, S.P., 1995.

Tempo de encarceramento cumprido na vida	Soropositivo	Soronegativo	Total	Prevalência	Razão de prevalência	I.C. 95%
de 1 a 12 meses	5	68	73	6,8	1	-
de 13 a 36 meses	30	230	260	11.5	1,68	0,68 - 4,19
de 37 a 60 meses	32	180	212	15,1	2,20	0,89 - 5,44
de 61 a 84 meses	23	105	128	18,0	2,62	1,04 - 6,61
> de 85 meses	25	218	243	10,3	1,50	0,60 - 3,78
Total	**115**	**801**	**916**	**12,6**	-	-

As prevalências, no grupo de menos de 25 anos, sempre apresentam-se crescentes com o aumento do tempo de encarceramento anterior.

Em nenhuma das faixas etárias se observa o declínio naqueles com mais de 60 meses de encarceramento com a intensidade verificada no total (Tabela 20).

Quando analisa-se as prevalências em cada categoria de tempo de encarceramento, nota-se que entre aqueles com menor tempo (0 a 3 anos), as prevalências entre os mais jovens é mais baixa do que naqueles com 25 a 35 anos e quando o tempo de encarceramento aumenta acima de 3 anos, esta relação se inverte, ficando os mais jovens, com os maiores valores.

Tabela 20 - Prevalência da infecção por HIV segundo o tempo de encarceramento na vida e grupos etários, Sorocaba, S.P., 1995.

Tempo de encarceramento já cumprido na vida (em meses)	<25 anos	25 a 34 anos	35 anos e +	Total
até 12	6,4 (31)	10,3 (29)	0,0 (15)	6,6 (75)
de 12 a 36	10,0 (110)	14,1 (106)	9,0 (44)	11,5 (260)
de 36 a 60	17,1 (76)	15,5 (103)	9,0 (33)	15,0 (212)
mais de 60	20,0 (20)	15,2 (204)	8,8 (147)	12,9 (371)
Total	12,6 (237)	14,7 (442)	8,3 (239)	12,5 (918)

(*) número total de detentos

4.3.4. Tempo de encarceramento na pena atual

Esta informação foi colhida apenas na Casa de Detenção e objetiva analisar a influência do tempo ininterrupto de permanência no sistema penitenciário, durante o encarceramento atual, sobre a prevalência da infecção por HIV.

Observa-se, de acordo com a Tabela 21, que 72,9% dos detentos apresenta um tempo de permanência na pena atual de até cinco anos, sendo que, 27,1% têm mais de cinco anos de encarceramento nesta última pena, o que mostra a existência de um grupo de detentos, há bastante tempo encarcerado.

Estes dados são bastante próximos aos encontrados na Escócia por BIRD et al (1992), onde registraram que 82% dos detentos estavam presos a menos de cinco anos e os demais, apresentavam um tempo de encarceramento na pena atual maior.

A soroprevalência, apresenta-se crescente, até cinco anos de encarceramento, mostrando uma prevalência próxima de 15,0% nas faixas de um a quatro anos (Tabela 22).

Tabela 21 - Distribuição de detentos, segundo tempo de encarceramento na pena atual. Casa de Detenção de Sorocaba, S.P.,1995.

Tempo de encarceramento na pena atual	N	%	% acumulada
até 1 ano	99	15,1	15,1
até 2 anos	128	19,6	34,7
até 3 anos	90	13,8	48,5
até 4 anos	93	14,2	62,7
até 5 anos	67	10,2	72,9
maior de 5 anos	177	27,1	100,0
Total	**654**	**100,0**	-

Tabela 22 - Prevalência, razão de prevalência e respectivos I.C.95%, da infecção por HIV , segundo tempo de encarceramento na pena atual. Casa de Detenção de Sorocaba, S.P., 1995.

Tempo de encarceramento na pena atual	Positivos	Negativos	Total	Prevalência	Razão de Prevalência	I.C. 95%
até 1 ano	11	88	99	11,1	1,40	0,66 - 2,98
até 2 anos	19	109	128	14,8	1,88	0,98 - 3,60
até 3 anos	14	76	90	15,6	1,97	0,98 - 3,94
até 4 anos	14	79	93	15,1	1,90	0,95 - 3,82
até 5 anos	12	55	67	17,9	2,26	1,10 - 4,64
> de 5 anos	14	163	177	7,9	1	-
Total	**84**	**570**	**654**	**12,8**	-	-

Entre aqueles com tempo maior de cinco anos, a prevalência apresenta uma redução, assumindo o valor de 7,9%.

Nota-se, através destes dados, que o risco de infecção por HIV mostrou-se maior de acordo com o aumento do tempo de encarceramento, entre aqueles com até cinco anos e assim como ocorreu na análise do tempo de encarceramento na vida, que decresce a partir de sete anos, este decresce a partir de cinco anos.

Para verificar a possível influência da idade, sobre as prevalências específicas nas categorias de tempo de encarceramento na pena atual, analisou-se as médias de idade, que mostraram-se próximas naqueles que têm tempo de encarceramento na pena atual de um a dois anos, mostrando-se ao redor de 28 anos, nos com três a cinco anos, a média sobe para cerca de 29 anos e naqueles com mais de cinco anos chega a 33 anos.

Tabela 23 - Prevalências da infecção por HIV, segundo idade e tempo de encarceramento na pena atual. Casa de Detenção de Sorocaba, S.P.,1995.

Tempo de encarceramento na pena atual (em anos)	< 25 anos	25 - 35 anos	> 35 anos	Total
até 1	8,8 (34)*	15,2 (46)	5,0 (20)	11,1 (100)
2 a 3	14,2 (84)	17,5 (91)	11,6 (43)	15,1 (218)
4 a 5	14,5 (48)	21,3 (75)	8,1 (37)	16,2 (160)
mais de 5	0,0 (4)	8,4 (106)	7,4 (67)	7,9 (177)
Total	13,0 (170)	15,0 (318)	8,3 (167)	12,8 (654)

(*) - número total de detentos na categoria

Quando calcula-se as prevalências, segundo tempo de encarceramento e grupos etários, nota-se que estas apresentam-se crescentes, na medida que o tempo de encarceramento aumenta, mostrando declínio no caso dos menores de 25 e dos de 25 a 35 anos quando o tempo de encarceramento é maior que cinco anos. Nos >35 anos, as prevalências são mais baixas que nos estratos anteriores, mostrando o declínio já a partir da categoria que inclui aqueles com 4 a 5 anos (Tabela 23).

Ao analisar-se a influência da idade em cada categoria de tempo de encarceramento, nota-se que as prevalências crescem dos que tem <25 para aqueles com 25-35 anos e declinam entre aqueles com mais de 35 anos em todos os estratos classificados segundo o tempo de encarceramento.

É possível que o comportamento das prevalências segundo o tempo de encarceramento na pena atual, também esteja relacionado com os tipos de crimes cometidos pelos detentos de cada estrato.

Não foram encontrados estudos nacionais ou em outros países que analisassem esta variável em função da infecção por HIV.

4.3.5. Tempo de condenação

Em relação ao tempo de condenação, verifica-se que dentre os detentos participantes que tinham esta informação disponível nos processos, 71,2% estavam condenados até 15 anos, sendo que destes, o grupo com penas de 6 a 10 anos foram os mais freqüentes (tabela 24).

Chama a atenção o fato de 9,6% dos detentos estarem condenados a penas maiores de 25 anos.

Tabela 24 - Distribuição de detentos segundo o tempo de condenação, Sorocaba, S.P., 1995.

Tempo de condenação	Freqüência	%	% acumulada
0 - 5 anos	145	17,2	17,2
6 - 10 anos	273	32,4	49,6
11 - 15 anos	182	21,6	71,2
16 - 20 anos	104	12,4	83,6
21 - 25 anos	57	6,8	90,4
25 e mais	81	9,6	100,0
Total	**842**	**100,0**	

A prevalência da infecção, mostra-se decrescente (Tabela 25) na medida em que o tempo de condenação aumenta, apresentando entre aqueles com 0 a 5 anos, um coeficiente de 15,9%, chegando a 6,2% entre os detentos com penas maiores de 25 anos.

Tabela 25 - Prevalências , razões de prevalências e respectivos I.C. 95%, da infecção por HIV, segundo tempo de condenação, Sorocaba, S.P., 1995.

Tempo de condenação (em anos)	positivos	negativos	Total	Prevalência %	Razão de prevalência	I.C.95%
0 - 5	23	122	145	15,9	2,57	1,02 - 6,50
6 - 10	37	236	273	13,6	2,20	0,89 - 5,40
11 a 15	24	158	182	13,2	2,14	0,85 - 5,40
16 - 20	11	93	104	10,6	1,71	0,62 - 4,73
21 - 25	5	52	57	8,8	1,42	0,43 - 4,68
25 e mais	5	76	81	6,2	1	-
Total	**105**	**737**	**842**	**12,5**	-	-

Tabela 26 - Prevalências da infecção por HIV, segundo tempo de condenação e idade, na população carcerária de Sorocaba, S.P., 1995.

Tempo de condenação (em anos)	< 25 anos	25 - 35 anos	> 35 anos	Total
0 - 5	7,8 (38)	19,1 (68)	17,9 (39)	15,8 (145)
6 - 10	12,6 (95)	16,4 (128)	8,0 (50)	13,5 (273)
11 - 15	14,7 (34)	17,3 (98)	4,0 (50)	13,1 (182)
16 - 20	14,2 (21)	12,5 (56)	3,7 (27)	10,5 (104)
20 e mais	16,0 (25)	6,4 (62)	3,9 (51)	7,2 (138)
Total	12,6 (213)	15,0 (412)	7,3 (217)	12,5 (842)

(*) número de detentos infectados na categoria

Os detentos condenados com penas de até cinco anos apresentam risco de estarem infectados por HIV, 2,57 vezes maior que aqueles condenados a penas de 25 anos ou mais.

Ao se analisar a prevalência segundo os grupos etários, observamos que se mantém a tendência decrescente dos coeficientes de acordo com o aumento do tempo de condenação (Tabela 26) entre detentos com 25 anos ou mais. Naqueles com menos de 25 anos, tendência inversa é observada.

Esta relação observada entre prevalências mais elevadas e menores tempos de condenação, também foi verificada por BIRD et al (1995) e por BEHRENDT et al. (1994), sendo que neste último aqueles com menos de 12 meses de tempo de condenação, apresentaram OR = 5,83 em relação aos detentos com mais de 36 meses.

Os tipos de crimes cometidos pelos detentos de cada estrato podem estar relacionados com o fato das prevalências terem se apresentado mais elevadas naqueles com menor tempo de condenação.

4.3.6. Tipo de Crime

O estudo da influência dos tipos de crimes praticados pela população estudada, responsável pelo encarceramento atual, na prevalência da infecção por HIV, é dificultado pelo fato da maioria dos detentos apresentar-se enquadrado em vários artigos do código penal, o que torna difícil identificar uma causa única para o encarceramento (JESUS, 1991; FRANCO et al, 1993).

Como observa-se na Tabela 27, entre o total de crimes cometidos pela população estudada, o mais freqüente, foi o roubo (artigo 157 do Código Penal Brasileiro), com 38,2% (JESUS, 1991). O furto apresenta-se como o segundo mais freqüente, com 16,5% e os crimes relacionados a drogas, que quando analisados em conjunto, totalizam 13,1%. Os homicídios também não são raros, chegando a representar 10,9% e os crimes relacionados a estupro, atentado violento ao pudor, estelionato, lesões corporais e demais, ocorrem em menor freqüência.

Para analisar a prevalência da infecção por HIV em relação ao tipo de crime, selecionou-se os dez crimes de maior freqüência, identificando a prevalência nos detentos

incriminados em cada tipo de infração. Vale lembrar que o mesmo detento pode ter sido condenado por diferentes tipos de crimes.

Na tabela 28, pode-se observar que as prevalências mais elevadas ocorrem nos crimes relacionados a drogas. Um segundo grupo, com prevalências intermediárias, é constituído pelos crimes classificados como "contra o patrimônio" - furto e roubo - e naqueles com lesões corporais. Nos demais, as prevalências apresentam-se mais baixas, chegando a níveis bem inferiores, como por exemplo, nos detentos condenados por atentado violento ao pudor, que foi de 2,4%.

Tabela 27 - Distribuição dos crimes cometidos pelos detentos, segundo tipo e idade (em anos), Sorocaba,S.P.,1995.

Tipos de Crime	<35 anos	%	35 anos e +	%	Total	%
Tráfico de Drogas	68	6,5	33	8,5	101	7,1
Associação para tráfico	29	2,7	6	1,5	35	2,5
Uso de Drogas	38	3,6	12	3,1	50	3,5
Homicídio	102	9,8	53	13,8	155	10,9
Lesões corporais	35	3,3	12	3,1	47	3,3
Furto	183	17,6	51	13,2	234	16,5
Roubo	421	40,5	122	31,7	543	38,2
Estelionato	18	1,7	16	4,1	34	2,4
Estupro	38	3,6	17	4,4	55	3,9
Atentado violento ao pudor	25	2,4	17	4,4	42	3,0
Demais crimes	81	7,8	45	11,7	126	8,8
Total	**1038**	**100,0**	**384**	**100,0**	**1422**	**100,0**

Os crimes que apresentaram associação estatística significativa com a infecção por HIV, foram: Tráfico de drogas (artigo 12) e o Furto (artigo155) (FRANCO et al,1993). Dentre os demais, chama atenção as baixas prevalências observadas entre os condenados por Homicídios e Atentado violento ao pudor.

VLAHOV et al. (1990), encontrou uma relação inversa da prevalência nos detentos que referiam crimes relacionados a drogas, mencionando que de fato os usuários de opiáceos estão presos mais freqüentemente por crimes contra o patrimônio, que neste trabalho, também se mostrou associado a maior prevalência.

Tabela 28 - Prevalências , razões de prevalências e respectivos I.C.95%, segundo os principais tipos de crimes cometidos, Sorocaba, S.P., 1995.

Tipos de Crime	Sorologia	-	+	Prevalência %	Razão de Prevalências	I.C. 95%
Tráfico de Drogas	**Sim**	19	82	18,81	1,63	1.04 - 2,57
	Não	86	661	11,51	1	
Associação para	**Sim**	02	33	5,71	0,45	0,12 - 1,75
tráfico	**Não**	103	710	12,66	1	
Uso de Drogas	**Sim**	09	41	18,00	1,50	0,80 - 2,78
	Não	96	702	12,03	1	
Homicídio	**Sim**	12	143	7,74	0,58	0,32 - 1,03
	Não	93	600	13,45	1	
Lesões corporais	**Sim**	07	40	14,89	1,22	0,60 - 2,47
	Não	98	703	12,23	1	
Furto	**Sim**	39	195	16,66	1,55	1,08 - 2,24
	Não	66	548	10,74	1	
Roubo	**Sim**	65	478	11,97	0,91	0,63 - 1,32
	Não	40	265	13,11	1	
Estelionato	**Sim**	03	31	8,82	0,70	0,24 - 2,11
	Não	102	712	12,53	1	
Estupro	**Sim**	04	51	7,27	0,57	0,22 - 1,49
	Não	101	692	12,73	1	
Atentado violento	**Sim**	01	41	2,38	0,18	0,03 - 1,29
ao pudor	**Não**	104	702	12,90	1	
Demais	**Sim**	-	08	-	-	-
	Não	105	735			

Outros trabalhos (BEHRENDT et al,1994 e VLAHOV et al, 1991), também não encontraram associação entre crimes relacionados a drogas e maior prevalência de infecção por HIV.

É possível que o contexto socio-econômico do Brasil defina um padrão misto entre pequenos traficante que são usuário concomitantemente, levando uma concentração destes em um mesmo tipo de crime. Tal hipótese parece ser reforçada, quando notamos que a prevalência naqueles enquadrados no crime "associação para fins de tráfico", o qual é diferenciado do crime "tráfico de drogas", no código penal Brasileiro (FRANCO-1993) é bastante baixa, o que possibilita perceber que quando há uma condição mais elaborada do comércio de entorpecentes, o uso do produto pelos "comerciantes" deve ser bastante reduzido ou ainda feito de maneira segura em relação à infecção.

Em relação ao furto, de acordo com o observado por VLAHOV et al. (1990), apesar de no Brasil a droga de uso endovenosa mais comum ser a cocaína e não a heroína, provavelmente uma boa parte dos usuários praticam crimes contra o patrimônio para obter a droga. Assim, a prevalência elevada observada em relação ao furto estaria na verdade evidenciando a relação do drogadito com o meio de obtenção da droga.

Na tabela 29, nota-se que o comportamento das prevalências da infecção, segundo o número de crimes cometidos na última condenação, mostra valores mais elevados nos que cometeram de 1 a 3 crimes e menor nos que cometeram 4 ou mais crimes.

Esta análise aponta para o fato de que não é o número de crimes que esta associado aos níveis de infecção e sim o tipo de crime cometido.

Tabela 29 - Prevalência, razão de prevalência e I.C. 95% da infecção por HIV, segundo o número de crimes cometidos, na última condenação, Sorocaba, S.P., 1995.

Número de crimes cometidos	Soropositivos	Soronegativos	Total	Prevalência %	Razão de prevalência	I.C. 95%
1	62	400	462	13,4	1,97	0,66 - 6,01
2	26	227	253	10,3	1,51	0,48 - 4,77
3	14	75	89	13,3	2,31	0,70 - 7,61
4 ou 5	03	41	44	6,8	1	-
TOTAL	105	743	848	12,4	-	-

Quando analisou-se as prevalências da infecção em relação à idade, levantou-se a possibilidade de que o tipo de crime cometido pelos mais jovens fosse de maior risco do que os cometidos pelos mais velhos, o que poderia justificar as diferenças observadas nos coeficientes específicos por idade.

Tal suposição parece não proceder, pois verifica-se que não há diferença significativa entre a proporção de crimes associados a maior prevalência da infecção, entre os grupos etários de 19-34 anos e >35anos (Figura 3). Além disto observa-se que as prevalências segundo crimes associados ou não ao maior risco de infecção, mantêm-se com quase o dobro do valor nos mais jovens (Tabela 30).

As diferenças encontradas nas prevalências segundo naturalidade talvez pudesse estar associadas aos tipos de crimes cometidos segundo a origem de cada detento, no entanto, a proporção tanto de crimes relacionados a tráfico como a roubo, não diferiu de forma estatistiamente significativa, quando comparou-se os detentos naturais de Sorocaba e os da região de Sorocaba.

