

PREVENÇÃO DO HIV/AIDS EM UMA PENITENCIÁRIA-MODELO FEMININA DE SÃO PAULO – SP, BRASIL

PREVENTION OF HIV/AIDS IN A MODEL FEMALE PENITENTIARY IN SÃO PAULO – SP, BRAZIL

Leila Strazza,¹ Raymundo S. Azevedo,² Heráclito B. Carvalho³

RESUMO

Introdução: a prisão não pode ser considerada apenas como um lugar eleito para afastar o indivíduo infrator da sociedade, nem somente para punição. Cabe a ela também a difícil tarefa da reabilitação. As condições adversas contribuem para uma maior exposição, principalmente no que se refere às doenças infecciosas, e, no presente enfoque, ao HIV/aids. **Objetivo:** avaliar pontos positivos e negativos da prevenção do HIV/aids numa prisão-feminina de São Paulo-SP. **Métodos:** estudo transversal seguido de oficinas de sexo seguro realizados entre os meses de agosto e outubro de 2000. **Resultados:** 290 detentas concordaram com este estudo, mas somente 267 delas participaram da sorologia: 14% HIV+ (37/267). Idade: de 18 a 65 anos, crimes mais comuns: roubo e tráfico de drogas – 50% e 28,9%, respectivamente –, 53% eram solteiras, 58% tinham filhos, 52,7% possuíam primeiro grau incompleto, 22% destas mulheres relataram ter tido pelo menos uma DST no passado, 70% delas usa drogas ilícitas e 9% drogas injetáveis; 176 detentas participaram da prevenção. Apresentação descritiva dos principais dados comparação com outras penitenciárias nacionais e internacionais. Descrição dos pontos positivos e negativos do processo de intervenção educativa entre os grupos de detentas. **Conclusão:** ações de prevenção contra o HIV/aids nas prisões são importantes, porém, mesmo numa prisão modelo, muitas barreiras para a execução destas ações são encontradas, mesmo quando se consegue permissão para a realização da sorologia e oficinas de sexo seguro. “Se numa Penitenciária-Modelo estas ações educativas encontram obstáculos, como será em prisões comuns?”

Palavras-chave: prisão feminina, prisão modelo, prevenção, HIV/aids, Brasil.

ABSTRACT

Introduction: the prison cannot be considered just as a place to spare the inflationary people from their environment or only to punish them. The prisons also have the difficulty task of rehabilitation. Their adverse environmental conditions contribute to higher exposition risk to infectious diseases mainly HIV/aids. **Objective:** to evaluate positive and negative points of prevention HIV/AIDS in a São Paulo's Model Female Prison – SP, Brazil. **Methods:** transversal study followed by safe sex workshops performances. It was carried out among August and October, 2000. **Results:** 290 prisoners agreed to participate, but only 267 agreed to be serologic tested: 14% HIV+ (37/267). Age: from 18 to 65 years, the most common crimes were robbery and drugs: 50% and 28,9%, respectively, 53% were single, 58% had children, 52,7% had incomplete primary school, 22% of these women were aware of having had at least one STD and they related their names, 70% of them use illicit drugs and 9% injecting drugs; 176 female prisoners participated in safe sex workshops. Descriptive data comparison among National and International Penitentiaries. Positive and negative points descriptions during intervention process of HIV/AIDS prevention strategies. **Conclusion:** the realization of AIDS prevention strategies in prisons is important and there are strong obstacles to their executions, even in a model prison – as positive point: to have permission to realize the serology and workshops; negative point: inadequate place. “If in a Model Penitentiary these educative actions find obstacles, how will it be in common prisons?”

Keywords: female prison, model prison, prevention, HIV/AIDS, Brazil.

