Ilham El Maerrawi

Desenvolvimento de um estudo piloto de uma pesquisa que visa identificar fatores de risco associados às infecções pelo HIV, hepatites B, C e sífilis em população carcerária

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Medicina Preventiva
Orientador: Heráclito Barbosa de Carvalho

São Paulo
2009

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Maerrawi, Ilham El

Desenvolvimento de um estudo piloto de uma pesquisa que visa identificar fatores de risco associados às infecções pelo HIV, hepatites B, C e sífilis em população carcerária / Ilham El Maerrawi. -- São Paulo, 2009.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Departamento de Medicina Preventiva.
Área de concentração: Medicina Preventiva.
Orientador: Heráclito Barbosa de Carvalho.

Descritores: 1.Estudo piloto 2. Prisões 3.Fatores de risco 4.Infecções por HIV 5.Sífilis 6.Hepatite B 7.Hepatite C

USP/FM/SBD-194/09

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, o maior exemplo de vida, às minhas filhas Samira e Lilian, minhas eternas incentivadoras, ao meu marido Jean, pelo carinho e estimulo permanentes, todos essenciais para trilhar os meus caminhos.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Heráclito Barbosa de Carvalho, meu orientador, pela extrema atenção dedicada.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, pelo apoio financeiro – Processo nº 06/06034.

Á penitenciária “Dr. Geraldo de Andrade Vieira –PI” de São Vicente, sua direção e equipes de saúde, segurança e educação.

À Prefeitura Municipal de São Vicente, Secretaria Municipal de Saúde e à toda equipe do Programa Municipal de DST/aids.

À Comissão de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - CAPPesp nº. 1231/06.

À toda equipe de campo, Suellen Sá, Stephanie Oliveira, Luciana Santos, Juliana Ferreira, Priscila Silva, Paola Oliveira, Marta Gonçalves, Daniela Trigueiros e Igor Rigotto, pelo empenho e dedicação.

“Uma vez que não conseguimos modificar os homens, não nos cansemos de modificar as leis.”

(L.Arrêat)

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE GRÁFICOS

RESUMO

SUMMARY

1 INTRODUÇÃO 1

1.1 Aspectos epidemiológicos da AIDS 1
1.1.1 A aids no mundo 1
1.1.2 A aids na América Latina 2
1.1.3 A AIDS no Brasil 2
1.1.4 Mortalidade em aids 5
1.1.5 Categoria de exposição 6
1.2 Infecções correlatas 6
1.2.1 Hepatites B e C 6
1.2.2 Sífilis 11
1.3 Populações vulneráveis 13
1.4 Doenças transmissíveis e populações confinadas 15
1.5 Sistema Prisional Brasileiro 18
1.6 Estudos piloto 20
1.6.1 As etapas de um estudo piloto 22
1.6.2 Equipe de campo 22
1.6.3 Controle de qualidade de procedimentos – Supervisor de campo . 22
1.6.4 Instrumentos de coleta 23
1.6.5 Questionário 23
1.6.6 Procurar questionários já existentes 24
1.6.7 Cuidados na elaboração do questionário 25
1.6.8 Forma de aplicação 26
1.6.9 Pré-teste e elaboração do questionário 27
1.6.10 Controle de qualidade dos dados 28
1.7 Considerações finais 29

2 OBJETIVOS 30

2.1 Geral 30
2.2 Específicos 30

3 MÉTODO 31

3.1 Estudo Piloto 31
3.1.1 Características do local 31
3.1.2 Amostragem 31
3.1.3 Tamanho da amostra 31
3.1.4 Critérios de inclusão e exclusão 31
3.1.5 Instrumento 32
3.1.6 Preparação do instrumento (questionário) 32
3.1.7 Escolha da forma de aplicação do questionário 33

3.1.8 Treinamento de entrevistadores 33
3.1.9 Elaboração do banco de dados 33
3.1.10 Digitação dos dados 33
3.2 Etapas de execução do projeto em campo: 33
3.3 Aspectos éticos 34
3.4 Análise estatística e coleta de dados 34

4 RESULTADOS 35

4.1 Desenvolvimento do Estudo Piloto 35
4.1.1 O questionário 35
4.1.2 Adaptação do questionário 35
4.1.3 Forma de aplicação do questionário 36
4.1.4 Treinamento de entrevistadores 36
4.1.5 Supervisor de campo 37
4.1.6 Elaboração do banco de dados 38
4.1.7 Digitação dos dados 38
4.2 Etapas de execução do projeto do campo 38
4.3 Resultados do Estudo Piloto 39
4.3.1 Características sócio-demográficas 40
4.3.2 Situação prisional 42
4.3.3 Informações sobre uso de drogas lícitas 43
4.3.4 Informações sobre o uso de drogas ilícitas 44
4.3.5 Informações sobre o uso de drogas lícitas e ilícitas dentro e fora da prisão 44
4.3.6 Informações sobre os riscos parenterais 46
4.3.7 Informações sobre os riscos sexuais 48
4.3.8 Informações sobre morbidade referida em relação às doenças sexualmente transmissíveis e de saúde em geral. 50
4.3.9 Informações sobre as situações de violência 51
4.3.10 Informações sobre as drogas envolvidas com as situações de violência 54
4.3.11 Informações sobre o consumo de Crack 56
4.3.12 Informações sobre atividades de orientação e de testagem do HIV62

5 DISCUSSÃO 63

5.1 Desenvolvimento do Estudo Piloto 63
5.2 Elaboração do banco de dados 67
5.3 Etapas de execução do projeto 67
5.4 O Estudo Piloto 69

6 CONCLUSÕES 76

6.1 Limitações do estudo 78

7 ANEXOS 79

7.1 Anexo 1 80
7.2 Anexo 2 81

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 82

LISTAS DE TABELAS

TABELA 1: Características sócio-demográficas dos reeducandos da Penitenciária de São Vicente I – SP, 2007. 41

TABELA 2: Média, desvio padrão e intervalo das idades e numero de filhos dos reeducandos (n= 107) da Penitenciária de São Vicente I – SP, 2007. . 42

TABELA 3: Características relacionadas à situação prisional dos reeducandos da Penitenciária - São Vicente I - SP, 2007. 42

TABELA 4: Média, desvio padrão e intervalo de algumas características relacionadas a situação prisional dos reeducandos (n=107) da Penitenciária - São Vicente I - SP, 2007. 43

TABELA 5: Características relacionadas ao uso de drogas lícitas dos reeducandos da Penitenciária I - São Vicente - SP, 2007. 43

TABELA 6: Características relacionadas ao uso de drogas ilícitas dos reeducandos da Penitenciária I - São Vicente - SP, 2007. 44

TABELA 7: Características relacionadas ao uso de drogas lícitas e ilícitas dentro e fora da prisão dos reeducandos da Penitenciária I - São Vicente - SP, 2007. 45

TABELA 8: Média, desvio padrão e intervalo da idade de uso inicial de drogas referido pelos reeducandos (n=107) da Penitenciária - São Vicente I - SP, 2007. 46

TABELA 9: Características relacionadas aos riscos parenterais de infecção dos reeducandos da Penitenciária I - São Vicente - SP, 2007. 47

TABELA 10: Média, desvio padrão e intervalo da idade de uso referido de drogas injetáveis dos reeducandos da Penitenciária - São Vicente I - SP, 2007. 48

TABELA 11: Características relacionadas aos riscos de infecção por via sexual dos reeducandos da Penitenciária I - São Vicente - SP, 2007. 49

TABELA 12: Média, desvio padrão e intervalo do número de parceiros sexuais atuais dos reeducandos (n=57) da Penitenciária - São Vicente I - SP, 2007. 49

TABELA 13: Doenças sexualmente transmissíveis – DST ocorridas alguma vez na vida referidas pelos reeducandos da Penitenciária I - São Vicente - SP, 2007. 50

TABELA 14: Sinais e sintomas referidos no último mês pelos reeducandos (n=107) da Penitenciária I - São Vicente - SP, 2007. 51

TABELA 15: Características relacionadas às situações de violência na vida dos reeducandos da Penitenciária I - São Vicente - SP, 2007. 52

TABELA 16: Média, desvio padrão e intervalo da idade da primeira agressão sexual sofrida na vida dos reeducandos (n=3) da Penitenciária I - São Vicente - SP, 2007. 53

TABELA 17: Principais drogas referidas envolvidas com as situações de violência na vida dos reeducandos da Penitenciária I - São Vicente - SP, 2007. 54

TABELA 18: Número de amigos mortos e relação com drogas, referidos pelos reeducandos da Penitenciária I - São Vicente - SP, 2007. 55

TABELA 19: Média, desvio padrão e intervalo do número de mortes relacionadas com drogas referidos pelos reeducandos (n=107) da Penitenciária I - São Vicente - SP, 2007 (Média e Desvio padrão). 55

TABELA 20: Características relacionadas ao uso de crack na vida dos reeducandos da Penitenciária I - São Vicente - SP, 2007. 56

TABELA 21: Média, desvio padrão e intervalo de características relacionadas ao uso de crack na vida dos reeducandos da Penitenciária I - São Vicente - SP, 2007. 57

TABELA 22: Características relacionadas às praticas sexuais com o uso de crack dos reeducandos da Penitenciária I - São Vicente - SP, 2007. 57

TABELA 23: Características relacionadas à intoxicação e interrupção do uso do crack na vida dos reeducandos da Penitenciária I - São Vicente - SP, 2007. 58

TABELA 24: Características relacionadas às alterações no uso de outras drogas associadas ao uso do crack entre os reeducandos da Penitenciária I - São Vicente - SP, 2007. 59

TABELA 25: Características relacionadas ao consumo referido de crack na prisão e ao consumo associado às outras drogas pelos reedecandos da Penitenciária I - São Vicente - SP, 2007. 60

TABELA 26: Informações sobre participação em orientação e testagem do HIV relatadas pelos reeducandos da Penitenciária I - São Vicente - SP, 2007. 62

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Casos confirmados de hepatite B, por ano, segundo região – Brasil, 1997 a 2005 8

FIGURA 2: Casos confirmados da hepatite C, por ano, segundo região – Brasil, 1996 a 2005. 11

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Número de casos de aids notificados no Brasil e nas regiões. 1980 A JUNHO DE 2007,MS. 3

GRÁFICO 2: Tendência da aids no Brasil e regiões,1980 a junho de 2007,MS. 4

RESUMO

Introdução: A população confinada é um segmento exposto a certas situações que aumentam sua vulnerabilidade frente às doenças sexualmente transmissíveis. Infecções pelo HIV, hepatites B e C e sífilis encontram no sistema prisional um ambiente favorável às suas propagações. Estudos em população confinada são cercados de entraves tanto burocráticos como relacionados com a ética e segurança. Assim, assume grande importância um estudo - piloto para, entre outras coisas, identificar pontos prós e contras que possam surgir durante a execução do estudo principal. **Objetivo:** Desenvolver um estudo piloto para uma pesquisa sobre fatores de risco comportamentais referentes à contaminação pelas infecções pelo HIV, hepatites B e C e sífilis numa população carcerária. **Métodos:** Estudo epidemiológico transversal. Em julho de 2007, numa amostra de conveniência, 107 reeducandos foram estrevistados usando um questionário padrão e tecnica face-face. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMUSP. **Resultados:** Foram realizadas todas as etapas planejadas, a saber: Reuniões na unidade: entre a direção e diversas equipes da unidade prisional; Convite aos participantes: contato com representantes dos reeducandos; Assinatura do TCLE: após formalização do convite à participação do estudo e Aplicação do questionário. Realizadas reuniões sistemáticas para ajuste do questionário. Feita a capacitação de entrevistadores. Elaborado um banco de dados no Microsoft Office para receber os dados por meio de dupla digitação. Foram entrevistados 16,5% da população da unidade. Apresentaram um perfil jovem com média de 31,1 anos de idade. O tempo médio de prisão foi de 18,7 meses. A idade média de início de uso de drogas legais foi de 14,7 e ilegais de 16,6 anos. Após o confinamento, houve redução no consumo de drogas e sem relatado de droga injetável no presídio. 55,1% realizaram tatuagem na prisão. 41,2% relataram ocorrência de DST na vida e 34,0% no ultimo mês, 2,5% referiram serem soropositivos para o HIV. 53,8% mantiveram o numero de relações sexuais após o confinamento e dos 28,6% que faziam uso sistemático de preservativos, 26,3% mantiveram esta freqüência no presídio. Envolvidos

com agressões: 78,5% verbais e 65,1% físicas, sendo que 33,6% referiram ameaças de morte. Maconha, álcool e crack foram as drogas envolvidas nestas situações. **Discussão:** O estudo piloto possibilitou testar o instrumento de pesquisa, sua aplicabilidade e capacidade de identificar fatores de riscos para transmissão das infecções citadas, tanto fora quanto dentro do ambiente prisional. O treinamento dos entrevistadores favoreceu tanto a familiarização com o instrumento, quanto o contato adequado – ético e seguro - com os reeducandos. A vivência com esta realidade contribuiu para mapear pontos vulneráveis do planejamento para a execução do estudo principal. **Limites do estudo:** As análises e a obtenção da sorologia não faziam parte do estudo piloto, postergadas para o estudo principal com amostra adequada. Questionários, quando utilizados como instrumento de coleta, podem apresentar problemas relacionados com as informações obtidas. Muitas delas podem não condizer com a realidade, tanto de forma proposital – viés de informação quanto de forma não proposital –viés de memória.

Descritores: 1.Estudo piloto 2.Fatores de risco 3.Prisões 4.Infecções por HIV 5.Sífilis 6.Hepatite B 7.Hepatite C.

SUMMARY

Introduction: Confined populations are exposed to circumstances that increase their vulnerability to sexually transmitted infections. HIV, hepatitis B and C, and syphilis, encounter at the prison system an environment favorable to their dissemination. Studies in confined populations are surrounded by bureaucratic, ethical and security barriers. Thus, a pilot study is of great importance -for identify obstacles and opportunities that may arise during the implementation of the main study. **Objective:** implementation of a pilot study on risk behaviors associated to the dissemination of HIV, hepatitis B and C, and syphilis in an incarcerated population. **Methods:** Cross Sectional study. In July of 2007, in a convenience sample, 107 prisoners were interviewed, face to face, using a standardized questioner. The study was approved by the Human Subject Committee of the Hospital das Clinicas of the School of Medicine from the University of Sao Paulo. **Results:** the research protocol was strict followed: institutional meetings of the direction and the different professional teams of the prison system; invitation to participants in close contact with prisoner's representatives; signature of the consenting forms after the invitation and before the questionnaire was applied. Meetings were conducted to adjust the questionnaire. Interviewers were trained. A dataset using Microsoft Office was elaborated to allow insertion of the data collected. Subjects represented 16, 5% of the prison population. Participants were young, average of 31, 1 years of age. The length time in prison was 18, 7 months in average. The average of the initiation in the use of legal drugs was 14, 7 and illegal drugs 16, 6 years of age. After the arrestment there was a diminishment of the use of drugs, and no injection of drugs was reported. Tattoo inside of the prison was reported by 55, 1%. STI were reported by 41, 2% in life and by 34% in the last month, and 2, 5% reported to be HIV positive. 53, 8% maintained the same amount of sexual relation that they had outside of the prison. From the 28, 6% that regularly used condoms, 26, 3 regularly used inside of the prison too. Interviewed that were involved in aggression were 78, 5% verbal and 65, 1% physic, and 33, 6% refereed being threatened of dead. Marijuana, Alcohol and crack were the drugs

involved in such circumstances. **Discussion:** The pilot study has tested the instrument of research, its applicability and ability to identify risk factors for transmission of the mentioned infections, both within or outside of the prison. The training of interviewers favored both the familiarity with the instrument, as the appropriate contact – secure and ethical - with inmates. The experience with this reality has contributed to map vulnerabilities in the implementation of the main study. **Limitations of the study:** serology and analysis were not part of the pilot study, therefore postponed for the main study with adequate sample. Questionnaires may present problems with the information obtained. Many of the information may not match the reality; both, information or memory biases could be identified.

