

## O HIV e a sífilis no Sistema Prisional Feminino do estado de São Paulo

### *HIV and syphilis in the Female Prison System in the state of São Paulo*

**Luiza Harunari Matida, Maria Cristina T. Lattari e Grupo de Trabalho HIV e Sífilis – Alberto Novaes Ramos Júnior; Anna Luiza Placco; Marcia T. Fernandes dos Santos; Maria Aparecida Silva; Maria Clara Gianna; Samantha Lamastro; Tânia Regina Correa de Souza; Wedja Sparinger**

Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids-SP. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo – Brasil.

*“... a pena reside apenas na privação de liberdade, e não na privação dos direitos humanos fundamentais. Como todas as pessoas, portanto, a população privada de liberdade tem o direito de acesso ao mais alto padrão de saúde possível.”*

*WHO & UNIAIDS, NY, 2007*

#### RESUMO

O Centro de Referência e Treinamento em Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo realizou ampla atividade de testagem para HIV e sífilis no sistema prisional feminino, entre 2012 e 2013, em parceria com a Secretaria da Administração Penitenciária – SAP. Ao todo, 8.914 mulheres aceitaram realizar o teste. Destas, 2.947 encontram-se em presídios da capital e 5.967 do interior. Observou-se que 2,8% delas apresentaram resultado reagente para HIV e 7% para testagem rápida de triagem para sífilis. A taxa de prevalência de HIV na população geral é de 0,4% e de sífilis 1,6%. A média de idade da população testada foi de 34,3 anos. As mulheres privadas de liberdade que participaram deste levantamento receberam informações pré e pós-teste para sífilis e HIV. Os profissionais dos serviços envolvidos foram capacitados para esta orientação. No caso de positividade para o HIV e ou sífilis, garantiram-se os procedimentos de acompanhamento e tratamento estabelecidos pelo SUS. O projeto teve por objetivo conhecer a soroprevalência do HIV e da sífilis nesta população, traçar o perfil das mulheres privadas de liberdade em relação a informações sobre sífilis e HIV, dar orientação de qualidade sobre o assunto para as presas e oferecer maior assistência em saúde para DST/HIV/Aids mediante o estabelecimento, de maneira sustentável, de sistema de referência e contrarreferência. Até 2015, pretende-se elaborar e implementar, de forma escalonada e regionalizada, o projeto de DST/Aids da Proposta Integrada de Atenção à Saúde da População Privada de Liberdade, em parceria com a SAP. É a primeira ação deste porte no estado de São Paulo. Trata-se de uma iniciativa que poderá contribuir para a melhoria da qualidade de vida das mulheres, com repercussão no controle da transmissão vertical do HIV e sífilis.

**PALAVRAS-CHAVE:** DST/HIV/sífilis. Vigilância Epidemiológica. Presídios femininos.

**ABSTRACT**

The Centre for Reference and Training in Sexually Transmitted Diseases and Aids Secretariat of Health of São Paulo conducted extensive activity testing for HIV and syphilis in the female prison system between 2012 and 2013, in partnership with the Department of Corrections - SAP. 8,914 women were enrolled. Of these, 2,947 were in prison in the capital and 5,967 inside. It was found that 2.8% of them had a positive result for HIV and 7% for rapid screening test for syphilis. The prevalence rate of HIV in the general population is 0.4% and 1.6% for syphilis. The average age of the population tested was 34.3 years. Women deprived of liberty who participated in this survey received information pre and post test for syphilis and HIV. Service professionals involved were trained for this orientation. In the case of positivity for HIV or syphilis we guaranteed the procedures for monitoring and treatment established by SUS. The project aimed at determining the seroprevalence of HIV and syphilis in the studied population, tracing the profile of women deprived of their liberty in relation to the information about syphilis and HIV, giving good guidance related to the fangs and providing greater assistance for health STD/HIV/Aids by establishing a sustainable manner, the reference and counter system. By 2015, we intend to develop and implement regionally in a progressive way, the project of STD/Aids Proposal for Integrated Care of prisoners Health, in partnership with SAP. It is the first action of this size in the state of São Paulo. This is an initiative that can contribute to improve the quality of life of women, with effects on the control of vertical transmission of HIV and syphilis.

**KEYWORDS:** STD/HIV/syphilis. Epidemiological surveillance. Female penitentiary.

**INTRODUÇÃO****Plano de Eliminação da transmissão vertical de HIV e da Sífilis**

O Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo (PEDST/Aids-SP) vem apoiando a ampliação e manutenção das ações de prevenção da transmissão vertical do Vírus da Imunodeficiência Humana e da sífilis na rede de serviços (atenção primária, unidades

de referência, maternidades) gerenciada diretamente pelos municípios e estado. Atualmente, todos os insumos utilizados para a prevenção da transmissão vertical do HIV e Sífilis são financiados pelo Governo.

Em 2009, o PEDST/Aids lançou o “Plano de Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis”, em consonância com as propostas do Ministério da Saúde, com metas escalonadas e regionalizadas de redução da transmissão vertical nas diferentes regiões do Estado.

Atualmente, constituem importantes desafios: o aumento na cobertura de testagem para HIV e sífilis no pré-natal, o tratamento da sífilis (gestantes e seus parceiros sexuais) no pré-natal e a ampliação do número de maternidades que efetivamente realizem todas as medidas de profilaxia da transmissão vertical do HIV e sífilis durante o parto e puerpério. Nos municípios onde houve sensibilização e empenho para reduzir essa via de transmissão para o HIV, observam-se números semelhantes aos dos países desenvolvidos.

A Organização Panamericana de Saúde define a eliminação da transmissão vertical do HIV quando são alcançadas taxas de incidência menores de dois casos de HIV para cada 100 mães infectadas e, para a sífilis congênita, considera que a doença é eliminada quando ocorre menos de um caso para cada 1.000 nascidos vivos – esta é a meta do Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo no seu Plano de Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis.

