
PREVALÊNCIA DE INFECÇÃO PELO HIV E SÍFILIS EM SISTEMA CORRECCIONAL PARA ADOLESCENTES

PREVALENCE OF HIV INFECTION AND SYPHILIS AMONG ADOLESCENTS IN A JUVENILE JUSTICE SYSTEM

Angélica E Miranda¹, Adriana M Zago¹

RESUMO

Objetivos: Determinar a soroprevalência de infecção pelo HIV e sífilis e identificar fatores de risco para estas infecções entre adolescentes do sistema correccional da Grande Vitória. **Métodos:** Estudo de corte transversal realizado no período de março a junho de 1999. Foi realizada uma entrevista estruturada e coletada uma amostra de sangue para realização de testes para infecção pelo HIV e sífilis. **Resultados:** Foram incluídos no estudo 103 adolescentes, sendo 92,2% do sexo masculino e 7,8% do sexo feminino. A prevalência de infecção pelo HIV foi de 4,9% (IC 95% 1,0%-9,0%) e de sífilis 7,8% (IC95% 2,6%-12,8%). A média de idade foi de 16,3 anos (DP1,24) e a de escolaridade foi de 4,6 anos (DP2,4). A média do tempo de prisão foi de 32,1 dias (DP37,63), variando de 1 dia a 5 meses; houve relato de prisão anterior em 34%. Os fatores de risco relatados foram: 52,4% não usavam preservativos; 28,9% relataram história de DST e 50,5% usavam algum tipo de droga (maconha 39,8%; cola 13,6%; cocaína inalatória 26,2%; crack 13,6% e cocaína injetável, 10,7%). Houve associação estatisticamente significativa entre infecção pelo HIV e o uso de drogas injetáveis (OR=27; 95%IC: 2,5-219,18), assim como para a sífilis (OR=8,7; 95%IC:1,5-50,83). **Conclusão:** Adolescentes encarcerados no sistema correccional de justiça em Vitória encontram-se em significante risco para infecção pelo HIV. As taxas de prevalência identificadas neste estudo confirmam a existência de um problema a ser controlado e a necessidade de implementação de programas de prevenção e aconselhamento para esta população.

Palavras-chaves: adolescentes, prisão, HIV, sífilis

ABSTRACT

Background: To determine the seroprevalence of HIV infection and syphilis and identify risk factors for these infections among adolescents in a court stay juvenile justice system in Vitoria, Brazil. **Methods:** Cross-sectional study was conducted from March to June 1999. They were interviewed using a structured questionnaire and a blood sample was collected for testing HIV and syphilis. **Results:** A total of 103 adolescents were included, 92.2% male and 7.8% female. The prevalence rates were: HIV infection 4.9% (IC95% 1.0%-9.0%) and syphilis 7.8% (IC 95% 2.6%-12.8). The mean age was 16.3 years old (SD1.24) and mean education was 4.6 years of schooling (SD2.4). The mean time in prison was 2.1 days (SD37.63), ranging from 1 day to 5 months; previous imprisonment were reported by 34%. The risk factors accessed were: 52.4% never used condoms; 28.9% reported history of STDs and 50.5% used any illicit drug (cannabis 39.8%; glue 13.6%; snuffing cocaine 26.2%; crack 13.6% and injecting cocaine 10.7%). Injecting drug abuse were statistical associated to HIV infection (OR=27; 95%IC: 2.5-219.18), and syphilis (OR=8.7; 95% IC:1.5-50.83). **Conclusion:** Adolescents who are under the jurisdiction of the juvenile justice system in Vitoria are at significant risk for HIV infection. The rates identified in this study confirm that there is a problem to be controlled and show the urgent need for prevention programs and counseling to this population.

Keywords: adolescents, prison, HIV, syphilis

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 13(4):35-39, 2001

INTRODUÇÃO

O sistema penitenciário no Brasil apresenta sérios problemas. Há um déficit de 120.000 vagas em todo país. A situação dos encarcerados é deficitária, não há assistência médica e jurídica adequadas e suficientes. Dados do último censo penitenciário registram a existência no país de 297 presídios, com

59.954 vagas e 129.169 sentenciados, além daqueles que aguardam julgamento, deixando evidente a superpopulação carcerária com uma média de 2,15 detentos por vaga.¹

A população carcerária é considerada uma população de alto risco para DST/Aids, principalmente por ser constituída, em grande parte, por um grupo de pessoas em contato com uso ou tráfico de drogas e discriminadas pela sociedade.² Estas pessoas são provenientes de comunidades com acesso limitado aos cuidados de saúde, especialmente em relação à atenção primária, detecção precoce e tratamento adequado das