Descriptors: 1.Pilot study 2.Risk factors 3.Prisons 4.HIV infections 5.Syphilis 6.Hepatitis B 7.Hepatitis C

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos epidemiológicos da AIDS

1.1.1 A aids no mundo

A epidemia de aids é uma doença reconhecida como um fenômeno mundial e como tal, atinge todos os continentes, constituindo-se em um grave problema de saúde pública. Embora seu pico de incidência tenha ocorrido na década de 90, em alguns países a epidemia ainda se comporta de forma alarmante [UNAIDS, 2006].

O Relatório Global sobre a Epidemia de AIDS, 2007 (2007 AIDS epidemic update), a OMS e o UNAIDS fizeram uma revisão do número estimado de pessoas que vivem com HIV no mundo, cujo resultado mostrou uma redução no número total de 39,5 milhões (34,1 - 47,1 milhões) em 2006 para 33,2 milhões (30,6 - 36,1) de casos em 2007. A mudança destas previsões deve-se, principalmente, à utilização de metodologias aprimoradas, vigilância melhorada em alguns países e mudanças nas suposições epidemiológicas, chaves utilizadas para calcular as estimativas. [UNAIDS, 2006/2007].

O mesmo relatório aponta que, nos últimos dois anos, o número de mortes relacionadas à aids diminuiu de 2,2 milhões [1,9 – 2,6 milhões] para 2 milhões [1.8 – 2.3 milhões] em 2007. Esta redução deve-se, pelo menos em parte, ao resultado da ampliação do acesso ao tratamento. Apesar do avanço nos programas de controle da doença no mundo, a mortalidade por aids continua a ser a principal causa de morte na África, onde vivem 67% de todas as pessoas com HIV no mundo. Quanto às novas infecções anuais pelo vírus da imunodeficiência humana – HIV, observou-se um recuo de 3 milhões em 2001 para 2,7 milhões [variação 2.6 – 3.5 milhões] em 2007. Desde 2001, a prevalência de HIV entre adultos se estabilizou em 0,8%.

Com exceção da África sub-saariana, as infecções pelo HIV afetam de maneira desproporcional a usuários de drogas injetáveis, homens que fazem sexo com outros homens e trabalhadores sexuais. Desde 2005, triplicaram-se os esforços relacionados à prevenção do HIV para estas populações.

1.1.2 A aids na América Latina

Ainda de acordo com o Relatório Global do UNAIDS, estima-se que na América Latina, 1.7 milhões de pessoas estejam vivendo com HIV, sendo que, em 2007 ocorreram 140.000 mil novas infecções e 63.000 mil óbitos no mesmo período.

Em relação aos segmentos populacionais, a transmissão do HIV ocorre, principalmente, entre homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo e, em menor grau, entre usuários de drogas injetáveis. A transmissão do HIV por meio do uso de drogas injetáveis vem diminuindo nos últimos anos. Na Argentina, o uso de drogas injetáveis representou cerca de 5% dos novos casos de infecção por HIV entre 2003 e 2005. Por volta de 40% das pessoas que vivem com HIV na América Latina, vivem no Brasil. Estima-se em 730.000 [600.000 - 890.000] pessoas com HIV no Brasil, seguido pelo México com 200.000 [150.000 - 310.000]. [UNAIDS, 2007].

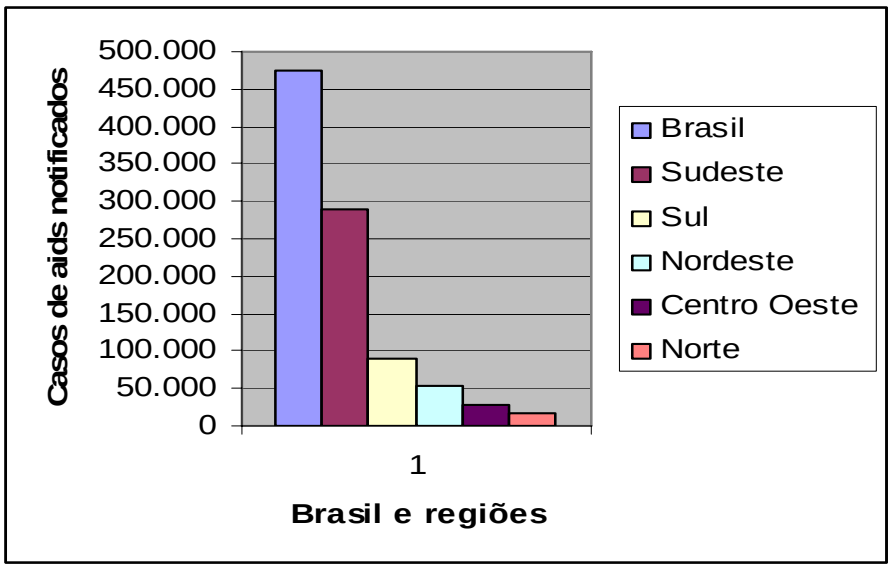
1.1.3 A AIDS no Brasil

No Brasil, a epidemia de aids vem, ao longo dos anos, chamando a atenção para várias questões. Entre elas, continua a manter sua característica de tendência a “heterossexualização”, “feminilização”, “pauperização” e envelhecimento [Castilho EA; Chequer P, 1999]. Observa-se também um aumento de sobrevida, muito creditado ao tratamento [UNAIDS, 2006]. Cabe uma especial atenção ao aumento de casos mais acentuado no sexo feminino [Castilho EA; Chequer P, 1999], atribuído à transmissão heterossexual e outras supostas causas envolvidas como, por exemplo, o uso de drogas injetáveis [Parker R, 1997].

Em 2005, estimou-se que 620.000 [370.000 - 1milhão] de pessoas viviam infectadas pelo HIV no Brasil. Embora, inicialmente fosse concentrada entre homens que fazem sexo com homens, passou em seguida a ser uma epidemia que englobou usuários de drogas injetáveis e finalmente atingiu a população em geral, com um número cada vez maior de mulheres infectadas [Dourado I et al,2007].

De 1980 a junho de 2007 foram notificados 474.273 casos de AIDS no país – 289.074 na região Sudeste, 89.250 no Sul, 53.089 no Nordeste, 26.757 no Centro Oeste e 16.103 no Norte [GRÁFICO 01].

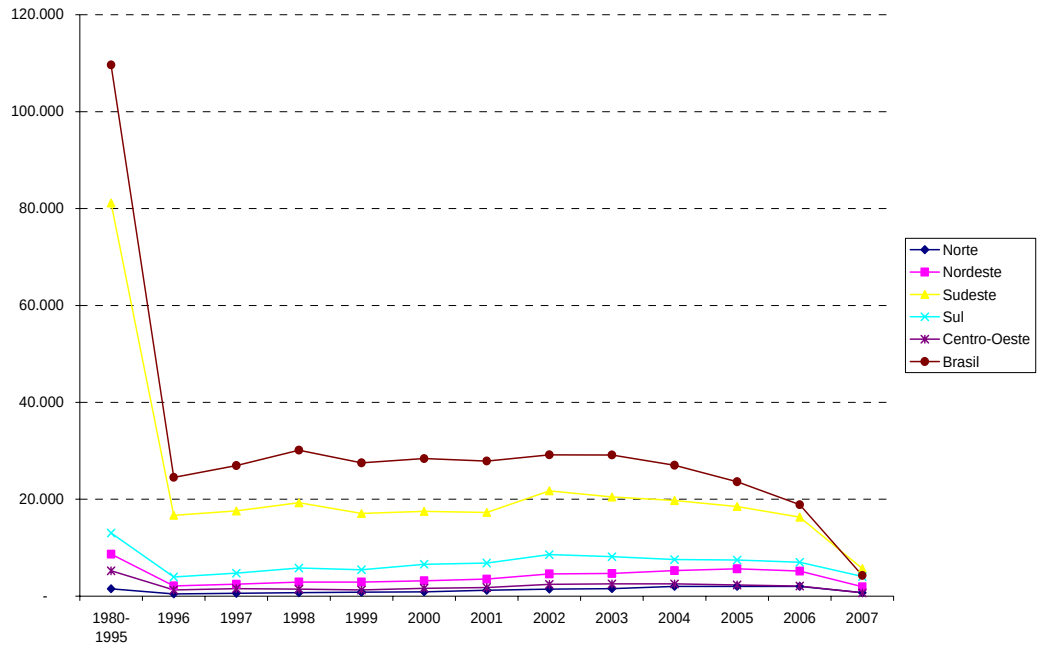
GRÁFICO 1: Número de casos de aids notificados no Brasil e nas regiões. 1980 A JUNHO DE 2007,MS.



Fonte: Boletim Epidemiológico AIDS e DST Ano IV Nº.-01 27ª à 52ª semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2006, 01ª à 26ª semanas epidemiológicas- janeiro a junho de 2007, Ministério da Saúde, SVS,PN DST e AIDS.

No Brasil e nas regiões Sul, Sudeste e Centro Oeste, a incidência de aids tende à estabilização. Na região Norte e Nordeste, a tendência é de crescimento [GRÁFICO 2].

GRÁFICO 2: Tendência da aids no Brasil e regiões,1980 a junho de 2007,MS.



Boletim Epidemiológico AIDS e DST Ano IV Nº.-01 27ª à 52ª semanas epidemiológicas- julho a dezembro de 2006, 01ª à 26ª semanas epidemiológicas- janeiro a junho de 2007,Ministério da Saúde, SVS,PN DST e AIDS.

Segundo critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil tem uma epidemia concentrada, com taxa de prevalência da infecção pelo HIV de 0,6% na população de 15 a 49 anos. Em 2005, foram identificados 35.965 casos, representando uma taxa de incidência de 19,5 casos de AIDS a cada 100 mil habitantes. Em 2006, foram registrados 32.628 casos da doença e, em 2007,segundo dados preliminares, foram notificados 13.071 casos de aids,notificados no SINAN [MS, 2007].

Na série histórica, foram identificados 314.294 casos de aids em homens e 159.793 em mulheres. Ao longo do tempo, a razão entre os sexos vem diminuindo de forma progressiva. Em 1985, havia 15 casos da doença em homens para cada caso em mulher. Em 2007, a relação foi de 1,5 caso em homens para um caso em mulheres. Em ambos os sexos, a maior parte dos casos se concentra na faixa etária de 25 a 49 anos. Porém, em ambos os sexos, tem-se verificado aumento percentual de casos na população acima de 50 anos.Na faixa etária de 13 a 19 anos, houve inversão na razão de sexo a partir de 1998 [MS, 2007].

1.1.4 Mortalidade em aids

O Ministério da Saúde identificou um total de 192.709 óbitos por aids no Brasil entre 1980 e 2006, sendo que, a maioria destes, ocorreu na região Sudeste, com 131.840 mortes em decorrência da doença. Em seguida, vêm a região Sul com 28.784, Nordeste com 18.379, Centro Oeste com 8.738 e Norte com 4.968 [MS,2007].

Os dados mostram ainda que 20,5% dos indivíduos diagnosticados com aids na região Norte, haviam ido a óbito em até um ano após a descoberta da doença. Na região Centro Oeste, o percentual foi de 19,2% e na região Nordeste foi de 18,3%. Na região Sudeste, o indicador cai para 16,8% e na região Sul para 13,5%. No Brasil. o percentual médio de óbitos após um ano da descoberta da aids foi de 16,1% .

Apesar de o Brasil ter cerca de 1/3 de todas as pessoas vivendo com HIV na América Latina, o foco simultâneo na garantia do acesso aos serviços de prevenção e tratamento ajudou a manter a epidemia estável. Ao mesmo tempo, o acesso universal à terapia antirretroviral diminuiu pela metade as taxas de mortalidade por aids entre 1996 e 2002 [MS,2007].

1.1.5 Categoria de exposição

Em relação à categoria de exposição, em homens adultos, isto é, “indivíduos com mais de 13 anos de idade” observa-se, na série histórica, crescimento da epidemia pela via sexual entre os heterossexuais, estabilização entre os homossexuais e bissexuais e redução entre os usuários de drogas injetáveis - UDI. Em 1996, dos casos registrados entre homens, 29,4% foram em homo/bissexuais, 25,6% em heterossexuais e 23,6% pelo uso de drogas injetáveis. Já em 2006, nessas categorias, foram registrados respectivamente, 27,6%, 42,6% e 9,3%. Em mulheres “acima de 13 anos de idade”, no ano de 1996 foram notificados 86,1% casos em heterossexuais e 12,6% pelo uso de drogas injetáveis. Após 10 anos, o percentual de casos em mulheres heterossexuais subiu para 95,7% e em UDI caiu para 3,5% [MS,2007].

Nos casos notificados até 2007 na população masculina “acima de 13 anos”, a principal via de transmissão foi a via sexual com 30,1% entre heterossexuais e 20,6% entre homossexuais, seguida pela via sanguínea com 19,7% pelo uso de drogas injetáveis. Entre as mulheres “acima de 13 anos”, a principal via de transmissão foi a via sexual heterossexual com 89,9% dos casos, seguida pela via sanguínea com 9,1% pelo uso de drogas injetáveis e 0,7% pela transfusão de sangue [MS, 2007].

1.2 Infecções correlatas

1.2.1 Hepatites B e C

Outras infecções apresentam a mesma via de transmissão da aids e por isso, apresentam papéis semelhantes na sua abordagem epidemiológica. Pode-se afirmar que, além da aids, as hepatites virais têm apresentado grande importância pelo número de indivíduos atingidos e pela possibilidade de complicações das formas agudas e crônicas da doença.

Levinson e Janetz (2005) citam três maneiras de transmissão do vírus da hepatite B, sendo elas por sangue contaminado, relações sexuais e de forma perinatal. Observam ainda que, em relação à contaminação por perfuro cortantes, como agulhas de seringas contaminadas, as mesmas transmitem o vírus, indicando assim que, uma quantidade pequena de sangue é suficiente para a transmissão.

A infecção causada por fezes, urina, lágrimas, leite materno, bile ou suco pancreático não foi relatada. Embora HBsAg ou as partículas do HBV tenha sido identificada em tais fluidos, a possibilidade da transmissão por artrópodes, que se alimentam de sangue, tem sido discutida, mas nunca provada. [Tegan FM,2006].

As hepatites virais, pela magnitude da sua incidência na humanidade, podem ser consideradas um dos maiores problemas da saúde pública no mundo atual. Entre elas, o vírus da hepatite B (VHB ou HBV) e o vírus da hepatite C (VHC ou HCV) ganham destaque pronunciado. Estima-se que as hepatites B e C contaminam dez vezes mais pessoas no mundo do que o HIV [Folhaonline, 2008].

Estudos recentes no Brasil indicam importante impacto das hepatites virais crônicas em pacientes infectados pelo HIV/Aids, com prevalência em torno de 5% a 8% com o HBV e 17% a 36% de HCV [MS, 2005].

Segundo a organização Mundial de Saúde, aproximadamente 30% da população mundial, cerca de dois milhões de pessoas, já foram infectadas pelo vírus da hepatite B (HBV), das quais 350 milhões tornaram-se portadoras crônicas, levando a óbito cerca de 470 mil pessoas por ano [OMS, 2007].

A hepatite B se mantém concentrada, isto é, continua a atingir mais no grupo etário jovem, principalmente na faixa etária de 19 a 49 anos. Segundo o Boletim Epidemiológico da Coordenação das doenças imunopreveníveis, foram notificados no Sistema Nacional de Notificação de Agravos (SINAN) de 1997 a 2005, 86.793 casos de hepatite B no Brasil. Em relação às macro-regiões, as regiões Sudeste e Sul apresentaram os maiores números com 30.919 e 30.762, seguidas pelas regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte com 9.405, 8.695 e 6.988 casos respectivamente [FUNASA, 2006].