A taxa de infecção da transmissão vertical do HIV pode chegar a 1% e a sífilis congênita é uma doença que pode ser totalmente evitada se a mãe e o seu parceiro sexual forem diagnosticados e tratados adequadamente.<sup>1</sup>

A ocorrência destes agravos entre crianças constitui evento sentinela da qualidade da atenção materno-infantil e/ou dos contextos de vulnerabilidade às DST/Aids (moradoras de rua, usuárias de drogas lícitas e ilícitas, privadas da liberdade, migrantes, parceiras sexuais de homens pertencentes a grupos de maior vulnerabilidade) que exigem medidas de intervenção de acordo com a realidade e necessidade locais.<sup>2</sup>

Como elemento fundamental de enfrentamento destes dois agravos, as ações de

prevenção e profilaxia precisam ser reforçadas na assistência ao pré-natal e ao parto, com a triagem laboratorial de todas as gestantes no pré-natal (na primeira consulta e no início do terceiro trimestre) e no parto, com o consequente tratamento oportuno e adequado de seu parceiro sexual.

É de fundamental importância o envolvimento das Áreas Técnicas da Atenção Básica, da Mulher, da Criança e DST/Aids, além da sociedade civil em todos os níveis de atuação, e a inclusão do tema na agenda dos gestores, pois os agravos têm diagnóstico e tratamento disponíveis.

O PEDST/Aids de São Paulo propõe que todo caso notificado de sífilis congênita, assim como todo caso diagnosticado de Aids em crianças, sejam investigados, a fim de que sejam detectadas todas as oportunidades perdidas que esta gestante, seu parceiro sexual e esta criança sofreram; a identificação destas oportunidades perdidas deverá orientar o planejamento, monitoramento e avaliação das ações necessárias para o controle destes agravos.

No estado de São Paulo pretende-se amadurecer a ampliação do debate, nos vários segmentos da sociedade, em relação às doenças mais visíveis como um problema para a população em geral e para os profissionais de saúde, contribuindo assim para o tão almejado alcance da eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis.

### **A sífilis e o HIV**

A sífilis congênita e a infecção por HIV transmitida de modo vertical (da mãe para o filho, seja intra-útero, no momento do parto ou pelo aleitamento materno/cruzado) são

agravos perfeitamente preveníveis (100% no caso da sífilis congênita e cerca de 98% no caso da transmissão vertical do HIV).<sup>3</sup> Para a prevenção em momento oportuno, o diagnóstico destes agravos deve ser realizado precocemente, para a adequada abordagem profilática e terapêutica. Esta prevenção deve ser considerada não só no momento da gestação, mas fundamentalmente antes deste período reprodutivo, com ações informativas e diagnósticas com consequente tratamento e acompanhamento quando necessários.

O diagnóstico da infecção por HIV e pelo *Treponema pallidum* é feito em laboratórios, a partir da realização de testes sorológicos. No Brasil, o diagnóstico laboratorial da infecção por HIV é regulamentado por meio da Portaria de nº 151/SVS/MS, de 14 de outubro de 2009 e da sífilis pela Portaria da MS/GMS nº 3.242 de 30 de dezembro de 2011.

Hoje em dia, no mundo inteiro, são utilizadas técnicas dos testes rápidos: diagnóstico anti-HIV e de triagem da sífilis, que trazem vantagens significativas quanto ao método laboratorial, pois são de simples realização, dispensando a atuação de profissionais especializados e de equipamentos de laboratório. São técnicas que permitem o conhecimento imediato dos resultados, ou seja, em aproximadamente 15 minutos já se tem um resultado, e, assim, a possibilidade de assistência imediata aos pacientes, além da ampliação de acesso ao diagnóstico da infecção por HIV e da sífilis.

No estado de São Paulo, a presença de pessoas pertencentes a grupos considerados de maior vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis é cada vez mais importante e preocupante.<sup>2</sup> Entre estes grupos, estão as mulheres privadas de liberdade.

Altos índices de violência e criminalidade geram, conseqüentemente, o aumento de prisioneiros e o Brasil tem a quarta maior população carcerária do mundo.<sup>4</sup> De acordo com o Sistema Nacional de Informações Penitenciárias – Infopen,<sup>5</sup> há atualmente 33.289 mulheres encarceradas no Brasil, o que representa cerca de 7% do total da população penitenciária brasileira. Ainda que seja a minoria, a média de crescimento populacional carcerário feminino, no último triênio, foi de 32,7%, enquanto a média de crescimento masculino no mesmo período foi de 15,4%.

Conforme os dados no Ministério da Justiça,<sup>6</sup> no início de 2008, a população prisional feminina brasileira era de 27.000 mulheres, sendo que 1,2% das mulheres encontravam-se grávidas, 1% possuíam filhos em sua companhia e 0,9% de mulheres encarceradas estavam em período de amamentação. O tempo de permanência com a mãe na prisão variava entre quatro meses a 7 anos de idade. A maior parte das prisões, representada por 58%, autorizava a permanência de crianças até os seis meses de vida. Verificou-se que apenas 27,5% das prisões exclusivas para mulheres possuem estruturas específicas para custódia das mulheres grávidas.

Com relação à estrutura de atendimento à criança, há opiniões diversas quanto à permanência de crianças no ambiente prisional. Em um sentido, tem-se a necessidade primordial do amparo materno para com seus filhos, e em outro, tem-se a permanência de crianças em ambientes inadequados e muitas vezes insalubres. Também foi constatado que apenas 19,6% das prisões femininas possuem berçários ou estruturas separadas das galerias prisionais, e apenas 16,1% das prisões possuem creches.

Outro dado importante, é que 51,6% das prisões possuem locais improvisados para atendimento às crianças, em sua maioria, os espaços estão restritos à própria cela.<sup>7</sup> A Constituição Federal menciona que será assegurada à mulher presa condições para que possa permanecer com seu filho durante o período de amamentação.<sup>8,9</sup>

Há poucas pesquisas publicadas, no Brasil, a respeito da saúde das mulheres privadas de liberdade, especificamente em relação às doenças sexualmente transmissíveis.<sup>10</sup> Alguns estudos identificaram maior prevalência de DST-HIV em pessoas encarceradas do que na população em geral.<sup>11,12</sup>

Canazaro<sup>13</sup> aponta que a mulher tem maior risco de ingressar na prisão com doenças sexualmente transmissíveis, como HIV/Aids, por causa de seu maior envolvimento com grupos de maior vulnerabilidade para a aquisição destes agravos. Strazza,<sup>12</sup> em estudo de vulnerabilidade das DST-Aids em uma penitenciária feminina de São Paulo, relata que a sífilis ocupa uma posição de destaque: 22,8% tiveram sorologia positiva para *Treponema pallidum* e 13,9% para o HIV.