¹ Centro de Referência em DST/Aids, Vitória, ES

doenças.^{3,4} Associado a estes fatos, soma-se que o estilo de vida dessas pessoas dificulta a adesão e continuidade do tratamento. Devido a esses problemas, o encarceramento provê uma condição especial para se abordar tal grupo de difícil acesso em outras circunstâncias e cujos fatores de risco e taxas de prevalência destas doenças são maiores que na população geral.²

A Aids tem sido uma das principais causas de morte entre a população encarcerada em países desenvolvidos.^{5,6} Há algum tempo, as autoridades de saúde pública vêm se conscientizando da frequência elevada de comportamentos de risco para DST/AIDS nessa população.⁷ O uso de drogas injetáveis e atividade homossexual são comportamentos frequentemente relatados pelos presidiários.⁸⁻¹¹

Populações encarceradas são representadas, em grande parte, por usuários de drogas fora da prisão. Mais de 50% das ofensas criminais observadas nos presídios estão relacionadas ao uso e tráfico de drogas.¹² Esses dados ressaltam o fato de que os presídios são o mais importante local de acesso aos usuários de drogas injetáveis (UDI). Evidências adicionais indicam que atividade sexual tanto hetero quanto homossexual ocorre comumente nos presídios, facilitando a disseminação de patógenos de transmissão sexual.^{13,14}

Os dados de morbidade sobre DST/HIV/Aids em presídios brasileiros são escassos e não há relatos suficientes que determinem a real situação das DST no sistema penitenciário. A realização de estudos de prevalência nesta população é de grande importância para se conhecer seu perfil epidemiológico e a extensão do problema e assim traçar programas de prevenção através da implementação de atividades educativas e acesso adequado aos serviços de saúde durante o encarceramento.

MÉTODOS

Um estudo de corte transversal foi realizado no período de março a junho de 1999 em unidade do Sistema Correcional Juvenil do Espírito Santo. Todos os adolescentes encarcerados neste período foram convidados a participar do estudo. Foi realizada uma entrevista face-a-face para coleta de dados sociodemográficos e para avaliar os riscos para DST/AIDS; também foi coletada uma amostra de sangue para realização de testes para infecção pelo HIV (ELISA e Reação de imunofluorescência indireta) e sífilis (VDRL e MHA-TP).

As amostras de sangue foram coletadas no presídio obedecendo às técnicas laboratoriais de rotina recomendadas pelo Ministério da Saúde. Em seguida foram enviadas ao Laboratório Central da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória para processamento.

A análise estatística foi realizada utilizando-se o SPSS versão 7.5 para Windows 95.¹⁵ Foi realizada uma análise descritiva, incluindo distribuição de frequência para variáveis qualitativas e cálculo de média e desvio-padrão para variáveis quantitativas. A prevalência de infecção por HIV e sífilis foi estimada pela presença de teste positivo e foram fornecidas pela frequência do diagnóstico em questão, sendo calculado o

correspondente intervalo de confiança de 95%. As possíveis associações entre doenças específicas e comportamentos de risco ou variáveis demográficas e clínicas foram testadas através de testes de qui-quadrado com correção de Yates ou teste de Fisher quando apropriado. Odds Ratios e intervalos de confiança foram calculados em análises bivariadas para estimar o grau de associação entre cada infecção e os potenciais fatores de risco.¹⁶

Autorização para a pesquisa foi obtida dos diretores do Sistema Correcional Juvenil do Estado do Espírito Santo. Todos os adolescentes foram convidados a participar do estudo em caráter voluntário e responderam ao termo de consentimento após receberem as informações referentes ao protocolo de pesquisa.

Os casos de sífilis identificados foram tratados, após a divulgação do diagnóstico para o participante, de acordo com as normas do manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis do Ministério da Saúde,¹⁷ e os casos de infecção pelo HIV foram encaminhadas para acompanhamento específico no Centro de Referência em DST/Aids.

RESULTADOS

Foram incluídos no estudo, 103 adolescentes dos 107 convidados, o índice de aceitação foi de 96,3%. A média de idade foi de 16,3 anos (DP 1,24) e a de escolaridade foi de 4,6 anos (DP 2,4). A média do tempo de prisão foi de 32,1 dias (DP 37,63), variando de 1 dia a 5 meses; houve relato de prisão anterior em 34% dos 103 casos. Na Tabela 1 estão resumidos os dados sociodemográficos e criminais dos adolescentes.