FIGURA 1: Casos confirmados de hepatite B, por ano, segundo região – Brasil, 1997 a 2005

Regiões	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Brasil	6.098	5.251	6.909	8.954	8.524	9.180	12.874	14.322	14.681
Norte	93	182	486	945	903	992	1.095	1.142	1.150
Nordeste	449	553	524	808	951	1.153	1.474	1.664	1.829
Sudeste	1.764	649	1.751	2.840	2.716	3.278	5.486	6.396	6.039
Sul	3.149	3.278	3.407	3.478	3.056	2.888	3.692	3.851	3.963
Centro-Oeste	643	589	741	883	881	868	1.125	1.266	1.699

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Dados atualizados em setembro/2006.

Os padrões de distribuição da hepatite B no Brasil são três:

1) Padrão de alta endemicidade, com prevalência superior a 7%;
2) Padrão de endemicidade intermediária, com prevalência entre 2% e 7%;
3) Padrão de endemicidade baixa, com prevalência abaixo de 2%.

Estudos nacionais da década de 90 e alguns dos anos 2000 permitem atualizar o mapa das prevalências do HBV no país, mantendo algumas estimativas e re-categorizando outras regiões, sendo: moderada ou alta endemicidade na região Sul com prevalências de 3,8% a 8,3% de portadores do HBV, região Sudeste com 8,5% e região Centro-Oeste com 3,9% e, baixa endemicidade na região Centro-Oeste com 0,8% a 1,9% sendo, 0,8% e 1,7% entre doadores de sangue [Figueiredo GM, 2007].

Considerado de endemicidade intermediária como um todo, o Estado de São Paulo tem relativa heterogeneidade interna, de acordo com áreas geográficas distintas e diferentes grupos populacionais. Assim, sabe-se que o Vale do Ribeira tem taxas correspondentes à endemicidade intermediária (Pannut CS, 1989), enquanto outras localidades, como a região de Ribeirão Preto, apresentam taxas correspondentes à categoria de baixa endemicidade (Passos ADC, 1992). Grupos populacionais com comportamento e práticas sexuais de risco acrescido, como homens que fazem sexo com homens, além de usuários de drogas injetáveis que compartilham seringas, apresentam prevalências bastante superiores à população geral (Figueiredo GM, 2000; Mesquita F, 2001).

As hepatites B e C são infecções que estão se manifestando de forma epidêmica e vem ao longo dos anos chamando a atenção [Martin V, 2005; Skiper J, 2003; Ndumbe S, 1999]. Tanto o vírus da hepatite C (HCV) quanto o vírus da hepatite B (HBV) apresentam forma semelhante no que se refere à via de transmissão, quadro clínico, gravidade e cronificação. Enquanto a forma de transmissão da hepatite B é parenteral, sexual e vertical, a transmissão do vírus da hepatite C parece ser exclusivamente parenteral (Quer J; Steban JI, 1998;CDC,1982) no entanto, alguns autores, descreveram também as formas sexual e vertical como vias de transmissões possíveis [Martin RE, 2005; Ndumbe S, 1999].

Estudos são desenvolvidos para demonstrar as formas de transmissão do vírus da hepatite C (HCV) por via sexual, mesmo sendo considerado menos eficiente do que a transmissão do HIV, HBV e outros agentes sexualmente transmissíveis [Altice FL, 2005; Ndumbe S, 1999]. O achado do vírus, nas secreções genitais de pessoas HCV positivas, demonstram a possibilidade teórica da transmissão sexual [Ndumbe S, 1999].

São consideradas populações de risco acrescido para a infecção pelo HCV por via parenteral, os indivíduos que receberam transfusão de sangue e/ou hemoderivados antes de 1993, usuários de drogas intravenosas ou usuários de cocaína inalada, que compartilham os equipamentos de uso; pessoas com tatuagem; *piercings* ou que apresentem outras formas de exposição percutânea como atendimento em consultórios odontológicos; podólogos; manicures; entre outros que não obedeçam às normas de biossegurança (Conry C,1996). A transmissão sexual é pouco frequente, com menos de 3% em parceiros estáveis e ocorre principalmente em pessoas com múltiplos parceiros com prática sexual de risco sem o uso de preservativos, sendo que, a coexistência de alguma DST – inclusive o HIV – constitui-se em um importante facilitador dessa transmissão.

O HCV é a causa da hepatite crônica em 3% da população, ou cerca de 170 milhões de pessoas, de acordo com os dados da OMS.

Estudo realizado entre 10.090 doadores de sangue do Hemonúcleo de Apucarana, Paraná entre 1997 e 1999, revelou uma soroprevalência para o HCV de 0,9% , destes 12,5% apresentaram resultado positivo nos testes confirmatórios [Lindamiyr FP, 2002] .

Segundo o Boletim Epidemiológico da Coordenação das doenças imunopreveníveis foram notificados no SINAN de 1997 a 2005, 71.424 casos de hepatite C. Em relação às macro-regiões, a região Sudeste apresentou o maior número com 35.840, seguida pelas regiões Sul, Nordeste, Centro-Oeste e Norte com 23.729, 5.291, 4.400 e 2.152 respectivamente [FUNASA, 2006].

FIGURA 2: Casos confirmados da hepatite C, por ano, segundo região – Brasil, 1996 a 2005.

Regiões	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Brasil	1.217	3.135	3.157	4.848	5.961	6.763	8.196	10.771	14.115	13.261
Norte	1	22	298	166	185	282	246	331	325	296
Nordeste	26	151	176	253	412	426	534	798	778	846
Sudeste	2	860	431	1.960	2.941	3.385	4.430	6.211	8.232	7.388
Sul	928	1.588	1.868	2.173	1.923	2.173	2.359	2.814	4.064	3.839
Centro-Oeste	260	514	384	296	500	493	624	617	712	891

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Dados atualizados em setembro/2006. Dados de 2001 a 2005 apresentados segundo ano de diagnóstico. Foram considerados os casos de vírus C e B+C.

Refletindo o avanço da implantação das ações de vigilância epidemiológica da doença nos Estados, os dados mostram o contínuo crescimento de casos confirmados, ocorrendo em 2005, alta concentração nas regiões Sudeste 56% e Sul 29%.

1.2.2 Sífilis

A sífilis também chamada de Cancro Duro é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Treponema pallidum*, que geralmente se manifesta com a presença de feridas nos órgão sexuais. As principais formas de transmissão são: por relação sexual desprotegida com pessoas infectadas; por meio da transfusão de sangue contaminado; para o bebê, por meio da placenta, durante a gestação e o parto de mãe infectada e não tratada - então denominada Sífilis Congênita - SC.

Durante a Segunda Guerra Mundial, a incidência da sífilis atingiu mais de 500.000 infecções por ano. Entre 1945 e 2000, houve uma redução desta incidência, atingindo 31.575 casos por ano, redução esta em muito atribuída pela introdução do uso da penicilina após a década de 40 [Kevin AF,2008].

Determinantes sociais da epidemia de sífilis são distintos de acordo com particularidades demográficas, sociais, e de comportamento dos grupos e subgrupos onde ela ocorre. Assim, pode-se diferenciar os determinantes sociais da epidemiologia da sífilis em três categorias: população geral de paises em desenvolvimento; populações minoritárias de baixa renda em paises desenvolvidos; e, em homens homossexuais. Segundo a Organização Mundial de Saúde, as doenças sexualmente transmissíveis são agravos de grande importância para a saúde pública em nível mundial. Estima-se que as DST estão entre as cinco principais causas de procura por serviços de saúde nos países em desenvolvimento [OMS, 2005].

Nos anos de 1995 e 1999, a Organização Mundial de Saúde realizou estimativas que permitiram concluir que, a cada ano, ocorriam cerca de 340 milhões de casos novos das quatro DST consideradas curáveis (gonorréia, clamídia, sífilis e tricomoníase), sendo que nesta estimativa, o Brasil teria 12 milhões dos casos. Este dado não deve considerar o grupo das DST de etiologia viral, como herpes genital (VHS-2), a infecção pelo papilomavírus humanos (HPV), a hepatite B (HBV) e a infecção pelo HIV.

A OMS estabelece também que as DST representam um grande ônus para a população, quando a prevalência das DST curáveis na população geral se se situa em cerca de 5%, prevalência de sífilis em gestantes maior ou igual a 1% e a prevalência das DST curáveis maior que 10% em certas sub populações como profissionais do sexo, jovens e usuários de drogas entre outros [Franco E, 2005]

No Brasil, apenas os casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS, a infecção pelo HIV, gestantes HIV+, crianças expostas ao HIV, de gestantes com sífilis e de crianças com sífilis congênita, fazem parte da lista nacional de doenças de transmissão sexual de notificação compulsória. Para as outras DST, recomenda-se a notificação universal *baseada em síndromes* via SINAN [MS, 2006].

Entre junho de 1998 e setembro de 2007, foram notificados ao SINAN 72.378 casos de DST. A proporção de mulheres representou 78,5% das notificações (56.788) contra 21,5% de notificações de homens. A faixa etária predominante é a de 20 a 34 anos, correspondendo a mais de 50% dos casos notificados. Em relação à raça/cor entre o período de 2001 a 2007, 55,6% era de cor branca (n= 40.210), não sendo possível constatar esta informação nos anos anteriores, pois a informação raça/cor não fazia parte da ficha de notificação.

Uma pesquisa nacional “Prevalência e frequências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras (Manaus, Rio de Janeiro, São Paulo, Goiânia, Fortaleza e Porto Alegre), demonstrou que, na população masculina estudada – 2.814 trabalhadores de indústrias, 5,2% deles tinham uma DST bacteriana, sendo que a taxa de prevalência para sífilis foi de 1,9%. As maiores taxas foram para o município de São Paulo, com 3,4 % e para Fortaleza, com 3,0%. A maior taxa de sífilis por idade correspondeu às pessoas de 55 a 59 anos (10,5%). Em relação à pratica sexual, não houve casos de sífilis entre os que tiveram relações com outros homens, porém entre os heterossexuais, a prevalência foi de 2,0% e entre os bissexuais foi de 2,9% [MS, 2005].

1.3 Populações vulneráveis

O conceito de vulnerabilidade de indivíduos e grupos tem sido mais empregado ultimamente, em substituição aos então denominados grupos de risco e comportamentos de risco, para os estudos das doenças sexualmente transmissíveis. Este conceito é mais abrangente na compreensão das inúmeras variáveis que envolvem comportamento. A possibilidade de se infectar pelo HIV ou outra infecção sexualmente transmissível não é igual para todas as pessoas, mas depende de determinadas condições e circunstâncias que podem agravar, minimizar ou reverter a possibilidade de se infectar. O conceito de vulnerabilidade foi apresentado por Mann e colaboradores [Mann, 1992], para pensar a epidemia da aids no contexto da

Saúde Pública e, desde então vem sendo utilizado, cada vez mais, por pesquisadores, tanto internacionais quanto nacionais [Ayres JRM, 1996; Villela WV,1996; Calazans GJ e França J, 1998] .

Segundo estes autores, o conceito de vulnerabilidade é tratado sob três planos: o social, o programático ou institucional e o individual. O plano social inclui condições socioeconômicas, acesso à informação, escolarização, garantia de acesso aos serviços de saúde, garantia de respeito aos direitos humanos, situação sociopolítica e cultural da mulher.

O plano programático ou institucional refere-se a serviços, programas, projetos e atividades voltadas para combater a epidemia de forma contínua e integrada.

O plano individual relaciona-se a comportamentos facilitadores à infecção pelo HIV ou à capacidade de adotar comportamentos seguros, plano este que depende, justamente, da inter-relação com os dois primeiros.

Diversos organismos governamentais e não governamentais nacionais e internacionais, direcionaram suas ações políticas e estratégias de enfrentamento de epidemias causadas por doenças sexualmente transmissíveis como a aids, sífilis e hepatite B, por meio da definição de segmentos populacionais, chamados de populações vulneráveis.

No Brasil, em relação à epidemia de aids, são definidos como populações vulneráveis: os jovens, as mulheres, a população em situação de pobreza, os moradores de rua, os profissionais do sexo, os usuários de drogas e as populações confinadas. As questões ligadas às religiões, étnicas e migratórias também têm recebido atenção especial na elaboração de políticas e ações de controle da aids.

Políticas, movimentos e diretrizes técnicas auxiliam na formulação de estratégias que buscam a redução da vulnerabilidade, seja individual, social ou programática destas populações e, consequentemente, a redução do impacto da epidemia de aids na esfera social, econômica e na saúde pública.

A população confinada é um segmento fortemente submetido a situações que facilitam e reforçam sua vulnerabilidade frente às doenças sexualmente transmissíveis nos aspectos individual, social e institucional. Diversas pesquisas vêm demonstrando as condições e fatores de risco da população confinada frente aos agravos à saúde.

1.4 Doenças transmissíveis e populações confinadas

Vítimas destas epidemias tanto da aids como das hepatites, as pessoas que compõem os grupos que estão submetidos ao sistema prisional, dado a suas características, apresentam maior risco de infecção [Martin RE, 2005; Ferreira MMC, 1997]. Em diversos países, tem-se documentado que indivíduos que ingressam no sistema prisional têm alta prevalência de infecção pelo HIV. [Martin V, 1993; Vlahov D, 1991; Rotily M, 1994; Hoya SP,2001].

A população confinada se divide em segmentos populacionais por gênero e faixa etária: população masculina adulta e adolescente e população feminina adulta e adolescente. Estas têm sido foco de diversos estudos, que possibilitam a análise das prevalências para as principais infecções transmissíveis como HIV, hepatites B e C e sífilis, das variáveis socioeconômicas e culturais e, dos fatores de riscos sexuais e parenterais associados.

Em relação à população feminina, dois estudos junto a mulheres confinadas em São Paulo, chamam a atenção para os fatores de risco relacionados à parceria com usuários de drogas injetáveis e com HIV positivo; infecções pregressas de DST; tempo de confinamento e fatores de riscos sociais, observando-se a condição socioeconômica e a cultural como importantes variáveis para estas infecções entre mulheres. Foram encontradas prevalências de 14,5% para o HIV e 5,7% para sífilis, e uma importante significância no que se refere à positividade destas infecções em mulheres da raça negra, ocorrendo positividade em 76,0% delas [Lopes F et al 1997-1998] e, 13,9% para o HIV em outra penitenciária da capital paulista [Strazza L,2000].

Estudos direcionados à população confinada masculina adolescente, chamam a atenção para os fatores de riscos para as infecções pelo HIV, HBV, HBC e sífilis associados ao uso precoce de drogas, envolvimento com situações de violência, relacionadas ao uso dos entorpecentes, e às práticas sexuais de risco.

Em um estudo na capital paulista o uso de drogas ilícitas foi de 100% nesta população, sendo que 50,5% usavam algum tipo de droga, com associação estatística relevante para o uso injetável com prevalências de 1 ,0% para HIV e 16,0%, 6,0% e 9,0%, respectivamente para hepatite B e C e sífilis [Carvalho HB,2003] e, prevalências de 4,9% de HIV e 7,8% para sífilis entre adolescentes confinados [Miranda A,1999] em estudo anterior feito na mesma cidade.

Já entre a população confinada masculina adulta, além dos fatores de riscos associados a estas infecções, anteriormente citados entre os adolescentes, as análises dos fatores de risco consideraram como risco acrescido, o tempo de confinamento, visto como um agravante para estas infecções.

Segundo Burattini [2000], é um fato correntemente aceito que as condições de confinamento aumentam o risco de infecções relacionadas às práticas sexuais e /ou ao uso de drogas injetáveis. Em seu estudo, as prevalências para as infecções para o HIV, HCV e sífilis, foram respectivamente 16,0%, 34,0% e 18,0%, tendo a soropositividade para o HCV e o uso de drogas injetáveis como os principais fatores de risco para o HIV, sendo que, este risco aumenta consideravelmente com o tempo de confinamento por volta de 03 anos.