Diante deste contexto e com o objetivo principal de estimar a soroprevalência do HIV e da Sífilis na população feminina do sistema prisional paulista, o PEDST/Aids em parceria com a Coordenadoria de Saúde da Secretaria de Estado da Administração Penitenciária realizou um projeto cujos resultados preliminares foram apresentados em evento realizado em agosto de 2013 e encontram-se aqui descritos. Estes dados, além de propiciar conhecimento atualizado destes dois agravos neste grupo populacional, permitiu estabelecer um sistema de referência e contrarreferência para o adequado atendimento à saúde destas mulheres.

### **O sistema prisional feminino no estado de São Paulo**

Para a garantia da assistência à saúde do custodiado, o Sistema Prisional do Estado de São Paulo organiza-se a partir de sua Coordenadoria de Saúde – Secretaria de Administração Penitenciária (SAP), criada pela Lei Complementar nº 897, de 9 de maio de 2001, organizada pelo Decreto Estadual nº 45.865, de 21 de junho de 2001, e conta com recursos da Secretaria da Administração Penitenciária em parceria com a Secretaria Estadual e Municipais de Saúde, por meio da Portaria Interministerial nº 1.777/2003, que institui o Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional.

Todas as unidades prisionais que compõem o Sistema Prisional Paulista possuem um ambulatório e um consultório odontológico sob a responsabilidade gerencial de um Diretor de Saúde, com equipe multiprofissional constituída geralmente por: médico (clínico geral, ginecologista, psiquiatra), cirurgião dentista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, psicólogo e assistente social, voltada para o cumprimento do elenco de procedimentos e das metas estabelecidas para a Atenção Básica.<sup>14,15</sup>

Além das Unidades de Atenção Básica, o Sistema Prisional do Estado conta com quatro unidades hospitalares para atenção a saúde, sendo uma delas o Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário, com a capacidade de 320 leitos, situado na capital do Estado, voltada para tratamento de patologias clínicas de baixa complexidade, administrado a partir de 2009 pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, em contrato de gestão firmado com o Estado de São Paulo, por meio da Secretaria de Estado da Saúde. Outros três Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, voltados para o

tratamento de pacientes em medida de segurança, atendimento aos sentenciados que necessitam de cuidados psiquiátricos especializados e realização de laudos psiquiátrico-forenses da SAP estão localizados no interior do estado.

Nos casos de alta complexidade são utilizados os hospitais Estaduais referenciados pela Secretaria Estadual de Saúde, especialmente nos locais mais afastados da Capital. A internação ocorre em hospitais da rede pública local.

A referência, no caso de gestantes das Unidades Prisionais femininas localizadas na

capital, o atendimento e exames de pré-natal são realizados no Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário, e, para as Unidades Prisionais localizadas em Municípios afastados da Capital, são realizados nas Unidades Básicas de Saúde de referência municipal.

Relatório da Coordenadoria de Saúde – SAP realizado em 2012 aponta, para esta Unidade Federada, 9.936 presidiárias distribuídas em 17 serviços, estabelecidos em 13 municípios, além de informações sobre alguns agravos de saúde.<sup>16</sup> (Tabelas 1 e 2)

**Tabela 1.** Unidades prisionais femininas e respectiva população, estado de São Paulo, 2012.

UNIDADES PRISIONAIS	POPULAÇÃO	REGIONAL
Penitenciária Feminina Capital	699	CAPITAL
Penitenciária Feminina Sant'Ana	2574	
CPP Feminina Butantã – RSA	702	
CDP Franco da Rocha	1636	
CPP São Miguel Paulista	158	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>5769</b>	
Penitenciária Feminina Campinas	1129	INTERIOR
Penitenciária Feminina Tremembé I	158	
Penitenciária Feminina Tremembé II	664	
CR Feminino Rio Claro	112	
CR Feminino Itapetininga	249	
CR Feminino Piracicaba	208	
CR Feminino São José dos Campos	88	
CR Feminino Araraquara	94	
Penitenciária Feminina Ribeirão Preto	349	
CR Feminino São José do Rio Preto	211	
Penitenciária Feminina Tupi Paulista	905	
<b>TOTAL</b>	<b>9.936</b>	

**Tabela 2.** Agravos selecionados, segundo unidades prisionais, Estado de São Paulo, 2012.

UNIDADES PRISIONAIS	ENFERMIDADE						
	Diabetes	DST	Hepatite	Hipertensão	HIV	TB	Sífilis
Penitenciária Feminina Capital	22	64	9	69	51	1	2
Penitenciária Feminina Sant'Ana	93	225	131	810	92	9	100
CPP Feminino Butantã – RSA	35	17	5	39	20	2	38
CDP Franco da Rocha	33	2	14	32	23	0	10
CPP São Miguel Paulista	4	7	0	7	5	0	0
Penitenciária Feminina Campinas	19	1	21	90	31	2	1
Penitenciária Feminina Tremembé I	5	0	1	23	5	0	0
Penitenciária Feminina Tremembé II	8	0	9	49	21	4	2
CR Feminino Rio Claro	1	4	1	31	3	2	2
CR Feminino Itapetininga	0	6	2	14	6	0	1
CR Feminino Piracicaba	5	0	5	12	2	0	0
CR Feminino São José dos Campos	4	10	5	15	5	1	0
CR Feminino Araraquara	2	2	1	10	1	0	1
Penitenciária Feminina de Ribeirão Preto	7	0	7	47	13	2	0
CR Feminino São José do Rio Preto	0	14	5	19	3	0	0
Penitenciária Feminina Tupi Paulista	16	0	1	73	12	1	0
Penitenciária Feminina Pirajuj*	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>254</b>	<b>352</b>	<b>217</b>	<b>1340</b>	<b>293</b>	<b>24</b>	<b>157</b>

\*Unidade prisional inaugurada em 13/07/2012

†Fonte: Relatório de doenças epidemiológicas da Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário do Estado de São Paulo de maio de 2012. CR = Centro de Ressocialização. CPP = Centro de Progressão Penitenciária. CDP = Centro de Detenção Provisória.

## METODOLOGIA

O plano de trabalho foi desenvolvido com os seguintes objetivos:

- Conhecer a prevalência do HIV e da Sífilis, em todos os presídios femininos do estado de São Paulo e algumas características deste grupo populacional, em relação ao seu perfil sócio epidemiológico;
- Desenvolver ações de prevenção e de assistência às DSTs-HIV-Aids junto às mulheres privadas de liberdade;
- Implementar a educação continuada das equipes de saúde dos presídios femininos, em relação ao conhecimento das DSTs-HIV-Aids;
- Implementar o fluxo para o atendimento à saúde das mulheres privadas de liberdade;
- Implementar a vigilância epidemiológica das DSTs-HIV-Aids no sistema prisional do estado de São Paulo.