A prevalência de infecção pelo HIV foi de 4,9% (IC 95% 0,6%-9,0%) e de sífilis 7,8% (IC 95% 2,6%-12,8%). Houve associação estatisticamente significativa entre infecção pelo HIV e o uso de drogas injetáveis (OR=27; 95%IC: 2,5-219,18), assim como para a infecção pelo *T. pallidum* (OR=8,7; 95%IC:1,5-50,83). Foi observado uma tendência de associação em relação a infecção pelo HIV e cocaína inalatória (OR=2,3; 95%IC:0,3-18,01).

O uso de drogas foi relatado por 50% dos adolescentes, sendo a maconha e a cocaína inalatória as principais drogas utilizadas. O uso abusivo de álcool foi observado em 35,4% e tabagismo atual em 66,5% dos entrevistados. História pregressa de DST foi relatada por 30 pacientes (29,1%), sendo as relatadas: gonorréia 15 (14,6%); condiloma (9,7%) e sífilis 5 (4,8%). Os dados sobre comportamentos de risco e sinais e sintomas de DST estão descritos na Tabela 2.

DISCUSSÃO

Apesar dos importantes avanços que ocorreram no conhecimento sobre a patogênese da infecção pelo HIV e do advento da terapia anti-retroviral potente, a epidemia de HIV/Aids continua a crescer, assumindo tendências preocupantes.¹⁸

No Brasil, a morbi-mortalidade relacionadas ao HIV/Aids tem assumido impacto crescente entre os mais pobres e desfa-

Tabela 1 - Dados sociodemográficos e criminais dos adolescentes

Variáveis	N (%)
Gênero	
Masculino	95 (92,2)
Feminino	8 (7,8)
Etnia	
Branco	23 (22,3)
Pardo	69 (67,0)
Negro	11 (10,7)
Escolaridade	
Analfabetos	10 (9,7)
1-4 anos	43 (41,8)
5-8 anos	48 (46,6)
> 8 anos	2 (1,9)
Estado civil	
Solteiro	95 (92,2)
Casado	7 (6,8)
Viúvo	1 (1,0)
Delito	
Relacionado a drogas	46 (45,0)
Furto/Roubo/Assalto	44 (42,3)
Outros delitos	13 (12,7)

Tabela 2 - Comportamentos de risco para DST/HIV e sinais/sintomas relatados pelos adolescentes no momento da entrevista

Fatores de risco para DST/HIV	N (%)
História de DST	30 (28,9)
Uso de Condoms	
Sempre/ Às vezes	29 (29,6)
Nunca/Raramente	74 (70,4)
Orientação sexual	
Heterossexual	99 (96,1)
Homo/bissexual	4 (3,9)
Número de Parceiros Sexuais (último mês)	
0	12 (11,6)
1	32 (31,1)
2-4	34 (33,0)
5-10	19 (18,5)
>10	6 (5,8)
Uso de droga	
Maconha	52 (50,5)
Cocaína inalatória	41 (39,8)
Cola	27 (26,2)
Crack	14 (13,6)
Cocaína injetável	11 (10,7)
Sinais e sintomas	
Lesão genital	10 (9,7)
Prurido genital	6 (5,8)
Secreção uretral	5 (4,8)
Fluxo vaginal	3 (2,9)
Rash cutâneo	2 (1,9)
Linfoadenopatia	6 (5,8)

vorecidos, entre os jovens e as mulheres, além de apresentar uma interiorização da epidemia.¹⁹

A população carcerária é considerada um grupo vulnerável à infecção pelo HIV e outras DST, principalmente devido aos comportamentos de risco relacionados, principalmente, ao uso de drogas injetáveis.⁸⁻¹¹

Alguns estudos têm sido produzidos no Brasil no sentido de identificar a prevalência da infecção pelo HIV no sistema penitenciário, de maneira a permitir o conhecimento da magnitude do problema, a formulação de estratégias de prevenção à infecção e o tratamento destas infecções nessa população. Dados sobre outras DST não têm sido comumente relatados.