Em relação ao tempo de encarceramento na pena atual, observou-se que as prevalências mostraram-se mais elevadas dentre aqueles com tempo cumprido menor de 5

BIBLIOTECA CENTRAL

anos. Ao se analisar a distribuição dos tipos de crime de maior risco de infecção nos estratos, verificou-se que a freqüência dos crimes relacionados a drogas e furtos, entre aqueles com até 5 anos, foi de 27,7%, enquanto que nos com mais de 5 anos esta foi de 20,0%. As diferenças, portanto, mostram uma concentração destes crimes entre os detentos com menores tempos cumpridos na pena atual, o que poderia justificar o comportamento observado das prevalências (Figura 3). As prevalências segundo os mesmos critérios, mostram-se mais elevadas entre os mais jovens (Tabela 30).

Tabela 30 - Prevalência nos crimes relacionados ou não a maior prevalência de infecção por HIV, segundo idade, tempo de encarceramento na pena atual e na vida e tempo de condenação, Sorocaba, S.P., 1995.

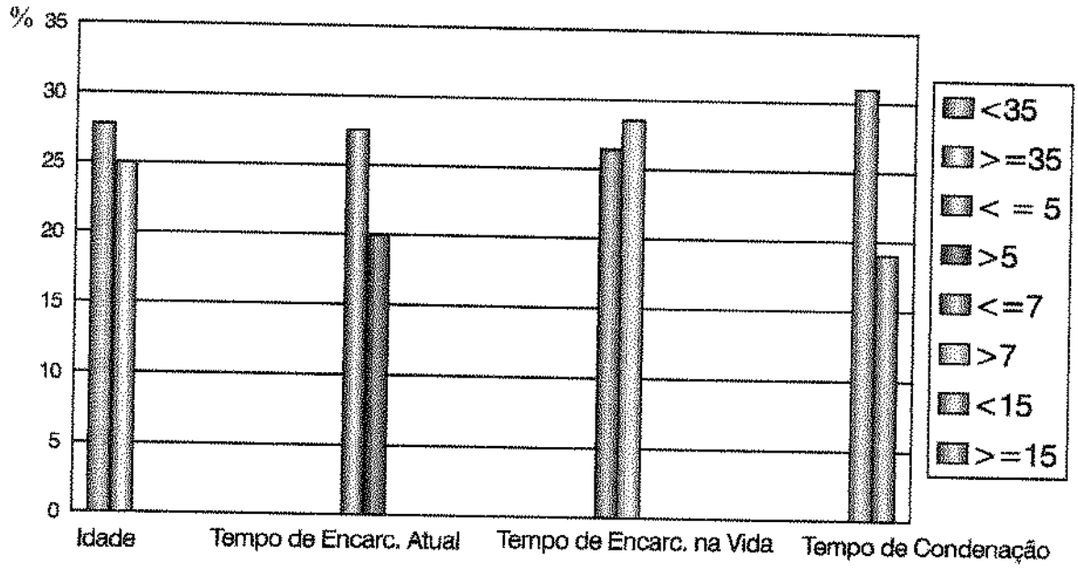
Características do detento		Tipos de crime		
		Tráfico ou uso de drogas e furto	Demais	Total
Idade	<35 anos	19,7	11,6	13,8
	>=35 anos	10,4	5,2	6,5
Tempo de encarc. na pena atual	<=5anos	22,9	12,7	15,5
	>5 anos	3,7	5,6	5,8
Tempo de encarc. na vida	<=7 anos	20,1	10,5	13,1
	>7anos	11,8	8,1	9,2
Tempo de condenação	<=15 anos	21,1	10,8	14,0
	>15 anos	4,5	7,4	6,9

Em relação ao tempo de encarceramento na vida, também verificou-se que aqueles com tempo cumprido até 84 meses tinham as maiores prevalências e quando analisou-se as freqüências dos crimes de maior risco de infecção segundo os estratos, verificou-se haver uma proporções de crimes relacionados a maior risco, um pouco maior entre os mais velhos (figura 3). As prevalências, no entanto, apesar da maior concentração dos crimes de furto e drogas estarem concentrados neste grupo, mostra-se mais alta nos mais jovens de forma praticamente igual a observada nas variáveis anteriores (tabela 30).

Ao se distribuir os tipos de crimes em relação ao tempo de pena, verificou-se que a freqüência de crimes relacionados a drogas nos com até 15 anos de condenação foi de 31% e nos com mais de 15, 19,0%.

As prevalências segundo os mesmos critérios, mostram-se mais elevadas nos com menores tempos de condenação (Tabela 30).

Figura 3 - Proporção de tráfico, uso de drogas e furto entre os crimes cometidos por detentos, segundo idade, tempo de encarceramento na vida, e na pena atual e tempo de condenação, Sorocaba, S.P., 1995



Desta maneira, nas variáveis em que a questão do tempo de encarceramento e a idade eram fatores de análise, verificou-se que as prevalências foram maiores naqueles com menores tempos de permanência no sistema, sem contudo ter se verificado de forma significativa, uma concentração dos crimes relacionados a drogas e furto, havendo

provavelmente um outro fator de influência. Em relação ao tempo de condenação, esta concentração ocorre de forma estatisticamente significativa, podendo assim justificar o comportamento dos coeficientes observados

4.4. Prevalência da infecção por HIV, segundo exposições de risco

Dado o fato de que as práticas relacionadas à transmissão da infecção por HIV são muitas vezes consideradas ilícitas ou socialmente discriminadas, as perguntas feitas para investigar a exposição ao uso de drogas foram feitas de maneira a não precisar a época em que teriam ocorrido.

Quanto às práticas sexuais, interessava conhecer os vários tipos de exposição durante a vida e particularmente a ocorrência de relações sexuais entre detentos e com parceiras fixas, durante algum período de encarceramento.

4.4.1. Uso de drogas

O uso relatado de substância psicoativa, entre os detentos que participaram do estudos, foi bastante elevado. Dos 917 detentos participantes, 717 (78,2%) referiram ter usado algum tipo de droga durante a vida (Tabela 31).

Tabela 31 - Prevalência e razões de prevalências da infecção por HIV, segundo tipos de exposição, na população carcerária de Sorocaba, S.P.,1995.

Fatores de risco	Exposição	N	Sorologia positiva	Prevalência	Razão de Prevalência	I.C.95%
Uso de drogas	Sim	717	106	14,8	3,29	1,69 - 6,37
	Não	200	9	4,5	-	-
Uso de droga injetável	Sim	203	71	35,0	-	-
	Não	714	44	6,2	5.68	4,03 - 7,99
Uso de drogas não injetável	Sim	514	35	6,8	-	-
	Não	200	9	4,5	1,51	0,74 - 3,09
Rel. sexual com detento	Sim	93	16	17,2	-	-
	Não	822	98	11,9	1,44	0,89 - 2,34

Analisando somente os 115 detentos identificados como soropositivos no estudo, temos que 92,2% destes têm associado em sua história o uso de algum tipo de droga na vida.

Ao verificar-se a prevalência da infecção por HIV, naqueles que referiram exposição, encontrou-se 14,8%, enquanto que entre os que afirmaram nunca ter usado drogas, a prevalência foi de 4,5%.

A razão de prevalência encontrada entre o grupo exposto e o não exposto, mostra que aqueles que afirmaram o uso de drogas em algum momento da vida têm um risco de estar infectado 3,29 vezes maior (Tabela 31).

Analisando-se aqueles que afirmaram o uso de drogas, mas negaram ter feito este uso por via injetável, observa-se uma significativa redução do coeficiente, fazendo a prevalência reduzir-se de 14,8% para 6,8%. Naturalmente a prevalência entre aqueles que não tinham exposição se manteve em 4,5%.

Esta redução faz com que a razão das prevalência entre o grupo que afirmou uso de drogas não injetáveis e o grupo que negou qualquer uso de drogas na vida seja de 1,51, diferença esta, não significativa (IC=0,74 - 3,09).

A prática de uso de drogas injetáveis, durante a vida, foi referida por 203 (22,1%) dos detentos que participaram do estudo, como demonstra a tabela 31.

Vários estudos realizados no mundo mostram que o nível de uso de drogas injetáveis na história de vida dos detentos é bastante variável, VLAHOV et al. (1989) encontraram de 15,2% a 20,0% no período de 1985 a 1987 em Maryland nos EUA, BEHRENTD et al. (1994) registraram 20,0% e PATEL et al. (1990) encontraram o mesmo valor em Michigan. Na França ROTILY et al.(1994) observaram 40% em 1992, MARTIN et al. (1990) 54,4% na Espanha e BIRD et al.(1995) 90% na Escócia.

No Canadá, segundo ROTHON et al. (1994) estes valores mostraram-se muito inferiores, tendo sido registrado 2,4%.

Tal diversidade deve estar relacionada com a inserção das diferentes localidades nas rotas de narcotráficos.

No Brasil, KALLÁS (1996) registrou que 18,4% dos detentos usaram drogas endovenosas antes do encarceramanto, além de 1,5% ter referido o uso durante este período. LOURENÇO (1992), investigando a mesma questão, encontrou valores pouco mais elevados, atingindo19,2% o número de detentos com tais antecedentes.

Entre os detentos soropositivos, verificou-se que dos 115 diagnosticados no estudo, 71 referiram esta exposição, o que representa 61,7%

Esta freqüência mostra-se mais baixas quando comparada com as encontradas em estudos feitos em outros países, os quais mostraram valores de 64,2% (ROTHON et al, 1994), 87,1% (ROTILY et al, 1994) e de 100,0% (BIRD et al,1994) e maior do que as encontradas no Brasil, onde LOURENÇO (1992) encontrou 43,2% e COSCINA (1988), 35,4%.

A prevalência da infecção entre aqueles com esta exposição foi de 35,0%, enquanto que entre aqueles que negaram a exposição a este fator de risco,o coeficiente foi de 6,2% (Tabela 22).

A diferença é bastante elevada, registrando-se uma razão de prevalências de 5,68, ou seja, a prevalência dentre aqueles que referiram uso de drogas injetáveis foi quase 6 vezes maior do que entre os detentos que negaram já ter feito este tipo de uso. Tal razão evidencia a importância desta exposição, como um fator marcador da infecção entre os detentos. Este valor é bastante próximo ao encontrado na tese de LOURENÇO (1992), cuja razão de prevalência observada foi de 6,4.

As prevalências encontradas em outros estudos mostraram-se mais baixas ou bastante próximas a estes valores, sendo de 20,0% na França (ROTILY et al,1994), 18% na Escócia (BIRD et al, 1995), 31,4% no Canadá (ROTHON et al, 1994) e de 31,6% a 37,1% nos Estados Unidos (VLAHOV et al,1989).

Em função da grande concentração de usuários de drogas injetáveis nos presídios e do fato de que estes usuários, na sua maioria, acabam sendo encarcerados

durante algum período da vida enquanto são dependentes e que tais encarceramentos são geralmente curtos, BEHRENDT et al.(1994) sugerem que o monitoramento da infecção nesta população dentro dos presídios pode servir para acompanhar as prevalências nos usuários de drogas injetáveis na comunidade.

4.4.2. Prática sexual

4.4.2.1. Relação sexual com outro detento

Este tipo de exposição parece ser, na percepção geral, de grande freqüência nesta população específica e também de grande risco.

É freqüentemente referido que a prática homossexual nos presídios é bastante comum, no entanto ignora-se se ocorreram mudanças importantes nestes comportamentos, frente o impacto da AIDS.

O aparecimento desta epidemia pode ter diminuído as relações sexuais entre detentos ou pode estar funcionando como mais um fator a inibir o relato da prática homossexual, pois a relação entre a AIDS e Homossexualismo intensifica a discriminação desta prática sexual.

Por meio do questionário aplicado, como pode-se ver na tabela 31, dos 915 detentos que responderam a esta indagação, 93 (10,2%) afirmaram ter vivenciado, pelo menos uma vez durante algum período de encarceramento na vida, uma relação homossexual com outro detento. Não aprofundou-se a questão em relação ao tipo de exposição sexual nestas práticas e nem da freqüência de sua ocorrência.

McKEE & POWER (1992) referem em sua revisão bibliográfica, que entre detentos com longos períodos de encarceramento, a freqüência de relações homossexuais foram de 20,0% a 30,0% na Inglaterra e País de Gales respectivamente.

Na Austrália, DOUGLAS et al. (1989), estimaram junto a detentos e funcionários, que esta prática ocorreria com cerca de 14,0% a 34,0% dos homens, pelo menos esporadicamente.

PATEL et al. (1990), estimaram que nas prisões federais americanas, as relações homossexuais entre detentos ocorreriam entre 9,0 a 20,0% da população.

No Brasil, KALLÁS (1996) registrou valor próximo aos observados neste estudo, sendo 11,3% a frequência referida desta prática durante o encarceramento e 15,4%, anteriormente a prisão.

Em função das dificuldades que envolvem o tema e tendo em vista as freqüências mais elevadas estimadas para esta prática nos estudos realizados em outros países, é bastante provável que o valor referido neste estudo, esteja subestimado.

A prevalência da infecção verificada nos detentos que referiram a exposição, foi de 17,2% e entre os que não referiram, encontrou-se 11,9%.

Apesar do risco entre expostos, ser maior em 44,0% (razão de prevalência=1,44), não constatou-se diferença estatisticamente significativa.

LOURENÇO (1992), encontrou 27,5% de soropositividade entre detentos com esta prática e tal atividade sexual mostrou associação estatisticamente significativa com a infecção.

4.4.2.2. Práticas sexuais durante a vida

Estes dados foram levantados na Casa de Detenção, visando ampliar o conhecimento das práticas sexuais que os detentos referiram durante a vida e sua relação com a infecção por HIV.

As exposições investigadas foram: parceria sexual com usuário de droga injetável, parceria sexual com mulheres de múltiplos parceiros, parceria sexual com mulheres prostitutas, parceria sexual com homossexuais prostitutos ou de múltiplos parceiros.

As categorias não eram excludentes, ou seja, o detento poderia referir mais de uma exposição. Aqueles que referiram não ter nenhuma das exposições acima foram

classificados na categoria "nenhuma", sendo esta a única categoria excludente, dada a sua natureza.

Na tabela 32, pode-se observar que a exposição mais freqüente foi a parceria com mulheres de múltiplos parceiros com 40,1%, a parceria com prostitutas também é comum, chegando a ser referida por 30,1% dos detentos. A parceria com homossexuais prostitutos ou com múltiplos parceiros fica bastante próxima da parceria sexual com usuários de drogas injetáveis, sendo respectivamente 10,3% e 9,0%. Os que referiram não se incluir em nenhuma das categorias de exposição acima, totalizaram 10,4% da população estudada.

A prevalência mais elevada da infecção, encontra-se nos que referiam parceria sexual com usuários de drogas injetáveis, sendo de 26,3%. O outro grupo, com prevalência também elevada é aquele que referiu parceria com homossexuais prostitutos ou de múltiplos parceiros, chegando a 20,0% de infectados. Os que referiram relações sexuais com prostitutas e mulheres de múltiplos parceiros têm níveis menores do que os primeiros, no entanto, mostram valores respectivamente de 17,2 e 14,5%.

Tabela 32 - Freqüência, prevalências, razão de prevalências e I.C.95% da infecção por HIV, segundo categoria de exposição sexual, na população da Casa de Detenção de Sorocaba, S.P. - 1995.

Categoria de exposição	Freqüência Sorologia		Total	%	Prevalência	Razão de prevalência	IC 95%
	+	-					
Detentos que não referiram exposição	04	111	115	10,4	3,53	1	-
Parceria Sexual com usuários de drogas injetáveis	26	73	99	9,0	26,3	7,5	2,73 - 20,8
Parceria Sexual com mulheres de múltiplos parceiros	64	378	442	40,1	14,5	4,16	1,55 - 11,1
Parceria Sexual com prostitutas	57	275	332	30,1	17,2	4,95	1,83 - 13,3
Parceria Sexual com homossexuais de múltiplos parceiros	23	91	114	10,3	20,0	5,80	2,07 - 16,2

Estes coeficientes chamam a atenção quando se compara qualquer um deles em relação ao grupo que não referiu nenhuma exposição, daquelas citadas. A prevalência entre estes foi de 3,5%, valor bastante inferior aos observados entre aqueles que referiam algum tipo de exposição.

Como esta distribuição de freqüências mostra uma categoria de exposição sem excluir a possibilidade de que os reeducandos aí contabilizados também tenham outras, levantou-se todas as combinações possíveis entre as exposições, na tentativa de se

conseguir uma visualização mais clara de quanto as associações poderiam modificar estas prevalências.

Ao levantar-se as 15 possibilidades de exposição, incluindo-se aí as cinco isoladas e as dez que se compõem por associações, verificou-se haver algumas com freqüências muito baixas, o que determinou a necessidade de se destacar as seis mais comuns e um agrupamento das demais em uma única categoria.

Na tabela 33 pode-se ver que as exposições mais freqüentes foram: parceria sexual com mulheres de múltiplos parceiros com 23,6%, e parceria sexual com prostitutas e mulheres de múltiplos parceiros onde se verifica 21,7%. As demais associações encontram-se com freqüências próximas, ficando em torno de 8,0%, exceto aquela onde se observa a exposição conjunta de parceria com UDI - parceria com mulheres de múltiplos parceiros, parceria com prostitutas, parceria com homossexuais; que encontra-se em 4,4%.

As prevalências mostram-se de uma maneira geral crescentes, na dependência da associação de exposições (Tabela 34). Naqueles com relação sexual somente com mulheres de múltiplos parceiros verificou-se 12,0%; quando a relação referida foi só com prostitutas, nota-se 15,4%. Quando somam-se a estas duas exposições, relação sexual com homossexuais prostitutos ou de múltiplos parceiros a prevalência se eleva para 21,4%, atingindo os valores mais elevados quando associa-se parceria sexual com usuário de drogas injetáveis, onde se observa um coeficiente de 28,6%.

As razões de prevalência indicam ser tais associações determinantes de riscos adicionais à infecção, quando comparado ao grupo sem nenhuma das exposição citadas, atingindo valor de 8,0, quando todos os tipos de exposição estão presentes e 3,0 quando a única exposição é a parceria com mulheres de múltiplos parceiros.

Tabela 33 - Distribuição dos detentos segundo categoria de exposição sexual e resultado de sorologia, Casa de Detenção de Sorocaba, S.P., 1995.

Categoria de exposição	Soropositivos		Soronegativos		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sem exposição	04	4,76	109	20,04	113	17,99
Parceria sexual com UDI + mulher de múltiplos parceiros + prostituta + homossexual prom.	08	9,52	20	3,68	28	4,45
Parceria sexual com UDI + mulher de múltiplos parceiros + prostituta	12	14,29	34	6,25	46	7,32
Parceria sexual com mulher de múltiplos parceiros + prostituta + homossexual prom.	09	10,71	42	7,72	51	8,12
Parceria sexual com mulheres de múltiplos parceiros + prostituta	17	20,24	119	21,88	136	21,65
Parceria sexual com mulheres de múltiplos parceiros	16	19,05	133	25,45	149	23,72
Parceria sexual com prostituta	08	9,52	43	7,90	51	8,12
Outras categorias de exposição	10	11,90	44	8,09	54	8,59
Total	84	100	544	100	628	100

É interessante observar que as prevalências em todas situações de exposição foram estatisticamente significativas, em relação a prevalência encontrada nos não expostos, e que de maneira geral, quanto maior o número de exposições sexuais referidas, maior também é a prevalência (Tabela 35).