O total de mulheres para avaliação foi inicialmente de 8.914, conforme Relatório

SAP/2012, porém com a inauguração de mais duas unidades e com a dinâmica de entradas e saídas do total de serviços, o número final considerado foi de 11.525 mulheres privadas de liberdade (dados sujeitos a revisão).

A intervenção foi iniciada em agosto de 2012 com previsão de término em dezembro de 2013. Resultados parciais foram divulgados em agosto de 2013.

Para a agilização da coleta de amostras em uma população com características que requerem uma brevidade no período dos procedimentos deste projeto, foi utilizada uma versão modificada da campanha “Fique Sabendo” que contemplou as seguintes etapas:

- Oferecimento da testagem rápida diagnóstica para a pesquisa do HIV e a testagem rápida de triagem para a pesquisa do *T. pallidum*. Neste último, realizado teste confirmatório seguindo algoritmo recomendado pelo Ministério da Saúde;
- Aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

- Aplicação de questionário estruturado, de forma voluntária, às mulheres privadas de liberdade que apresentarem resultado laboratorial reagente para o HIV e ou para a sífilis e para igual número de mulheres com resultado laboratorial negativo para estes agravos.

Os profissionais dos serviços envolvidos foram capacitados com informações sobre sífilis e infecção por HIV/Aids e sobre os procedimentos para orientar a população-alvo sobre estes agravos. Durante os treinamentos, todos os sítios envolvidos com a intervenção foram orientados quanto aos procedimentos para manutenção do sigilo com relação aos serviços prisionais e às mulheres privadas de liberdade incluídas no estudo.

Cada Unidade Prisional tem características físicas diferenciadas, não havendo um padrão para os diferentes ambientes destes serviços. Por esta razão, foi feito um contato específico e também durante o treinamento para este estudo, para que fossem resguardadas e seguidas todas as recomendações para: coleta das informações, atendimento clínico, coleta de material biológico, local de assinatura do TCLE, local para informar o resultado laboratorial – tendo como principal objetivo o sigilo individual.

Todas as mulheres privadas de liberdade, independentemente da participação no levantamento, receberam informações sobre sífilis e infecção por HIV/Aids.

As mulheres privadas de liberdade que participaram deste levantamento receberam informações pré e pós-teste para sífilis e infecção por HIV. No caso de positividade para infecção por HIV e/ou sífilis, foram garantidos os procedimentos de acompanhamento e tratamento estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), além de ações para assegurar o

aconselhamento, tratamento e acompanhamento dos participantes da pesquisa que vieram a ter problemas de saúde.

O tratamento e aconselhamento foram realizados de acordo com as normas técnicas e procedimentos operacionais definidos pelo Ministério da Saúde em vigor, assim como a notificação ao Sistema de Vigilância Epidemiológica, destes dois agravos.

Os testes rápidos positivos para sífilis tiveram amostras enviadas ao laboratório do CRT-DST/Aids, cadastradas na triagem no sistema informatizado (SI3/Salux), identificadas pelo local de coleta, e foram enviadas ao setor de sorologia, junto com os mapas de trabalho. Em todas as amostras foram realizados os testes de URS (Unheated Serum Reagin), que é um teste de VDRL modificado e pronto para o uso (V.D.R.L. test – Wiener lab.), e todas as amostras positivas foram tituladas. Foi realizado também, em todas as amostras, o teste de hemaglutinação indireta TPHA (Imuno – HAI – Wama), teste treponêmico, correspondente ao teste rápido para sífilis e que serve como confirmatório ao teste não treponêmico, que pode apresentar resultados falso positivos. Todos os resultados disponíveis no sistema SI3/Salux do laboratório foram impressos e encaminhados às unidades prisionais. Os resultados foram lançados e consolidados em planilhas em Excel e sistematizados em banco de dados.

Todos os dados coletados pelos profissionais envolvidos foram armazenados de modo a respeitar a integridade, a privacidade e o sigilo das informações sobre os indivíduos. Todas as instituições envolvidas foram informadas e participaram do processo deste levantamento.

Os nomes dos pacientes e dos profissionais não aparecerão em publicações nem serão acessíveis



a terceiros. Os dados somente foram utilizados para fins deste levantamento.

Os dados foram consolidados e posteriormente analisados no programa Stata (versão 11). Para a digitação e consolidação dos dados, foi adotado processo de dupla entrada. Neste relatório, é apresentada análise descritiva preliminar da base de dados consolidada.

## RESULTADOS

Serão elencados, sob a forma de tabelas, os resultados preliminares apresentados em agosto de 2013 em reunião coordenada pelo CRT-DST/Aids e a Coordenadoria de Saúde da SAP com a participação dos profissionais da Saúde, estadual e municipais, e da Administração Penitenciária envolvidos no projeto.

**Tabela 3.** Distribuição das mulheres privadas de liberdade alcançadas pelo estudo e meta estabelecida, São Paulo\*

LOCAL	MULHERES ESTUDO (Nº)	META (Nº)	%
CAPITAL	5.967	<b>6.634</b>	91,0
INTERIOR	2.947	4.181	75,2
<b>TOTAL</b>	<b>8.914</b>	<b>11.525</b>	<b>83,2</b>

\*Dados sob revisão

**Tabela 4.** Proporção de mulheres privadas de liberdade segundo resultado do teste rápido para infecção por HIV, São Paulo\*

TESTE RÁPIDO HIV	NÚMERO	PERCENTUAL
NÃO REAGENTE	8.514	95,5
REAGENTE	248	2,8
NÃO REALIZADO	140	1,6
INVÁLIDO	12	0,1
<b>TOTAL</b>	<b>8.914</b>	<b>100,0</b>

\*Dados sob revisão

**Tabela 5.** Proporção de mulheres privadas de liberdade segundo resultado do teste rápido para infecção por t. Pallidum, São Paulo\*

TESTE RÁPIDO SÍFILIS	NÚMERO	PERCENTUAL
NÃO REAGENTE	8.151	91,4
REAGENTE	616	7,0
NÃO REALIZADO	145	1,6
INVÁLIDO	2	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>8.914</b>	<b>100,0</b>