A comparação das prevalências destas infecções entre a população confinada e a população geral tem trazido resultados significantes. Pesquisa no Estado de Minas Gerais concluiu que a população carcerária apresenta prevalências superiores às da população de doadores de sangue onde os presos apresentaram 3,2% para o HIV, 7,45% para sífilis, 17,5 % para HBV e 6,3% para HCV, apresentando como principais fatores de risco para estas infecções, a história pregressa de uso de drogas endovenosas e/ou comportamento sexual de risco e baixo nível sócio econômico e de escolaridade [Soares C, 2000].

Para a população confinada, o momento de prisão apresenta-se como único em sua vida para cuidar do corpo, da saúde e, ainda, para prevenção [Dixon PS, 1993]. Contudo, Butler [2001] afirma que há alguma evidência ao se admitir a alta prevalência de DST nesta população socialmente excluída, pois, fora da prisão, existe um limite nos serviços de saúde que terminam por sugerir que a prisão seja, realmente, o lugar ideal para esse tratamento.

Entretanto, chama-se atenção para o alto risco, a que esta população está exposta, de adquirir DST, inclusive aids, estando encarceradas e realizando relações sexuais às pressas, escondidas e, geralmente, sem proteção [Richard HK,2002; Lopes F,2001; Simbulan NP, 2001;Massad E,1999].

Simooya em 2002, afirma que o mesmo comportamento que a pessoa tiver fora da prisão será mantido enquanto estiver presa e se acentuará com o tempo de cadeia.

Ao se comparar a população confinada com a população em geral, pode-se dizer que existem mais facilidades de se adquirir o vírus HIV no sistema penitenciário, e mais, que as DST são consideradas como “combustível” para o rápido crescimento destas infecções entre os prisioneiros do mundo inteiro [Miranda AE, 2000].

Segundo Miranda [2000], uma das causas da propagação das DST no sistema correcional não se deve somente à mistura de prisioneiros dentro das celas, mas, também, às frequentes transferências de detentos de uma prisão à outra, que terminam por levar as infecções e causar a sua propagação. A AIDS é uma das principais causas de morte nas prisões, embora existam poucas informações sobre pacientes com AIDS dentro delas e, mesmo sabendo-se da urgência da sua prevenção nas prisões, encontram-se fortes barreiras para a evolução de programas de prevenção [Grinstead, 1999].

1.5 Sistema Prisional Brasileiro

Segundo os dados do Sistema Integrado de Informações Penitenciário (InfoPen) do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) do Ministério da Justiça, a quantidade de reeducandos distribuídos nos diversos regimes e medidas do sistema prisional nas 27 unidades federativas, em dezembro de 2007, era de 422.590 reeducandos, distribuídos em 1.099 estabelecimentos penais e 249.515 vagas. As penitenciárias de sistema fechado totalizam 442 unidades com 157.202 reeducandos, dos quais 148.589 são do sexo masculino e 8.613 do sexo feminino.

O Estado de São Paulo possui 143 estabelecimentos penais com uma população prisional de 153.056 reeducandos e 95.585 vagas. Destes, 96 penitenciárias são de sistema fechado com uma população carcerária de 77.495 presos sendo, 72.265 do sexo masculino e 5.230 do sexo feminino. O perfil sócio demográfico da população carcerária masculina do Estado de São Paulo, em junho de 2007, apresenta em relação à raça, as maiores taxas entre a raça branca e negra respectivamente 47,0%, 35,7% e 17,0% [InfoPen, 2008].

A idade predominante foi a faixa etária de 18 a 24 anos com 34,8%, seguida da faixa etária de 25 a 29 anos com 27,3% e, de 30 a 45 anos com 26,2%. Em relação à situação penal, 34,0% são primários, 23,6% primários com mais de uma condenação e 42,3% reincidentes [InfoPen, 2008].

Dados do *Righs Human Watch* apontam que o Brasil conta com cerca de 400 mil prisioneiros para 200 mil vagas nos Sistema Prisional, o que nos dá uma idéia da superpopulação nas unidades prisionais e que agrava muito a situação desta população em relação à transmissão e à propagação das infecções entre os internos (UNAIDS, 2008).

Os termos prisioneiro, preso, recluso, interno e reeducando são utilizados por diversos departamentos e secretarias de justiça e de segurança pública para se referirem à população carcerária. Neste estudo, optaremos por denominá-los como reeducandos, partindo do princípio de que a instituição da prisão está assentada sobre o duplo conceito do confinamento e da reintegração à sociedade.

Dada a importância da aids e hepatites também na região do Estado de São Paulo, a importância do sistema prisional na epidemiologia dessas infecções, aliadas à necessidade de conhecimento da situação, que se modifica com o tempo, e à necessidade de implantar ações de controle adequadas nas instituições penais foi proposto este estudo.

Para a realização de um estudo desta complexidade, é muito importante que sua condução seja precedida de um estudo piloto para identificar pontos vulneráveis de sua execução.

1.6 Estudos piloto

Estudos piloto em pesquisa são estudos formais que precedem o estudo final. Eles representam um ensaio geral de todas as atividades previstas no estudo, no seu desenvolvimento em campo, incluindo a coleta de dados propriamente dita [Armstrong BK,2001].

A utilização de estudos piloto em pesquisa tem como principal objetivo testar o planejamento elaborado para um determinado trabalho de campo. Várias são as vantagens, dentro de uma pesquisa de campo, que o estudo piloto pode trazer. Além da função de testar as questões práticas do planejamento do estudo, pode servir também para guiar o protocolo final no cálculo do tamanho da amostra, quando necessário. Isto ocorre quando se desconhece a prevalência de certas variáveis de estudo na população, para o caso de variáveis dicotômicas, como também ajuda na obtenção de parâmetros para as médias e erro padrão nas variáveis contínuas [Armstrong BK,2001].

Estes estudos desempenham importante papel para refinar a metodologia. Este refinamento pode ocorrer em várias etapas, como por exemplo: nos métodos previstos de recrutamento, nos testes e ajustes de instrumentos e nos questionários a serem utilizados na pesquisa. Contribui no ajuste de procedimentos previamente planejados, desde o trabalho de campo até o sistema de coleta de dados. Pode funcionar como um controle de qualidade dos procedimentos clínicos, laboratoriais e de manejo de dados. O propósito é minimizar a chance de se ter erros na obtenção de resultados e de construção de falsas conclusões, visto que esse processo ajuda a identificar pontos fracos na metodologia, evitando a obtenção de dados errôneos, de dados perdidos ou imprecisos que possam causar viés de não-reposta [Armstrong BK,2001].

Alguns artigos sobre pesquisas piloto, buscam realçar a sua importância, principalmente em estudos multicêntricos por serem extensos, complexos, com grupos de trabalho independentes e com limitado potencial de compartilhamento de informação durante o estudo [Young RD, 2006].

Para certas pesquisas, o piloto pode contribuir para o controle de qualidade de procedimentos clínicos em que, por muitas vezes, pode ser desenvolvido um manual de operações, uma versão expandida da seção de metodologia do protocolo – normas para entrevistadores para aferição de medidas do estudo como, por exemplo, pressão arterial, altura e peso. [Veras RP, 2006]

Podem agir como facilitadores de soluções de problemas identificados, desde como recrutar participantes, até o de medir variáveis de estudo. Isto acaba minimizando uma maior variação aleatória dos dados.

Os estudos piloto podem, ainda, ter como produto, o fornecimento de maior suporte persuasivo para a obtenção de financiamento para a execução do projeto final.

O Pré-teste

O Pré-teste é um procedimento que precede imediatamente o começo do estudo. Na maioria das vezes ele é utilizado como sinônimo de Estudo Piloto, embora possa haver algumas diferenças. O Pré-teste é necessário para minimizar o erro sistemático. Ajuda o investigador a refinar o protocolo e melhorar o estudo.

O propósito do pré-teste é guiar o desenvolvimento do estudo, provendo melhores repostas às perguntas da pesquisa e reduzindo custos (em dinheiro e tempo). Geralmente é de curta duração, podendo variar de poucos dias até duas semanas. Uma das diferenças mais importantes é que é considerado um período de treinamento para o investigador e para os seus assistentes, portanto não haveria o aproveitamento de dados obtidos em campo, para se integrar ao Projeto Final, prática comum e válida nos Estudos Piloto.

1.6.1 As etapas de um estudo piloto

A partir do projeto de pesquisa, o estudo piloto deve estabelecer uma série de procedimentos que deverão ser postos em prática dentro do que prevê o planejamento do projeto. Dentro de práticas clássicas de projetos de campo, serão apontados os principais procedimentos que usualmente são desenvolvidos.

1.6.2 Equipe de campo

Normalmente existe a necessidade de se recrutar uma equipe de campo capaz de responder às necessidades do trabalho a ser desenvolvido, ou seja, com qualificação necessária para sua execução.

1.6.3 Controle de qualidade de procedimentos – Supervisor de campo

Este é uma atividade que deve ser desenvolvida antes, durante e depois dos procedimentos de campo. È fundamental que seja definido um ou mais responsáveis para executar a tarefa de supervisor de campo. O papel do supervisor de campo, é fundamental, além da supervisão das equipes para a apresentação das instruções e orientações necessárias. Deve conduzidas reuniões frequentes com toda a equipe de pesquisa. Durante as reuniões, devem ser orientados e revistos todos os procedimentos anteriormente previstos no planejamento e necessários à execução (*e.g.* observar as entrevistas, exames de laboratório). Além disso, devem-se comparar as medidas obtidas pelos entrevistadores ou técnicos a fim de se desenvolver uma padronização, objetivando o controle de qualidade de procedimentos. Estes procedimentos deverão, à medida do possível, ser padronizados, desde a postura do entrevistador diante do entrevistado, até a colocação dos rótulos nas amostras (conferir e reconferir as etiquetas de identificação). Em algumas pesquisas, é importante estar atento para evitar atitudes enviesadas dos técnicos, em que, muitas vezes, o envio de espécimes de valores conhecidos ou amostras em duplicata para examinar variação nos resultados laboratoriais, são necessários.

1.6.4 Instrumentos de coleta

A utilização do método epidemiológico tem demonstrado ser capaz de fornecer subsídios essenciais para o planejamento em pesquisa. Os instrumentos de coleta utilizados para gerar dados necessários para se atingir os objetivos da pesquisa são os questionários, as entrevistas, os formulários, entre outros. Usualmente esses instrumentos são considerados um ponto central no desenvolvimento de uma pesquisa epidemiológica. Eles são fundamentais para que se possa estudar o objeto e, a partir daí, ter condições de definir as prioridades pertinentes para cada situação especial [Scatolin, 2006; Armstrong BK,1994; Veras RP,2006].

Em relação à população confinada, vários estudos utilizam os questionários para obter informações de eventos que possam auxiliar na compreensão de sua realidade e na determinação de estratégias de controle de afecções comuns [Strazza L,2003, Carvalho HB, 1996].

1.6.5 Questionário

Questionário é um instrumento utilizado em pesquisa, composto por um número mais ou menos elevado de questões, apresentadas por escrito a pessoas que tem por objetivo propiciar determinado conhecimento ao pesquisador (Parasuaraman A, 1991). As perguntas podem ser classificadas quanto à forma e ao conteúdo.

Segundo à forma podem ser:

1. *Abertas*: o interrogado responde com suas próprias palavras, o que dificulta o trabalho de tabulação e de análise;
2. *Fechadas*: englobam todas as respostas possíveis, sendo mais fáceis para tabular;
3. Mistas: quando é composta pelas duas formas anteriores.

Quanto ao conteúdo podem ser, por exemplo:

Perguntas sobre fatos: referem-se a dados concretos e fáceis de precisar; perguntas sobre crenças: referem-se a experiências subjetivas das pessoas, ou seja, aquilo em que elas acreditam que sejam fatos; perguntas sobre sentimentos: referem-se às reações emocionais das pessoas, diante de determinados fatos, fenômenos, instituições ou outras pessoas; perguntas dirigidas a comportamento presente ou passado: tratam dos comportamentos adotados no passado e/ou no presente; perguntas sobre opiniões, entre outras.

Diante de uma determinada pesquisa é importante buscar o instrumento mais adequado a seus objetivos. Para tanto, é necessário cercar-se de certos cuidados antes de seu início.

1.6.6 Procurar questionários já existentes

Os questionários utilizados nestas pesquisas com população confinada, como em qualquer outra, devem ser bem elaborados. Sua qualidade é medida pela confiabilidade e pela validade, denominadas propriedades psicométricas de um instrumento. A validade de um instrumento avalia sua capacidade em medir aquilo que se propõe a medir. A confiabilidade refere-se ao grau em que a aplicação repetida de um instrumento ao mesmo sujeito produz resultados iguais, ou seja, indica a reprodutibilidade de uma medida (KelseyJL*et al.*, 1996; Jacobson, SF, 1977).

Uma das maneiras de se obter um bom instrumento para a pesquisa é utilizar os instrumentos já existentes e adequá-los à realidade do projeto, sem que isso signifique o desenvolvimento de um novo instrumento.

Para tanto, devem ser seguidos os critérios abaixo:

1. Relacionar os principais instrumentos existentes (bom padrão), de modo a atender os objetivos da pesquisa;
2. Optar por um questionário-base (funcionará como padrão das decisões) e, caso as perguntas sejam similares, optar pelo padrão;

3. Agrupar as perguntas que exploram determinada questão;
4. Traduzir os questionários para o português, quando necessário, pois a maioria é versão do inglês;
5. Traduzir novamente para o inglês;
6. Comparar as duas versões para ver se alguma frase perdeu o sentido, se os conceitos básicos estão preservados e ajustá-la, se preciso;
7. Conferir a validação e confiabilidade das perguntas.

Essas fases normalmente são utilizadas para questionários que contem instrumentos de diagnósticos, triagem e nos multidimensionais, em que se usam escalas [Vera, P 1988, Armstrong], es utilizados em estudos com idosos ou em estudos psiquiátricos, em que definem dimensões da vida: saúde física e mental; atividades do dia a dia; aspectos sociais e econômicos [Fillenbaum, 1984; WHO, 1984].

No caso de questionários usualmente utilizados em pesquisas com população confinada, não se trabalha com aspectos multidimensionais.

1.6.7 Cuidados na elaboração do questionário

A elaboração de um questionário, quando se trata de uma matéria complexa, demanda uma equipe treinada e experiente, para melhor prever as condições de campo e a compreensão dos entrevistados.

Perguntas com formulações imprecisas limitam o valor do questionário e precisam ser evitadas sempre que possível, principalmente aquelas que possibilitam inúmeras interpretações. Um erro comum é a elaboração de perguntas genéricas, quando se está solicitando respostas especificas. Por exemplo: O que é satisfação? Várias são as interpretações que podem ser dadas à questão.

Procurar palavras simples, mas evitar as vagas como, por exemplo, *LIVRO* num contexto que possa ser entendido como revista, jornal entre outros.

Tentar evitar ambiguidade e perguntas direcionadas, que podem induzir ao viés. Também é importante evitar perguntas embaraçosas, sob risco de não serem respondidas ou, ainda, respondidas de forma incorreta, de forma a oferecer ao entrevistado uma estratégia para fugir do constrangimento.

1.6.8 Forma de aplicação

No planejamento em pesquisa é aspecto relevante, não só o questionário a ser utilizado, como também a forma como será aplicado.

A forma auto aplicada do questionário é a mais barata, mas precisa preencher alguns critérios para que se tenha um bom desempenho. O questionário precisa ser curto, com questões simples e objetivas. A população alvo, isto é, aquela onde o questionário vai ser aplicado, deve ser de um nível escolar que seja adequado com as questões demandadas. Mesmo tomando esses cuidados, usualmente esta forma de aplicação tem um baixo índice de retorno e preenchimento.

Aplicação por meio de entrevistas por correio é um tipo especial da forma auto aplicada, composta dos mesmos pontos positivos e negativos.

A entrevista pessoal é a melhor maneira de aplicar um questionário e tem algumas variantes, na sua aplicação. Pode ser tanto face a face como por telefone. A entrevista por telefone traz algumas vantagens: não necessita deslocamento do entrevistador, o que implica num menor custo e menos exposição da equipe. No entanto, fica limitada, pois só serão entrevistadas, pessoas que tenham acesso ao telefone (viés de seleção).