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 18(4): 235-240, 2006

INTRODUÇÃO

A prisão, célula formadora do Sistema Prisional, não pode ser simplesmente considerada um lugar para punição. É importante ressaltar que o Sistema Prisional é concebido com a finalidade de cumprir três importantes missões: a de afastar o indivíduo infrator de seu ambiente, resguardando a sociedade desta potencial ameaça; a de punir este infrator segundo recomendação da lei e, finalmente, a difícil tarefa de conseguir sua reabilitação, recuperando, assim, o indivíduo para a vida cotidiana no seu retorno à sociedade.¹

Das três missões, a reabilitação é, sem dúvida, a mais difícil. Portanto, o período em que a pessoa paga sua pena de reclusão ao Estado deve ser utilizado como um momento fundamental para sua

educação e conseqüente reabilitação. Segundo Winnicott, existe um momento na vida de determinadas pessoas em que elas praticam atos anti-sociais, que nada mais são do que uma defesa ou reação à sociedade. Neste momento, elas são consideradas como desajustadas.² Quando identificadas e incorporadas ao Sistema Prisional, são levadas ao tribunal onde o magistrado estabelece não apenas a sentença como forma de punição, mas também oferece a elas a chance da reabilitação. Muitas vezes essa reabilitação é traduzida como um tratamento. Essas pessoas, segundo Winnicott, retêm uma doença psicológica que deve ser tratada, pois a mesma é recuperável.^{2,3}

Embora Winnicott afirme que este momento não deva ser desperdiçado, é muito difícil imaginar como ficam estas necessidades emocionais e físicas dentro de uma prisão.²

Sabe-se de antemão que os serviços públicos de saúde têm dificuldades para lidar com esse tipo de demanda, tanto na questão diagnóstica como na terapêutica, e que este momento anti-social² acaba, na maior parte das vezes, sendo abordado somente após a sentença judicial.

¹ Pesquisadora doutora do Departamento de Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (LIM 01 FMUSP).

² Professor Associado do Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (LIM 01 HC-FMUSP).

³ Professor doutor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (LIM 34 HC-FMUSP).

Paralelamente a isso, o sistema de saúde vem enfrentando um outro problema igual ou maior do que esse, ou seja, a epidemia que vem assolando a humanidade nestas últimas décadas, a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana adquirida (HIV) e sua consequência, a aids. A epidemia vem, no Brasil, atingindo cada vez mais a população feminina.⁴ Esta característica da epidemia é chamada de “feminização da aids”.⁵ Levando em conta o fato de as literaturas nacional e internacional chamarem a atenção para o ambiente prisional, que oferece condições inadequadas para o controle da epidemia,⁶⁻¹² buscamos conciliar as seguintes premissas: o acometimento cada vez maior de mulheres por meio da infecção pelo HIV e a identificação desta infecção no ambiente prisional. Além disso, existe a possibilidade de se estudar o potencial educacional existente nesse ambiente. Para isso, escolheu-se trabalhar dentro de uma prisão-modelo feminina da capital do estado de São Paulo.³

OBJETIVO

Determinar a prevalência da infecção pelo HIV em detentas de uma prisão-modelo feminina e transmitir conhecimento acerca da transmissão HIV/aids para esta população. É importante ressaltar que nesse processo educativo é imprescindível que se identifiquem pontos positivos e negativos no que se refere à capacidade de intervenção no processo educacional das prisioneiras acerca dos conhecimentos pertinentes à proteção contra a infecção pelo HIV, tanto dentro como fora do Sistema Prisional.

MÉTODOS

Estudo sorológico transversal não-anônimo realizado entre agosto e outubro de 2000, na cidade de São Paulo, na Penitenciária Feminina do Butantã, com aplicação de questionário “face a face”¹³ e desenvolvimento de processo educativo com a utilização de oficinas de sexo seguro. Os questionários e as oficinas de sexo seguro foram realizados por cinco psicólogas da equipe do projeto previamente treinadas. Os dados obtidos por intermédio dos questionários foram codificados para posterior análise por meio do programa computacional *Epi-Info* 6.0.

Oficinas de sexo seguro

Após conhecidos os resultados sorológicos, as oficinas de sexo seguro foram realizadas com no máximo dez detentas em cada uma. Às detentas ficavam em pé no fundo do corredor da ala de saúde, sem a presença de funcionários ou seguranças. Devido à preocupação de evitar-se qualquer tipo de constrangimento, foi-lhes dada a opção de participar ou não das oficinas.