\*Dados sob revisão

## CARACTERÍSTICAS DAS MULHERES ENTREVISTADAS

**Tabela 6.** Distribuição das mulheres privadas de liberdade entrevistadas segundo regime prisional, São Paulo\*

REGIME PRISIONAL	Nº ESTUDO	% ESTUDO
FECHADO	139	31,2
SEMIABERTO	132	29,6
ABERTO	4	0,9
OUTROS	14	3,1
IGNORADO	157	35,2

\*Dados sob revisão

**Tabela 7.** Faixa etária e tempo de detenção das mulheres privadas de liberdade entrevistadas, São Paulo\*

Variável	MÉDIA	MEDIANA	MODA	Desvio-padrão
IDADE (anos)	34,3	33	28	10,0
TEMPO DETENÇÃO (meses)	59,8	42	70	71,7

\*Dados sob revisão

**Tabela 8.** Distribuição das mulheres privadas de liberdade entrevistadas segundo local de origem, São Paulo\*

PAÍS DE ORIGEM	% ESTUDO
São Paulo	75,3
Outras UF	4,7
<b>BRASIL</b>	<b>80,0</b>
África	9,2
América Latina	3,4
Europa	2,5
Ásia	2,0
América do Norte	0,2
<b>OUTROS PAÍSES</b>	<b>17,3</b>
<b>IGNORADO</b>	<b>2,7</b>
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>

\*Dados sob revisão

**Tabela 9.** Distribuição das mulheres privadas de liberdade entrevistadas segundo raça/cor, São Paulo\*

RAÇA/COR	% ESTUDO
BRANCA	38,1
PARDA	36,8
PRETA	20,2
IGNORADO	3,4
AMARELA	1,6
INDÍGENA	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>

\*Dados sob revisão

**Tabela 10.** Distribuição das mulheres privadas de liberdade entrevistadas segundo anos de estudo concluído, São Paulo\*

ANOS DE ESTUDO	% ESTUDO
ANALFABETA	3,6
NUNCA FOI A ESCOLA, MAS SABE LER E ESCREVER	1,8
1ª A 4ª SÉRIE DO 1º GRAU	16,8
5ª A 8ª SÉRIE DO 1º GRAU	40,4
2º GRAU INCOMPLETO	12,6
2º GRAU COMPLETO	13,0
3º GRAU INCOMPLETO	4,0
3º GRAU COMPLETO	5,4
<b>IGNORADO</b>	<b>2,5</b>
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>

\*Dados sob revisão

**Tabela 11.** Distribuição das mulheres privadas de liberdade entrevistadas segundo estado civil São Paulo\*

ESTADO MARITAL	% ESTUDO
SOLTEIRA	49,6
CASADA/AMASIADA	30,5
SEPARADA/DIVORCIADA	11,0
VIÚVA	7,2
IGNORADO	1,8
TOTAL	100,0

\*Dados sob revisão

**Tabela 12.** Distribuição das mulheres privadas de liberdade entrevistadas segundo ocupação/profissão antes de ser presa, São Paulo\*

OCUPAÇÃO/PROFISSÃO	% ESTUDO
EMPREGADA DOMÉSTICA	12,1
DO LAR	10,1
VENDEDORA	6,5
COMERCIANTE	4,3
CABELEREIRA	3,8
COSTUREIRA	3,1
COZINHEIRA	2,7
FAXINEIRA	2,7
BALCONISTA	2,2
MANICURE	2,2
TRABALHADORA RURAL	2,2
DIARISTA	2,0
AJUDANTE GERAL	1,8
AJUDANTE DE COZINHA	1,6
BABÁ	1,3
ATENDENTE	1,3
AUXILIAR DE LIMPEZA	1,3
PROFISSIONAL DO SEXO	1,3
ARTESÃ	1,1
AUTÔNOMA	1,1
ESTUDANTE	1,1
MONITORA DE ESCOLA	1,1
NENHUMA	1,1
IGNORADA	9,9
TOTAL	100,0

\*Dados sob revisão

**Tabela 13.** Distribuição das mulheres privadas de liberdade entrevistadas segundo presença de filhos, São Paulo\*

POSSUI FILHOS	% ESTUDO
SIM	81,8
NÃO	15,5
IGNORADO	2,7
TOTAL	100,0

\*Dados sob revisão

**Tabela 14.** Distribuição das mulheres privadas de liberdade entrevistadas segundo número de filhos, São Paulo\*

NÚMERO DE FILHOS	% ESTUDO
1	18,2
2	22,0
3	16,8
4	11,7
5	6,5
6	2,9
7	2,2
8	0,4
9	0,9
10	0,4
TOTAL	100,0

O número de filhos variou de 1 a 10: média e mediana de 3 filhos (desvio-padrão 1,78).

\*Dados sob revisão

**Tabela 15.** Distribuição das mulheres privadas de liberdade entrevistadas segundo modalidade de relação sexual, São Paulo\*

MODALIDADE RELAÇÕES SEXUAIS	% ESTUDO
SÓ COM HOMENS	71,7
COM HOMENS E COM MULHERES	10,5
SÓ COM MULHERES	8,7
IGNORADO	8,5
NÃO TEM RELAÇÕES SEXUAIS	0,4
TOTAL	100,0

\*Dados sob revisão

**Tabela 16.** Distribuição das mulheres privadas de liberdade entrevistadas segundo existência de relação sexual nos últimos 3 meses, São Paulo\*

RELAÇÕES SEXUAIS ÚLTIMOS 3 MESES	% ESTUDO
NÃO	74,5
SIM	21,3
IGNORADO	4,2
TOTAL	100,0

\*Dados sob revisão

**Tabela 17.** Distribuição das mulheres privadas de liberdade entrevistadas segundo utilização de preservativos nas relações sexuais, São Paulo\*

USO DE PRESERVATIVOS	% ESTUDO
ÀS VEZES	35,9
NUNCA	28,5
SEMPRE	20,4
A MAIORIA DAS VEZES	8,1
IGNORADO	7,2
TOTAL	100,0

\*Dados sob revisão

**Tabela 18.** Distribuição das mulheres privadas de liberdade entrevistadas segundo utilização de métodos anticoncepcionais, São Paulo\*

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS	% ESTUDO
NÃO	38,5
SIM	35,7
NÃO SE APLICA	17,3
IGNORADO	8,5
TOTAL	100,0

\*Dados sob revisão

**Tabela 19.** Distribuição das mulheres privadas de liberdade entrevistadas segundo tipo de métodos anticoncepcionais, São Paulo\*