Tabela 34 - Prevalência e Razões de Prevalências da infecção por HIV, segundo categorias de exposição sexual, na população da Casa de Detenção de Sorocaba, S.P., 1995

Categoria de Exposição sexual	Prevalência	Razão de Prevalências	IC 95%	p
Sem Exposição	3,53	1	-	-
Parceria sexual com UDI + mulher de múltiplos parceiros + prostituta + homossexual promíscuo	28,57	8,07	2,62 - 24,90	0,000021
Parceria sexual com UDI + mulher de múltiplos parceiros + prostituta	26,00	7,37	2,51 - 21,67	0,000018
Parceria sexual com mulher de múltiplos parceiros + prostituta +homossexual promiscuo.	21,42	4,99	1,61 - 15,44	0,001964
Parceria sexual com mulher de múltiplos parceiros + prostituta	12,50	3,53	1,22 - 10,20	0,011306
Parceria sexual com mulher de múltiplos parceiros	12,03	3,03	1,04 - 8,83	0,029765
Parceria sexual com prostituta	15,68	4,43	1,40 - 14,05	0,005693
Outras categorias de exposição	18,51	5,23	1,72 - 15,93	0,001086

Desta maneira, a história das exposições sexuais, durante a vida, mostram-se como fatores que influenciam no risco de estar infectado, especialmente quando esta for positiva para parcerias sexuais com usuários de drogas injetáveis e homossexuais prostitutos, refletindo provavelmente o que se observa em relação à prevalência em grupos específicos fora dos presídios, onde de fato os usuários de drogas injetáveis têm se apresentado como o grupo mais afetado atualmente no Estado de São Paulo, assim como os homossexuais prostitutos, dentre os profissionais do sexo (CORTES et al, 1989).

Não encontrou-se outros estudos que avaliassem esta questão.

Tabela 35 - Prevalência e Razão de prevalência da infecção por HIV, segundo o número de categorias de exposição sexual, Casa de Detenção de Sorocaba, S.P., 1995.

Nº de categorias de exposição	Sorologia +	Sorologia -	Prevalência de infectados	Razão de prevalências	IC 95%	p
0	04	109	3,53	1	-	-
1	29	180	13,87	3,92	1,41 - 10,87	0,003515
2	20	157	11,29	3,19	1,12 - 9,10	0,019338
3	23	78	22,77	6,43	2,30 - 17,97	0,000023
4	08	20	28,57	8,07	2,62 - 24,90	0,000021
Total	84	544	13,37	-	-	-

4.5 Prevalências da infecção por HIV e situação sorológica prévia.

Dos detentos estudados, 72,2% (764) referiram ter se submetido a pelo menos 1 teste anti-HIV anteriormente. 0,4% (5) referiram ignorar tal informação (Tabela 36).

Observa-se que o acesso a exames anti-HIV nos presídios estudados pode ser considerado bom, pois BIRD et al. (1995) referiram apenas 23,0% de prévia testagem e ROTILY et al. (1994) encontraram 57,6%.

Entre os detentos que já tinham feito teste, 123 de 764 (16,0%) referiram desconhecer o resultado do exame, 573 de 764 (75,0%) tinham resultado negativo e 68 de 764 (8,9%) referiram resultado positivo.

Dos 130 detentos que não aceitaram realizar testagem, 103 (79,2%) já tinham feito teste antes da aplicação do estudo atual e 26 disseram que não. Destes já testados, 11 (10,6%) eram positivos, 82 (79,6%) eram negativos e 10 (9,7%) ignoravam o resultado.

Tabela 36 - Distribuição da população estudada segundo realização e resultados de exame anterior e atual

Resultado do teste anterior		Teste atual				
		Não fez	*positivo*	*Negativo*	*Indeterminado*	*Total*
Não fez		26	21	241	01	289
Fez exame	*Positivo*	11	49	04	04	68
	Negativo	82	20	465	06	573
	Ignorado	10	25	88	-	123
Não sabe se fez		01	-	04	-	05
Total		130	115	802	11	1058

* 2 sem informações

A prevalência da infecção entre os detentos que não fizeram teste neste estudo, mas responderam o questionário e conheciam o resultado do teste anterior, foi de 10,6% (11 em 93), ou seja, este grupo apresenta uma prevalência próxima da encontrada para a população de estudo (Tabela 37).

Esta prevalência nos previamente testados mostra-se semelhante a que foi encontrada por ROTILY et al. (1995), na França que registrou 13,3%.

Tomando-se o grupo que não havia feito teste anterior e que se submeteu ao teste neste estudo, encontrou-se uma prevalência de 8,0%, mostrando um nível de infecção mais baixo do que a prevalência geral (Tabela 37).

Dentre aqueles que tinham teste anterior e referiram ser soropositivos, ao repetirem o teste no estudo, verificou-se uma prevalência de 85,9%, indicando que havia quatro detentos que disseram ter teste positivo, quando na realidade a sorologia foi negativa e quatro detentos que referiram-se como positivos e o resultado observado foi indeterminado. Estas discordâncias podem ter ocorrido devido aos resultados anteriores terem sido falso-positivos ou ainda por uma interpretação equivocada do resultado do teste como positivo, quando na verdade era indeterminado ou então, por um entendimento não adequado do detento quanto a sua situação sorológica.

É interessante notar que tal discordância ocorreu em 2 dos 37 detentos estudados por BEHRENDT et al (1994) e em 19/30 ou seja, em 63,3% dos detentos no estudo feito no Canadá por ROTHON et al. (1994).

As causas levantadas pelo último autor são as mesmas aqui já elencadas, tendo sido dado ênfase para a possibilidade de inferência equivocada feita pelos próprios detentos, após se identificarem como de grande risco dadas suas práticas, sem no entanto terem se submetido a testagem previamente.

Nos que referiram ter teste anterior com resultado negativo, encontrou-se uma prevalência de 4,0%. Tal situação pode ter ocorrido por negação sobre a real situação sorológica, por algum equívoco em relação ao resultado desta exame prévio ou em função de soroconversão, pois pode ter havido exposição a risco entre o último exame realizado e o atual. Neste caso, a infecção pode ter ocorrido fora do presídio ou durante o encarceramento.

Observa-se também que a prevalência encontrada entre aqueles que referiram ter teste anterior e que no entanto, desconheciam o seu resultado, foi de 22,1%, nível este

que é praticamente o dobro da prevalência geral. Para esta situação, vale a consideração feita acima, no que se refere a possibilidade da informação do detento ser incorreta, porém pode estar também indicando uma dificuldade de acesso ao resultado do exame, principalmente quando este é positivo.

Tabela 37 - Prevalência da infecção por HIV no exame atual, segundo realização e resultado do teste prévio, na população carcerária de Sorocaba, S.P., 1995.

Teste anterior	Resultado	Teste Atual			
		Positivo	Negativo	examinados	Prevalência (%)
Fez	positivo	49	08	57	85,9
	negativo	20	471	491	4,0
	não sabe	25	88	113	22,1
Não fez	-	21	242	263	8,0
Não sabe se fez	-	-	5	5	-
Total	-	115	814	929*	12,4

* Destes 11 tiveram resultado indeterminado, portanto a prevalência = 12,5

É importante destacar, que o estudo permitiu a identificação de 66 (57,4%) detentos infectados, para os quais se ignorava esta situação sorológica.

Este valor pode ser considerado como intermediário quando comparado com 34,0% diagnosticados por BEHRENDT et al. (1994) e 72% por HOXIE et al. (1990).

4.6. Prevalência da Infecção por HIV segundo percepção de risco.

Conhecidas as precárias condições sociais, econômicas e culturais da população estudada, questiona-se a capacidade de percepção de risco que os detentos teriam para a infecção pelo HIV.

Perguntou-se para os detentos, se estes se achavam em risco de estarem infectados pelo HIV. Segundo a tabela 29, verifica-se que 28,4%, disseram que sim e de fato apresentavam um coeficiente de prevalência de 30,4%, o qual foi cinco vezes maior que o registrado para aqueles que referiram não se sentir em risco.

Considerando-se a influência que o conhecimento da situação sorológica prévia ao estudo poderia ter sobre a percepção de risco, passou-se a analisar as prevalências em função desta variável (Tabela 38).

Ao se dividir a população entre aqueles que tinham teste anterior e os nunca testados, verifica-se que a percepção do risco de estar infectado é próxima, sendo respectivamente de 27,9% e 29,6%. No entanto, ao se observar as prevalências, verifica-se que naqueles que nunca haviam se submetido ao teste Anti-HIV anteriormente, o valor é aproximadamente 1/3 do encontrado entre os já testados.

Uma explicação para esta diferença, poderia ser a associação entre a presença de exposições de risco e a realização de exames sorológicos, seja por iniciativa do detento ou do serviço de saúde.

Analisando-se o grupo que tinha referido resultado de teste positivo em testagem anterior, registrou-se que 86,5% sentiam-se em risco e a prevalência encontrada foi de 91,1%. Tais valores eram esperados, tendo em vista a natureza do grupo.

Entre aqueles com resultado de teste anterior negativo, 22,6% referiram percepção de risco, valor este pouco menor que a percepção encontrada no geral e entre eles a prevalência foi de 18,5%.

Dentre os detentos que já haviam feito o teste, porém não sabiam o resultado, 38,9% sentiam-se em risco e a prevalência neles foi de 42,8%, valores estes, maiores que os encontrados nos que tinham teste anterior e sabiam que o resultado não era positivo.

Tabela 38 - Prevalência e Razão de prevalência da infecção por HIV, segundo percepção de risco e conhecimento prévio da situação sorológica, na população carcerária de Sorocaba, S.P., 1995.

Participantes	Percepção de risco	positivos	Total	%	Prevalência (%)	Razão de prevalência	I.C. 95%
Todos	sim	76	250	28,4	30,4	5,17	3,59 - 7,44
	não	37	629	71,6	5,9	1	-
	total	113	879	100,0	12,8	-	-
sem teste anterior	sim	11	74	27,9	14,9	2,62	1,16 - 5,89
	não	10	176	72,1	5,7	1	-
	total	21	250	100	8,4		
com teste anterior	sim	65	175	29,6	37,1	6,2	4,1 - 9,38
	não	27	451	70,4	6,0	1	-
	total	113	876*	100,0	12,8	-	-
com teste anterior	sim	24	130	22,6	18,5	4,10	2,34 - 7,18
não positivo	não	20	444	77,4	4,5	1	-
	total	44	574	100,0	7,6	-	-
com teste anterior	sim	41	45	86,5	91,1	0.91	0,83 - 1,00
positivo	não	7	7	13,5	100,0	1	-
	total	48	52	100,0	92,3	-	-
não sabe o	sim	18	42	38,8	42,9	4,04	2,14 - 19,1
resultado anterior	não	7	66	61,2	10,6	1	-
	total	25	108	100,0	23,1	-	-

*3 foram excluídos por não saberem se já haviam feito teste

Ao se comparar a prevalência da infecção entre os que referiram sentir-se em risco e os que negaram esta percepção, nota-se que independente do fato de já ter sido testado ou não anteriormente, a prevalência é sempre maior entre aqueles cuja resposta foi afirmativa.

Dentre aqueles que já tinham teste anterior, pode-se notar coerência entre a percepção de risco e as prevalências, verificando-se os maiores valores nos que já tinham

teste positivo, menores valores entre aqueles com teste negativos e valores intermediários entre os que já haviam feito teste e não sabiam o resultado.

4.7. Comparação entre os detentos que participaram integralmente do estudo e os que responderam somente o questionário

A comparação entre o grupo de detentos que respondeu somente o questionário e aqueles que participaram integralmente, é importante para avaliar se os que recusaram constituem um grupo especial, com prevalência da infecção diferente dos detentos estudados. Esta situação estaria introduzindo um erro na estimativa da prevalência.

Com este objetivo, procurou-se averiguar se havia ou não diferenças significativas entre os dois grupos de detentos, quanto a uma série de variáveis levantadas.

A comparação dos grupos segundo as variáveis sócio-demográficas: naturalidade, procedência, idade, situação conjugal e escolaridade não demonstrou diferenças estatisticamente significativas (Tabela 39).

A avaliação das variáveis referentes à história de vida carcerária do detento, também mostrou que as médias de tempo de encarceramento na vida e na pena atual são bastante semelhantes, não havendo também, diferenças estatisticamente significativas entre ambos os grupos.(Tabela 41)

Quanto às variáveis relacionadas a práticas sexuais e uso de drogas, a única diferença estatisticamente significativa entre os grupos se refere ao uso de drogas injetáveis. Os detentos não testados referiram apenas 7,6% de exposição, enquanto que no grupo testado, observou-se 13,6%, valor este que é praticamente o dobro em relação ao primeiro grupo.(Tabela 42). Estão no limiar da significância: as diferenças observadas quanto a visita íntima e a relação com mulheres de múltiplos parceiros, cujas maiores proporções também se encontram entre os que fizeram o teste.

Tabela 39 - Distribuição de detentos segundo a realização do teste anti-HIV e variáveis sócio-demográficas, de Sorocaba, S.P., 1995.

Fatores Sociais e Demográficos		Exame				
		Fez	%	Não	%	
Naturalidade	Sorocaba	91	9,8	14	10,8	X2=8,8
	Região de Sorocaba	58	6,3	08	6,2	gl=8
	São Paulo Capital	188	20,3	29	13,4	p=0,359
	Grande São Paulo	54	5,8	11	8,5	
	São Paulo Interior	243	26,2	24	18,5	
	Paraná	69	7,4	16	12,3	
	Minas Gerais	57	6,1	07	5,4	
	Nordeste	120	12,9	13	10,0	
	Outros Estados e países	48	5,2	08	6,2	
	Total	928	100	130	100	
Procedência	Sorocaba	205	22,1	26	20,2	X2=3,9
	Região de Sorocaba	93	10,0	14	10,9	gl=5
	São Paulo Capital	317	34,2	45	34,9	p=0,552
	Grande São Paulo	81	8,7	17	13,2	
	São Paulo Interior	215	23,2	24	18,6	
	Outros Estados e países	16	1,7	03	2,3	
	Total	927	100	129	100	
Idade	19-24	239	25,8	30	23,1	X2=8,25
	25-29	245	26,4	49	37,7	gl=4
	30-34	202	21,8	27	20,8	p=0,0826
	35-39	125	13,5	12	8,8	
	40 e +	117	12,6	12	9,2	
	Total	928	100	130	100	
Escolaridade	Nenhuma/até 4ª série inc	355	38,3	47	36,4	X2=4,23
	Até 4ª série completo	123	13,3	10	7,8	gl=3
	Até 8ª incompleto	327	35,3	51	39,5	p=0,2380
	8ª série completa e mais	122	13,2	21	16,3	
	Total	927	100	129	100	
Situação Conjugal	Soteiro	342	36,9	64	49,6	X2=8,08
	Divorciado	13	1,4	01	0,8	gl=5
	Viúvo	09	1,0	01	0,8	0,1518
	Casado	127	13,7	13	10,1	
	Amasiado	375	40,5	42	32,6	
	Separado	61	6,6	08	6,2	
	Total	927	100	129	100	

Tabela 40 - Médias de tempo de encarceramento (em meses) atual e na vida segundo realização de teste anti-HIV, Sorocaba, S.P., 1995.

Fatores relacionados a história carcerária	Exame	Média (meses)	p Anova
Tempo de encarceramento na vida	Fez	69,436	0,9842
	Não	69,346	-
Tempo de encarceramento nesta pena	Fez	39	0,6277
	Não	40	-

Tabela 41 - Distribuição de detentos que realizaram e não realizaram o teste anti-HIV segundo variáveis relacionadas à história carcerária, Sorocaba, S.P., 1995.

Fatores Relacionados a história carcerária		Exame				
		Fez	%	Não	%	
Número de encarceramentos anteriores	Nenhum	428	46,1	51	39,2	
	até 1	214	26,0	39	30,0	$X^2 = 5,13$
	até 2	120	12,9	22	16,9	gl = 4
	até 3	54	5,8	04	3,1	p = 0,2743
	4 ou +	85	9,2	14	10,8	
	Total	928	100	130	100	
Tempo de Condenação (anos)	0 -5	145	17,2	23	25,3	
	6 - 10	273	32,4	35	38,5	$X^2 = 8,64$
	11 - 15	182	21,6	13	14,3	gl = 5
	16 - 20	104	12,4	11	12,1	p = 0,1242
	21 - 25	57	6,8	05	5,5	
	26 e +	81	9,6	04	4,4	
	Total	842	100	91	100	
Crimes Cometidos	Tráfico de drogas	105	8,0	15	12,7	
	Trafico e uso	36	2,7	07	5,9	$X^2 = 12,16$
	Trafico e produção	51	3,8	05	4,2	gl = 7
	Homicídios	202	15,4	10	8,4	p = 0,0953
	Furto	236	18,0	15	12,7	
	Roubo	548	41,8	53	44,9	
	Estrupo	55	4,1	05	4,2	
	Atentado ao pudor	77	5,8	08	6,7	
	Total	1310	100	118	100	

Tabela 42 - Distribuição dos detentos segundo realização e não realização do teste Anti- HIV e práticas relacionadas como fatores de risco para a infecção por HIV, na população carcerária de Sorocaba, S.P., 1995.

Fatores Relacionados a risco de infecção		Exame				
		Fez	%	Não	%	
Uso de drogas	Sim	728	78,4	105	80,7	$X^2 = 0,37$
	Não	200	21,6	25	19,3	gl = 01
	Total	928	100	130	100	p = 0,5447
Uso de drogas injetáveis	Sim	206	22,2	17	13,0	$X^2 = 5,8$
	Não	722	77,8	113	87,0	gl = 01
	Total	928	100	130	100	p = 0,0169
Relação sexual com detento	Sim	95	87,9	13	87,6	$X^2 = 0,01$
	Não	831	12,1	117	12,3	gl = 1
	Total	926	100	130	100	p = 0,9272
Visita íntima	Sim	609	87,9	74	57,0	$X^2 = 3,77$
	Não	319	12,1	56	43,0	gl = 1
	Total	926	100	130	100	p = 0,0520
Práticas sexuais na vida	**Sem exposição**					
	Sim	115	17,4	10	14,5	$X^2 = 0,37$
	Não	546	82,6	59	85,5	gl = 01
	Total	661	100	69	100	p = 0,5421
	Parceria c/ mulher UDI					
	Sim	100	15,1	07	10,1	$X^2 = 1,24$
	Não	561	84,8	62	89,9	gl = 02
	Total	661	100	69	100	p = 0,2653
	Parceria com mulher de múltiplos parceiros					
	Sim	448	67,8	39	56,543,5	$X^2 = 3,56$
	Não	213	32,2	30	100	gl = 01
	Total	661	100	69		p = 0,0590
	Parceria com prostituta					
	Sim	336	50,8	25	46,2	$X^2 = 0,50$
	Não	325	49,2	37	53,7	gl = 01
	Total	661	100	69	100	p = 0,4812
	Parceria com homos. promiscuo					
	Sim	114	17,2	10	14,5	$X^2 = 0,34$
	Não	547	82,8	59	85,5	gl = 01
	Total	661	100	69	100	p = 0,5621

Desta forma, parece haver uma relativa homogeneidade entre os dois grupos, exceto quanto ao uso de drogas injetáveis, que é maior nos que fizeram o teste. Como esta exposição mostrou-se no estudo como a mais importante para a determinação do risco de infeçcão por HIV, provavelmente o grupo dos que somente responderam ao questionário, deve ter uma prevalência semelhante ou um pouco mais baixa que o grupo testado.