O tempo despendido para realização da sorologia, questionário e oficinas de sexo seguro foi de aproximadamente três horas (entre 9h e 12h) às segundas, quartas e sexta-feiras.

Características do local (época do estudo)

A Penitenciária Feminina do Butantã tinha capacidade para receber 506 detentas, sendo 208 vagas para o regime fechado e 298 para o semi-aberto.¹⁴ Esta prisão recebia detentas de todas as penitenciárias da cidade de São Paulo que iniciassem o cumprimento da pena no sistema aberto.

Contexto institucional

Descrição da Penitenciária (na época do estudo)

Após o portão de ferro da entrada e a revista diária, passava-se por um portão detector de metais para que, em seguida, se adentrasse o pátio interno do presídio, que separa a recepção da prisão. Neste pátio havia cercas altas, mas inexistiam guaritas e guardas. Para que qualquer pacote pudesse entrar, ele teria de ser perfurado, como critério de segurança.

Uma escada conduzia a um dos seis edifícios (saúde, administração, celas, galpões de trabalho, educação – salas de aula, sala de artes, sala de computadores, sala de palestras com televisão, biblioteca, salão de beleza, igreja, refeitório e lavanderia), com capacidade para 506 detentas.

No andar térreo do edifício havia o Núcleo de Saúde ao lado de um salão de palestras com televisão e local para curso de cabeleireiro. No primeiro andar, encontravam-se cinco salas de aula, biblioteca com sala de arte e uma sala de computadores.

A administração, a secretaria e o “berçário”, considerado pelas detentas uma ala “especial”, ficavam no edifício 2. O berçário tinha quartos (celas) individuais nos quais a detenta tinha o direito de ficar a partir da 28ª semana de gravidez ou, a qualquer momento, se apresentasse um quadro de alto risco, tais como hipertensão, diabetes, pré-eclâmpsia, descolamento prematuro da placenta, hemorragia, entre outros. O berçário recebia detentas de toda a rede da Secretaria da Administração Penitenciária e, após quatro meses, tempo permitido por lei (Lei de Execução Penal – Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984), a criança seria separada da mãe e a detenta voltaria para o estabelecimento penal de origem.

O edifício 3 comportava seis andares de celas.

No edifício 4 havia cozinha, dois refeitórios (funcionários e detentas), lavanderia e guarda-volumes (roupas sociais/pertences de cada detenta no momento em que foram presas).

Na entrada do edifício 5 havia um telefone público que as detentas do regime semi-aberto que tivessem bom comportamento podiam utilizar, como regalia, por um período especificado pela diretoria. Atrás desse edifício, havia uma área central com um pátio e duas quadras com duas arquibancadas, onde as detentas tomavam sol e, à esquerda, dois galpões para o trabalho de reeducação de detentas, que podiam ser usados por detentas do regime fechado ou do semi-aberto.

No edifício 6 havia uma igreja com liturgias católica e evangélica.

Cumprimento da pena

As penas nessa prisão eram cumpridas em dois tipos de regime:

Regime fechado

Este regime é para as detentas que foram condenadas à pena de reclusão, estando, portanto, impossibilitadas de sair da penitenciária.

Regime semi-aberto

Este regime é aplicado às detentas que já cumpriram 1/6 ou 2/3 da pena, se estiveram condenadas por crime hediondo (Lei de Execução Penal-Lei nº 7.210). Ele oferece as possibilidades de as detentas saírem da penitenciária entre 5h e 9h para trabalhar, e voltarem entre 17h e 21h para jantar e dormir. As detentas deste regime tinham, também, direito às saídas temporárias na Páscoa, no Dia das Mães, no Dia dos Pais, Finados, no Natal e no Ano Novo. Segundo informação da penitenciária,¹⁴ as saídas temporá-

as tinham uma média de 90% de retorno das detentas a cada saída.

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pela CAPPesq – HCFMUSP sob o número 7.771/99. Todas as detentas que participaram do estudo assinaram o termo de consentimento. O caráter confidencial das informações foi garantido.