TIPO DE MÉTODO ANTICONCEPCIONAL	% ESTUDO
IGNORADO	28,0
NÃO SE APLICA <sup>1</sup>	21,7
UTILIZA PÍLULA	15,7
É LAQUEADA (LAQUEADURA TUBÁRIA)	15,0
UTILIZA CAMISINHA MASCULINA	9,9
UTILIZA INJEÇÃO	6,1
UTILIZA DIU	1,1
UTILIZA CAMISINHA FEMININA	0,9
UTILIZA OUTROS MÉTODOS	0,7
PARCEIRO FEZ VASECTOMIA	0,4
UTILIZA "TABELINHA"	0,4
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>

\*Dados sob revisão

<sup>1</sup> – mulheres sem atividade sexual/climatério/histectomizada/com sexo com mulheres

**Tabela 20.** Distribuição das mulheres privadas de liberdade entrevistadas segundo existência de orientação quanto ao planejamento familiar (métodos contraceptivos), São Paulo\*

PLANEJAMENTO FAMILIAR	% ESTUDO
NÃO	46,2
SIM	42,6
IGNORADO	11,2
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>

\*Dados sob revisão

**Tabela 21.** Distribuição das mulheres privadas de liberdade entrevistadas segundo história de abortamento, São Paulo\*

OCORRÊNCIA DE ABORTOS	% ESTUDO
<b>NÃO</b>	58,3
<b>SIM, ABORTO ESPONTÂNEO (NATURAL)</b>	29,6
<b>SIM, ABORTO PROVOCADO</b>	8,7
<b>IGNORADO</b>	3,4
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>

\*Dados sob revisão

**Tabela 22.** Distribuição das mulheres privadas de liberdade entrevistadas segundo história de doenças sexualmente transmissíveis, São Paulo\*

OCORRÊNCIA DE DST	% ESTUDO
NÃO	59,2
SIM	28,5
IGNORADO	9,9
NÃO LEMBRA	1,1
NÃO SABE	0,9
TOTAL	100,0

\*Dados sob revisão

**Tabela 23.** Distribuição das mulheres privadas de liberdade entrevistadas segundo realização anterior de teste anti-HIV, São Paulo\*

TESTE ANTI-HIV	% ESTUDO
SIM	85,4
NÃO	11,7
IGNORADO	2,9
TOTAL	100,0

\*Dados sob revisão

**Tabela 24.** Distribuição das mulheres privadas de liberdade entrevistadas segundo realização anterior de teste para sífilis, São Paulo\*

TESTE PARA SÍFILIS	% ESTUDO
SIM	63,9
NÃO	29,8
IGNORADO	6,3
TOTAL	100,0

\*Dados sob revisão

**Tabela 25.** Distribuição das mulheres privadas de liberdade entrevistadas segundo comunicação para a parceria sexual sobre resultado positivo (HIV ou sífilis), São Paulo\*

COMUNICAÇÃO PARCERIA	% ESTUDO
NÃO	49,1
SIM	42,9
IGNORADO	8,0
TOTAL	100,0

\*Dados sob revisão

**Tabela 26.** Distribuição das mulheres privadas de liberdade entrevistadas infectada pelo HIV segundo situações vivenciadas, São Paulo\*

SITUAÇÕES VIVENCIADAS	% ESTUDO
TEVE OU TEM RELAÇÕES SEXUAIS SEM CAMISINHA	21,3
JÁ UTILIZOU OU UTILIZA DROGAS SEM SER NA VEIA	20,0
JÁ TEVE OU TEM VÁRIOS PARCEIROS SEXUAIS	14,3
PARCEIRO TEVE OU TEM MUITAS PARCEIRAS (MULHERES)	13,9
FOI VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL	10,3
JÁ TEVE OU TEM PARCEIRO SEXUAL QUE USAVA OU USA DROGAS INJETÁVEIS (NA VEIA)	10,1
JÁ TEVE OU TEM PARCEIRO(A) BISEXUAL	8,7
JÁ TRABALHOU OU TRABALHA COMO PROFISSIONAL DO SEXO (PROSTITUTA)	7,8
JÁ TOMOU TRANSFUSÃO DE SANGUE	7,6
JÁ UTILIZOU OU UTILIZA DROGAS INJETÁVEIS (NA VEIA)	3,8

\*Dados sob revisão

### Experiências do grupo multidisciplinar:

Durante as atividades, o grupo multidisciplinar vivenciou experiências que propiciaram melhor conhecimento da população-alvo e identificação dos fatores que aumentam a vulnerabilidade. Relata-se a seguir algumas destas vivências e processos que foram adotados para desenvolvimento do projeto que certamente apoiarão outras intervenções semelhantes.

### 1. Acolhimento e Aconselhamento

No contexto da penitenciária, a maior preocupação foi garantir o sigilo e a confidencialidade, por isso, desde o princípio, foi assegurada a testagem associada ao aconselhamento.

Esse grupo de mulheres possui uma linguagem própria e foi necessária a apropriação destes aspectos de comunicação pelos pesquisadores para compreendê-las.



Exemplificando:

**“sou portadora” = levar droga na vagina para alguém que está preso;**

**“pegar o bonde e parar de pagar pedágio” = sair da DP ou CDP e ir para uma penitenciária, que além de ser um lugar melhor elas não passam necessidades básicas.**

Trabalhar com essas mulheres no aconselhamento ouvindo suas experiências, dúvidas e crenças, permitiu identificar os fatores que aumentam a vulnerabilidade dessa população:

- Visita íntima;
- “Saidinhas”;
- Dificuldade de acesso ao preservativo;
- Dificuldade de acesso a serviços de saúde;
- Confiança nos parceiros;
- Falta de percepção de risco;
- Falta de informação sobre DST/ Aids, principalmente das formas de transmissão/prevenção;
- Múltiplos parceiros na vida, ou parceiros com múltiplas parceiras;
- História de violência sexual;
- História de uso de drogas;
- História de DST;
- Compartilhamento de objetos perfurocortantes,
- História de vida com pouco acesso a recursos socioculturais, escolaridade, trabalho e saúde.