É importante observar que se encontrou apenas um estudo em que este aspecto foi analisado e segundo seu autor (BEHRENDT et al,1994) não se observou diferença nas características do grupo que aceitou ou não fazer o teste.

5. Avaliação dos detentos soropositivos

Dos 115 soropositivos detectados, conseguiu-se aplicar o questionário e realizar o exame clínico em 87 detentos, ou seja, 75,6% dos infectados diagnosticados na primeira etapa do estudo.

A perda de 24,4% ocorreu por diversos motivos: transferência para outras unidades, saída do sistema penitenciário, ocorrência de óbito ou recusa em continuar participando da investigação (apenas dois casos).

5.1. Fatores relacionados ao risco de transmissão da infecção por HIV

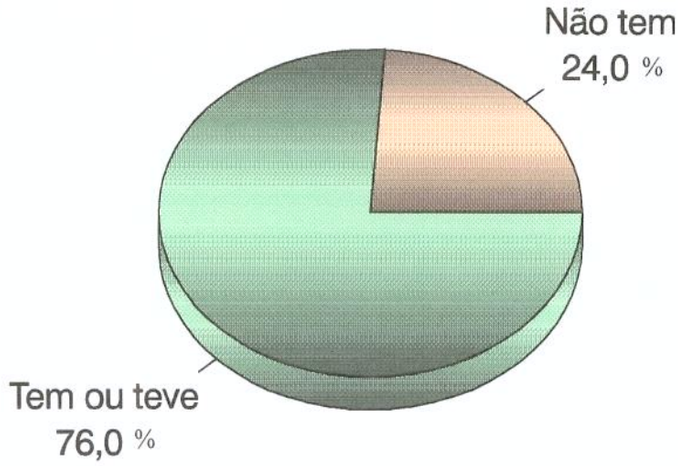
5.1.1. Relação sexual com parceira fixa

Dentro do sistema penitenciário do Estado de São Paulo, existe uma orientação que proíbe os detentos não testados para o HIV e detentos soropositivos de manterem contato sexual com suas parceiras fixas, sob a alegação de que se houver uma infecção desta companheira, a responsabilidade recairia sobre a direção da instituição,pois o dentento encontra-se sob a tutela do Estado. Tal postura tem sido bastante questionada, porém, ainda é válida e está em vigência.

Ao se inquirir os detentos sobre a prática de relações sexuais com suas parceiras, pode-se observar na figura 4, que dos 54 detentos que afirmaram saber ser soropositivos antes deste último teste, 41 ou seja, 75,9% referiram ter mantido relações sexuais com suas parceiras enquanto encarcerados, no entanto, não se pode assegurar que as relações sexuais tenham ocorrido após o detento ter tido conhecimento da sua situação sorológica.

Dos 33 detentos que referiram não saber que eram infectados pelo vírus HIV, 28 (84,8%), afirmaram também, ter tido relação sexual com parceiras fixas na prisão (Figura 5).

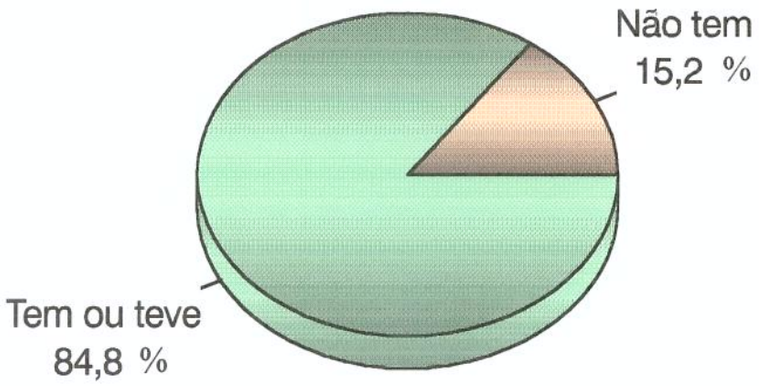
Figura 4 - Distribuição dos detentos que já sabiam ser infectados, segundo ocorrência de relação sexual, Sorocaba, S.P., 1995.



Com estes dados, mesmo que considerássemos que todos aqueles que já sabiam ser positivos antes do estudo, passassem a praticar sexo seguro com suas parceiras ou se mantivessem em abstinência sexual, após o conhecimento da infecção, pode-se notar que continua existindo um alto risco de infecção para o grupo de parceiras cujo detento desconhece sua situação sorológica.

Além disso, parece que a proibição de contato sexual no caso dos detentos soropositivos, não se mostra efetiva, pois dos 289 detentos que referiram na primeira entrevista nunca terem realizado teste Anti-HIV, 150 (51,9%) afirmaram terem tido relações sexuais durante o encarceramento atual.

Figura 5 - Distribuição dos detentos segundo conhecimento da situação de infecção e relação sexual com parceria fixa, Sorocaba, S.P., 1995.



Tal dado evidência a possibilidade da ocorrência de contato sexual quer com parceiras fixas ou não.

Este dado é reforçado por FARREL (1990), que afirma em seu artigo que as relações sexuais ocorrem no sistema penitenciário com ou sem permissão. ROTILY et al (1994), observaram que 64,0% dos detentos soropositivos dos presídios do sul da França mantiveram relações sexuais no último ano de encarceramento.

5.1.2. Número de parceiras(os) sexuais nos dois últimos anos

Quanto ao número de pessoas com quem o detento infectado manteve relações sexuais nos últimos dois anos, verifica-se na tabela 43 que cerca de 20,0% destes homens, referiram não ter tido tal contato. No entanto, os demais 79,5%, referiram ter tido contato sexual com uma ou mais pessoas diferentes, sendo que a maioria referiu contatos que variaram entre 1 e 3 parceiros.

Há um grupo, que totaliza aproximadamente 10,0% destes detentos, que refere contato sexual com um número maior de parceiros, variando de 4 a 100 parceiros nos últimos dois anos.

Considerando estes dados, estima-se que cerca de 266 pessoas foram expostas ao risco de infecção via contato sexual, a partir destes detentos infectados, durante os últimos dois anos.

Tabela 43 - Número de parcerias sexuais, nos últimos 2 anos, dos detentos infectados por HIV, nos presídios de Sorocaba, S.P., 1995.

Número de parceiros	Freqüência	Total	%	% acumulada
0	17	0	19,5	19,5
1	33	33	37,9	57,5
2	14	28	16,1	73,6
3	12	24	13,8	87,4
4	3	12	3,4	90,8
5	2	10	2,3	93,1
6	2	12	2,3	95,4
10	2	20	2,3	97,7
15	1	15	1,1	98,9
100	1	100	1,1	100,0
Total	**87**	**266**	**100,0**	-

5.1.3 Freqüência de uso de preservativo nas relações sexuais, durante encarceramento.

O uso de preservativos por estes detentos, nas relações sexuais, durante o período de encarceramento é bastante baixo , como pode-se verificar na tabela 33. Chama a atenção que daqueles que referiram ter relações sexuais, 74,6% referiram que nunca usam e 7,0% referiram que raramente usam preservativos em suas relações. Desta forma, a grande

maioria dos comunicantes sexuais destes homens têm exposição a secreções sexuais infectantes.

Em estudo realizado na Casa de Detenção em São Paulo, LOURENÇO (1994), refere que o uso de preservativos por detentos infectados foi ainda mais baixo, pois 92,0% referiram nunca usar preservativos nas relações sexuais.

Tabela 44. Uso de preservativos, nas relações sexuais, durante encarceramento pelos detentos infectados por HIV, nos presídios de Sorocaba, S.P., 1995.

Uso de preservativo	Frequência	%
sempre	7	9,8
quase sempre	6	8,4
raramente	5	7,0
nunca	53	74,6
Total	71	100,0

*16 detentos referiram não ter relação sexual

5.1.4. Doenças Sexualmente Transmissíveis nos últimos 5 anos

A referência de história de doenças venéreas, tem se mostrado importante no sentido de indicar um comportamento não seguro em relação à prática sexual, além do fato de considerar-se estas doenças como fatores facilitadores para a transmissão do infecção por HIV (WASSERHEIT, 1992).

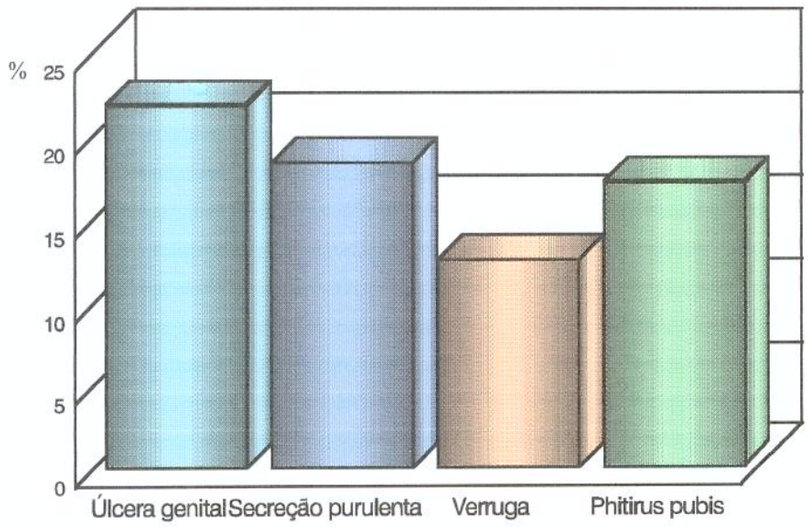
Entre os detentos infectados, verifica-se que 47,1%, referiu ter tido alguma alteração patológica genital, sugestiva de doença venérea, dentro dos últimos 5 anos.

As patologias mais comumente referidas, foram a ocorrência de "ferida", ou lesão úlcerada, em 21,8% dos detentos infectados e 18,4% referiram história de secreção uretral purulenta (Figura 6).

A ocorrência de infestação por *Phitirus pubis* e a história de verrugas genitais, tiveram freqüências menores, sendo respectivamente de 17,2% e 12,5%.

Segundo a revisão feita por WASSERHEIT (1992), as doenças sexualmente transmissíveis aumentam o risco da infecção pelo HIV em 3 a 5 vezes, sendo este risco maior nos casos de úlceras genitais do que nas doenças sexualmente transmissíveis não ulceradas.

Figura 6 - Tipos de patologias genitais nos últimos 5 anos, referidas por detentos infectados, Sorocaba, S.P., 1995.



Outros autores nacionais também referem uma associação das doenças sexualmente transmissíveis e infecção por HIV, LOURENÇO (1994) refere que 22,0% dos detentos identificados como soropositivos na Casa de Detenção de São Paulo tinham história de D.S.T. e MATIDA et a. (1986) encontraram 81,5% dos soropositivos de sexo masculino do sistema penitenciário do Rio de Janeiro, com estes antecedentes.

É interessante destacar que os usuários de drogas injetáveis têm um risco de 2,7 vezes maior de ter D.S.T. segundo BIRD et al. (1995), fato este que pode estar colaborando com o fato deste grupo ter as maiores taxas de infecção.

5.1.5. Número de filhos menores de 10 anos

A transmissão vertical, dado ao fato de que a maioria dos detentos tem parceiras sexuais, apresenta-se como uma possibilidade neste grupo.

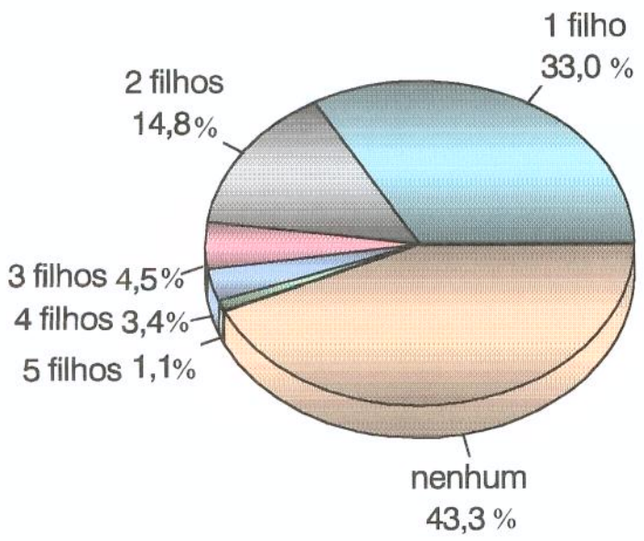
Na figura 7, nota-se que 57,4% destes detentos são pais de crianças menores de 10 anos, portanto considerando-se a possibilidade da parceira ter se infectado e o tempo máximo da evolução da infecção, estas crianças estariam ainda dentro da faixa etária de risco de serem doentes de AIDS ou portadoras do HIV.

A maior parte da prole dos detentos é constituída de 1 ou 2 crianças, nesta faixa etária, no entanto existe um caso onde o detento refere ter cinco filhos com menos de 10 anos.

Ao se calcular o total de crianças, filhas de detentos infectados, encontra-se que 84 crianças podem ter sido expostas ao risco de infecção intra-uterina, caso suas mães tenham contraído a infecção dos seus companheiros.

Não encontrou-se estudos que analisassem esta variável em função da infecção por HIV.

Figura 7 - Distribuição dos detentos segundo o número de filhos menores de 10 anos, Sorocaba, S.P., 1995.



5.1.6. Uso de drogas e risco de transmissão

Em relação ao uso de drogas, temos que a maconha é a droga mais freqüentemente usada durante o encarceramento, pelos detentos infectados, sendo seu uso referido por 79,1% deles (Tabela 45).

O uso de cocaína inalada foi de 47,7% e o seu uso por via endovenosa mostrou uma freqüência de 19,8%. Esta última proporção parece bastante elevada, tendo em vista que a pergunta era precisa no sentido do uso ter sido feito durante períodos de encarceramento.

DYES & ISAACS (1991) e McKEE & POWER (1992) registraram respectivamente 14,0% e 16,0% de tal prática entre usuários de drogas injetáveis, enquanto presos, valores estes, abaixo dos encontrados no presente estudo.

Tabela 45. Distribuição dos detentos infectados segundo tipo de droga usada durante o encarceramento, Sorocaba, S.P.,1995.

Maconha		
usou	68	79,1
não usou	18	20,9
Cocaína inalada		
usou	41	47,7
não usou	45	52,3
Cocaína endovenosa		
usou	19	22,0
não usou	67	78,0
Crack		
usou	24	27,9
não usou	62	72,1
Heroína		
usou	1	1,2
não usou	85	98,8
Cola		
usou	7	8,1
não usou	79	91,9

Levando-se em consideração a dificuldade de se obter o material necessário para o uso parenteral, a possibilidade da ocorrência do compartilhamento de agulhas e seringas aumenta, provavelmente elevando o risco de infecção entre os comunicantes por via parenteral (McKEE & POWER, 1992; POWER et al, 1992 ; MÜLLER et al,1995)

É importante destacar que a referência do uso do crack aparece, (27,9%), apresentando uma freqüência menor do que o uso da cocaína inalada e com um valor maior que a cocaína usada por via endovenosa. Este dado sugere que o consumo de crack já é uma realidade nos presídios, mas que o uso da cocaína refinada mantém-se mais elevado.

Outras drogas, como a heroína e cola de sapateiro, foram referidas, porém em uma freqüência muito baixa.

Ao se perguntar aos detentos que usaram cocaína endovenosa, se haviam ou não compartilhado seringas enquanto estavam encarcerados, 68,5% destes responderam que sim, sendo que destes, 68,4% já sabiam antes do exame atual que eram infectados (Tabela 46).

DYES & ISAACS (1991) referiram que 3/4 dos usuários de drogas injetáveis compartilharam seringas durante o encarceramento. POWER et al (1992) observaram que 17,3% tiveram esta prática durante o encarceramento. Portanto, os valores aqui citados são mais próximos dos níveis mais elevados.

Tabela 46. Distribuição dos detentos infectados segundo o número de parceiros diferentes com quem compartilhou seringas, no uso de cocaína E.V., durante encarceramento, Sorocaba, S.P., 1995.

Número de parceiros com quem compartilhou seringa	nº de casos	%	Σ
0	6	31,5	-
1	3	15,7	3
2	2	10,5	4
3	3	15,7	9
5	3	15,7	15
6	2	10,5	12
Total	19	100,0	43

Perguntou-se então, a estes detentos, com quantas pessoas diferentes compartilharam seringa, enquanto estavam presos. Como pode-se observar na tabela 46, verifica-se que o número referido de parceiros diferentes variou desde apenas um até seis pessoas. Em função destes dados, pode-se estimar que ao menos 43 detentos tiveram exposição a sangue infectado a partir deste grupo de detentos.

5.2. Prevalência da doença na população carcerária

A definição de doente de AIDS e portador assintomático apresenta limites imprecisos, quando não se utiliza métodos laboratoriais.

Este estudo fundamenta-se basicamente na história clínica indicativa de imunodepressão e em sinais ou sintomas observados no momento do exame clínico.

A classificação utilizada, como já foi citado na metodologia, foi a do Centro de Controle de Doenças de Atlanta - CDC, 1987 (MINISTÉRIO...,1992), em função da impossibilidade de uso da definição de 1993 pelo fato desta se basear na contagem de linfócitos T4.

5.2.1. História clínica

Levando-se em consideração o longo período de infecção assintomática e o caráter crônico e lento da evolução da doença, buscou-se identificar a ocorrência de antecedentes mórbidos que pudessem estar associados à manifestação da doença nos últimos 2 anos.

Na tabela 47, tem-se a freqüência de sinais/sintomas e diagnósticos nosológicos.

Pode-se notar que os sinais e sintomas, que definem a chamada doença constitucional, como cansaço prolongado, tosse persistente, aumento de gânglios, febre constante e emagrecimento, foram os mais freqüentes, apresentando valores que variaram de 43,5% a 33,3%.