RESULTADOS

Duzentas e noventa e nove detentas cumpriam naquele momento, pena nos regimes semi-aberto ou fechado. Dentre elas, nove recusaram-se a participar de todo o projeto.

Responderam ao questionário 290 detentas, mas 23 delas recusaram-se a participar do teste anti-HIV, alegando desinteresse em descobrir seu real estado sorológico naquele momento e lugar, sendo que destas, oito estavam no berçário.

Concordaram com a realização da sorologia anti-HIV, então, 267 detentas e, entre estas mulheres, 13,9% (37) eram positivas.^{3, 6, 7, 8}

Antes de apresentarmos um perfil das detentas da Penitenciária Feminina, salientamos que a diferença do número para cada resposta é consequência de os monitores terem sido instruídos para respeitarem o silêncio das detentas ou por existirem perguntas com mais de uma possibilidade de resposta.

Foram entrevistadas 290 detentas com idades entre 18 e 65 anos, média de 31 anos, desvio-padrão de 9,0 e mediana de 29 anos de idade.^{3, 6, 7, 8}

Quanto à escolaridade, 6,5% (18) declararam-se analfabetas; 79,2% (221) relataram ter cursado o Ensino Fundamental; 13,6% (38) afirmaram que completaram o Ensino Médio e 0,7% (2) disseram ter nível superior.^{3,6,7, 8}

Com respeito aos delitos que as levaram para a prisão, o roubo, referente aos artigos 157 e 155 do Código Penal Brasileiro, foi cometido por 50% das detentas, seguido pelo tráfico de drogas, referente aos artigos 12 e 14, mencionado por 29% delas.

Tabela 1 – Delitos cometidos e referidos, segundo artigo do Código Penal Brasileiro, pelas detentas de uma Prisão-Modelo Feminina de São Paulo, no ano de 2000 (n = 287).

ARTIGOS		% (n)
10	porte de arma	1,3% (4)
12	tráfico de drogas ilícitas	27,3% (84)
121	homicídio	4,9% (15)
129	lesão corporal	0,6% (2)
14	outra conduta criminosa em razão do tráfico	1,6% (5)
148	privação de liberdade	0,3% (1)
155	furto	10,7% (33)
157	roubo	43,8% (135)
159	seqüestro	0,6% (2)
16	usuário de droga ilícita	1,9% (6)
171	estelionato	2,9% (6)
18	cárcere privado	0,6% (2)
180	receptação	1,0% (3)
228	favorecimento de prostituição	0,3% (1)
229	casa de prostituição	0,3% (1)
288	formação de quadrilha	0,6% (2)
307	falsa identidade	0,3% (1)
351	facilitação de fuga	0,6% (2)

Quanto ao estado conjugal das detentas, 53% (147) declararam-se solteiras, 23% (64) referiram ser amaziadas, 5% (13) disseram ser casadas, 8% (23) afirmaram que eram viúvas e 11% relataram que eram separadas (desquitadas, divorciadas).^{3, 6, 7, 8}

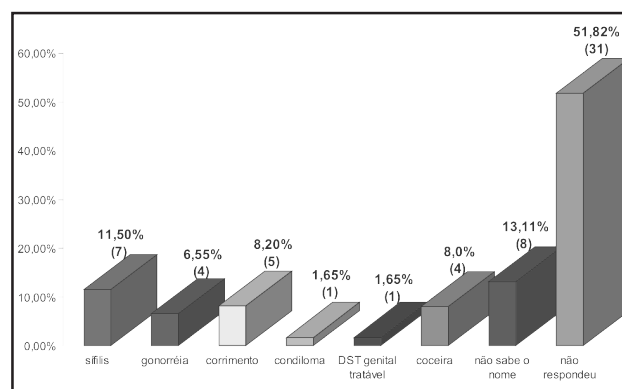
Tabela 2 - Uso da “camisinha” e comportamento sexual, segundo perguntas diretas, referido pelas detentas de uma Prisão Modelo Feminina de São Paulo, no ano de 2000 (n=287).