#### a) Aconselhamento pré-teste

O primeiro contato, realizado em grupo teve como objetivos acolher as reeducandas, dar as informações sobre a intervenção, orientar e informar sobre os testes e doenças e garantir o consentimento informado. As reeducandas foram bastante colaborativas e percebeu-se que estavam apreensivas com os possíveis resultados, pois em alguns casos tinham noção de sua vulnerabilidade, e em outros um desconhecimento das formas de transmissão tanto do HIV como da sífilis. Tinham alguma informação sobre teste rápido e Aids, porém a sífilis era desconhecida por muitas.

Após o grupo, todas eram encaminhadas para a testagem e orientadas a voltarem no período da tarde para pegarem os resultados.

#### b) Aconselhamento pós-teste

Realizado individualmente, como preconizado, teve como objetivo dar apoio educativo e emocional. Foi necessário desenvolver um atendimento objetivo, focando nas principais questões, pois as reeducandas não permaneciam muito tempo na sala e não havia muita disponibilidade para contar suas histórias.

Assim, esse momento foi dividido em:

**Entrega do resultado:** logo que entravam na sala queriam saber o resultado dos testes. Isso ajudava a diminuir a ansiedade e facilitava a avaliação de riscos.

O resultado negativo trazia alívio e orgulho como expresso no relato abaixo:

“quero uma cópia do exame (laudo) porque quero mostrar que apesar da cadeia estou saindo limpinha.”

Já no resultado positivo a religiosidade foi a principal estratégia de enfrentamento apresentada

pelas reeducandas. Havia muita esperança no tratamento para poderem sair dali e ter uma vida melhor.

Muitas que já conheciam sua soropositividade tinham dúvida com relação à doença, tratamento, algumas apresentavam dificuldade em aceitar a condição de portadora e demonstravam ter pouco suporte familiar:

“não consigo nem mesmo falar que tenho HIV no grupo (psicoterapia), apesar de outras já terem dito.”

“não quero ficar com o resultado (laudo do HIV positivo)”

Dificuldades encontradas no caso de resultados positivos:

- a condição de privação de liberdade interfere diretamente na tomada de decisão destas mulheres. Comunicar ou não ao parceiro, testar ou não a condição dos filhos, iniciar ou não o tratamento, são decisões intrínsecas ao grau de autonomia de um indivíduo, comprometida por normas e regras estabelecidas em sistemas prisionais.

- a garantia de direitos como: sigilo e confidencialidade, tratamento e seguimento no sistema de saúde, também esbarra nesta perda de autonomia, pois as reeducandas ficam sujeitas à organização do processo de trabalho ou mesmo dos recursos físicos e logísticos do presídio.

- dificuldade de articulação com órgãos importantes não só no suporte às questões de prevenção e assistência, mas também no apoio emocional e social à pessoa vivendo com HIV/ Aids, tais como as Organizações Governamentais (OG), Organizações Não Governamentais (ONG) e mesmos serviços de saúde de municípios onde se encontram estes presídios.

- acesso a aconselhamento continuado, já que nem sempre em um único atendimento é possível trabalhar as dúvidas e angústias decorrentes da descoberta de estar com uma doença sexualmente transmissível (DST), principalmente o impacto emocional causado pela descoberta do HIV.

**Avaliação de Risco:** para avaliar a janela imunológica, três aspectos foram focados: práticas sexuais, uso de drogas e tatuagens.

*Práticas sexuais:* investigamos as práticas sexuais realizadas nos últimos três meses, e descobrimos um número muito de alto de mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM). Tal prática não era percebida como situação de risco. Identificou-se nomenclaturas diferenciadas entre elas que muito ajudou a compreender e orientar essas mulheres:

Sapatão – toca, faz sexo oral, não tira roupas íntimas e não deixa ser tocada

Lésbica – transa tirando a roupa, faz todo tipo de sexo com mulher ou “sapatão”

Entendida – só transa com mulher e não curte “sapatão”

As que se apresentavam como heterossexuais, muitas não têm contato sexual desde que ficaram reclusas. As mulheres casadas que recebem visita íntima não usam preservativos e apresentam um alto índice de confiança no parceiro e nunca fizeram pacto de fidelidade.

O risco oferecido pelo sexo oral também era desconhecido entre essas mulheres. Percebemos que possuem pouca informação sobre sexo seguro, principalmente as MSM.

*Uso de drogas:* número significativo de reeducandas afirmou ter feito uso ou ainda usar algum tipo de droga.

*Tatuagem:* prática frequente entre elas (realizada com agulha de costura). Foi investigado onde, quando e como foi realizada. Apresentavam como cuidado o uso da própria agulha e tinta individualizada.

**Orientações:** Após a abordagem e investigação inicial, orientou-se quanto à relação sexual e prática de sexo seguro, não compartilhamento de objetos pessoais (agulhas, aparelhos de barbear, escovas de dentes, alicates, tesouras, entre outros). Métodos eficazes para esterilização de materiais perfurocortantes (manicures esterilizam os instrumentos numa caixa forrada com papel alumínio e com uma luz dentro).

A participação nesta intervenção possibilitou uma experiência ímpar à equipe, já que se enfrentou o desafio de realizar o aconselhamento dentro de um contexto em que a segurança tem que ser soberana à saúde, e ao mesmo tempo, os direitos humanos precisam ser preservados. Ao mesmo tempo deparou-se com mulheres socialmente cruéis, mas intimamente carentes de informações e de afetos, com direitos que não podem ser excluídos, a saúde é um deles.

## **B) Coleta de Sangue para procedimento do teste rápido**

O Programa Estadual de DST/Aids-SP, em parceria com a Secretaria da Administração Penitenciária (SAP), capacitou aproximadamente 60 profissionais da SAP que, em conjunto com alguns Programas Municipais de DST/Aids, realizaram a intervenção.

Todas as coletas foram realizadas por punção digital, visto que desta forma o resultado é liberado no mesmo dia, podendo ser comunicado às reeducandas também no mesmo dia.

Optou-se por realizar a coleta em duplas, um profissional fazia a coleta e outro profissional a leitura e os laudos, no período da manhã. No período da tarde, o mesmo espaço era utilizado para comunicar os resultados individualmente a cada reeducanda. Um profissional do período da tarde foi capacitado para realizar a segunda coleta em caso de resultado de HIV positivo no primeiro teste (Portaria SVS-MS nº151 de 14/10/2009).

O Teste Rápido Diagnóstico de HIV não necessita ter seu resultado confirmado laboratorialmente, diferentemente do Teste Rápido de Triagem de Sífilis, no qual um resultado positivo tem que ser confirmado laboratorialmente (Portaria CCD - 11, de 3-5-2012).