Apesar de a taxa de prevalência de DST identificada neste estudo ser alta, encontra-se dentro dos parâmetros observados em estudos prévios realizados em populações carcerárias no Brasil. Queiroz²⁰ e Ferreira²¹ relataram uma prevalência de HIV de 18,3% em 1987 e 25% em 1993, respectivamente, na Penitenciária feminina de São Paulo, enquanto Massad e colaboradores²² relataram uma taxa de 16% de infecção pelo HIV e 18% de sífilis em presídeo no Estado de São Paulo. Marins relatou uma prevalência de 12,5% de infecção pelo HIV em população carcerária em Sorocaba, São Paulo²³, Zanetta e colaboradores²⁴ encontraram uma taxa de infecção pelo HIV em adolescentes de rua em São Paulo de 2,6% no sexo masculino e 10,3% no sexo feminino. Estudo realizado em prisões do Estado do Rio de Janeiro identificou 7,2% de mulheres encarceradas com sorologia positiva para o HIV.²⁵ Estudo realizado na penitenciária feminina do Estado do Espírito Santo relatou altas taxas de DST, 72,7 % das mulheres tinham pelo menos uma DST diagnosticada, 9,9% de infecção pelo HIV e 16% de sífilis.²⁶ Os dados deste estudo complementam os resultados anteriores e documentam que a alta prevalência da infecção pelo HIV em presidiários não ocorre somente nas grandes cidades do Brasil.

Populações encarceradas são representadas, em grande parte, por usuários de drogas fora da prisão. Mais de 50% das ofensas criminais observadas nos presídios estão relacionadas ao uso e tráfico de drogas.^{11,12} Esses dados ressaltam o fato de que os presídios são um importante local de acesso aos usuários de drogas injetáveis (UDI). Há mais UDI em presídios do que em centros específicos para tratamento desta população (9)(27). O uso de drogas injetáveis sempre foi o fator de risco mais frequentemente observado na população encarcerada, e evidências adicionais indicam que atividade sexual tanto hetero quanto homossexual também ocorre comumente nos presídios, facilitando a disseminação de patógenos de transmissão sexual.^{10,13,14,28}

Neste estudo, como em outros estudos realizados no Brasil,^{22,24,26} foi observada a associação entre a infecção pelo HIV e o uso de drogas injetáveis o que corrobora os dados da literatura científica, que descreve a toxocomania como o principal fator de risco para a infecção pelo HIV entre presidiários.

Outro dado que vale a pena ressaltar é a associação entre a infecção pelo HIV e outras DST, principalmente quando consideramos que 30% da amostra relatou história de DST e que o uso de preservativos não é uma prática habitual. Relatos da

literatura demonstram que DST com lesões ulcerativas, como a sífilis, o cancro mole e o herpes genital, estão associados com uma maior taxa de transmissão do HIV.²⁹ As DST não ulcerativas também estão associadas com um aumento do risco de transmissão do HIV de três a cinco vezes.^{30,31}

Estes dados ressaltam a urgente necessidade de atividades educativas, preventivas e terapêuticas durante o encarceramento. Este segmento da população, que estatisticamente tem mais problemas de saúde do que o resto da população, tem tido um menor acesso aos cuidados de saúde. O encarceramento pode representar um momento oportuno para se pensar em novas estratégias de acesso a esta população e se implementar uma política de assistência à saúde mais adequada.^{9,28,32}

No planejamento de programas educacionais de prevenção às DST/Aids, direcionados à adolescentes encarcerados é vital que educadores tenham um entendimento da vida dessas pessoas fora da prisão, e dos fatores que contribuem para o encarceramento, bem como de quais recursos e ferramentas seriam necessários para promover mudanças de comportamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schechman M. Experiências no controle de prevenção da AIDS no sistema prisional (mesa redonda). In: **Seminário Estadual sobre Aids no sistema prisional**. Florianópolis, Santa Catarina. Anais, Santa Catarina: p. 34-50 (sem numeração). 1994
2. Bird AS, Gore SM. Inside Methodology: HIV surveillance in prisons. *AIDS* 1994; 8:1345-46
3. Moore J. **Contracted Health Care**: New Approaches to an Old Problem. *Corrections Today*, August 1984:20-4.
4. Wood VD, Shoroye A. Sexually transmitted disease among adolescents in the juvenile justice system of the District of Columbia. *J Natl Med Assoc*, 85(6): 435-39. 1993
5. Salive M, Brewer F. Death in prison: changing mortality patterns among males inmates in Maryland 1979-1987. *Am J Public Health*, 80:1-2. 1990
6. Dean-Gaitor HD, Fleming PL. Epidemiology of AIDS in incarcerated persons in the United States, 1994-1996. *AIDS* 13 (17): 2429-35. 1999
7. World Health Organization. **Report on HIV/AIDS in prison 1990**. WHO Global Programme on AIDS and crime prevention and criminal justice branch of the United Nations Office; September Viena, Austria. 1990
8. Harding TW. AIDS in prison. *Lancet* ii:1260-63. 1987
9. Decker MD, Vaughn W, Brodie JS, et al. The incidence of hepatitis B in Tennessee prisoners. *J Infect Dis* 152:214-17. 1985
10. Harwell TS, Trino R, Rudy B, Yorkman S, Gollub EL. Sexual activity, substance use, and HIV/STD knowledge among detained male adolescents with multiple versus first admissions. *Sex Transm. Dis* 26 (5): 265-71. 1999
11. Kim AA, McFarland W, Kellog T, Katz MH. Sentinel surveillance for HIV infection and risk behavior among adolescents entering juvenile detention in San Francisco: 1990-1995. *AIDS* 13(12): 1597-8. 1999
12. Barton WI. Drug histories and criminality of inmates of local jails in the United States (1978): implications for treatment