Pergunta para a detenta	% (n/N)
Seu parceiro sexual preocupava-se em saber se você usava método que a prevenisse contra a gravidez?	
NÃO	49% (134/271)
Você pedia para ele usar “camisinha” com você?	
NÃO	54% (149/296)
Ele usa “camisinha” com você?	
Primeira vez	27% (43/158)
Nunca	33% (52/158)
O(a) seu (sua) parceiro(a) sexual tem outra(s) parceira(s)?	
SIM	24% (65/277)
NÃO SEI	21% (59/277)

Com relação aos aspectos do comportamento sexual, 27% (68) das detentas referiam possuir parceiro fixo, sendo que 22% (13) também tinham parceiro casual. Cinquenta e oito por cento delas têm filhos. Mas, ao serem questionadas se o parceiro sexual tinha outra parceira, 45% delas deram respostas positivas ou disseram que não sabiam.

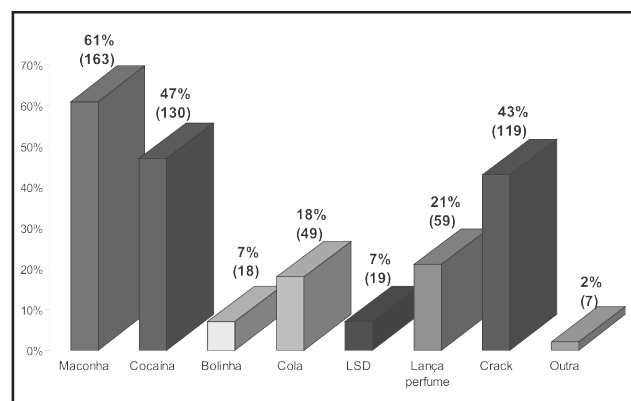
Quanto à percepção da detenta quanto a ter tido alguma DST no passado, 77% (216) declararam que não e 22% (61) que sim, sendo assim discriminadas (Figura 1).

Figura 1 – Doenças sexualmente transmissíveis referidas pelas detentas de uma Prisão Modelo Feminina de São Paulo, no ano de 2000 (n = 61).



O uso de droga foi referido por 70% (187) e o uso de droga injetável por 9% (35). E 15% (35) afirmaram ter parceiro usuário de droga injetável.^{3, 6, 7, 8} A Figura 2 apresenta o uso de droga segundo o tipo.

Figura 2 - Uso de drogas referidas pelas detentas de uma Prisão-Modelo Feminina de São Paulo, no ano de 2000 (n = 279).



Oficinas de sexo seguro¹⁰

Participaram das oficinas 176 detentas (176/290), sendo que, destas mulheres, 172 eram do regime fechado e quatro do sistema semi-aberto.

As perguntas indutoras de discussão foram claras e objetivas em todos os grupos:

- O que é, realmente, DST/aids? Quais são elas e como se transmitem?
- A relação homossexual feminina transmite HIV?

Aspectos relacionados ao contexto institucional

Sistematicamente, ao se cruzar com uma detenta, ela parava o que estava fazendo, colocava as mãos para trás da cintura, olhava para o chão e dizia: – Bom dia!

No regime fechado encontramos detentas limpas, penteadas, com unhas limpas e esmaltadas, atenciosas, educadas, colaborativas e atentas às regras.

As detentas, no regime semi-aberto, eram, em sua maioria, arrogantes, agressivas, sujas, desdentadas e não colaborativas. Todas as detentas, que cumpriam pena no regime semi-aberto e participavam do nosso estudo, recebiam atestados médicos, ou seja, não perdiam o dia de trabalho. Segundo elas, havia o inconveniente de sair mais tarde da Penitenciária, o que não as agradava, mesmo levando consigo uma justificativa para o trabalho. Quatro detentas não saíam da Penitenciária para trabalhar, embora fizessem parte do sistema semi-aberto.