Alterações mórbidas, mais definidas, como dermatites, diarréia e alterações mentais ou neurológicas, apresentaram referência em torno de 20 a 30% dos detentos infectados.

A menção da ocorrência de doenças enquanto entidades nosológicas, como a pneumonia, herpes simples, tuberculose, candidíase e herpes zoster, também ocorrem, porém em freqüências menores.

É importante destacar, entre as doenças acima, a co-infecção tuberculose/HIV, que foi referida por 13,4% dos infectados, ressaltando a importância que a epidemia da AIDS tem no recrudecimento das grandes endemias, especialmente nestas instituições.

É possível que a diferença destas freqüências, tenha ocorrido em função do fato que os sinais/sintomas são definidos pelo próprio detento, enquanto que as doenças,

geralmente são diagnosticadas pelo serviço de saúde,o indivíduo desinformado, muitas vezes, da patologia que o acomete.

Porém, sabe-se que os primeiros indícios de manifestação da doença geralmente são os sinais/sintomas que têm como característica uma evolução insidiosa, com períodos de melhora e piora, até que se reconheça uma patologia associada a imunodepressão.

Desta forma, o que poderia estar se observando, seria um grupo com maior número de indivíduos na fase inicial de doença, ainda com nosologias não definidas e um grupo menor, onde a Síndrome já se encontra instalada, com a presença de patologias que indicam a imunodepressão adquirida.

5.2.2. Exame Clínico

Como pode-se notar na tabela 48, os achados de maior relevância, foram aqueles referentes ao acometimento do sistema retículo endotelial, onde encontrou-se pelo menos um gânglio palpável em 94,3% dos examinados e em mais da metade destes detentos observou-se fígado e ou baço palpáveis.

Tabela 47. Sinais, sintomas e diagnósticos ocorridos nos últimos 2 anos, referidos pelos detentos infectados por HIV, dos presídios de Sorocaba, S.P.,1995.

Sinais, sintomas e diagnósticos	%
Cansaço prolongado (adinamia > 1 mês)	43,7
Tosse prolongada (tosse persistente > 1 mês)	42,5
Adenomegalia (> ou =1cm, em 2 ou + cadeias > 1 mês)	42,5
Febre constante temperatura > 37,5 ', > 1 mês)	39,1
Emagrecimento intenso (perda de peso > 10% do peso habitual em >=1 mês)	33,3
Alterações dermatológicas (lesão cutânea que chamou, nos últimos 2 anos)	28,7
Diarréia prolongada (2 ou mais evacuações frouxas/dia em tempo > 1 mês)	20,7
Alterações mentais ou neurológicas (alteração de consciência ou comportamento ou motora , nos últimos 2 anos)	19,5
Pneumonia (diagnóstico referido por médico, nos últimos 2 anos)	14,9
Herpes simples (lesão em face, pênis ou ânus persistente)	14,9
Tuberculose (diagnóstico referido por médico)	13,8
Candidíase (placas visíveis e esbranquiçadas na boca)	13,8
Herpes zoster (diagnóstico referido por médico)	4,6

Alterações de pele e anexos, comumente descritas em pacientes com AIDS, também foram achados freqüentes, ressaltando-se no entanto, sua inespecificidade.

Chama a atenção, o achado de pelo menos alguma alteração genital, sugestiva de doença sexualmente transmissível, em 14,9% dos examinados. Tal achado é compatível com a alta freqüência referida de história anterior de doenças deste grupo.

Destaca-se também, o fato de 19,5% dos examinados terem apresentado monilíase oral e 11,5% terem mostrado diminuição da força muscular ao exame, o que pode estar indicando a existência de detentos em fases mais adiantadas da Síndrome.

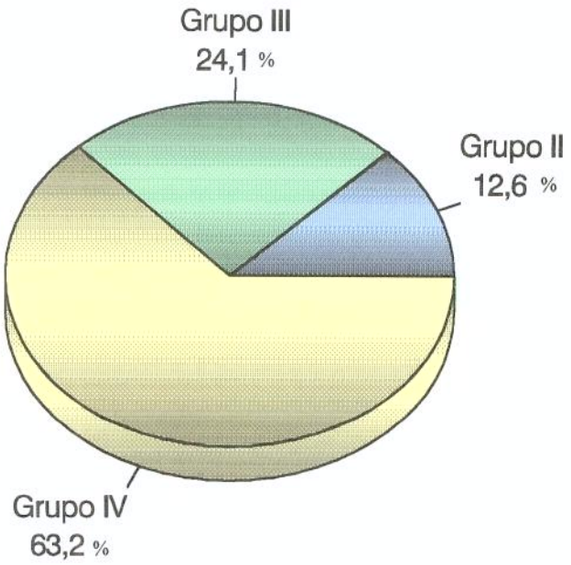
Tabela 48. Presença de alterações encontradas no exame clínico, dos detentos infectados, nos presídios se Sorocaba, S.P., 1995.

[illegible]	[illegible]	[illegible]
Gânglios	94,3	Adenomegalia
Fígado	58,6	Hepatomegalia
Baço	56,3	Esplenomegalia
Pele	33,3	Dermatofitoses
Unhas	20,7	Onicomicoses
Cavidade oral	19,5	Monilíase
Genital externo	14,9	Lesões sugestivas de DST
Força muscular	11,5	Hipotonia muscular
Mucosas	6,9	Palidez
Ausculta pulmonar	6,9	Roncos/sibilos
Esfera psíquica - consciência	4,6	Dificuldade de compreenção
Ausculta cardíaca	3,4	Sopro

5.2.3. Classificação da infecção

Ao se analisar conjuntamente a história clínica e os achados do exame físico realizado, tem-se que 63,2% dos detentos infectados podem ser classificados no grupo IV, ou seja apresentam sinais/sintomas ou doenças que são fortes indicativos ou definidores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Figura 8).

Figura 8 - Classificação dos detentos infectados, segundo critérios do CDC - 1987



Destaca-se ainda, que 21 detentos (24,1%) apresentavam duas ou mais cadeias ganglionares aumentadas, excluindo-se a inguinal, não tendo sido possível, no entanto, saber se tais sinais eram persistentes por mais de três meses, conforme a definição da classificação.

Diante deste achado, estes detentos foram classificados como pertencentes ao Grupo III, podendo ocorrer por tal motivo uma hiperestimativa deste grupo em detrimento ao grupo II, pois alguns indivíduos poderiam estar tendo uma adenomegalia transitória e portanto não se enquadrando neste estadio.

A consideração acima poderia explicar a baixa freqüência de detentos classificados como pertencentes ao Grupo II, pois somente 12,6% dos infectados foram classificados como portadores assintomáticos.

Um outro aspecto importante, que chama a atenção em função de sua freqüência, foi o uso quase que inexistente de medicamentos antiretrovirais. Apenas 1 detento referiu estar fazendo uso de AZT (Zidovudina) e nenhum estava usado DDI (Didanosina) ou DDC (Zalcitabina).

A prevalência de AIDS entre os infectados seria portanto de 63,2% e a prevalência na população carcerária seria de 6%.

Considerando-se que a prevalência da doença encontrada na população do país durante o ano de 1994 (Brasil...1995) foi de 21,3/100.000, esta população específica apresenta-se 286 vezes mais acometida que a população geral.

6. Conclusão e Considerações finais

A população carcerária, dada suas especificidades, deve ser considerada como um grupo de grande vulnerabilidade para a infecção por HIV.

Estudos realizados em outra partes do mundo, já mostravam que desde o início da epidemia de AIDS, verificou-se o ocorrência de casos de AIDS entre detentos, devido a alta freqüência de práticas de comportamentos de risco entre estes indivíduos.

No Brasil, poucos estudos têm sido produzidos no sentido de identificar a situação da epidemia no sistema penitenciário, de maneira a permitir a formulação de estratégias de prevenção à infecção e o tratamento da doença nesta população.

Em relação ao uso de uma metodologia voluntária para a investigação da prevalência da infecção por HIV entre os detentos, observou-se que tal estratégia é viável, pois obteve-se a participação de 82,2% dos detentos no estudo, além de 12,3% dos detentos que apesar de não terem aceitado realizar o teste anti-HIV, responderam ao questionário, o que possibilitou concluir que a prevalência neste grupo era igual ou muito próxima do grupo testado.

Encontrou-se uma prevalência de 12,5% de infecção por HIV na população estudada, nível este considerado intermediário, quando comparado com estudos anteriores realizados em outros países e nos grandes presídios da cidade de São Paulo.

Verificou-se em relação aos fatores sócio-demográficos, que a prevalência é mais elevada nos naturais do município de Sorocaba, onde se registrou uma prevalência de 24,7% e Razão de Prevalência de 4,78 e mais baixa nos da região de Sorocaba, cuja prevalência foi de 5,7%. Tais diferenças devem estar relacionadas às características geo-populacionais, pois a região de Sorocaba é constituída apenas por pequenos municípios do interior do Estado de São Paulo, enquanto Sorocaba é um grande centro regional do interior do estado.

Notou-se as mesmas diferenças em relação à procedência, além de se observar que entre os procedentes e naturais de Sorocaba, tem-se os maiores coeficientes e os procedentes e naturais da região têm os menores coeficientes, quando comparados aos procedentes não naturais destas localidades.

As prevalências foram mais elevadas entre os detentos com idade de 19 a 34 anos, especialmente entre aqueles com 25 a 29 anos que apresentaram prevalência de 14,81 e razão de prevalência = 2,13, em relação aos com 35 anos e mais.

A situação conjugal, apesar de mostrar prevalência um pouco mais elevada entre os solteiros, não mostrou diferenças estatisticamente significativas, quando comparada com outras categorias desta variável.

O mesmo acontece em relação a escolaridade, pois verifica-se uma tendência do crescimento das prevalências, segundo o aumento de anos de estudo, até aqueles com 8° série incompleta, que no entanto não difere de forma estatisticamente significativa da prevalência daqueles com maior escolaridade.

Ao se observar as prevalências segundo a história de vida carcerária, pode-se verificar que na medida que o número de encarceramentos prévios na vida aumenta, o risco de infecção também se eleva, sendo 3,17 vezes maior naqueles que já foram encarcerados por 5 ou mais vezes. Portanto, o número de encarceramentos na vida é um importante marcador de risco de infecção.

Em relação ao número de estabelecimentos penais pelos quais o indivíduos já passou, verificou-se que há um aumento do risco de infecção mais definido quando o detento já esteve preso em 9 ou mais estabelecimentos penais.

O tempo de encarceramento na vida e o tempo de encarceramento atual, mostraram-se associados ao risco de infecção, sendo que as maiores prevalências ocorrem na medida que o tempo de encarceramento aumenta, estabilizando-se no caso da primeira variável quando o detento já cumpriu 7 ou mais anos e no segundo, nos que cumpriram 5 anos ou mais.

Ao se analisar o tempo de condenação, encontrou-se as maiores prevalências entre aqueles que tinham menor tempo, fato este que está relacionado à maior concentração dos crimes referentes a drogas e furto, pois tais infrações definem condenações menores.

Os crimes que se mostraram associados ao maior risco de infecção foram aqueles relacionados a furto, ao tráfico de drogas, que envolvem desde a produção até a

venda e aqueles relacionados ao uso de drogas. O crime de associação com finalidade de tráfico, mostrou a menor prevalência entre os analisados, fato este que evidencia que os traficantes mais organizados se expõem significativamente menos ao risco de infecção.

As exposições que se mostraram associadas a maiores prevalências, foram o uso de drogas injetáveis, a qual eleva em 5,68 vezes a chance de infecção e as práticas sexuais com mulheres de múltiplos parceiros, prostitutas, homossexuais prostitutos ou de múltiplos parceiros e parceria sexual com usuário de drogas. Estas exposições sexuais mostraram-se relacionadas a prevalências elevadas quando analisadas isoladamente e potencializadas quando havia associação de mais de 1 exposição (RP=8,07 quando o detento tem todas as exposições sexuais).

O acesso ao exame anti-HIV dentro dos presídios é bom, pois 72,2% dos detentos, já havia feito teste anti-HIV anteriormente.

Constatou-se que os detentos têm percepção de risco em relação à infecção por HIV, em função do fato de ter se observado que aqueles que referiam-se em risco de estar infectados, mostraram uma razão de prevalência de 5,17 em relação aos que se referiam sem risco.

Avaliação dos detentos infectados

Observou-se que o risco de transmissão da infecção por HIV, via contato sexual, nesta população, é real, dado que a maioria dos detentos infectados manteve ou mantém relação sexual com parceiras fixas ou não e podem manter relações sexuais com outros detentos. Tais relações ocorrem em quase 80,0% das vezes, sem uso de preservativos, expondo a parceria ao risco de infecção.

As doenças sexualmente transmissíveis mostraram-se freqüentes entre os detentos soropositivos, tendo história referida nos últimos 5 anos por 47,1% destes homens.

A maioria destes homens tem acesso ao uso de drogas dentro do presídio, tendo sido referido o uso de maconha por 79,1% dos soropositivos, de cocaína inalada por 47,7%, de cocaína via endovenosa por 19,8% e de crack, a referência foi de 27,9%.

Tal situação mostra que o risco de infeção por HIV, através do uso de drogas nos presídios, também é um fato, pois 68,5 dos usuários de drogas injetáveis soropositivos afirmaram ter compartilhado seringas com outro detento enquanto encarcerados.

Verificou-se ainda, que mais da metade deste detentos têm filhos menores de 10 anos e, portanto, em risco de estar infectados ou doentes.

Os antecedentes mórbidos dos detentos infectados mostrou queixas de cansaço prolongado, tosse persistente, aumento de gânglios, febre constante e emagrecimento, numa freqüência que variou de 43,5% a 33.3%.

História de diarréia crônica, dermatites e alterações mentais e ou neurológicas foram referidas em torno de 20,0% e a referência de pneumonias e moniliase oral também foi elevada, sendo de 14,9% e 13,8% respectivamente.

Chama a atenção, que 13,8% referiram ter tido ou ter tuberculose dentro dos últimos 2 anos, o que evidencia a importância desta co-infecção nesta população.

O exame clínico mostrou como principais alterações do sistema retículoendotelial, alterações dermatológicas como dermatofitoses e onicimicoses, presença de moniliase oral e perda de força muscular, além de ter-se encontrado, em 14,9% dos detentos, lesões indicativas de D.S.T..

Em função destes achados, classificou-se estes detentos segundo os critérios do C.D.C.-1987, em 12,6% pertencentes ao Grupo II, 24,1% no Grupo III e 63,2% como sendo do Grupo IV ou seja, a maioria dos detentos já se encontra manifestando sinais ou sintomas sugestivos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

O acesso ao uso de medicamentos antiretrovirais ainda é precário dentro dos presídios, sendo que apenas 1 dos detentos referiu estar fazendo uso de Zidovudina (AZT) e nenhum fez referência de uso de Didanosina (DDI) ou Zalcitabine (DDC).

Conclui-se então que a prevalência da infecção na população carcerária de Sorocaba é de 12,5% e a prevalência de AIDS neste mesmo grupo é elevada, atingindo cerca de 6,0% dos detentos estudados, valor este 286 vezes maior que na população geral.

Assim, considerando-se a alta prevalência de infecção por HIV e a alta prevalência da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida observada na população carcerária em relação a comunidade em geral, levando-se em consideração que o processo de infecção e transmissão da infecção por HIV é dinâmico, estabelecendo rotas de dentro para fora dos presídios e vice-versa, torna-se de extrema importância que se estabeleça o mais rápido possível uma política mais eficaz, tanto no que se refere à prevenção de novos casos de HIV/AIDS, como de tratamento daqueles casos já infectados ou doentes, existentes dentro das prisões e presídios do país.

O Sistema Penitenciário do país precisa se reformular, buscando o seu real objetivo, ou seja o de reabilitar os indivíduos para voltarem a viver na sociedade.

Este discurso, que tem sido visto como um jargão estéril, não pode se manter como mais uma das obrigações sociais abandonadas por uma sociedade negligente e desumana.

O sistema carcerário precisa entender que o homem, que é objeto de seu trabalho, é cidadão e que a despeito do crime que tenha cometido, é seu direito ter acesso a cuidados médicos, condições que sejam propícias a sua reabilitação e às necessidades mínimas condizentes com a condição humana.

É preciso que o direito à satisfação das necessidades afetivas e físicas, como a possibilidade de manter ou estabelecer laços familiares, satisfação das necessidades sexuais, alimentação, dentre outros, sejam garantidos com segurança, tanto para os detentos soropositivos como para os demais, garantindo-se para tanto, no mínimo o fornecimento de preservativos suficientes e satisfatórios.

Faz-se necessário ainda a adoção de atitudes mais pragmáticas, no que se refere especialmente à questão do uso e abuso de drogas por esta população. É vital às instituições de programas de desintoxicação ou de redução de danos para os detentos dependentes

químicos, compreendendo-se que estes homens além de terem este direito, também se relacionam com a comunidade e fazem parte do elo de transmissão da infecção, sendo portanto um grupo estratégico a ser trabalhado no enfrentamento da epidemia.

O envolvimento da sociedade como um todo, frente ao problema da marginalidade, precisa ser resgatado, pois a perda do contrato social do bem comum, produzindo este enorme contingente de excluídos, apenas alimenta o ciclo da violência que temos assistido em nosso meio.

É necessário o envolvimento das organizações não-governamentais na gestão dos presídios, conjuntamente com os setores governamentais, na busca de uma revitalização desta instituição hoje perniciosa e muito cruel.

Esta manifestação de indignação, não pode deixar de existir quando homens, mulheres e crianças, independente de idade, cor, orientação sexual, raça, credo ou condição social estão morrendo às vistas de todos, de maneira indigna e indiferente, em função da banalização do direito à vida.