- and rehabilitation of the drug abuser in a setting. *Int J Addict* 17: 417-44. 1982
13. Brewer TF, Derrickson J. AIDS in prison: a review of epidemiology and preventive policy. *AIDS* 6: 623-28. 1992
 14. Morris RE, Baker CJ, Valentine M, Pennisi AJ. Variations in HIV risk behaviors of incarcerated juveniles during a four-year period. *J Adolesc Health* 23 (1): 39-48. 1998
 15. Norusis MJ. *SPSS for windows: base system user's guide*, release 7.5, Chicago, SPSS inc. 1995
 16. Fleiss, JL. *Statistical Methods for Rates and Proportions*. Second edition. John Wiley and Sons, New York, New York, 1981
 17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Projetos Especiais de Saúde. Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Brasília, 1997. 74p.
 18. World Health Organization. **WHO strategic plan for HIV/AIDS and sexually transmitted diseases: 1997-2001**. Office of HIV/AIDS and STDs, Geneva, 2000.
 19. Brasil. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico - AIDS**. Ano XIII nº2 – 23ª a 36ª semanas epidemiológicas, julho a setembro de 2000.
 20. Queiroz W, Rodriguez C, Paula M, et al. Anti-HIV serological trial in the female incarcerated population of São Paulo State prison, 1987. **IV International Conference on AIDS**, June 1988. Stockholm. Annals, abstract 4214.
 21. Ferreira MMC, Ferrazoli L, Palaci M, et al. Tuberculosis and HIV infection among female inmates in São Paulo, Brazil: A prospective cohort study. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 13 (2): 177-83. 1996
 22. Massad E, Rozman M, Azevedo RS, Silveira AS et al. Seroprevalence of HIV, HCV and syphilis in Brazilian prisoners: preponderance of parenteral transmission. *Euro J Epidemiol* 15(5):439-45. 1999
 23. Marins JR. **Soroprevalência da infecção por HIV em população carcerária**. Campina, SP, 1996 Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.
 24. Zanetta DM, Strazza L, Azevedo RS, Carvalho HB, et al. HIV infection and related risk behaviours in a disadvantaged youth institution of São Paulo, Brazil. *Int J STD AIDS* 10 (2): 98-104. 1999
 25. Carvalho ML, et al. Estudo transversal sobre prevalência da infecção pelo HIV no sistema penitenciário do Rio de Janeiro. **IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia**, Rio de Janeiro – agosto/1998. Livro de resumos: ABRASCO, 1998. p.196.
 26. Miranda AE, Vargas PM, St Louis ME, Viana MC. Sexually transmitted diseases among female prisoners in Brazil: prevalence and risk factors. *Sex Transm Dis* 27 (9): 491-95. 2000
 27. Hull HF, Lyons LH, Mann JM, et al. Incidence of hepatitis B in the penitentiary of New México. *Am J Publ Health* 75: 1213-14. 1985
 28. Lichtenstein B. HIV risk and healthcare attitudes among detained adolescents in rural Alabama. *AIDS Patient Care STDs* 14 (3):113-24. 2000
 29. Plummer FA, Simonsen JN, Cameron DW, et al. Cofactors in male-female sexual transmission of HIV type 1. *J Infect Dis* 163: 233-239. 1991
 30. Laga M, Manoka A, Kivuvu M, et al. Non-ulcerative sexually transmitted diseases as risk factors for HIV-1 transmission in women: results from a cohort study. *AIDS*. 7:95-102. 1993
 31. Fleming DT, Wasserheit JN. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other STD to sexual transmission of HIV infection. *Sex Transm Infect* 75(1):3-17. Review. 1999
 32. Schapman N, Cass PS. Project: HIV prevention for incarcerated youth in Indiana. *Community Health Nurs* 17(3):151-58. 2000
- Endereço para correspondência:**
 Angélica Espinosa Miranda, Adriana Marchon Zago
 Centro de Referência em DST/Aids
 Rua Caramuru, 10 Centro – Vitória, ES - 29015-020
 E-mail: espinosa.gaz@terra.com.br