Quando se tratar de uma temática delicada e de uma população pouco instruída, a técnica face a face é a mais indicada (Catania JA , 1990; Armstrong BK, 1994).

A entrevista face a face é o processo mais dispendioso porque é necessário o pagamento das despesas da equipe de campo para execução das tarefas, o que inclui, além dos entrevistadores – treinados previamente – o supervisor.

Soma-se a estas despesas o custo do agendamento, do deslocamento e da manutenção da equipe no local das entrevistas.

Nesta forma de aplicação, usualmente se estabelece uma relação entrevistador-entrevistado e que, dependendo do elo de confiança estabelecido, possibilita maior consistência na compreensão das questões e conseqüentemente, um melhor resultado na obtenção das respostas.

1.6.9 Pré-teste e elaboração do questionário

O método de trabalho consiste de reuniões semanais, nas quais o questionário é submetido a constantes críticas, a partir de simulações realizadas entre os próprios pesquisadores e por vezes por voluntários externos.

Esse método, de múltiplas aplicações do questionário, leva a uma grande intimidade com o instrumento, o que permite que as críticas e observações sejam frutos de grande vivência. Desse modo, a metodologia adotada no treinamento da equipe inclui como objetivo o aprimoramento do questionário, propiciando a participação conjunta — de toda a equipe e da coordenação do projeto — na definição do instrumento.

Dentre o conjunto de procedimentos adotados para a adequação do questionário ao objeto da pesquisa, o escalonamento do tempo é um fator importante nos resultados obtidos para que se adquira um maior grau de confiabilidade do instrumento. O tempo pode ser administrado em consonância com as estratégias utilizadas nas críticas do pré-teste, que incluem: a participação da equipe nas diferentes etapas da elaboração do instrumento, o desenvolvimento de condutas padronizadas que reduzem a variação na aplicação do instrumento e, portanto, aumentam a confiabilidade do questionário.

1.6.10 Controle de qualidade dos dados

É importante, antes de começar o estudo principal, identificar e manter somente as variáveis necessárias para a execução do estudo. Além disso, a escolha *a priori* do *software* e *hardware* apropriados para trabalhar com os dados obtidos, é desejável.

Deve ser realizado o planejamento das análises, com tabulações simuladas, e também, deve ser feita a programação do computador para reconhecer omissão de dados e valores impossíveis, o que é chamado de validação de variáveis.

A qualidade dos dados depende da elaboração de instrumentos de alta qualidade antes de iniciar o estudo. O instrumento deve ter formatação clara, boa estética e facilidade de leitura. Deve apresentar questões coerentes com opções completas e mutuamente exclusivas.

No caso de questionários, é importante identificar omissões e erros enquanto o participante ainda está no local da entrevista. Deve-se verificar se há erros ou transposições do número de identificação, se Todos os campos foram preenchidos, se há omissão de dados. Se todos os dados estão legíveis, se há valores fora dos limites para valores permitidos e se os valores chaves são consistentes (*e.g.* idade e data de nascimento).

Examinar a exatidão, mesmo que dê uma amostra aleatorizada, verificar as frequências de variáveis para descobrir se há valores fora do limite permitido e fazer tabulações periódicas para identificar erros.

1.7 Considerações finais

É importante buscar eficiência no trabalho de campo, almejando ser econômico na obtenção destes dados. O tamanho do conjunto de dados, como também a possibilidade de seu manejo deve ser bem planejada para atender o objetivo proposto.

Buscar eficiência na utilização do tempo de seus entrevistadores e participantes, para evitar a fadiga desnecessária que também é uma fonte de viés.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Desenvolver um estudo piloto para uma pesquisa sobre fatores de risco comportamentais referentes à contaminação pelas infecções pelo HIV, hepatites B e C e sífilis numa população carcerária.

2.2 Específicos

- Analisar prós e contras no desenvolvimento do estudo piloto;
- Analisar os principais fatores de risco que devem ser privilegiados na pesquisa a ser desenvolvida.

3 MÉTODO

3.1 Estudo Piloto

Este é um desenho de estudo epidemiológico observacional do tipo transversal realizado numa Penitenciária de São Vicente, SP.

3.1.1 Características do local

A Penitenciária de São Vicente é classificado como sendo do tipo Sistema Fechado. Segundo informações do Sistema Prisional ela conta com aproximadamente internos 680 – prisioneiros - que se mantém durante todo o ano. Este grupo apresenta idade que varia em média de 18 a 35 anos de idade, e cumprem pena em sua maioria classificada nos artigos 12º e 157º. O tempo médio de condenação é de 06 anos. 80% dos reeducandos nasceram e viviam na Baixada Santista e Vale do Ribeira e 20% são provenientes de outros locais do Estado de São Paulo. Seu quadro funcional possui 88 agentes de segurança, 34 de escolta e vigilância penitenciária,07 oficiais administrativos e sua equipe médica é formada por dois médicos, um cirurgião dentista, 03 psicólogos e 02 assistentes sociais.

3.1.2 Amostragem

Foi utilizada uma amostra de conveniência.

3.1.3 Tamanho da amostra

Foram entrevistados 107 reeducandos que se propuseram a participar do estudo piloto, entre os dias 02 e 10 de julho de 2007.

3.1.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos no estudo todos os reeducandos que estavam no presídio no período de estudo, que concordaram em participar, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. Não foi estabelecido nenhum critério de exclusão.

3.1.5 Instrumento

O questionário escolhido para ser utilizado e testado nesta pesquisa é um modelo adaptado de um estudo de comportamento de risco para infecção pelo HIV com usuários de drogas em Santos [Carvalho HB et al,1996] [Anexo 1].

O questionário é dividido em onze seções:

- Bloco A - Características Sócio-Demográficas
- Bloco B - Situação Prisional
- Bloco C - Informações sobre uso de drogas
- Bloco D - Risco parenteral
- Bloco E - Crack
- Bloco F - Uso de droga injetável
- Bloco G - Práticas de risco
- Bloco H - Tuberculose
- Bloco I - Morbidade
- Bloco J - Problemas sociais e jurídicos
- Bloco K - Mudanças de comportamentos e testagem de HIV

Juntas, essas seções objetivam obter informações sobre as características principais, necessidades e problemas da população de estudo [Carvalho HB, et al, 1996]. ANEXO 1.

3.1.6 Preparação do instrumento (questionário)

Adequar o instrumento escolhido para os propósitos da pesquisa, levando em conta as características da população de estudo. Utilizar reuniões sistemáticas para discussões com profissionais de diferentes áreas de atuação e testes do instrumento modificado.

3.1.7 Escolha da forma de aplicação do questionário

Dada as características da população de estudo – população confinada, presumidamente com baixo grau de estudo e um questionário com perguntas por vezes embaraçosas, a forma escolhida para aplicar o questionário foi a técnica face a face [Catania JA, et al, 1990].

3.1.8 Treinamento de entrevistadores

O treinamento previu uma capacitação tanto de temas específicos quanto em relação às atividades de campo que foram desenvolvidas. As etapas do trabalho foram apresentadas à equipe pelo supervisor, que se encarregou de distribuir as tarefas e certificar-se de que não tenha ficado qualquer dúvida para sua execução. Além disso, foi previsto no treinamento a discussão com os entrevistadores sobre as simulações da aplicação do questionário e das possíveis situações reais.

Coube também ao supervisor de campo a tarefa de conferir sistematicamente as tarefas dos entrevistadores, enquanto o trabalho de campo estivesse em desenvolvimento.

3.1.9 Elaboração do banco de dados

Utilização de um banco de dados Microsoft Office Access versão 2003.

3.1.10 Digitação dos dados

Foi utilizada digitação dupla, com posterior verificação de inconsistências, para minimizar erros.

3.2 Etapas de execução do projeto em campo:

1. *Reuniões internas*: com a direção e as diversas equipes da unidade prisional;
2. *Convite aos participantes:* por meio das reuniões com os representantes dos reeducandos;

3. *Consentimento livre e esclarecido:* por meio do consentimento pós-informação por escrito de cada participante;
4. *Aplicação do questionário*: realizado pelos entrevistadores junto aos reeducandos com a técnica *face to face*.

3.3 Aspectos éticos

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelas Comissões de Ética das Instituições envolvidas e da Comissão de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - CAPPesp nº. 1231/06. Todas as etapas citadas foram esclarecidas por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE e, assim, garantindo o consentimento pós-informado, por escrito, de cada participante.

3.4 Análise estatística e coleta de dados

Os dados obtidos foram codificados, armazenados e analisados utilizando-se o programa Epi-Info 6.0 e Stata 8.0 for Windows.

Descreveremos apenas as análises que foram ser utilizadas no estudo piloto, onde trabalharemos apenas com a análise descritiva, pois os sujeitos da pesquisa não fazem parte de uma amostra desenhada para uma avaliação analítica, como também não teremos resultados de exames sorológicos.

Foram utilizadas variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, cor, tempo de estudo, profissão, história de prisão anterior); informações sobre o uso de drogas (lícitas e ilícitas), risco parenteral (usuário de droga injetável, compartilhamento de agulhas e seringas, tatuagem, transfusão de sangue), uso do crack, práticas sexuais de risco, morbidade e problemas sociais e jurídicos relacionados às situações de violência. Foi realizada uma análise descritiva, utilizando-se medidas de frequências, médias e desvios padrão.

4 RESULTADOS

4.1 Desenvolvimento do Estudo Piloto

4.1.1 O questionário

Como integrante dos passos iniciais para o desenvolvimento deste trabalho, foi feita a escolha de um instrumento adequado para a obtenção das informações necessárias para o estudo proposto.

Os trabalhos encontrados na literatura, não faziam referência sobre nenhum tipo especial de instrumento utilizado, referiam-se apenas ao fato de ter trabalhado basicamente com questionários elaborados para o desenvolvimento da pesquisa proposta.

O questionário escolhido para este estudo foi o utilizado em estudo de comportamento de risco para infecção pelo HIV com usuários de drogas em Santos [Heráclito BC,1996]. [ANEXO1]. Ele era estruturado em blocos de perguntas: as características sócio-demográficas, a situação prisional, as informações sobre o uso de drogas, as práticas de risco, a morbidade, os problemas sociais e jurídicos e a realização de teste sorológico para o HIV.

Este questionário, embora tenha sido eleito como o mais adequado, não poderia cumprir totalmente a sua função, uma vez que foi desenvolvido para uso em populações que faziam uso de drogas em qualquer ambiente. Para os objetivos da pesquisa, ele teria que ser adequado para ser aplicado em uma população carcerária.

4.1.2 Adaptação do questionário

O grupo de pesquisa realizou reuniões sistemáticas para elaboração de um questionário mais adequado aos propósitos da pesquisa. Primeiramente, discutimos quais seriam as melhores perguntas a serem incluídas ou excluídas do questionário a fim de obtermos o melhor aproveitamento no momento do contato com o reeducando, para que se pudesse atingir o objetivo do projeto sem estender demasiadamente o tempo de duração da entrevista, evitando redundância e dispersão.

A etapa seguinte teve como foco o ajuste das variáveis para dentro do presídio, levando-se em conta a importância de inserir estas questões após a introdução do assunto em questão no aspecto mais geral da vida do reeducando.

Testamos com frequência o questionário dentro do próprio grupo para observar sua coerência e tempo de aplicação. Posteriormente, realizamos a aplicação do piloto para obtermos a versão final. [**ANEXO 2]**

As observações foram realizadas por profissionais de diferentes áreas de formação com experiência na área.

4.1.3 Forma de aplicação do questionário

Foi escolhida a entrevista pessoal por ser esta a forma mais eficiente de realizar estudos com este segmento populacional.

4.1.4 Treinamento de entrevistadores

O treinamento da equipe de pesquisadores de campo começou com a apresentação do projeto pelo coordenador. Após a compreensão dos objetivos do trabalho, a equipe iniciou seu contato com o questionário.

A capacitação contou de treinamento teórico e prático nas áreas relacionadas aos temas pesquisados, como doenças sexualmente transmissíveis (DST), aids, hepatites B e C, drogas de abuso, técnicas de aconselhamento *pré e pós testagem* do HIV [MS,1999] e para as demais infecções, técnicas de entrevistas estruturadas, importância do consentimento livre e informado, postura ética, boa escuta e acolhimento. Receberam também orientações gerais sobre o ambiente prisional, medidas de segurança e as condutas adequadas ao ambiente prisional, como discrição e colocação de limites, quando houver distanciamento do foco da pesquisa. Também foram realizados os treinamentos com simulações da aplicação do questionário entre os entrevistadores e pesquisadores.

Esses treinamentos buscaram a familiarização com o instrumento e as adequações para a sua aplicação, como sequência entre um bloco e

outro, elaboração de alternativas necessárias em relação à complexidade de cada questão, tempo de duração da entrevista, ajustes dos eventuais saltos não sequenciais entre questões e blocos e, a busca de consistência das respostas em relação às perguntas.

A equipe capacitou-se para realizar o estudo-piloto, que visou não mais a testar o instrumento, mas sim, colher os primeiros resultados a fim de testar a metodologia.

A equipe de pesquisa em campo foi composta por nove entrevistadoras, sendo três com experiência no desenvolvimento de pesquisas em presídios.

As entrevistas foram individuais. Nelas foram garantidos tanto os aspectos de segurança das entrevistadoras, quanto o aspecto confidencial.

4.1.5 Supervisor de campo

As entrevistas eram recolhidas pelo supervisor de campo que conferia o preenchimento do questionário e ajustava com as entrevistadoras as falhas observadas, que poderiam ser da falta de preenchimento de campos até questões de postura das entrevistadoras diante dos entrevistados.

Os questionários foram verificados quanto à abrangência e coerência de suas informações pelo supervisor do projeto. Qualquer dúvida foi dirimida junto ao entrevistador e solucionada de comum acordo. Ficou também como responsabilidade do supervisor de campo, estar atento ao fluxo dos entrevistados no local das entrevistas, agilizando o encaminhamento dos reeducandos para as entrevistadoras, evitando a permanência desnecessária deles no local antes ou após as entrevistas.

Foi também direcionado para o supervisor de campo, os presidiários que apresentassem sinais ou sintomas de outras doenças para que pudessem ser encaminhados ao Departamento Médico Prisional e/ou para o Serviço de Assistência Especializada do município.

4.1.6 Elaboração do banco de dados

Elaboramos um banco de dados no Microsoft Office Access, versão 2003, com diversas tabelas relacionadas (cada bloco do questionário é uma tabela). Para cada questão foram criadas uma, ou diversas variáveis, dependendo se a pergunta admitia mais de uma resposta ou não. Variáveis do tipo numérica (contínua, intervalar, ordinal), categóricas e nominal. Elaboramos codificação para entrada dos dados (tanto das questões fechadas quanto das abertas) e em algumas questões abertas optamos por digitalizar a resposta na sua forma original.

4.1.7 Digitação dos dados

Os dados foram digitados por digitadores previamente treinados pelo supervisor, e foi solicitado a eles, críticas para ajustar tanto a digitação quanto o banco de dados. Posteriormente, esses dados foram digitados em duplicidade. A consistência do banco de dados foi avaliada e, corrigidas as inconsistências, quando necessário, utilizando para isso, o questionário original.

4.2 Etapas de execução do projeto do campo

Foram realizadas reuniões, primeiramente com a direção da unidade prisional e, posteriormente com as equipes de saúde e de segurança para a apresentação da proposta de pesquisa. Estas reuniões necessitaram autorização da Coordenadoria de Unidades Prisionais da Região do Vale do Paraíba e Litoral.