7. Summary

The population of prisoners by their particularization has been considered as a group of high vulnerability to the infection of HIV. The search was based on a volunteer participation to get to know the predominance of the infection by HIV and AIDS in 2 prison of Sorocaba city which population were 1065 men. The design was a cross section. It was found a prevalence of 12.5% infection by HIV in the population searched, this level is considered intermediary when compared to previous searches realized in the country. Verified association among the higher risk of infection once analyzed the facts social-demography related to nature and age. Related to the prisoners history, it was observed variable number of previous time spent in prison and also the number of punishments were involved put the risk of infection in higher position statistically way. The time spent in prison during their life and the actual moment in prison shown us most prevalence are in those cases involving more time spent in prison and once analyzed the time of condemnation, it was found out higher infection of those cases with lower condemnation. Drugs traffic and roubbery, were then main crimes associated to the infection. An exposure which shown to increase the prevalence of infection were the use of injectables drugs and sex practices of women with several partners prostitutes, gays prostitutes or even multiple partners using drugs. It was also verified 72.2% of prisoners had already done the anti HIV test before, what show us that there are access to test in prison. It was found out the prisoners have perception of the risk in related to the HIV infection, therefore because those who mention their risk we verified relative risk of 5.17%. Most infected prisoners kept their sex relation while in prison and 80.0% of those relations not using preservatives and added to that registered 47,1% of those, confirmed to have had some suggestive alterations of STD during the last 5 years. The use of marijuana has refereed to 79.1% of infected while sniffing cocaine was 47.7%, intravenous injection was 19.8% and the crack 27.9%. Also verified more than a half of those prisoners have children younger than 10 years old with a serious risk of been infected or ill. The morbids antecedents of prisoners infected shown a numerous of intercurrents putting on spot the reference of pneumonia and infect by candid respectively 19.9% and 13.8% and the reference of 13.8% occurrence of tuberculosis. The clinic exam shown as main alterations of the lymphatic nodes, spleen and liver, dermatologic alteration presence of candid oral

and lose of power muscles, and also found out in 14.9% of the prisoners, indicative lesions of STD. In functions of founds those prisoners were qualified following the judgment of CDC-1987, as 12.6% belonging to the group II, 24.1% as group III and 63.2% as group IV or so most of prisoners were found manifesting the signs or symptoms of AIDS. Concluding than prevalence of AIDS in the same group is 6%, 286 times more than general population.

8. Referências Bibliográficas

Normas adotadas Herani, M. L. G. - Normas para apresentação de dissertações e teses. São Paulo, Bireme, 1990, 45p.

ABBOTT HIV-1 EIA Recombinante. *Virus de la Immuno Deficiencia Humana (HIVI).*: (Antigeno Recombinante, *E. coli*), p 13.

ADURA, M.; LUZZI, R.J.; MATSUMOTO, M.; ROSALES,T.; MERCATELLI, .. *Resul tados da pesquisa de anticorpos anti-HIV em 49818 soros sanguíneos.* REV. Paul. Med. 105 (4): 239, 1987.

AMATO NETO, V, BALDY, J. L. S. *Doenças Transmissíveis.* 3ª ed., São Paulo, Ed. Savier,1988.

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.* AJE, 139:918-926. 1994.

BENETUCCI, J.A.; ASTARLOA, L.; MULTARE, S.; ZARATE, S.: MASSIO, E.; RUBENS, J.; BOXACA, M.; WEISSENBACHER, M. *Prevalence of infection among a close population of prisoners in Argentina.* IV International Conference on AIDS, June 1988 ANAIS, Stockholm, 1988 (abstrat 4213).

BIRD G. A., GORE M. S., CAMERON S., ROSS L. A., GOLDBERG J. D. - *Anonymous HIV surveillance with factor elicitation at Scotland's largest prison, Barlinnie.* AIDS, 9:801-808, 1995.

BIRD, G. A.; GORE M.S.; JOLLIFFE W.D.; BURNS M.S. *Anonymous HIV Surveillance in Saughton Prison.* Edinburgh. **AIDS**, 6:725-33,1992.

BLASOTTI, A.; BLOTTA L.S.H.M.; GOMES O.C.M. *Inquérito sorológico sobre prevalência de anticorpos anti-HIV em detentos da Cadeia Pública de Sorocaba.* Revista Paulista de Medicina,105: 118-9, 1987.

BOR, R.; MILLER R.; GOLDMAN E. *Theory and Practice of HIV Counselling.* A *Systemic aproach.* 2ª edition, London, Cassell, 1993. 192p.

BRASIL. Ministério da Saúde. PNDST/ AIDS - *Boletim Epidemiológico* 1992. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. PNDST/ AIDS - *Boletim Epidemiológico.* 1994. 8.

BRASIL. Ministério da Saúde. PNDST/ AIDS - *Boletim Epidemiológico*. Dez 94 Jan e Fev 95. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. PNDST/ AIDS - *Boletim Epidemiológico*. 1987. 5.

BRASIL. Ministério da Saúde. PNDST/ AIDS - *Boletim Epidemiológico* 1991.11.

BRASIL. Ministério da Saúde. PNDST/ AIDS - *Boletim Epidemiológico*. 1995. 4.

BRASIL. Ministério da Saúde. PNDST/ AIDS - *Boletim Epidemiológico*. 1992. 6.

BRASIL.Ministério da Saúde. PNDST/ AIDS - *Boletim Epidemiológico*. 1993. 7,

BRASIL.Ministério da Saúde. PNDST/ AIDS -*Boletim Epidemiológico*. 1994. 6.

BREWER, DERRICKSON. *AIDS in prison: A review of epidemiology and preventive policy*. AIDS, 6 (7): 623-8.

CAPOCCIA, A.; RANIERI R.; BUSNELLI M.; PASSARETTI B.; MILELLA M.A.; VECHI L. - *Studio serologico della Prevalenza DellInfeczione do HIV, HBV e Dalla Falsa Positivita Della VDRL in un instituto di pena Minerva Medica* ,82 (3):125 - 130,1991.

Centers for Disease Control and Prevention. 1993 revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and Adults. **MMWR 41**(RR-17) 1- 17, 1992.

COLUMBER D., HARTHCOCH L., SMITH C., FOGAN R. - EPIINFO. *Executive Health Information Shell, Epiglue 1.0. Centers for Disease Control and Prevention*. Delaware Division of Public Health, Atalanta, Georgia, USA, 1994.

CORTES, E. et al. *HIV1, HIV2 and HTLV-1 infection in High Risk Groups in Brazil*. N. Eng. J.Med.,320 (15): 953-7, 1989.

COSCINA, A.L. *Pesquisa de anticorpos para HIV-1 e HIV-2 em presidiários Brasileiros. São Paulo, 1992* (Tese de Mestrado - Escola Paulista de Medicina).

CZERESNIA, D.; SANTOS M.E.; BARBOSA S.H.R.; MONTEIRO S. - *AIDS Ética, Medicina e Biotecnologia*. São Paulo - Rio de Janeiro, HUCITEC ABRASCO,1995. 158p.

DOUGLAS, R.M.; GAUGHWIN D.M.; ALI L.R.; DAVIES M.L.; MYLVAGANAM A.; LIEW Y.C. - *Risk of Transmission of the Human Immunodeficiency of the Prison Setting*. Medical Journal of Australia, 150:722, 1989

DYE, S. & ISAACS C. - *Intravenous drug misuse among prison inmates: implications for spread of HIV*. BMJ, 302:1506, 1991.

FARREL, M. & STRANG, J. *Drugs, HIV and Prison*. BMJ, 302:1477-1478.1991

FARREL, M. *HIV and AIDS in European prison*. British Journal of Addiction,85: 1664-1673, 1990.

FRANCO, A.S.; SILVA Jr., J.; BETAHNO, L.C.; STOCO, R.; FEUTRIN, S.O.; GUASTINI, V.C.R.; LINNO, W. Código Penal e sua interpretação jurisprudencial. 4° ed. São Paulo, Revista dos Tribunais Ltda, 1993. 2113p.

HARDING, T. W. *AIDS in Prison*. The Lancet, 28:1260-1263, 1987.

HARDY, A.M.; RAUCH, K.; ECHENBERG, D.; MORGAN, M.W.; CURRAN, W.J.- *The economic impact of first 10,000 cases of AIDS in United States*. JAMA,255: 209-211,1986.

HIV in Prison. The Lancet, 337: 546, 1991. [Noticeboard]

HORSBURG, R.C.; JARVIS, Q.J.; MCARTHUR, T.; IGNACIO, T.; STOCK, P. - *Seroconversion to Human Immunodeficiency Virus in prison inmates - Nevada*. AJPH,80 (2): 209-210, 1990.

HOXIE, N.J.; VERGERONT, M.J.; FRISBY, R.H.; PFISTER, R.J.; -GOLUBJATNIKOV, R.; DAVIS, P.J. - HIV *seroprevalence and Acceptance of Voluntary HIV Testing among Newly Incarcerated Male Prison Inmates in Wiscosin*. AJPH, 80 (9):1129-1131,1990.

JESUS, D. E. *Código Penal Anotado*. 2ª ed., São Paulo, Saraiva, 1991. 932 p.

KALISCHMAN, A. - *Pauperização e Banalização de uma Epidemia.* In: Epidemiologia Social da AIDS, Rio de Janeiro, 1994. Anais, Rio de Janeiro, IMS/UERJ/ABIA, 20-6. 1994.

KALLÁS, E.G. - *Prevalência e identificaçào de risco para a infecção pelo virus da Imunodeficiência Humana na Casa de Detenção de São Paulo. São Paulo, 1996* (Tese de Mestrado - Escola Paulista de Medicina).

KELSEY L. J., THOMPSON D. W., EVANS S. A.- *Methods in Observational Epidemiology* , New York, Oxford University Press. v.10 1986. 365p.

KENNEDY H. D., NAIR G., ELLIOT L., DITTON J. *Drug misuse and sharing of needles in Scottish prisons.* BMJ, 302:1507, 1991.

KIRBY, M. *AIDS and prison in Australia.* Medico-Legal Journal, 59 (4): 252-265.1993.

LOURENÇO, R. - *Epidemiologia da Infecção pelo VIH-1 nas Instituições Carcerárias Masculinas do Complexo Penitenciário do CARANDIRÚ - SÃO PAULO, SP.* São Paulo, 1992 (Tese de Mestrado - Escola Paulista de Medicina).

LOURENÇO,R.; MINKOVES, R.; SCHECHTMANN, M.; PIOVEZANA, M.; AYROSA-GALVÃO, P.; BADARO, R.: JOHNSON JR, W. *Prospective study the epidemiology of HIV-1 infection in male inmates in São Paulo in prision in Brasil.* Secretaria de Estado dos Negócios da Segurança Pública - Coordenadoria dos Estabelecimentos Penitenciários do Estado - Departamento de Saúde do Sistema Penitenciário.

MADEN A., SWINTON M., GUNN J. *Drug dependence in prison.* BMJ, 302: 880,1991.

MANN, J.; TARANTOLA, M.J.D.; NETTER, W.T. - A *AIDS NO MUNDO - História Social da AIDS*, Rio de Janeiro, Relume Dumará : ABIA: IMS,UERJ, 1993.

MARINS, J.R.P. & ANJOS, P.M.R. *Uma Epidemia com caarcterísticas distintas.* In: Epid 95 - Epidemiologia. III Congresso Brasileiro, II Congresso Ibero - Americano, I Congresso Latino Americano. Salvador , BA, 1995, Anais . Salvador. BA 1995 p. 279. (resumo 1074)

MASCI, J. R. - *Primary and Ambulatory Care of the HIV - Infected Adult St Louis, Missouri, EUA*, Ed. Mosby Year Book, 1992.

MATIDA, A.H. et al. *Prevalência de soropositivos para o virus HTLV3/LAV em população carcerária masculina do Estado do Rio de Janeiro.*(resultados preliminares), 1986.

McKEE, K.J. & POWER, K.G. *Scot Medicine Journal*, 37 (5):132-137.1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/ AIDS. *Revisão da Definição Nacional do Caso de AIDS em Adultos* - 1992.

MULLER, R.; STARK, K.; GUGGENMOOS-HOLZMANN, I.; WIRTH, D.; BIENZLE, U. *Imprisonment: a risk factor for HIV infection counteracting education and prevention programs for intravenous drug users.* AIDS, 9: 183-190. 1995.

PATEL, K.K.; HUTCHINSON, C.; SIENKO, G.D. *Sentinel Surveillance of HIV infection among new inmates and implications for Policies of corrections facilities.* Public Health Reports, 105: 510-514,1990.

PEIXINHO, F.Z.; MENDES, F.N.; LONGO, M.I.; MOURA, N.C.; HERNANDEZ, J.H.; LACOURTE, L.C.; DINES,I.; COSCINA, L.A.; GONZAGA L.A.; GIROLDES, C.R.P.; PORTO, M.G.A.; NAKAI, C.; PAIVA, M.C.A.. *Seroepidemiological studies of HIV - 1 infection in large Brasilian cities.* Nat. Immun. Cell Growth Regul 9:133-136, 1990.

POSTMAN, J. M.; LEIDL, R.; DOWNS M.A.; ROVIRA, J.; TOLLEY, K.; GILDMARK M.; JAGER C.J. - *Economic Impact of the AIDS epidemic in the European Community: towards Multinational Scenarios on Hospital care and costs.* AIDS , 7:541-553,1993.

POWER G. K., MARKOVA I., ROWLANDS A., McKEE K. J., ANSLOW J.P., KILFEDER C. - *Sexual behavior in Scottish prisons.* BMJ, 302:1507 - 1508,1991.

POWER, K. G.; et al. *Intravenous Drug use and HIV Transmission Amongst Inmates in Scottish Prison.* Brit.J. Addiction, 87 (1):35-45, 1992

QUEIROZ, W.; RODRIGUES, C.; PAULA, M.; LOURENÇO, R.; SORAGI, C.; JININI, M.; BEDAQUE, E.. *Anti-HIV serological Trial in the female incarcerated population of Sao Paulo State Prision*;1987. IV International Conference on AIDS, Stockholm, June 1988 Stockholm 1988 (abstract 4214).

ROTHON A. D., MATHIAS G. R., SHECHTER T. M. *Prevalence of HIV infection in provincial prisons in British Columbia*. Can. Med. Assoc. J., 151:151-156, 1994.

ROTILY M., et al. *HIV testing, HIV infection and associated risk factors among inmates in south-eastern French prisons*. AIDS, 8:1341-1344,1994.

SÃO PAULO. Secretaria Estadual da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica-CVE. *Boletim Epidemiológico "Aids"*.1993.

SÃO PAULO. Secretaria Estadual da Saúde. CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA-CVE. *Manual de Vigilância Epidemiológica - AIDS* - Normas e Instruções . São Paulo, p 17 a 24, 1995.

SÃO PAULO. Secretaria Estadual da Saúde.CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA-CVE. *Manual de Vigilância Epidemiológica - AIDS* - Normas e Instruções , São Paulo, p 14 - 5, 1995.

SHECHTMAN, M. - *Experiências no Controle de Prevenção da AIDS no Sistema Prisional*. (mesa redonda). In: Seminário Estadual Sobre AIDS no Sistema Prisional, 1°, Florianópolis - Santa Catarina, 1994. Anais, Santa Catarina, p.34-50, anexo - sem numeração.

SMITH, R. *Failures of prison HIV policies*. BMJ, 302 (6773): 371.1991.

STARCHILD, A. *Mandatory Testing for HIV in Federal Prisons*. N. Eng. J.Med., 320 (5): 315, 1989.

VARELLA, D. *A Casa de Detenção - Foco do Vírus da AIDS*. O Estado de São Paulo, São Paulo, 07 de Abril,1991.

VERONESI, R. *Doenças Infecciosas e Parasitárias*, 8ª edição, Rio de Janeiro, Ed. Guanabara - Koogan, 1991.

VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE SOROCABA. *Relatório de Inspeção - Sistema Penitenciário de Sorocaba: Presídio de Sorocaba, Casa de Detenção de Sorocaba e Cadeia Pública.de Sorocaba*, Sorocaba,1993

VLAHOV D. et al.,.- *Prevalence of Antibody to HIV-1 Among Entrants to US Correctional Facilities*. JAMA 265 (9):1129-1132.

VLAHOV, D.; MUÑOZ, A.; BREWER, F.; TAYLOR, E.; CANNER, C.; POLK, F.B. - *Seasonal and Annual variation of antibody to HIV-1 among male inmates entering Maryland prisons: update*. AIDS, 4:345-350. 1990.

VLAHOV,D.; BREWER, F.; MUÑOZ, A.; HALL, D.; TAYLOR, E.; POLK, F.B. *Temporal Trends of Human Immunodeficiency Virus Type 1 (HIV 1) Infection Among Inmates Entering a Statewide Prison System, 1985-1987*. J.Immune. Defic.Syndromes,2:283-90,1989.

WASSERHEIT, J.N. - *Interrelationships between human Immunodeficiency virus infection and others sexually transmitted diseases*. Sexually Transmitted Diseases, 19: 61-77, 1992.

WORMSER, G.; DUNCANSON, F.; KRUPP, L.; TOMAR, R. - *AIDS in prison inmates* - New York, New Jersey. MMWR.,31: 700-1, 198

WORMSER, G.P.;et al. *Acquired Immunodeficiency virus infection and others sexually transmitted diseases*. Annais of Internal Medicine, 98: 297-303,1983.

9. Anexo

Estudo de Soroprevalência - Avaliação Epidemiológico - 1

No. de Identificação: |_|_|_|_|_|_|_|

(2) Casa de Detenção de Sorocaba

1- Instituição de origem: |_|_|_|_|_|_|_|

(1) Presídio do Mineirão (2) Casa de Detenção de Sorocaba |_|

2 - Naturalidade:

Cidade |_|_|_|

_____Estado_____País_____

3 - Procedência:

Cidade_____Estado_____País_____ |_|_|

4 - Data de nascimento ___/___/___ 5 - Idade ( )anos |_|_| |_|_|_|_|_|_|

6 - Estado conjugal: Solteiro (1) Divorciado (2) Viúvo (3)

Casado (4) Amasiado (5) Separado (6) |_|

7 - Escolaridade: Nenhuma (1) 1ª a 4ªsérie incomp (2) Primário comp. (3)

5ª a 8ª incomp (4) 1º grau comp (5) 2º grau incomp.(6)

2º grau comp (7) Superior incomp (8) Superior comp (9) |_|

8 - Já esteve encarcerado anteriormente? Quantas vezes? nenhuma (0)

1vez (1) 2 vezes (2) 3 vezes (3) 4 vezes (4) 5 a 9 (5) 10 a 19 (6) 20 e + (7) |_|

8.a- Em quantos presídios já esteve encarcerado? vezes ( ) Ñ se lembra (99) |_|_|

9 - Qual o tempo total de encarcecamento na vida? Anos( ) Meses( ) |_|_|_|_|_|

9.a- Qual o tempo total de encarceramento nesta pena?Anos( ) Meses( ) |_|_|_|_|_|

10 - Já recebeu visita íntima durante este encarceramento? Sim (1) Não(2) |_|

11 - Já usou algum tipo de droga na vida? Sim(1) Não(2) |_|

12 - Já usou algum tipo de droga injetável na vida? Sim (1) Nào(2) |_|

13 - Já teve algum tipo de relação sexual com outro detento,

durante algum encarceramento na vida? Sim (1) Não(2) |_|

13.a Já teve algum tipo de relação sexual na vida com:

nenhuma (0) Parc. UDI (1) Parc.multi-parc. (2) Parc. prost. (3) Homo (4) |_|_|_|_|_|

14 - Acha-se em risco de estar com AIDS? Sim (1) Não (2) Não Sabe (3) |_|

15 - Já fez teste anteriormente? Sim (1) Não (2) Não sabe (3) |_|

15.1 - Quantas vezes?( ) NÃO SE LEMBRA (99) |_|

15.2 - Data do último exame (19__) NÃO SE LEMBRA (99) NÃO SE APLICA 04) |_|_|

16 - Qual o resultado do último exame? POS (1) NEG (2) Ñ SABE (3) Ñ APLICA (04) |_|_|

****

17 - Data da entrevista _____/_____/_____ 18 - Entrevistador_____ 1_1_1_1_1_1

19 - Resultado do Elisa : POSITIVO(1) NEGATIVO(2) IINDETERMINADO(3) 1_1

Resultado da IFI : POSITIVO(1) NEGATIVO(2) INDETERMINADO(3) 1_1

20 - Crime atual e artigo do código penal_____1_1_1_1 I_I_I_I_I_I

21 - Tempo de pena _____ I_I_I_I_I_I

Manual de Preenchimento - Inquérito Epidemiológico-1

Este manual tem o objetivo de uniformizar a coleta de dados do Inquérito Epidemiológico-1 que será aplicado na primeira fase do estudo proposto.