DISCUSSÃO

Sabe-se que a aids está entre as principais causas de morte nas prisões, embora existam poucas informações sobre pacientes com aids dentro delas.^{3, 6, 8, 15}

Muito embora exista uma grande dificuldade para se comparar prevalência de DST/aids em populações carcerárias por serem bastante heterogêneas, podemos observar que, em sua maioria, essas prevalências sempre são maiores do que a população geral. Ao compararmos nossos resultados de 13,9% de prevalência de infectados pelo HIV em população carcerária feminina, pudemos observar resultados maiores em Smith,¹⁶ em 1988, de 18,8%, na

Prisão Feminina de New York (U.S.A); Martin¹⁷ apresentou o resultado de 26% na Província da Instituição Penal no noroeste da Espanha, entre 1991 e 1995; Ferreira¹⁸ mostrou uma soroprevalência de 20,6% na Penitenciária Feminina do Carandiru.¹⁶

Outros autores encontraram prevalências menores, como Frederik¹ (7,5%) com relação a prisioneiras femininas na Correcional de Connecticut Vaz¹⁹ apresentou uma soroprevalência de 0,6% em prisioneiras de Maputo, Moçambique, no período de 1990; Rotily,²⁰ 8% na Prisão de Marseille, França, no período de março a dezembro de 1995; Miranda,²¹ 9,9% na Prisão Feminina Estadual do Espírito Santo (Brasil), no período de março a setembro de 1997; e Strazza,¹¹ mostrou uma prevalência de 10,3% nas adolescentes infratoras detidas na Fundação do Bem-estar do Menor de São Paulo-SP (Brasil), no período de 1994 a 1995.

Encontrou-se, também, um resultado semelhante ao nosso em Lopes:²² 14,5% na Penitenciária Feminina do Carandiru, de São Paulo-SP (Brasil), entre 1997 e 1998.³

Quanto à escolaridade das detentas, acentuando-se o Ensino Fundamental incompleto com 79,2%, encontramos semelhança com os estudos de alguns autores nacionais, tais como Ferreira¹⁸ – 74% – e Lopes¹² – 71,1%.

Quanto aos delitos mostrados em nosso estudo – 50% (roubo) e 29% (drogas) –, Lopes¹² apresentou o oposto: 32,3% roubo e 49,6% (substâncias entorpecentes).

Sabe-se que o confinamento aumenta o risco de ocorrência das DST^{6, 8, 11, 12, 16, 18, 23, 24} e que o aumento do risco deve-se, principalmente, à heterogeneidade da população confinada – assassinos, traficantes, trabalhadores do sexo etc. no mesmo espaço, que tem maior exposição a riscos físicos e psicológicos. O confinamento estimula práticas que aumentam o risco de transmissão de doenças infecciosas tanto pelos comportamentos sexuais inadequados como pelo uso de drogas, sendo que um número grande de estudos evidencia o papel deste uso dentro das prisões.^{6, 7, 8, 11, 16, 18, 23, 25}

É importante citar que as respostas sobre sexo e drogas sempre foram faladas em voz baixa pelas detentas, que olhavam para todos os lados. Embora as psicólogas tenham sido treinadas para atuarem neste local inadequado, foi inevitável que as detentas não olhassem para todos os lados para certificarem-se da inexistência de guardas ou seguranças.

A partir dos resultados sorológicos do HIV, foram realizadas oficinas de sexo seguro que, inicialmente, foram utilizadas apenas para a prevenção por meio da estratégia de ouvir, corrigir e acrescentar conhecimentos referentes às DST/aids.¹⁶

A vontade de realizar mais benefícios num trabalho desta proporção vai de encontro as fortes barreiras encontradas para o desenvolvimento do programa, muito embora se saiba da urgência da prevenção da aids nas prisões como estratégia de controle.^{16, 26}

As condições institucionais que nos foram oferecidas para desenvolver esse trabalho interferiram, em vários aspectos, no alcance de alguns objetivos, conforme foi apresentado anteriormente.

Aceitar todas as condições oferecidas pela Penitenciária para a execução do trabalho foi vital para este projeto, pois sabíamos que, além de transmitir informações acerca da aids àquelas detentas, havia a possibilidade de estarmos formando replicadores que pudessem transmitir as informações recebidas para outros locais que, a princípio, não faziam parte do projeto devido à possibilidade de transferência das detentas para outras prisões.