Uma vez consentida a realização da pesquisa, a próxima etapa foi definir o local mais adequado para as entrevistas, coletas de sangue, de escarro e urina. Foi dimensionado o número adequado de internos para serem encaminhados para cada local das entrevistas, no ritmo que melhor se adequasse à rotina da unidade, sendo também preservada a segurança da equipe de pesquisa com a permanência de agentes de segurança. Foram observados os procedimentos diários de segurança, além dos ajustes nos fluxos já estabelecidos de encaminhamentos dos casos positivos para o

serviço de assistência especializada – SAE e demais serviços de assistência necessários.

Embora fosse observado o planejamento para a coleta de material e entrega dos resultados dos exames, optamos por não desenvolvê-lo nesta etapa no estudo piloto, pois a logística se tornaria inviável, por ser complexa e dispendiosa, motivo de levá-la a termo somente no projeto final.

Resumidamente o estudo piloto foi realizado em sete etapas, a saber:

1. Escolha, adaptação e forma de aplicação do questionário;
2. Treinamento e pré- teste do instrumento;
3. Preparação e supervisão do campo;
4. *Reuniões internas*: foram realizadas com a direção e as diversas equipes da unidade prisional;
5. *Convite aos participantes*: foi realizada a partir das reuniões com os representantes dos reeducandos para os esclarecimentos e divulgação da pesquisa junto aos demais reeducandos da unidade;
6. *Aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:* a formalização do convite à participação do estudo foi realizada previamente por meio do consentimento pós-esclarecido por escrito de cada participante, garantindo a livre participação do sujeito na pesquisa;
7. *Aplicação do questionário:* o questionário foi aplicado pelos entrevistadores nos reeducandos com a técnica *face-to-face*.

4.3 Resultados do Estudo Piloto

A unidade prisional possuía 649 reeducandos, no momento em que se iniciaram os trabalhos de campo. Participaram do estudo piloto, 107 reeducandos, que representam 16,5% do grupo. Não houve recusas e todos assinaram o termo de consentimento pós-esclarecido. A distribuição desses indivíduos nas celas do presídio foi supostamente homogênea, visto que, o

trabalho junto aos reeducandos no sentido de convidá-los a participar do estudo, por meio das suas lideranças, resultou numa boa adesão.

4.3.1 Características sócio-demográficas

A idade dos reeducandos variou de 20,0 a 62,8 anos, sendo que a média, foi de 31,1 anos. Quanto ao fato de terem parceiras fora do presídio, 45,8% (49) eram casados, 6,6% (7) separados e 47,6% (51) eram solteiros. Referiram ter filhos 69,2% (74) dos reeducandos, possuindo em média 2,4 filhos maiores de 18 anos e 1,9% menores de 18 anos. Em relação à raça e etnia, 63,5% (68) declararam ser de cor preta ou parda e, 35,5% (38) branca. O local de nascimento para 78,5% (84) foi o Estado de São Paulo. Em relação ao tempo de estudo formal, 1,9% (2) eram analfabetos e 64,5% (68) estudaram por até oito anos. Tinham e exerciam uma profissão antes de serem presos, 50,5% (54) dos entrevistados.

No momento da prisão, estavam desempregados 51,4% (55), sendo que 17,7% (9) referiram que este fato não estava relacionado com uso ou comércio de drogas, enquanto que, 48,6% (52) estavam empregados no momento da prisão.

A principal fonte de renda antes da prisão era o trabalho temporário ou autônomo para 36,5 % (39), seguido do trabalho de “bico” para 28,0% (30) dos reeducandos. Estes dados apresentam-se detalhados nas tabelas 1 e 2.

TABELA 1: Características sócio-demográficas dos reeducandos da Penitenciária de São Vicente I – SP, 2007.

Variável	Nº.	(%)
Idade (n=107)		
Até 30 anos	68	63,6%
Mais de 30 anos	39	36,4%
Estado civil (n=100)		
Não vive sozinho	51	47,6
Vive sozinho	49	45,8
Filhos (n=107)		
Sim	74	69,2
Não	33	30,8
Cor (auto declarada) (n=107)		
Preta/Parda	68	63,5
Branca	38	35,5
Amarela	1	2,0
Local de nascimento (n=107)		
Estado de São Paulo	84	78,5
Outros	23	21,5
Tempo de estudo (n=107)		
Analfabeto	2	1,9
Até 8 anos de estudo	69	64,5
Mais de 8 anos de estudo	36	36,6
Tem profissão (n=107)		
Sim e exercia antes de ser preso	54	50,5%
Sim mas não exercia antes de ser preso	7	6,5%
Não	46	43,0%
Empregado quando preso (n=107)		
Sim	52	48,6
Não	55	51,4
Razão para desemprego (n=51)		
Tem relação com a droga (uso ou comércio)	9	17,7
Não tem relação com a droga	42	82,3
Fonte de renda antes da prisão (n=107)		
Empregado com salário regular	26	24,3
Trabalho temporário/ autônomo	39	36,5
Encontra-se sob benefício	1	0,9
Conta c/ a renda do cônjuge/parente	1	0,9
"Bico"	30	28,0
Prostituição	0	0,0
Fontes ilegais	6	5,6
Outros (ajudas esporádicas)	4	3,7

TABELA 2: Média, desvio padrão e intervalo das idades e numero de filhos dos reeducandos (n= 107) da Penitenciária de São Vicente I – SP, 2007.

Variável	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade	31,1	10,0	20,0	62,8
Filhos <18 anos	1,9	1,1	1,0	6,0
Filhos >18 anos	2,4	1,8	1,0	8,0

4.3.2 Situação prisional

Para 51,1% (59) dos reeducandos, a condição prisional era primária e, 44,9% (48) era reincidente. A pena média cumprida naquele momento era de 139,1 meses. Em média, os reeducandos incluídos no estudo foram presos pela primeira vez há 6,9 anos e, pela última vez, há 3,6 anos. Estavam neste presídio em média há 18,7 meses e já passaram, em média, 68,0 meses presos na vida. Foram presos, isto é, passaram pelo menos uma noite na prisão, em média 2,5 vezes na vida (TABELAS 3 e 4).

TABELA 3: Características relacionadas à situação prisional dos reeducandos da Penitenciária - São Vicente I - SP, 2007.

Variável	Nº.	(%)
Situação (n=107)		
Primário	59	51,1
Reincidente	48	44,9
Pena atual (em meses) (n=107)		
Até 100 meses	45	42,1%
Acima de 100 meses	62	57,9%
Tempo última prisão (anos) (n=104)		
Até 3 anos	44	42,3%
Mais de 3 anos	60	57,7%
Tempo ingresso presídio (meses) (n=106)		
Até 9 meses	39	36,8%
Mais de 9 meses	67	63,2%
Tempo primeira prisão (anos) (n=104)		
Até 6 anos	54	51,9%
Mais de 6 anos	50	48,1%
Até 50 meses	51	47,7%
Mais de 50 meses	56	52,3%
Número de vezes que foi preso (n=96)		
Até 2 vezes	72	67,9%
Mais de 2 vezes	34	32,1%

TABELA 4: Média, desvio padrão e intervalo de algumas características relacionadas a situação prisional dos reeducandos (n=107) da Penitenciária - São Vicente I - SP, 2007.

Variável	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Pena atual (em meses)	139,1	95,2	0	516
Última prisão (anos)	3,6	3,0	0	23,0
Ingresso no presídio (meses)	18,7	20,1	0	108,6
Primeira prisão (anos)	6,9	5,3	1,3	26,0
Preso na vida (meses)	68,0	51,9	0	240,0
Número de vezes que foi preso	2,5	2,8	1	20

4.3.3 Informações sobre uso de drogas lícitas

Em relação ao tabaco, 52,2% (53) referiram fumar no momento da pesquisa. A idade que fumou pela primeira vez foi de 14,7 anos para 53,8% (43) dos reeducandos. Em relação ao uso de bebida alcoólica, 74,8% (80) afirmaram que já beberam (TABELA 5).

TABELA 5: Características relacionadas ao uso de drogas lícitas dos reeducandos da Penitenciária I - São Vicente - SP, 2007.

Variável	Nº.	(%)
Em relação ao tabaco (n=107)		
Sim, fuma atualmente	55	51,4
Sim, já fumou	26	24,3
Nunca fumou	26	24,3
Idade quando fumou pela 1ª. Vez (n= 80)		
Até 14 anos	43	53,8
Mais de 14 anos	37	46,3
Em relação ao uso de bebida alcoólica (n=107)		
Sim, bebe atualmente	7	6,5
Sim, já bebeu	80	74,8
Nunca bebeu	20	18,7
Idade que fez uso pela 1ª vez (n=86)		
Até 14 anos	28	32,6
Mais de 14 anos	58	67,4

4.3.4 Informações sobre o uso de drogas ilícitas

Em relação ao uso de drogas ilícitas, 58,5% (62) informaram que já fizeram uso e 15,1% (16) que faziam uso no momento. A maconha aparece como a primeira droga consumida para 63,3% (50) dos entrevistados e para 82,9% (63) como a droga que utilizou por mais tempo na vida. 59,0% (46) informam ter, no primeiro uso de drogas, mais de 14 anos de idade (TABELA 6).

TABELA 6: Características relacionadas ao uso de drogas ilícitas dos reeducandos da Penitenciária I - São Vicente - SP, 2007.

Variável	Nº.	(%)
Em relação ao uso de drogas * (n= 106)		
Sim, usa atualmente	16	15,1
Sim, já usou	62	58,5
Nunca usou	28	26,4
Primeira droga utilizada (n= 79)		
Maconha	50	63,3
Cocaína/Crack	21	26,6
Cola	3	3,8
Outros	5	6,3
Idade quando usou droga pela primeira vez (n78)		
Até 14 anos	32	41,0%
Mais de 14 anos	46	59,0%
Droga utilizada por mais tempo na vida (n=76)		
Maconha	63	82,9
Cocaína/crack	12	15,8
Mesclado	1	1,3

4.3.5 Informações sobre o uso de drogas lícitas e ilícitas dentro e fora da prisão

O uso do álcool fora da prisão foi relatado por 66,7% (70) e de tabaco 62,9% (61). Já a manutenção do uso na prisão de álcool foi de 12,4% (13) e de tabaco foi de 52,5% (53). Em relação ao uso de drogas fora da prisão, o consumo de maconha foi relatado por 64,7% (66) dos reeducandos, o uso da cocaína por 40,0% (42) e relataram o uso de crack, 14,4% (15). O uso destas drogas no ambiente prisional foi relatada por 33,3% (34) para o uso da maconha, 8,6% (9) para o uso da cocaína e dos 14,4% (15) que referiram fazer uso de crack fora da prisão, nenhum referiu manter o uso na prisão. Na

unidade prisional, 62,6% (67) informaram que permaneceram em ambiente fechado com alguém usando maconha e crack (Tabela 7).

TABELA 7: Características relacionadas ao uso de drogas lícitas e ilícitas dentro e fora da prisão dos reeducandos da Penitenciária I - São Vicente - SP, 2007.

Variável	Nº.	(%)
Uso fora da prisão - Álcool (n=105)		
Sim	70	66,7
Não	35	33,3
Uso fora da prisão - Tabaco (n=97)		
Sim	61	62,9
Não	36	37,1
Uso fora da prisão - Maconha (n=102)		
Sim	66	64,7
Não	36	35,3
Uso fora da prisão - Cocaína (n=105)		
Sim	42	40,0
Não	63	60,0
Uso fora da prisão - Crack (n=104)		
Sim	15	14,4
Não	89	85,6
Presente em ambiente fechado (n=107)		
Fumando maconha	37	34,6
Fumando crack	1	0,9
Fumando maconha e crack	67	62,6
Não quer responder	2	1,9
Droga utilizada na prisão - Álcool (n=105)		
Não Usa	92	87,6
Usa	13	12,4
Droga utilizada na prisão - Tabaco (n=101)		
Sim	53	52,5
Não	48	47,5
Droga utilizada na prisão - Maconha (n=102)		
Não Usa	68	66,7
Usa	34	33 ,3

continua

TABELA 7: Características relacionadas ao uso de drogas lícitas e ilícitas dentro e fora da prisão dos reeducandos da Penitenciária I - São Vicente - SP, 2007. Conclusão

Variável	Nº.	(%)
Droga utilizada na prisão - Cocaína (n=104)		
Não Usa	95	91,4
Usa	9	8,6
Droga utilizada na prisão - Crack (n=104)		
Não Usa	104	100
Usa	0	0

Quanto às médias das idades para o primeiro uso de drogas lícitas e ilícitas, para do tabaco, o inicio foi de 14,7 anos, seguida do álcool com a média de 16,6 anos e, para os que consomem ou já consumiram drogas a média para o primeiro uso de 15,8 anos (TABELA 8).

TABELA 8: Média, desvio padrão e intervalo da idade de uso inicial de drogas referido pelos reeducandos (n=107) da Penitenciária - São Vicente I - SP, 2007.

Variável	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade que fumou pela 1ª vez	14,7	3,7	8,0	27,0
Idade que fez uso de bebida alcoólica pela 1ª.	16,6	5,5	8,0	26,0
Idade que usou droga pela 1ª vez	15,8	3,2	8,0	26,0

4.3.6 Informações sobre os riscos parenterais

Em relação aos riscos parenterais 4,7% (5) dos reeducandos referiram já ter usado drogas injetáveis na vida, sendo a cocaína a droga injetada para 60,0% (3) deles. Porém, nenhum destes referiu ter feito uso de drogas injetáveis nos últimos 06 meses. Ter sido submetido à transfusão de sangue na vida foi referido por 12,1% (13) dos entrevistados, assim como tatuagem para 43,4% (46) e, destes, 50,0% (23) foram realizadas por profissionais. A colocação de piercing foi referida por 20,6% (22) dos entrevistados. Em relação ao período na prisão, 55,1% (59) referiram ter

feito tatuagem e nenhum reeducando referiu ter colocado piercing (Tabela 9).

TABELA 9: Características relacionadas aos riscos parenterais de infecção dos reeducandos da Penitenciária I - São Vicente - SP, 2007.

Variável	Nº.	(%)
Uso de drogas injetáveis na vida (n=107)		
Sim	5	4,7
Não	102	95,3
Droga injetada (n=5)		
Cocaína	3	60,0
Dolantina	1	20,0
Não lembra	1	20,0
Uso de drogas injetáveis nos últimos 06 meses		
Sim	0	0,0
Não	5	100,0
Realização de transfusão de sangue na vida (n=107)		
Sim	13	12,1
Não	89	83,2
Não sabe	5	4,7
Realização de tatuagem na vida (n=106)		
Sim	46	43,4
Não	60	56,6
Realizada por (n=46)		
Profissional	23	50,0
Amador	16	34,8
Ambos	7	15,2
Realização de tatuagem na prisão (n=107)		
Sim	59	55,1
Não	48	44,9
Realização de *piercing* na vida (n=107)		
Sim	22	20,6
Não	85	79,4
Realizado por (n=22)		
Profissional	7	31,8
Amador	15	68,2
Ambos	7	15,2
Realização de *piercing* na prisão (n=107)		
Não	107	100,0

A média de idade de inicio do uso da droga injetável foi de 17,8 anos. Em relação ao seu uso, medido em dias e horas, observou-se uma média de 15,0 dias e 21,3 horas (Tabela 10).

TABELA 10: Média, desvio padrão e intervalo da idade de uso referido de drogas injetáveis dos reeducandos da Penitenciária - São Vicente I - SP, 2007.

Variável	**Média**	**Desvio Padrão**	**Mínimo**	**Máximo**
Idade início do uso (n=5)	17,8	5,9	13	28
Tempo de uso em horas (n=3)	21,3	23,4	4	48
Tempo de uso em dias (n=5)	15,0	26,0	1	60

4.3.7 Informações sobre os riscos sexuais

Em relação às práticas sexuais, 99,1% (106) referiram já ter tido na vida. Para 28,6% (30) o uso do preservativo era consistente, 37,1% (39) era inconsistente e para 34,3% (36), o preservativo nunca era usado. 0,9% (1) referiu nunca ter tido relações sexuais na vida. No ambiente prisional, 46,2% (49) referiram não ter práticas sexuais e 53,8% (57) referiram ter relações sexuais e heterossexual. Quanto ao recebimento de visita íntima, 89,5% (51) referiram receber e 10,5% (6), não recebem visita íntima. A relação bissexual foi citada por 0,9% (1) dos reeducandos.