Todos os investigadores, devem lê-lo com cuidado e bastante atenção, no intuito de garantir a maior fidedignidade dos dados .

Em caso de dúvidas, no preenchimento, deve-se anotar no verso do Inquérito a informação colhida e depois discuti-la com o pesquisador principal, para a devida classificação.

Inicialmente, o entrevistador deve esclarecer a todo detento que este estudo constitui uma investigação que tem por finalidade avaliar a prevalência da infecção pelo HIV nesta população especial, possibilitando acesso ao tratamento precoce e a medidas de prevenção.

Devem ser colocados a cada detento, muito claramente as seguintes condições de participação:

1- a participação no estudo é voluntária, e todos aqueles que aceitarem a proposta assinarão um termo de "concordância de participação";

2- para realizar o exame sorológico é necessário que o detento aceite responder um questionário; e

3- nos casos onde a sorologia encontrada for positiva, os detentos serão submetidos a um novo estudo, mais detalhado.

Deverão ser esclarecidos ainda, que o resultado dos exames serão entregues individualmente, mantendo o sigilo, sendo comunicado única e exclusivamente para o chefe da equipe médica da unidade.

Ainda é importante que se esclareça que os formulários de resposta são anônimos, identificados através de códigos, para se evitar identificação por outras pessoas .

Após estes esclarecimentos, deve-se, então, oferecer o termo de concordância para que o detento o assine, caso queira participar do estudo.

Nº de Identificação:

As fichas são anônimas, devendo constar apenas o nº de identificação e até as 3 letras iniciais do nome, sendo que se deve considerar como primeiro nome, o último sobrenome.(início de trás para a frente)

Tal número, deverá ser atribuído, através do livro de registro, onde constarão o nomes de todos os detentos com suas respectivas matrículas.

Após a checagem do livro, deve-se transcrever o número para 3 etiquetas, as quais deverão ser afixadas, uma na ficha de inquérito, outra no frasco para coleta de sangue e a última deve ser dada ao voluntário, esclarecendo-se que através deste código é que será possível o conhecimento do resultado. Tal procedimento deve ser realizado com muito cuidado para que não haja trocas ou erros.

Salienta-se também o cuidado na transcrição do número, devendo ser este escrito com bastante clareza e sem rasuras. Caso isto ocorra deve-se refazer a etiqueta.

1- Instituição de Origem

Deve-se assinalar aqui, com um x, a instituição a qual o detento pertence no momento da entrevista.

2- Naturalidade

Deve-se perguntar ao detento, a cidade onde nasceu, o estado e o país, devendo-se escrever por extenso o nome da cidade e do país e a sigla do estado, para que não haja dúvidas no momento da codificação dos dados.

3- Procedência

Deve-se perguntar ao detento, qual era a cidade, estado e país em que este morava, quando foi preso neste último encarceramento. Também aqui, deve-se por o nome por extenso da cidade e do país e a sigla do estado.

4- Data de Nascimento:

Registrar o dia, mês e ano em que o detento nasceu.

5- Idade:

Deve-se registrar aqui, a idade do detento em anos completos, desprezando-se dias e meses.

6- Estado Conjugal :

Neste item, deve-se procurar identificar o estado conjugal do detento, tanto através das ligações conjugais legais como das consideradas não legalizadas civilmente.

Solteiro: detento que não tem e não teve parceria fixa com ninguém até o momento.

Casado: detento que tem legalmente uma parceira (casamento no civil) , e que mantém vínculo até o momento da entrevista.

Divorciado: detento que já foi casado legalmente e que legalmente encontra-se no status de divorciado, sem que tenha no momento outra ligação de qualquer natureza.

Amasiado: detento que no momento mantém vínculo com uma parceira, sem contudo ter matrimônio legal com esta.

Viúvo: detento casado legalmente e que sofreu a perda da parceira legal por morte, sem que tenha outra parceria no momento.

Separado: detento que se encontra no momento casado, no entanto sem vínculos com a parceira, e que não tem no momento nenhum outro tipo de relação conjugal.

7- Escolaridade

Nenhuma: aqueles que referirem não ter freqüentado em nenhum momento da vida, escolas oficiais.

1° a 4° incomp.: aqueles que afirmarem ter freqüentado ou concluído pelo menos 1 das séries deste intervalo e não completaram a 4° série.

Primário comp.: aqueles que terminaram a quarta série do 1° grau e não iniciaram a 5° série do 1° grau.

5° a 8° incomp.: aqueles que afirmarem ter freqüentado ou concluído pelo menos 1 série deste intervalo e não completaram a 8° série.

1° grau comp.: aqueles que completaram a 8° série e não iniciaram a 1 ° série do 2° grau.

2° Grau incompleto: aqueles que referirem ter freqüentado ou concluído pelo menos 1 série deste intervalo e não concluíram a 3° série do 2° **grau.**

2° Grau completo: aqueles que afirmarem ter concluído a terceira série do 2° grau, sem ter iniciado um curso de nível superior.

Superior incompleto: aqueles que referirem ter freqüentado ou concluído pelo menos 1 ano de um curso superior sem ter completado o curso.

Superior completo: aqueles que referirem ter concluído um curso de nível superior.

8- Já esteve encarcerado anteriormente? Quantas vezes?

Caso o detento nunca tenha sido encarcerado anteriormente, deve-se assinalar a opção nenhuma. Nas situações onde a resposta for afirmativa, deve-se assinalar a alternativa que apresenta o número ou o intervalo em que tal número esteja contido lembrando sempre que o atual encarceramento não deve ser contado.

8a- Em quantos presídios já esteve encarcerado?

Deve-se investigar aqui o número de instituições penais em que o voluntário já esteve encarcerado, considerando-se aquelas situações onde o voluntário tenha pernoitado pelo menos por uma noite na instituição.

9- Qual o tempo total de encarceramento na vida?

Deve-se somar o tempo total de encarceramentos referidos, anotando-se o número de anos e o número de meses completos. Deve-se ter certeza de contar todo o tempo de encarceramento durante a vida, incluindo o transcorrido na atual pena.

9a- Qual o tempo total de encarceramento nesta pena?

Deve-se registrar nesta questão o tempo já cumprido da condenação vigente.

10- Já recebeu visita íntima durante este encarceramento?

Deve-se assinalar como sim, caso o detento refira ter tido pelo menos 1 vez visita íntima com sua parceira durante este encarceramento.

Caso negativo, deve-se **assinalar NÃO.**

11- Já usou algum tipo de droga na vida?

Deve-se perguntar ao detento se em algum momento de sua vida, já usou drogas ilícitas, (tipo: maconha, cocaína, ácidos, heroína, crack, etc) independente da quantidade e o tempo de utilização. Não se deve considerar uso de álcool e nem tabaco.

Perguntar ainda se já fez uso durante a vida de medicamentos ou qualquer outra substância química para alterar seu estado de consciência. Nos casos onde tal prática for referida, deve-se também considerar a resposta como afirmativa.(ex: xaropes, analgésicos, antiinflamatórios, etc).

12- Já usou algum tipo de droga injetável durante a sua vida?

Nesta questão deve-se perguntar sobre o uso de qualquer tipo de droga que tenha sido administrada por via endovenosa.

Obs: Antes de iniciar a próxima pergunta, deve-se colocar ao detento, o entendimento da existência de práticas sexuais nas instituições prisionais, dada a sua natureza de restrição da liberdade individual. No entanto, é de fundamental importância para o estudo que tais fatos sejam levantados. É ainda muito importante lembrar a natureza anônima do formulário e da garantia do sigilo sobre estas informações.

13- Já teve algum tipo de relação sexual com outro detento, durante algum encarceramento na vida?

Deve-se ainda colocar que qualquer tipo de relação deve ser considerada, incluindo masturbação, sexo oral, sexo anal ou qualquer tipo de contato que tenha trazido prazer sexual junto a um parceiro.

13a- Já teve algum tipo de relação sexual na vida com:

Esta pergunta refere-se a exposições de risco na vida, devendo-se entender a classe HOMO como travestis ou homens prostituídos.

14- Acha-se em risco de estar contaminado pelo vírus da AIDS?

Nesta questão deve-se identificar se o detento acha que possa ser portador do vírus HIV ou de estar com AIDS no momento. Caso não consiga definir, deve-se assinalar a opção não sabe".

15- Já fez o teste antes?

Nesta questão deve-se saber se o detento já fez o teste anteriormente. Caso o detento não saiba responder, assinalar a opção "não sabe".

15.1- Se a resposta anterior foi afirmativa, deve-se perguntar "quantas vezes". Caso o detento "não se lembre", assinalar esta opção. Em caso de resposta negativo, assinala-se aqui não se aplica.

15.2- Caso o detento se lembre de já ter feito o exame, perguntar qual foi o ano em que fez o último, se "não se lembrar", assinalar esta alternativa ou "não se aplica", caso nunca tenha feito o exame.

16- Qual foi o resultado do último?

Deve-se registrar o resultado referido pelo detento. Caso nunca tenha feito o exame, assinalar "não se aplica".

17- Data da entrevista.

Transcrever aqui o dia e o mês em que a entrevista foi realizada.

18- Entrevistador: o entrevistador deve escrever aqui o seu nome.

19- Transcrever nesta questão o resultado dos exames encontrados, sendo o ELISA na primeira linha e a IFI na segunda, caso tenha sido realizado.

20- Crime atual.

Esta questão deve ser recuperada dos autos processuais, devendo ser preenchida posteriormente.Deve-se transcrever o número dos artigos do código penal, constantes nos autos processuais.

21- Tempo de pena.

Deve-se transcrever aqui o tempo de pena total, à qual o detento foi condenado ou deverá cumprir neste encarceramento.

Observação: No inquérito epidemiológico - 1 aplicado no primeiro presídio, não constavam as perguntas 8a,9a e 13a. Tendo em vista a necessidade de melhor esclarecer estas informações, após o término do estudo na primeira instituição, acrescentou-se estes itens, sem mudar a estrutura do questionário previamente delineado.

Estudo de Soroprevalência Investigação Epidemiológica - 2

No. [ ][ ][ ][ ][ ]

Presídio do Mineirão (1) Casa de Detenção de Sorocaba (2)

1. Você sabia que era portador do HIV antes deste último exame?

[1] Sim [2] Não

1.1. Você achava que o resultado poderia ser positivo?

[1] Sim [2] Não

2. Como você acha que contraiu o HIV?

(1) sexo com mulher sabidamente portadora do HIV
(2) sexo com parceiro sabidamente HIV
(3) sexo com mulheres com múltiplos parceiros
(4) sexo com mulheres que usavam drogas endovenosas
(5) sexo com parceiros que usavam drogas endovenosas
(6) uso de droga endovenosa
(7) transfusão de sangue / hemoderivados
(8) sexo com múltiplas parceiras ou parceiros
(9) não sabe

3.Já teve ou tem alguma parceira fixa enquanto está preso ?

[1] Sim [2] Não

4.Com quantas pessoas diferentes você teve relação sexual nos últimos 2 anos?

[ ][ ] No. de pessoas

5.Você têm filhos menores de 10 anos?

[1] Sim [ ][ ] No. de filhos
[2] Não

6.Durante o período que v. está preso, v. tem usado preservativos nas relações sexuais ?

[1] Sempre [2] Quase sempre [3] Raramente [4] Nunca

7. Que drogas já usou enquanto preso ?

[1] Maconha [2] Cocaína EV [3] Cocaína inal. [4] Crack
[5] Heroína [6] Outras [7] . [8]

8.Quantos parceiros de uso de drogas EV já teve enquanto esteve preso ?

[1] 1 [2] 2 [3] 3 [4] 5 ou +

8. Você teve alguma doença venérea nos últimos 5 anos? Qual (ais)

(1) Não
(2) Ferida no pênis
(3) Corrimento de pus pelo canal da urina
(4) Verrugas no pênis ou ânus
(5) Chato
(6) Outras

	[ ]		[ ]	
9. Você têm apresentado nos últimos 2 anos:				
Emagrecimento intenso	[1]	Sim	[2]	Não
Febre constante	[1]	Sim	[2]	Não
Diarréia prolongada	[1]	Sim	[2]	Não
Candidíase o sapinho	[1]	Sim	[2]	Não
Herpes zorster ou cobreiro	[1]	Sim	[2]	Não
Herpes simples, na face, pênis ou no ânus >1 mês	[1]	Sim	[2]	Não
Tuberculose	[1]	Sim	[2]	Não
Pneumonia	[1]	Sim	[2]	Não

Feridas ou doenças de pele	1	Sim	2	Não
Aumento de gânglios	1	Sim	2	Não
Tosse prolongada	1	Sim	2	Não
Cansaço prolongado	1	Sim	2	Não
Alterações mentais ou neurológicas	1	Sim	2	Não

10.Você está usando algum medicamento ou nutriente, devido a AIDS??

1 Sim 2 Não

AZT	1	Sim	2	Não
DDI	1	Sim	2	Não
DDC	1	Sim	2	Não
Bactrim	1	Sim	2	Não
Aciclovir (Zovirax)	1	Sim	2	Não
Micostatin	1	Sim	2	Não
Isoniazida + Sulfadiazina	1	Sim	2	Não
Nizoral	1	Sim	2	Não
Leite	1	Sim	2	Não
Vitaminas	1	Sim	2	Não
Sustagem	1	Sim	2	Não

Exame Físico:

GERAL:1-peso: _____ I_I_I_I

altura _____ I_I_I_I

2- pele:normal(1) I_I

alterada(2) I_I

desc:_____

3-faneros e cabelos:normais(1) I_I

alterados(2) I_I

desc:_____

4-unhas:normais(1) I_I

alteradas(2) I_I

desc:_____

5-gânglios:normais(1) I_I

alterados(2) I_I

desc:_____

6-mucosas:normais(1) I_I

alteradas(2) I_I

desc:_____

7-outros:_____ I_I

ESPECIAL: 8-insp. da cav. oral:normal(1) I_I

alterado(2) I_I

desc:_____

outros achados(3)_____ I_I

9-ausculta pulm.:normal(1) I_I

alterado(2) I_I

desc:_____

10-ausculta card.:normal(1) I_I

---

alterado(2) I_I

desc:_____

11-Palp. abdomen:a) fígado:ñ palpável(1) I_I

palpável(2) I_I

b)baço:ñ palpavel(1) I_I

palpável(2) I_I

12-insp. do ap. reprodutor:normal(1) I_I

alterado(2) I_I

desc:_____

13-insp. S. nerv-força musc.:normal(1) I_I

alterado(2) I_I

desc:_____

14-esfera psíquica-orient.e consciência:normal(1) I_I

alterado(2) I_I

desc:_____

outros::_____ I_I

ANAMNESE E EXAME CLÍNICO: I_I_I

classificação CDC:grupo 1 [ ] I_I

grupo 2 [ ] I_I

grupo 3 [ ] I_I

grupo 4 [ ] I_I

Manual de Preenchimento- Inquérito Epidemiológico - 2

Este manual tem o objetivo de uniformizar a coleta de dados do Inquérito Epidemiológico - 2, que será aplicado na etapa - 2 do estudo proposto.

Os investigadores devem lê-lo com a devida atenção no intuito de garantir a maior uniformidade possível dos dados.

Em caso de dúvidas em relação ao preenchimento, deve-se anotar no verso do Inquérito a informação colhida e depois discuti-las com o pesquisador principal, para a devida classificação da informação.

Antes do início da entrevista, o entrevistador deve novamente esclarecer:

1-a participação nesta segunda etapa do estudo, continua voluntária e todos aqueles que aceitarem a proposta devem assinar um segundo "Termo de Concordância de Participação II";

2-a participação nesta etapa prevê a resposta a um questionário e posteriormente a execução de um exame clínico;

3- todas as informações fornecidas são totalmente sigilosas e somente o resultado do exame clínico pode ser reportado à equipe de saúde da Instituição, caso o voluntário esteja de acordo; e

4-deve-se esclarecer que nesta etapa, o questionário continua anônimo-codificado, assim como a avaliação clínica.

Após estes esclarecimentos, deve-se oferecer o "Termo de Concordância" àqueles que aceitarem participar.

Quanto ao preenchimento do questionário - 2:

Nº de Identificação:

Deve-se localizar o nome do voluntário na lista utilizada na primeira etapa do estudo, repetindo o número de identificação encontrado e as mesmas letras definidas na primeira entrevista.

Instituição:

Deve-se assinalar aqui a Instituição a qual o voluntário pertence no momento da entrevista.

1 - Você sabia que era portador do HIV, antes deste último exame?

Esta questão não aceita outra resposta, a não ser sim ou não, portanto se o voluntário não tiver certeza da resposta mediante prova laboratorial, a resposta deve ser considerada como negativa.

1.1 - Você achava que o resultado poderia ser positivo?

Primeiro deve-se definir que o resultado positivo é aquele que acusa a infecção pelo virus HIV.Após este esclarecimento, deve-se procurar identificar se o voluntário considerou o resultado compatível com a sua percepção prévia ao exame.

2 - Como você acha que contraiu HIV ?

Nesta questão deve-se primeiro fazer a pergunta ao voluntário e assinalar a categoria de exposição referida. Caso o voluntário não consiga referir espontaneamente a questão, o entrevistador deve referir cada uma das vias de infecções possíveis,no intuito de tentar localizar junto ao voluntário a via de maior probabilidade.

Quando houver mais de uma via provável envolvida, estas também devem ser assinaladas.

3 - Já teve ou tem alguma parceiria fixa enquanto está preso?

Esta pergunta refere-se a qualquer parceria sexual que o voluntário identifique como alguém com quem mantém ou manteve um vínculo mais constante e relevante na sua vida.É importante lembrar que esta parceria tem que ter ocorrido concomitantemente a pelo menos um dos encarceramentos na vida.

Tal questão somente permite duas resposta, sendo portanto afirmativa ou negativa.