As reeducandas eram chamadas por pavilhões e em grupos, eram informadas a respeito da intervenção e aguardavam a coleta dos testes sempre com muita curiosidade. Muitas já conheciam o teste e outras aproveitavam esse momento para perguntar sobre a transmissão da sífilis, já que a Aids era mais conhecida.

O grupo de profissionais de saúde foi auxiliado pelas Agentes de Segurança Penitenciária (ASP) e por outras reeducandas que já trabalhavam como auxiliares no Núcleo de Saúde. Desta forma, cada dupla conseguia coletar sangue de aproximadamente 25 reeducandas num período de três horas.

Muitas das reeducandas referiram terem sido tratadas para sífilis e outras relataram que tinham sífilis. Resultados estes confirmados durante o inquérito. Com relação à positividade para o HIV pudemos observar que poucas mulheres não conheciam o seu *status* sorológico.

Ao término de todas as coletas dos testes rápidos, um profissional da enfermagem realizou as coletas por punção venosa das amostras que

tiveram seus resultados positivos no Teste Rápido de Triagem de Sífilis.

### c) Aplicação do questionário

A pesquisa continha um instrumento com questões sócio-demográficas, acesso a serviços de saúde, saúde da mulher, riscos para DST e exames laboratoriais.

O instrumento foi aplicado para aquelas que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de acordo com os critérios metodológicos estabelecidos. As entrevistas foram realizadas por profissional de saúde da Secretaria Estadual de Saúde (SES), da SAP e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Reuniões prévias com estes técnicos foram realizadas para discussão da aplicação e entendimento do instrumento, bem como abordagem da reeducanda, reforçando o sigilo, a confidencialidade e a possibilidade da sua desistência em qualquer parte do processo. O cuidado com a linguagem utilizada e o esclarecimento dos objetivos da pesquisa também foram apontadas como relevantes.

A entrevista para aplicação do instrumento ocorreu em um espaço reservado, garantindo minimamente a privacidade das voluntárias.

O cuidado quanto à privacidade, sigilo e acolhimento possibilitou a algumas destas mulheres o aprofundamento no relato de algumas experiências de vida ou de suas angústias, apesar do instrumento contar, em sua grande parte, com perguntas fechadas. Alguns dos temas trazidos por elas referiam-se aos motivos que as levaram

a estar cumprindo pena, preocupações com os filhos e organização social interna entre as próprias reeducandas.

“Meu marido me largou com três filhos pequenos, então tive que me virar... Aí eu fui vender a droga e quem chamou a polícia foi quem me mandou vender”

Ou

“[...] usava droga e morava na rua, aí teve um dia que eu falei pra Deus ou você me tira desta vida ou me tira a vida... então eu tô aqui... ele me tirou daquela vida”.

Entre as questões formuladas percebeu-se que as perguntas referentes à realização de aborto, trabalho como profissional do sexo e relações sexuais quando a prática era homoafetiva, foram as que causaram maior constrangimento, talvez por serem temas diretamente relacionados a questões morais, ética, preconceitos e principalmente implicações legais (aborto e prostituição são considerados crime no Brasil).

As perguntas referentes ao acesso à saúde, principalmente relacionadas à saúde da mulher, trouxeram relatos referentes às dificuldades em conseguir consulta médica, realização do Papanicolau e disponibilidade de medicamento.

Ao final da entrevista, houve unanimidade das entrevistadas em relatar que não houve dificuldade em responder às questões, apesar de, no início da entrevista, elas relatarem pressa em responder, principalmente entre aquelas que trabalhavam; nenhuma delas se recusou a responder a qualquer uma das questões formuladas.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes: manual de bolso. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
2. São Paulo. Boletim Epidemiológico CRT-DST/Aids. CVE, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Coordenadoria de Controle de Doenças. Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo, Ano XXVIII – Nº 1 Dezembro 2011.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 180 p.: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
4. Kawaguti L. Brasil tem 4ª maior população carcerária do mundo e déficit de 200 mil vagas. BBC Brasil, 2012 maio 29. [acesso em 04 ago 2012]. Disponível em: [http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2012/05/120529\\_presos\\_onu\\_lk.shtml?print=1](http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2012/05/120529_presos_onu_lk.shtml?print=1)
5. Infopen – Sistema Nacional de Informação Penitenciária [base de dados na internet]. Brasília: Ministério da Justiça Sistema Prisional. 2011. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/data/Pages/MJD574E9CEITEMID598A21D892E444B5943A0AEE5DB94226PTBRIE.htm>
6. Brasil. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Mulheres encarceradas – diagnóstico nacional. Consolidação dos dados fornecidos pelas unidades da Federação, 2008.
7. Canazaro D, Gabriel G. Vivências da maternidade em uma prisão feminina no Estado do Rio Grande do Sul. *Sau. & Transf. Soc.*, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.1, n.3, p.113-121, 2011.
8. Ministério da Justiça. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Relatório final. Reorganização e reformulação do Sistema Prisional Feminino, 2007.
9. São Paulo. Secretaria da Administração Penitenciária. Manual de Ações em Reintegração Social. 2011. Disponível em: [http://www.reintegracaosocial.sp.gov.br/download\\_gars.php](http://www.reintegracaosocial.sp.gov.br/download_gars.php). [Acessado em 27 de agosto de 2012].
10. Maestri E, Tagliari D, Prada GW. Prevenção do HIV/Aids: um desafio da enfermagem no processo de educar atrás das grades. 6ª Semana de Ensino, Pesquisa e Extensão. Florianópolis; 16-19 maio 2007; Florianópolis, Santa Catarina. Florianópolis: UFSC; 2007. p. 153.
11. Lopes F, Latorre MRDO, Pignatari ACC, Buchalla CM. Prevalência de HIV, papilomavírus humano e sífilis na Penitenciária Feminina da Capital, São Paulo, 1997-1998. *Cad Saúde Pública*. 2001;17(1):1473-80.
12. Strazza L, Massad E, 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.
13. Canazaro D, Argimon III. Características, sintomas depressivos e fatores associados em mulheres encarceradas no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(7):1323-1333, jul, 2010.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. 2004.
15. Brasil. Ministério da Saúde, Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003. Diário Oficial da União.
16. São Paulo. Secretaria de Estado da Administração Penitenciária. Relatório de doenças epidemiológicas da Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário do Estado de São Paulo. Maio de 2012 (mimeo).