Sempre soubemos da existência das salas de aula no presídio, porém aceitamos trabalhar no lugar oferecido pela penitenciária e

não solicitamos nada além do que foi ofertado, já que foi nossa intenção transmitir, mesmo que em lugar impróprio, o máximo de informações possível.

Chegamos a levar filmes sobre aids, porém não havia televisores nesse espaço e o tempo disponível para as detentas era muito limitado.

Cabe lembrar que, durante os meses que estivemos nesta Penitenciária, não vimos movimento no salão de cabeleireiro, nem um “pente” fora de lugar! Assim como não observamos prisioneiras que usassem o telefone público.

Durante o nosso trabalho, entre agosto e outubro de 2000, na Penitenciária Feminina do Butantã, procuramos ser simpáticas (os), mas estava muito claro, para nós, o quanto a nossa presença atrapalhava a rotina carcerária.

Ouvíamos com frequência a frase:

“...logo, logo estaremos em reforma e vai ficar difícil vocês trabalharem [...]”

Foi durante nosso trabalho de campo, lendo o jornal enquanto esperávamos as detentas chegarem, que uma notícia²⁷ nos chamou a atenção e consideramos oportuno torná-la mais pública:

Anadyr de Mendonça Rodrigues, empossada como Ministra pelo presidente Fernando Henrique Cardoso [...]

ESTADO – [...] Onde o sistema falha?

ANADYR – O sistema de leis penais revelou-se absolutamente impotente para fazer a contenção de desvios éticos. Os grandes pensadores da ciência penal vão ter de ficar mais humildes e reconhecer que o sistema que eles criaram está horrível, revela-se ineficiente. Há que se encontrar outras soluções. Recolher nos presídios mostrou que só agrava o problema. Não tem mais a utilidade de reeducar, acaba não coibindo a formação de especialistas em crimes.

CONCLUSÃO

Os resultados encontrados neste estudo e as altas prevalências de HIV em outros estudos nacionais e internacionais levantam muitas preocupações sobre o futuro destas mulheres, pois sabe-se que esta população confinada é tida como uma população socialmente excluída. Há muitas barreiras para a evolução de tal programa, que necessita de permissão para a realização da sorologia e oficinas de sexo seguro, mesmo que em lugar inadequado.

Deixamos aqui uma pergunta:

“Se o nosso estudo ocorreu numa Penitenciária-modelo, como seria em outras prisões comuns?”