A frequência do uso de preservativos na prisão em todas as relações sexuais foi referida por 26,3% (15) dos entrevistados contra 61,4% (35) para nenhuma das vezes. Porém 81,8% (18) referiram ter usado na ultima relação sexual. (Tabela 11).

TABELA 11: Características relacionadas aos riscos de infecção por via sexual dos reeducandos da Penitenciária I - São Vicente - SP, 2007.

Variável	Nº.	(%)
Já teve relações sexuais na vida (n=107)		
Sim	106	99,1
Não	1	0,9
Frequência no uso de camisinha na vida (n= 105)		
Sempre	30	28,6
Quase sempre/Às vezes/ Quase nunca	39	37,1
Nunca	36	34,3
Relações sexuais antes de ser preso (n=105)		
Só com mulheres	104	99,1
Só com homens	0	0
Relações com ambos	1	0,9
Relações sexuais na prisão (n=106)		
Relações só com mulheres	57	53,8
Relações só com homens	0	0
Relações com ambos	0	0
Não tem relação	49	46,2
Visita íntima (57)		
Sim	51	89,5
Não	6	10,5
Frequência de uso de camisinha na prisão (n=57)		
Sempre	15	26,3
Quase sempre/Às vezes/ Quase nunca	7	12,3
Nunca	35	61,4
Uso de camisinha na última relação (n=22)		
Sim	18	81,8
Não	4	18,2

Para os reeducandos que relataram terem relações sexuais dentro do presídio foi observada a média de um parceiro sexual nesse período (Tabela 12).

TABELA 12: Média, desvio padrão e intervalo do número de parceiros sexuais atuais dos reeducandos (n=57) da Penitenciária - São Vicente I - SP, 2007.

Variável	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Número de parceiros atuais	1,0	0,3	1	3

4.3.8 Informações sobre morbidade referida em relação às doenças sexualmente transmissíveis e de saúde em geral.

Quando questionados pela ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis – DST, 20,6% (22) dos reeducandos relataram já terem sido acometidos alguma vez na vida. As doenças foram assim especificadas: gonorréia, a mais citada por 8,4% (9), hepatite por 6,6% (7), condiloma acuminado por 2,8% (3), herpes por 1,9% (2) e finalmente sífilis por 0,9% (1).

Em relação aos problemas de saúde no ultimo mês, os sinais e sintomas gerais como fraqueza, perda de apetite, mal estar, cansaço, fraqueza nas pernas e febre, foram citados por 66,4% (71) dos reeducandos. Sinais e sintomas psiquiátricos (como insônia, inquietação, ansiedade, agressividade, perda de memória, depressão, entre outros) foram relatados por 92,5% (99) dos reeducandos, seguidos dos sinais e sintomas pulmonares (como gripes, falta de ar, tosse, expectoração, pneumonia, tuberculose) por 63,6% (68) e, dos neurológicos (como sonolência, tremores, tiques, agitação, psico-motora, paralisia, convulsão, movimentos involuntários) por 54,2% (58) dos entrevistados. 34,0% (36) dos reeducandos referiram possuir sinais e sintomas sexuais como dificuldade de ereção e demora ou rapidez para gozar (Tabelas 13 e 14).

TABELA 13: Doenças sexualmente transmissíveis – DST ocorridas alguma vez na vida referidas pelos reeducandos da Penitenciária I - São Vicente - SP, 2007.

Variável	Nº.	(%)
DST (n=107)		
Sim	22	20,6
Não	85	79,4
Sífilis (n=107)		
Sim	1	0,9
Não	106	99,1
Gonorréia (n=107)		
Sim	9	8,4
Não	98	91,6

continua

TABELA 13: Doenças sexualmente transmissíveis – DST ocorridas alguma vez na vida referidas pelos reeducandos da Penitenciária I - São Vicente - SP, 2007. Conclusão

Variável	Nº.	(%)
Condiloma acuminado (n=106)		
Sim	3	2,8
Não	103	97,2
Hepatites (n=106)		
Sim	7	6,6
Não	99	93,4
Herpes (n=107)		
Sim	2	1,9
Não	105	98,1

TABELA 14: Sinais e sintomas referidos no último mês pelos reeducandos (n=107) da Penitenciária I - São Vicente - SP, 2007.

Variável	Nº.	(%)
Gerais		
Sim	71	66,4
Não	36	33,6
Pulmonares		
Sim	68	63,6
Não	39	36,4
Cardiológicos		
Sim	31	29,0
Não	76	31,0
Sexuais		
Sim	36	34,0
Não	70	66,0
Psiquiátricos		
Sim	99	92,5
Não	8	7,5
Neurológicos		
Sim	58	54,2
Não	49	45,8

4.3.9 Informações sobre as situações de violência

Os reeducandos referiram que as situações de violência compreendidas como ameaças de morte ocorreram com 33,6% (36) deles, sendo que destas, 13,9% (5) estavam relacionadas com drogas. Para 65,1% (69), ocorreram envolvimento em brigas com agressão física por 65,1% (69) sendo que em 17,1% (12) existia o envolvimento com drogas.

As principais drogas envolvidas nas situações de violência são a maconha 38,2% (13) e o álcool 35,3% (12), sendo que destes, 12,9 % (9) diziam respeito a compra e ou venda de drogas.

Não houve nenhuma relação com as drogas, tanto as agressões sexuais cometidas pelos 1,9% (2) dos reeducandos, quanto às sofridas pelos 2,8 % (6) dos reeducandos (Tabela 15).

TABELA 15: Características relacionadas às situações de violência na vida dos reeducandos da Penitenciária I - São Vicente - SP, 2007.

Variável	Nº.	(%)
Sofreu qualquer tipo de ameaça (n=107)		
Sim	19	17,8
Não	88	82,2
Ameaça relacionada à droga (n=17)		
Quase sempre/Às vezes	5	29,4
Nunca	12	70,6
Sofreu ameaça de morte (n=107)		
Sim	36	33,6
Não	71	66,4
Ameaça de morte relacionada à droga (n=36)		
Sempre	5	13,9
Quase sempre/Às vezes/Quase nunca	7	19,4
Nunca	24	66,7
Agressão verbal (n=107)		
Sim	84	78,5
Não	23	21,5
Agressão verbal relacionada com drogas (n=83)		
Sim	16	19,3
Não	67	80,7
Agressão física (n=106)		
Sim	69	65,1
Não	37	34,9
Agressão física relacionada com drogas (n=70)		
Sim	12	17,1
Não	58	82,9
Necessidade de cuidados médicos (n=69)		
Sim	15	21,7
Não	54	78,3

continua

TABELA 15: Características relacionadas às situações de violência na vida dos reeducandos da Penitenciária I - São Vicente - SP, 2007. Conclusão

Variável	Nº.	(%)
Necessidade internação (n=14)		
Sim	9	64,3
Não	5	35,7
Sofreu algum acidente de trânsito (n=94)		
Sim	41	43,6
Não	53	56,4
Acidente de trânsito relacionado com drogas (n=41)		
Sim	8	19,5
Não	33	80,5
Cometeu alguma agressão sexual (n=107)		
Sim	2	1,9
Não	105	98,1
Agressão cometida relacionada com drogas (n=2)		
Nunca	2	100,0
Sofreu alguma agressão sexual (n=107)		
Sim	3	2,8
Não	104	97,2
Agressão sofrida relacionada com drogas (n=3)		
Nunca	3	100,0

Dos reeducandos que referiram ter sofrido agressão sexual, 2,8% (3), a média de idade na ocasião da agressão foi de 16,0 anos (Tabela 16).

TABELA 16: Média, desvio padrão e intervalo da idade da primeira agressão sexual sofrida na vida dos reeducandos (n=3) da Penitenciária I - São Vicente - SP, 2007.

Variável	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade da primeira agressão sexual sofrida	16,0	10,6	8	28

4.3.10 Informações sobre as drogas envolvidas com as situações de violência

Para as situações de violência, onde foi referido algum relacionamento com as drogas, a maconha aparece como a droga mais citada por 38,2% (13) dos reeducandos, seguida do álcool por 35,3% (12), da cocaína por 20,6% (7), do crack por 14,7% (5) e do tabaco por 8,8% (3), além dos alucinógenos por 2,9% (1) dos entrevistados. As situações de violência onde houve o envolvimento com as drogas, 87,1% (61) referiram não ter relação com a venda ou compra de drogas (Tabela 17).

TABELA 17: Principais drogas referidas envolvidas com as situações de violência na vida dos reeducandos da Penitenciária I - São Vicente - SP, 2007.

Variável	Nº.	(%)
Álcool (n=34)		
Sim	12	35,3
Não	22	64,7
Tabaco (n=34)		
Sim	3	8,8
Não	31	91,2
Maconha (n=34)		
Sim	13	38,2
Não	21	61,8
Cocaína (n=34)		
Sim	7	20,6
Não	27	79,4
Crack (n=34)		
Sim	5	14,7
Não	29	85,3
Alucinógenos (n=34)		
Sim	1	2,9
Não	33	97,1
Relação com a compra e venda de drogas (n=70)		
Sim	9	12,9
Não	61	87,1

Quanto à relação das drogas com os óbitos de amigos, 72,0% (77) referiram a relação com o uso de drogas e 61,3% (65) com o comércio de drogas e para 42,2% (43) dos entrevistados, estes amigos eram usuários de crack (Tabela 18).

TABELA 18: Número de amigos mortos e relação com drogas, referidos pelos reeducandos da Penitenciária I - São Vicente - SP, 2007.

Variável	Nº.	(%)
Mortos pelo uso de drogas (n=107)		
Sim	77	72,0
Não	30	28,0
Mortos pelo comércio de drogas (n=106)		
Sim	65	61,3
Não	41	38,7
Usuários de crack (102)		
Sim	43	42,2
Não	59	57,8

A média do número de amigos mortos pelo uso de drogas foi de 6,0 amigos. A média do número de amigos mortos que estavam relacionadas ao comércio de drogas foi de 7,6 mortes. Já, em relação aos óbitos de amigos usuários de crack, a média foi de 4,6 mortes (Tabela 19).

TABELA 19: Média, desvio padrão e intervalo do número de mortes relacionadas com drogas referidos pelos reeducandos (n=107) da Penitenciária I - São Vicente - SP, 2007 (Média e Desvio padrão).

Variável	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Mortes relacionadas ao uso de drogas	6,0	8,2	1	50
Mortes relacionadas ao comércio de drogas	7,6	14,2	1	100
Amigos usuários de crack	4,6	5,8	1	30

4.3.11 Informações sobre o consumo de Crack

Confirmam o uso de crack na vida 22,4% (24) dos entrevistados. Para 25,0% (6) destes, o principal motivo para o início do uso foi a influência dos amigos, sendo que no item “outro”, o principal motivo foi a curiosidade provocada pelos amigos. A casa dos amigos ou a sua própria casa foi o principal local de uso para 33,3% (8) dos entrevistados. A aquisição da droga, comprada por meio de um traficante, foi referida por 60,0% (15) dos reeducandos e para 24,0 % (6) dos entrevistados, a droga foi ganha por meio de amigos ou parceiros (Tabela 20).

TABELA 20: Características relacionadas ao uso de crack na vida dos reeducandos da Penitenciária I - São Vicente - SP, 2007.

Variável	Nº.	(%)
Uso de crack na vida (n=107)		
Sim	24	22,4%
Não	83	77,6%
Motivo que levou a consumir pela 1ª vez (n=24)		
O crack é mais fácil de conseguir	1	4,1
Seus parceiros passaram a consumir	6	25,0
Nenhum motivo especial	4	16,7
Curiosidade	13	54,2
Local habitual de consumo (n=24)		
Na rua, praça, becos	6	25,0
Na sua casa, em casa de amigo/namorado (a)	8	33,3
Não tenho local habitual	3	12,5
Outros locais	7	29,2
Como obtinha o crack (n=25)		
Compra de traficante	15	60,0
Ganha de traficante	2	8,0
Compra do parceiro/amigo	1	4,0
Ganha do parceiro/amigo	6	24,0
Troca por outras “mercadorias”	1	4,0
Troca por sexo	0	0,0

A média de idade do primeiro uso de crack foi de 17,2 anos. As médias relacionadas ao maior período de tempo de uso medido em horas e dias foram de 15,1 e 2,4 respectivamente. (Tabela 21).

TABELA 21: Média, desvio padrão e intervalo de características relacionadas ao uso de crack na vida dos reeducandos da Penitenciária I - São Vicente - SP, 2007.

Variável	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade de primeiro uso (24)	17.2	4,5	10	27
Maior período de uso (horas) (8)	15,1	24,2	1	72
Maior período de uso (dias) (8)	2,4	1,1	1	4

A frequência das relações sexuais no uso do crack para 4,2% (1) aumentou, para a mesma porcentagem diminuiu e referiram não ter tido alteração, 83,3% (20) dos reeducandos. Em relação ao uso de preservativos no consumo de crack, para 54,5% (12) não sofreu alteração, 9,1% (2) o uso de camisinha tornou-se mais frequente e, para 31,2% (7) dos reeducandos o uso de preservativos diminuiu. (Tabela 22).

TABELA 22: Características relacionadas às praticas sexuais com o uso de crack dos reeducandos da Penitenciária I - São Vicente - SP, 2007.

Variável	Nº.	(%)
Frequência de relações sexuais (n=24)		
Aumentou	1	4,2
Diminuiu	1	4,2
Não mudou	20	83,3
Não fazia sexo	2	8,3
Uso de camisinha (n=31)		
Mais frequentemente	2	9,1
Menos frequentemente	7	31,2
Não alterou a freqüência	12	54,5
Não fazia sexo	1	4,5

Em relação ao tempo de intoxicação no uso do crack, o tempo de até 6 horas foi referido por 60,9 % (14) dos reeducandos. O tempo entre 6 a 12 horas foi referido por 17,4% (4). O intervalo de tempo de intoxicação entre 12 e 24 horas foi referido por 43% dos reeducandos e mais de 24 horas de intoxicação por 13,1% (3) dos reeducandos. Em relação à perda do controle ou uso exagerado, 62,5% (15) referiram nunca ter estado nesta condição. Já para 25,0% (6) dos reeducandos o tempo entre o 1º uso e a fissura durou alguns meses e para 8,3% (2) durou alguns anos. A interrupção do uso do crack para 87,0% (20) dos reeducandos foi realizada sem tratamento e por meio da ajuda de grupos religiosos para 20,8% (5), da família para 16,6% (4) e 50,0% (12) relataram a interrupção do uso por iniciativa própria (Tabela 23).

TABELA 23: Características relacionadas à intoxicação e interrupção do uso do crack na vida dos reeducandos da Penitenciária I - São Vicente - SP, 2007.

Variável	Nº.	(%)
Tempo intoxicado (n = 23)		
Até 6 horas	14	60,9
De 6 a 12 horas	4	17,4
De 12 a 24 horas	1	4,3
Mais de 24 horas	3	13,1
Outro (Nunca)	1	4,3
Tempo entre 1º uso e fissura (n = 24)		
Nunca perdeu o controle/usou exageradamente	15	62,5
Meses	6	25,0
Anos	2	8,3
Outro	1	4,2
Interrupção do uso do crack (n=23)		
Sim, com tratamento	2	8,7
Sim, sem tratamento	20	87,0
Não	1	4,3
Tipos de ajuda para interromper o uso (n=24)		
Tratamento médico/psicológico	1	4,2
Grupos de auto- ajuda	2	8,4
Grupos religiosos	5	20,8
Família	4	16,6
Amigos	0	0
Por iniciativa própria	12	50,0

O uso do álcool e do tabaco associado ao uso do crack, respectivamente, não sofreu alteração para 41,7% (10) e 33,3% (8); aumentou para 16,7% (4) e 33,3% (8); diminuiu para 8,3% (2) e 4,2% (1) e, pararam de consumir 8,3% (2) e 4,2% (1) dos reeducandos. Em relação ao uso da maconha e da cocaína associado ao uso do crack, respectivamente, não teve alteração para 54,2% (2) e 33,3% (8); nenhum referiu aumento do uso da maconha porém, aumentaram o uso da cocaína 8,3% (2), respectivamente diminuíram o consumo 25,0% (6) e 8,3% (1) e, pararam 8,3% (2) e 20,8% (5) dos reeducandos (Tabela 24).