4 - Com quantas pessoas diferentes você já teve relações sexuais nos últimos 2 anos?

Deve-se orientar ao voluntário para que tente se lembrar com quantas pessoas diferentes manteve relação sexual nos últimos 2 anos,, transcrevendo-se o número referido na lacuna abaixo.

5 - Você tem filhos menores de 10 anos?

Deve-se perguntar se o voluntário tem filhos seus, menores de 10 anos, excluindo enteados e crianças adotadas tanto de parentes como de pessoas não pertencentes a mesma família.

6 - Durante o período que você tem estado preso,você tem usado preservativos nas relações sexuais?

Nesta quesão tem-se quatro possibilidades:

•**considerar como nunca** a reposta do voluntário que referir que nenhuma vez enquanto esteve preso usou preservativos durante relação sexual.

•**considerar como raramente**, quando a resposta for que em pelo menos em uma relação sexual mantida dentro do presídio, se usou presevativo.

•**considerar como quase sempre** ,quanda a resposta for o uso de presevativos na quase totalidade das relações sexuais mantidas dentro do presídio.

•**considerar como sempre**, quando a resposta for o uso de preservativos em todas as relações mantidas dentro do presídio.

7 - Que drogas já usou enquanto esteve preso?

Colocar ao voluntário que o uso de álcool e tabaco não são considerados nesta pesquisa e que o uso de droga em qualquer encarceramento na vida, deve ser reportado.Caso a droga referida não esteja especificada,deve-se registrar a resposta em outras.

7.1 - Quantos parceiros de uso de droga e.v. já teve enquanto esteve preso?

Deve-se esclarecer novamente aqui, que o evento pode ter ocorrido em qualquer encarceramento na vida ,portanto , podendo não ser referente ao atual.

8 - Você já teve alguma doença venérea nos últimos 5 anos ?Qual(ais)?

Deve-se esclarecer que se trata de qualquer doença que tenha acometido os orgãos sexuais. Caso a síndrome referida não conste das opções apresentadas deve-se descreve-la por extenso em **outras**.

9 - Você tem apresentado nos últimos 2 anos:

Nesta questão deve-se perguntar uma a uma as doenças ou sintomas mencionados, tentando identificar junto ao voluntário a correspondência do referido à situação mórbida listada, assinalando-se afirmativa ou negativamente, de acordo com a resposta obtida.

A- emagrecimento intenso - refere-se à perda de peso > que 10% do peso corporal habitual em um período igual ou inferior a 1 mês;

B- febre constante - refere-se à temperatura >37.5° por período > que 1 mês;

C- diarréia prolongada - refere-se à diarréia por período > de 1 mês, com duas ou mais evacuações frouxas ou líquidas por dia, constante ou intermitente;

D- Candidiase ou sapinho - refere-se à presença de placas visíveis, de cor esbranquiçada em base eritematosa, removíveis, na cavidade oral;

E- herpes zoster ou cobreiro - refere-se à ocorrência de quadro clínico com lesões úlcero-crostosas, com distribuição por dermatomos (em faixas);

F- herpes simples ou cobreiro em face, pênis ou ânus, presistente - refere-se à ocorrência de lesões ulcero-crostosas em boca,ou outras regiões do corpo, principalmente em pênis ou ânus;

G- tuberculose - refere-se à doença pulmonar de evolução longa e comumente chamada de "mancha no pulmão";

H pneumonia - qualquer quadro de pneumonia que tenha sido diagnosticada por médico;

I- feridas ou doenças de pele - refere-se a qualquer alteração cutânea que tenha chamado atenção, dentro do período de 2 anos;

J - aumento de gânglios - LInfoadenopatia>ou= a 1cm em 2 ou mais cadeias extra-inguinais por período superior a 1 mês;

K - tosse prolongada - refere-se a tosse persistente por período > de 1 mês;

L - cansaço prolongado - refere-se a quadro clínico de adinâmia> de 1 mês; e

M - alterações mentais ou neurológicas- quadro clínico onde ocorra alteração do nível de consciência,alteração de comportamento ou motoras.

10 -Você está usando algum medicamento ou nutriente, devido à AIDS?

Em caso de resposta afirmativa, além de assinalar a lacuna adequada, deve-se questionar qual é o medicamento ou nutriente usado.

Somente deve-se assinalar aqui os medicamentos ou nutrientes que estão sendo usados no momento.Caso o voluntário não se lembre no momento do nome do medicamento, deve-se pedir para que traga a embalagem para a devida identificação.

Quanto ao Exame Clínico

Após o témino da entrevista, o voluntário deve ser orientado para que se possa iniciar o exame clínico.

Deve-se solicitar ao voluntario que retire a roupa e permaneça apenas de cueca.

O exame clínico deve iniciar-se pelo exame físico geral no qual se verificará inicialmente,o peso e altura, seguido da pele. Caso não se encontre alterações, deve-se assinalar a casela com o número 1, do contrário deve-se assinalar a casela com o número 2(alterado), devendo-se descrever por extenso e com letra de forma o diagnóstico da alteração encontrada ou, se isto não for possível, deve-se descrever a lesão.

Caso se encontre alterações significativas que não se encaixem nos tópicos previamente definidos, deve-se descrever no item 7 - outros.Não havendo alterações a registrar neste item, deve-se escrever - nada consta.

Tal procedimento deve ser feito para cada item do exame clínico presente no roteiro, incluindo-se a parte do exame clínico especial.

No Exame clínico especial será feita uma avaliação mais dirigida, com:

Item 8 -Cabeça - Inspeção da cavidade oral.

Inspeção das demais estruturas - se houver achados, deve-se transcrever em outros achados.

Item 9 - Ap. Respiratório - ausculta pulmonar.

Item 10 - Ap. Cardiovascular - ausculta cardíaca.

Item 11 - Abdomem - palpação de fígado e baço.

Item 12 - Ap. Reprodutor - inspeção do aparelho reprodutor.

Item 13 - Sistema Nervoso - avaliação de força muscular e motricidade nos quatro membros.

Item 14 - Esfera Psíquica - orientação e consciência.

Posteriormente a exame clínico, o entrevistador deve analisar os dados observados na entrevista e na avaliação clínica, passando para a parte de estadiamento da infecção.

Observação: Os sinais/ sintomas/diagnósticos serão classificados posteriormente pelo pesquisador.

Estadiamento da infecção

Para se fazer o estadiamento da infecção, se utilizará os critérios do CDC de Atlanta modificado, não sendo necessária a classificação em subcategorias **no grupo IV.**

INFECÇÃO AGUDA - Grupo I (CDC)

Define-se pela ocorrência de sinais e sintomas transitórios (SIndrome Mononucleose - símile com manifestações de rash cutâneo, linfoadenopatia, mialgia e alterações neurológicas tipo meningismo) associados à soroconversão. A detecção desta é requerida para o diagnóstico.

INFECÇÃO ASSINTOMÁTICA - Grupo II (CDC)

Define-se como ausência de sinais ou sintomas específicos da infecão por HIV em indivíduos soropositivos.

LINFOADENOPATIA PERSISTENTE GENERALIZADA - Grupo III (CDC)

Define-se como a presença, em indivíduos soropositivos para o HIV, de linfoadenopatia envolvendo duas ou mais regiões extra-inguinais, com duração de pelo menos três meses, desde que sejam excluídas outras causas de aumento dos gânglios linfáticos.

OUTRAS DOENÇAS - Grupo IV (CDC)

***Subgrupo IV-A: Doença constitucional**

Define-se como a presença de três ou mais dos seguintes eventos, com duração maior que um mês e sem outra causa conhecida de imunodeficiência, em indivíduo soropositivopara o HIV: linfoademegalia generalizada, astenia, diarréia, febre, sudorese noturna e emagrecimento superior a 10% do peso corporal anterior.

***Subgrupo IV-B: Doença neurológica**

Define-se como a presença de uma ou mais das seguintes sindromes sem causa identificada: demência, mielopatia, neuropatia periférica.

***Subgrupo IV-C: Doenças infecciosas secundárias**

Doenças infecciosas associadas ao HIV e pelo menos moderadamente indicativas de um defeito na imunidade celular. Os pacientes deste subgrupo são divididos em duas categorias:

*<u>Categoria C1</u>: pneumonia por *Pneumocystis carinii*, criptosporidíase crônica, toxoplasmose, estrogiloidíase extraintestinal, isosporíase, candidíase (esofágica, brônquica ou pulmonar), criptococose, histoplasmose, infecção por Mycobacterium avium-intracellullare ou M. kansasii, citomegalovirose, infecção mucocutânea crônica ou disseminada por herpes simples, e leucoencefalopatia multifocal progressiva.

*<u>Categoria C2</u>: leucoplasia pilosa oral, herpes zoster, bacteremia recorrente por Salmonella(não tifóide), nocardiose, tuberculose associada à candidíase oral.

***Subgrupo IV-D: Neoplasias secundárias**

Sarcoma de Kaposi, linfoma não Hodgkin (pequeno linfoma celular não-chanfrado, sarcoma imunoblástico), ou linfoma primário do cérebro.

***Subgrupo IV-E:**

Doenças ou quadro clínico não classificado acima, que possam ser atribuídos à infecção pelo HIV e/ou ser indicativo de defeito na imunidade celular.

Inclui pacientes com pneumonite intersticial linfóide ou doenças infecciosas não listadas no subgrupo IV-C, ou com neoplasias não listadas no subgrupo IV-D.

Após a devida análise da situação de cada voluntário deve-se então assinalar o grupo no qual a infecção foi classificada.

Tendo terminado o trabalho, o entrevistador deve se colocar a disposição do voluntário, para o esclarecimento de qualquer dúvida que ainda não tenha sido sanada e em seguida deve agradecer a colaboração do voluntário, finalizando a etapa 2.

ESTUDO DE PREVALÊNCIA DE HIV EM PRESÍDIOS DE SOROCABA

MANUAL

DO

CODIFICADOR

MANUAL DE CODIFICAÇÃO - AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Este Manual tem por objetivo padronizar através de códigos as respostas obtidas na Avaliação Epidemiológica - 1.

Tal procedimento tem por objetivo facilitar a digitação das informações , facilitando desta forma a etapa de análise do estudo.

Para tanto deve-se seguir a seguinte padronização:

- Nº de Inscrição - este nº não precisa ser transcrito, pois será preenchido pelo entrevistador.

1- Instituição de origem: deve-se transcrever:

1-Preísidio do Mineirão

2-Casa de Detenção de Sorocaba

2- Naturalidade:

cidade: SOROCABA - 1

REGIÃO - 2

SÃO PAULO - capital - 3

CIDADES DA GRANDE SÃO PAULO - 4

OUTRAS regiões do estado de São Paulo - 5

estados: PARANÁ -6

MINAS GERAIS -7

BAHIA -8

PERNAMBUCO -9

ALAGOAS -10

CEARÁ -11

SERGIPE -12

PIAUÍ -12

RIO GRANDE DO NORTE -13

MARANHÃO -14

RIO GRANDE DO SUL -15

SANTA CATARINA -16

RIO DE JANEIRO -17

ESPÍRITO SANTO -18

ESTADOS DA REGIÃO CENTRO-OESTE -19

ESTADOS DA REGIÃO NORTE -20

OUTROS PAÍSES

3- Idem para Procedência

4- Data de Nascimento:

Deve ser transcrito o dia, mês e o ano de nascimento do detento.

5- Idade:

Deve ser transcrita sem codificação diretamente, a idade em anos.

6- Estado Conjugal:

Solteiro - 1

Divorciado - 2

Viúvo - 3

Casado -4

Amasiado - 5

Separado - 6

7- Escolaridade:

nenhuma - 1

1° a 4° incom.- 2

Primário comp. - 3

5° a 8° incomp - 4

1° grau comp - 5

2° grau incompleto - 6

2° grau completo - 7

Superior incompleto - 8

Superior completo - 9

8- Já esteve encarcerado anteriormente?Quantas vezes?

nenhuma -0

1 vez - 1

2 vezes - 2

3 vezes - 3

4 vezes - 4

5 a 9 vezes - 5

10 a 19 vezes - 6

20 e +-7

8a- Em quantos presídios já esteve encarcerado?

Deve-se transcrever o número referido, caso a resposta for "não se lembra", transcrever o número 99.

9- Qual o tempo total de encarceramento durante a vida?

Deve-se calcular o número de meses, transcrevendo-se posteriormente para a casela correspondente.

9a- Qual o tempo total de encarceramento nesta pena?

Deve-se calcular o número de meses e posteriormente transcrever para a casela correspondente.

10- Já recebeu visita íntima ou teve relação sexual com parceira neste encaceramento?

SIM -1

NÃO-2

11- Já usou algum tipo de droga na vida?

SIM-1

NÃO-2

12- Já usou algum tipo de droga injetável na vida?

SIM-1

NÃO-2

13- Já teve algum tipo de relação sexual com outro detento durante algum encarceramento na vida?

SIM-1

NÃO-2

13a- Já teve algum tipo de relação sexual na vida com:

Transcrever nenhuma - 0

Parc. UDI - 1

Parc multi-parc. - 2

Parc. prost - 3

Homo - 4

Caso a resposta seja "nenhuma" deve-se colocar 0 na última casela, os demais números devem ser transcritos nas posições: (1) (2) (3) (4)

14- Acha-se em risco de estar com AIDS?

SIM-1

NÃO-2

Ñ sabe-3

15- Já fez o teste de AIDS anteriormente?

SIM-1

NÃO-2

NÃO SABE-3

15.1- Quantas vezes? Deve-se transcrever o número absoluto caso seja relatado.

Não se lembra. Deve-se transcrever o código -99.

15.2- Data do último exame.

Deve-se transcrever o ano, caso o detento se lembre.

Caso o detento não se lembre, deve-se transcrever o código 99.

16-Qual foi o resultado do último exame?

POSITIVO-1

NEGATIVO-2

NÃO SABE-3

17-Data da entrevista. Deve-se transcrevê-la apenas com dia e mês.

18-Entrevistador:

1-Ricardo

2-Liliane

19-Resultado do Elisa;

POSITIVO-1

NEGATIVO-2

INCONCLUSIVO-3

Resultado da IFI:

POSITIVO- 1

NEGATIVO- 2

INCONCLUSIVO- 3

20- Crime atual e artigo do código penal.

Deve-se transcrever apenas o artigo do código penal, registrando-se o artigo responsável por esta condenação, não repetindo números caso haja condenação pelo mesmo crime mais de uma vez. Os artigos referentes a contravenção penal nào devem ser transcritos.

21- Tempo de pena.

Deve-se transcrever o tempo referido, em meses,após a devida conversão.

MANUAL DE CODIFICAÇÃO AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA-2

Este manual tem por objetivo padronizar através de códigos as respostas e sinais/sintomas/diagnósticos obtidas na Avaliação Epidemiológica - 2.

Tal procedimento ter por finalidade facilitar a digitação das informações, agilizando desta forma a etapa de análise do estudo.

Para tanto, deve-se seguir a seguinte padronização:

- Identificação:

Este número não precisa ser transcrito, pois o entrevistador já terá preenchido a casela com as 3 letras referentes ao nome e o número de ordem que define o voluntário.

- Instituição:

Transcrever para: Presídio do Mineirão - 1

Casa de Detenção de Sorocaba - 2

1 - Você sabia que era portador do HIV, antes deste último exame?

Transcrever: SIM - 1

NÃO - 2

1.1 - Você achava que o resultado poderia ser positivo?

Transcrever: SIM - 1

NÃO - 2

2 - Como você acha que contraiu HIV?

Transcrever:

Sexo com mulher sabidamente portadora de HIV - 1

Sexo com parceiro sabidamente portador de HIV - 2

Sexo com mulheres de múltiplos parceiros - 3

Sexo com mulheres que usavam drogas endovenosas - 4

Sexo com parceiro que usava drogas endovenosas - 5

Sexo com homossexual de múltiplos parceiros - 6

Uso de drogas endovenosas - 7

Transfusão de sangue/hemoderivados - 8

Sexo com múltiplas parceiras ou parceiros - 9

Não sabe - 10

3 - Já teve ou tem alguma parceria fixa enquanto esteve preso?

Transcrever: SIM - 1

NÃO - 2

4 - Com quantas pessoas diferentes você teve relação sexual nos últimos 2 anos?

Transcrever o número relatado na lacuna, sem alterações.

5 - Você tem filhos menores de 10 anos?

Transcrever: SIM - 1

NÃO - 2

O número correspondente a esta resposta deve ser transcrito na primeira casela, da mesma linha.Caso a resposta seja SIM, deve-se transcrever o número de filhos nas duas caselas seguintes, preenchendo as caselas vazias com o número 0, se isto ocorrer.

6 - Durante o período que você tem estado preso, você tem usado preservativos nas relações sexuais:

Transcrever: SEMPRE - 1

QUASE SEMRE - 2

RARAMENTE - 3

NUNCA - 4

7 - Que drogas já usou enquanto esteve preso?

Transcrever: Maconha - 1

Cocaína EV - 2

Cocaína inal - 3

Crack - 4

Heroína - 5

Cola - 6

Outras - 7

7.1 - Quantos parceiros de uso de droga EV já teve enquanto esteve preso?

Transcrever: Um - 1

Dois - 2

Três - 3

Quatro - 4

Cinco ou + - 5

Dez ou + - 6

8 - Você já teve alguma doença venérea nos últimos 5 anos?

Transcrever: Não - 1

Ferimento no pênis - 2

Corrimento de pus pelo canal da urina - 3

Verrugas no pênis ou ânus - 4

Chato - 5

Outras - 6

9 - Você tem apresentado nos últimos 2 anos?

Transcrever para cada item: SIM - 1

NÃO - 2

10 - Você está usando algum medicamento ou nutriente, devido a AIDS?

Transcrever: SIM - 1

NÃO - 2

Caso a resposta seja SIM, deve-se transcrever para cada Item: SIM - 1

NÃO - 2

Exame Físico:

1 - Peso

Altura

Deve-se transcrever o peso em kilogramas.e em números inteiros, desprezando-se as casas depois da vírgula.

A altura deve ser transcrita com até duas casas decimais.

Do Item 2 ao Item 6, deve-se transcrever: normal - 1

alterado - 2

OBS: A classificação de todos os itens do Exame Clínico será realizada posteriormente através do CID, pelo pesquisador.

7 - Outros - Transcrever o número 0, se o registro for "nada consta" ou o nº 2 se houver registro de pelo menos uma alteração.

Do Item 8 ao 11, deve-se transcrever: normal - 1

alterado - 2

15 - Outros - Transcrever o número 0 se o registro for "nada consta" ou o nº 2 se houver registro de pelo menos uma alteração.

Anamnese e Exame Clínico

Classificação do CDC: deve-se transcrever: *Grupo um - 1*

Grupo dois - 2

Grupo três - 3

Grupo quatro - 4