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Frederick LA., Adrian M, Kaveh K et al. Correlates of HIV Infection Among Incarcerated Women: implications for improving detection of HIV infection, *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, Vol.82, Nº 2; 2005.
- Winnicott DW. Alguns Aspectos Psicológicos da Delinquência Juvenil, Privação e Delinquência, São Paulo: Martins Fontes; 1995.
- Strazza L: Estudo da vulnerabilidade à infecção pelo HIV em detentas da Penitenciária Feminina do Butantã-SP avaliada por técnicas sorológicas e pela técnica do TAT (tese de doutorado), área de fisiopatologia experimental da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2003.
- Boletim Epidemiológico DST/AIDS, ano II nº 01- 01ª à 26ª semana epidemiológica - janeiro a junho de 2005.
- Castilho E, Chequer P. Epidemiologia do HIV/AIDS no Brasil. In: Parker R, Organizador. Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA/Jorge Zahar; 1998. p. 17-42.
- Strazza L, Azevedo RS, Carvalho HB. Estudo de comportamento associado à infecção pelo HIV e HCV em detentas de um presídio de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23 (1): 197-205
- Strazza L, Azevedo RS, Carvalho HB. Vulnerabilidade à Infecção pelo HIV entre Mulheres com Alto Risco de Exposição – Menores Infratoras e Detentas – do Estado de São Paulo, Brasil, *DST- J bras doenças Sex Transm* 2005; 17 (2): 138-142.
- Strazza L, Azevedo RS, Carvalho HB et al. The vulnerability of Brazilian female prisoners to HIV infection, *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* 2004; 37:771-776.
- Bulman D, Coben D, Anh NV. Education Women about HIV/AIDS: some international comparisons, *Compare*, Vol.2; 2004.
- Strazza L, Carvalho HB, Azevedo RS et al. Estudo da vulnerabilidade à infecção DST/AIDS em detentas de uma Penitenciária Feminina de São Paulo-SP, Brasil avaliada pela técnica sorológica, *DST- J bras Doenças Sex Transm* 2003; 15 (4): 27-32.
- Strazza L. Diferenças de Gênero e Risco para a Infecção pelo HIV em adolescentes Internos na Fundação Estadual Para o Bem Estar do Menor de São Paulo–FEBEM (tese de mestrado). Área de Fisiopatologia Experimental da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1999.
- Lopes F. Prevalência de HIV, HPV e sífilis na Penitenciária Feminina da Capital (tese de mestrado). Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1999.
- Catania, JA, Kegeles, SM, Coates, TK. Towards an Understanding of Risk Behavior: an AIDS Risk Reduction Model (ARRM). *Health Education Quarterly* 1990; 17(1): 53-72.
- Nepomuceno J. Diretora Técnica de divisão, fax número 338/02, 3 de abril de 2002.
- Cayla JA, Marco A, Bedoya A et al. *International Journal Epidemiological* 1995; 24 (6): 1188 – 96.
- Smith PF, Mikl J, Truman BI et al. HIV Infection Among Women entering the New York State Correctional System, *American Journal Public Health* 1991; 81 (Suppl): 35 - 40.
- Martin SV, Cayla BJA, Gonzalez MML et al. Evaluation of the Prevalence of HIV Infection in Prison Inmates at the Time of their Imprisonment during the Period 1991/1995, *Revista Espanhola Salud Publica* 1997; 71 (3): 269–80.
- Ferreira MMC. Infecção pelos Retrovirais HIV-1, HTLV-I e HTLV-II na População Feminina da Penitenciária do estado de São Paulo: prevalência, fatores de risco e conhecimento desse risco (tese de doutorado). Departamento de Epidemiologia de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1997.
- Vaz RG, Gloyd S, Folgosa E et al. Syphilis and HIV infection among prisoners in Maputo, Mozambique. *Int J STD AIDS* 1995; 6 (1): 42-6.
- Rotily M, Vernay VC, Bourliere M et al. HBV and HIV screening, and hepatitis B immunization programme in the prison of Marseille, France; *Int J STD AIDS* 1997; 8 (12): 753-9.
- Miranda AE, Vargas PM, St. Louis ME et al. Sexually Transmitted Among Females Prisoners in Brazil: Prevalence and Risk Factors; *Sexually Transmitted Disease* 2000; 27(9): 491-5.
- Lopes F, Latorre MR, Campos Pignatari AC et al. HIV, HPV and syphilis prevalence in a women’s penitentiary in the city of São Paulo, 1997-1998, *Caderno Saúde Pública* 2001; 17 (6): 1473 – 80.
- Massad E, Rozman M, Strazza L, Carvalho HB et al. Seroprevalence of HIV, HCV and Syphilis in a Brazilian Prisoners. *European Journal of Epidemiology* 1999; 15(5): 439-445.

24. Mann J, Tarantola DJM, Netter TW. A AIDS no mundo. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará; 1993.
25. Altice FL, Marinovich A, Khoshnood K, Blankenship KM, Springer SA, Selwyn PA. Correlates of HIV infection among incarcerated women: implications for improving of HIV infection. *J Urban Health* 2005; 82:312-26.
26. Grinstead OA, Zack B, Faigles B. Collaborative research to prevent HIV among male prison inmates and their female partners. *Health Educational Behavior* 1999; 26 (2): 225 – 38.
27. Manso IC & Braga I. A Corregedoria Não é Uma Grande Inquisição, *Jornal O Estado de São Paulo*, Política A7, 8 de abril de 2001.

Endereço para correspondência:**LEILA STRAZZA**

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Departamento de Medicina Legal (LIM 01 FMUSP)

Rua Teodoro Sampaio, 115 – São Paulo–SP

CEP: 05405-000

Tel: 55 11 3061-76-82

E-mail: strazza@usp.br

Recebido em: 10/03/2006

Aprovado em: 25/08/2006