TABELA 24: Características relacionadas às alterações no uso de outras drogas associadas ao uso do crack entre os reeducandos da Penitenciária I - São Vicente - SP, 2007.

Variável	Nº.	(%)
Álcool (n = 24)		
Não usa	6	25,0
Não mudou	10	41,7
Aumentou	4	16,7
Diminuiu	2	8,3
Parou	2	8,3
Tabaco (n = 24)		
Não usa	6	25,0
Não mudou	8	33,3
Aumentou	8	33,3
Diminuiu	1	4,2
Parou	1	4,2
Maconha (n= 11)		
Não usa	1	12,5
Não mudou	2	54,2
Aumentou	0	0,0
Diminuiu	6	25,0
Parou	2	8,3
Cocaína (n = 24)		
Não usa	7	29,2
Não mudou	8	33,3
Aumentou	2	8,3
Diminuiu	2	8,3
Parou	5	20,8

Em relação ao período de permanência na prisão, 87,5% (21) referiram não ter usado crack, 8,3% (2) usaram até três vezes na semana com a frequência de uma vez ao dia e, 4,2% (1) usaram nos finais de semana com a frequência de mais de seis vezes ao dia. Nenhum referiu o uso diário do crack. Não associam crack com outras drogas, 79,2% (19) dos reeducandos porém, 20,8% (5) referiram associar outras drogas ao uso do crack sendo, 80,0% com o uso do álcool (100% pela via oral) e 40,0% (2) com o tabaco sendo, 20,0% (1) antes e 20,0% (1) depois. O uso do crack associado com a maconha foi referido por 60,0% (3) sendo, 40,0% (2) durante o uso do crack e 20,0% (1) depois. O uso associado com a cocaína foi referido por 20,0% (1) dos reeducandos, sendo após o consumo do crack e de forma inalada para 100,0% deles (Tabela 25).

TABELA 25: Características relacionadas ao consumo referido de crack na prisão e ao consumo associado às outras drogas pelos reedecandos da Penitenciária I - São Vicente - SP, 2007.

Variável	Nº.	(%)
Uso mensal na prisão (n = 24)		
Não usou a droga	21	87,5
Usou até 3x por mês	2	8,3
Usou de 1 a 2x semana	0	0
Usou nos fins de semana	1	4,2
Usou de 3 a 6 x /semana	0	0
Usou diariamente	0	0
Uso diário na prisão (n= 25)		
Não usou a droga	21	87,5
1 vez/dia	2	8,3
2 – 5 vezes/dia	0	0,0
Mais 6 vezes/dia	1	4,2
Consumo com outras drogas (n=24)		
Sim	5	20,8
Não	19	79,2
Consumo com álcool (n=5)		
Não usa	1	20,0
Antes	1	20,0
Durante	2	40,0
Depois	1	20,0

continua

TABELA 25: Características relacionadas ao consumo referido de crack na prisão e ao consumo associado às outras drogas pelos reedecandos da Penitenciária I - São Vicente - SP, 2007. Conclusão

Variável	Nº.	(%)
Via de uso do álcool (n=4)		
Oral	4	100,0
Injetada	0	0,0
Fumada	0	0,0
Inalada	0	0,0
Consumo com tabaco (n=5)		
Não usa	3	60,0
Antes	1	20,0
Durante	1	20,0
Depois	0	0,0
Via de uso do tabaco (n=2)		
Oral	0	0,0
Injetada	0	0,0
Fumada	2	100,0
Inalada	0	0,0
Consumo com maconha (n=5)		
Não usa	2	40,0
Antes	0	0,0
Durante	2	40,0
Depois	1	20,0
Via de uso da maconha (n=3)		
Oral	0	0,0
Injetada	0	0,0
Fumada	3	100,0
Inalada	0	0,0
Consumo com cocaína (n =5)		
Não usa	4	80,0
Antes	0	0,0
Durante	0	0,0
Depois	1	20,0
Via de uso da cocaína (n=1)		
Oral	0	0,0
Injetada	0	0,0
Fumada	0	0,0
Inalada	1	100,0

4.3.12 Informações sobre atividades de orientação e de testagem do HIV

Referiram ter participado de atividades internas de orientação para as DST/AIDS 19,6% (21). Realizaram testagem do HIV 75,7% (81) sendo, 2,5% (2) com resultado positivo e destes, 50,0% (1) referiram realizar o tratamento antiretroviral. Os demais 81,5% (66) referiram ter tido resultado negativo e 16,0% (13) referiram não saber o resultado do teste. Conheciam reeducandos com HIV/AIDS 76,6% (82) e consideraram que são tratados de forma diferente 17,3% (14) dos reeducandos (Tabela 26).

TABELA 26: Informações sobre participação em orientação e testagem do HIV relatadas pelos reeducandos da Penitenciária I - São Vicente - SP, 2007.

Variável	Nº.	(%)
Participação em atividades de prevenção (n=107)		
Sim	21	19,6
Não	86	80,4
Conhece reeducandos com HIVAIDS (n = 107)		
Sim	82	76,6
Não	25	23,4
São tratados de forma diferenciada (n = 82)		
Sim	14	17,3
Não	68	82,7
Já fez o teste de HIV (n = 107)		
Sim	81	75,7
Não	26	24,3
Resultado do teste de HIV (n = 81)		
Positivo	2	2,5
Negativo	66	81,5
Não sabe	13	16,0
Faz tratamento antiretroviral (n = 2)		
Sim	1	50,0
Não	1	50,0

5 DISCUSSÃO

5.1 Desenvolvimento do Estudo Piloto

Alguns artigos têm como propósito descrever a metodologia utilizada em estudos piloto. Buscam relatar a importância desta metodologia, principalmente em estudos multicêntricos por serem extensos, complexos, com grupos de trabalhos independentes e com limitado potencial de compartilhamento de informações durante o estudo. No caso dos estudos piloto em estudos multicêntricos, os ajustes recomendados satisfizeram sua necessidade prática em tempo hábil para cada sítio da pesquisa. Os estudos piloto geralmente antecedem os estudos principais, mas podem ser feitos concomitantemente, em que, dependendo da situação, o material coletado poderá ser utilizado em ambos os estudos [Young DR, 2006].

A condução de pesquisas em unidades prisionais tem se mostrado de suma importância para a compreensão dos fatores de risco relacionados às diversas infecções às quais esta população está exposta. Essas pesquisas por sua vez, contribuem para a reflexão sobre as políticas de saúde e de prevenção impostas a elas, principalmente para as questões do uso de drogas em situação de confinamento [Kanato M, 2008].

Ocorre que, nem sempre, o desenvolvimento de pesquisas em estabelecimentos prisionais transcorre de acordo com o seu planejamento.

A ocorrência de 31 rebeliões no sistema carcerário de São Paulo de janeiro a março de 2006 [Penteado G, 2006], estabeleceu um clima de insegurança na sociedade e dentro das unidades prisionais. Os números disponibilizados pelo Sindicato dos Funcionários do Sistema Prisional do Estado de São Paulo- SIFUSPES, referem que 283 funcionários foram feitos reféns no mesmo período [Penteado G, 2006]. Diante destas ocorrências, o desenvolvimento do estudo piloto teve importância também para a avaliação das condições favoráveis de segurança que pudessem garantir o desenvolvimento integral da pesquisa principal.

Uma das consequências dessas rebeliões foi a intensificação das transferências de presos entre os presídios, prática bastante utilizada na rotina no sistema prisional, com o objetivo de desarticular as lideranças locais e desta forma controlar o ambiente prisional [Penteado G,2006],

Assim, o desenvolvimento de estudos piloto é de grande valia para a realização dos ajustes necessários nestes planejamentos, pois coloca sobre prova a idealização teórica em uma condição real [Armstrong BK,1995; Veras RP, 2008].

Fazendo parte dos passos iniciais para o desenvolvimento deste trabalho, a escolha de um instrumento adequado para a obtenção das informações necessárias é de fundamental importância. A busca de questionários pré-existentes para eleger um bom instrumento que contemple os objetivos propostos do trabalho orientou a primeira etapa deste processo [Kane RA, Kane RS, 1981; Fillembaum GG, 1981]. Muitos dos trabalhos encontrados na literatura, não faziam referência a algum tipo especial de instrumento utilizado. Em sua maioria, trabalharam com questionários elaborados especialmente para o desenvolvimento da pesquisa proposta [Souza MG. 2004; Pereira RARA. 2006].

O questionário utilizado neste estudo foi um modelo adaptado utilizado em um estudo de comportamento de risco para infecção pelo HIV com usuários de drogas em Santos [Carvalho HB, 1996] que, estruturado em blocos de perguntas, avalia diversos aspectos como as características sócio-demográficas, a situação prisional, as informações sobre o uso de drogas, as práticas de risco, a morbidade, os problemas sociais e jurídicos e a *testagem de HIV*.

Embora este questionário tenha sido eleito como o mais adequado, ele ainda não poderia cumprir sua função, uma vez que ele foi desenvolvido para uso em populações que faziam uso de drogas em qualquer ambiente. Para os objetivos da pesquisa, ele foi adequado para ser aplicado em uma população carcerária. Para esta adequação, foi indicada a realização de reuniões sistemáticas com profissionais especializados [Veras RP, 2008].

A busca das melhores perguntas a serem incluídas e excluídas do questionário modelo, necessitou além de sua eficiência isolada, a sua melhor alocação no corpo do questionário, para se obter seu melhor aproveitamento e a busca de uma lógica temporal entre o período de liberdade e de confinamento.

Nesta fase, a realização de testes prévios [De VAUSS, 1986], se mostrou imprescindível para esta reformulação, principalmente nas questões passíveis de diversas interpretações, visto que, formulações imprecisas limitam o valor do questionário e devem ser evitadas dentro do possível [Armstrong BK,1995; Veras RP, 2008].

Outra preocupação importante na reformulação do questionário foi a observação da clareza da questão e a linguagem utilizada para o adequado entendimento da população alvo, isto é, aquela para quem o questionário iria ser aplicado [Armstrong BK,1995; Veras RP, 2008].

Um questionário apresenta várias formas de ser aplicado na população de estudo. A escolha desta forma dependerá de vários fatores inerentes ao estudo e à população. A entrevista pessoal apresenta-se como a forma mais eficiente, mas nem sempre é possível [De Vauss DA, 1986].

A técnica face a face foi a forma indicada, visto se tratar de uma temática delicada e de uma população pouco instruída. Esta forma permitiu maior interação do entrevistador com o entrevistado, o que contribuiu para uma melhor compreensão do que está sendo perguntado [Catania JA, 1990; Armstrong BK, 1994]. É importante lembrar que, uma vez prevista esta interação, um aspecto bastante importante a ser considerado é o treinamento dos entrevistadores.

A diversidade no nível educacional presente na população confinada [INFOPEN, 2007], somada à realização de estudos com temáticas ligadas às questões judiciais e principalmente às práticas ilegais, exige adequações, tanto dos instrumentos a serem utilizados e das estratégias de sua aplicação, quanto da postura dos entrevistadores e de toda a equipe de pesquisa.

Além do treinamento teórico e prático nas áreas relacionadas aos temas pesquisados, como também das técnicas de aplicação de entrevistas estruturadas, foi ressaltada a importância da aplicação bastante clara do TCLE no qual, o consentimento é livre por não haver nenhum tipo de limitação a influenciar a vontade e a decisão do sujeito da pesquisa e esclarecido à medida que se considera que o compromisso com o sujeito da pesquisa não é apenas o de informar, mas o de esclarecer [Castilho EA, Kalil J, 2005].

Diante da peculiaridade do ambiente prisional, a postura ética dos entrevistadores assume um aspecto importante a ser equacionado para que as entrevistas possam ocorrer dentro do melhor ambiente possível, o que contribui para uma boa interação entrevistado-entrevistador [Walker AH e Restruccia ID, 1984].

Em razão deste trabalho ser desenvolvido no ambiente prisional, o treinamento dos entrevistadores, assume um papel imprescindível. Esses treinamentos trazem uma inestimável qualidade na obtenção dos dados, diminuindo erros sistemáticos [De Vauss, 1986] e, também, contribuem para o sucesso do trabalho de campo.

O treinamento dos entrevistadores cumpriu com os objetivos, não só com a familiarização com o instrumento a ser aplicado e um maior domínio dos temas abordados, mas, também, sua preparação para lidar, tanto com situações previstas, como também, com as imprevistas.

Uma boa entrevista tem a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre entrevistado e entrevistador que propicia uma importante redução de recusas, por parte do entrevistado, para a realização de testes diagnósticos de qualquer infecção nos ambientes prisionais. A aceitação ou recusa da realização de testes do HIV durante o confinamento, muitas vezes, são influenciadas tanto pela idéia de que é uma oportunidade conveniente e sem custo, quanto pela idéia da compulsoriedade destes nas prisões [Kacanek D, 2007].

Esta relação de confiança pode reduzir também o viés de informação, que é bastante comum em pesquisas que investigam temas excludentes, discriminatório e ilegais [Armstrong BK,1995].

Um ponto importante a ser levantado é a aplicação de um questionário em determinadas populações, em caráter experimental - estudo piloto, seguido de nova aplicação em caráter definitivo - estudo principal. Tal procedimento tem o inconveniente de tirar a espontaneamente das respostas quando da reaplicação. Além disso, pode trazer um desinteresse tanto do entrevistado quanto do entrevistador acerca do tema pesquisado. Esse problema poderia ser contornado, aplicando o questionário em diferentes indivíduos ou incorporando a entrevista ao projeto principal [Armstrong, 1995].

5.2 Elaboração do banco de dados

O banco de dados foi construído, buscando desenvolver uma ferramenta prática e adequada para colher os dados obtidos pelo questionário. A elaboração de uma codificação para entrada dos dados - tanto das questões fechadas quanto abertas - facilita o armazenamento da informação. Acrescido da digitação em duplicidade, por digitadores previamente treinados, ajuda a diminuir os erros tanto sistemáticos como aleatórios [Armstrong BK, De Vauss DA, 1986].

5.3 Etapas de execução do projeto

Todo trabalho de campo foi precedido por um planejamento que previu todas as etapas necessárias para a sua execução. Diante de um bom planejamento do trabalho de campo é possível identificar os obstáculos mais prováveis que possam, por ventura, surgir durante seu desenvolvimento, instrumentalizando o pesquisador para solucioná-los [Gregg MB, 1996].

Assim, o processo anterior à entrada em campo, que se consistiu em reuniões com as mais diversas equipes envolvidas, se tornou necessário para o desenvolvimento do trabalho. Foi por meio deste processo, que se

pode apresentar, de forma detalhada, os objetivos da pesquisa a estes setores.

O passo seguinte foi identificar a estrutura e a dinâmica institucional com suas normas e rotinas. Nessa etapa foi importante identificar pontos que ajudassem ou dificultassem o desenvolvimento do projeto de acordo com o seu planejamento inicial. Nesta fase, foram acordadas todas as etapas do trabalho de campo, diretamente com os responsáveis de cada departamento da unidade prisional. O conhecimento dos pontos críticos e dos possíveis obstáculos existentes na rotina prisional auxiliou na formulação de planos alternativos pactuados internamente e que tornaram o trabalho de campo factível.

O planejamento deste estudo previu reuniões com as lideranças e/ou representantes dos reeducandos. O contato com estas lideranças permitiu que se fizesse a apresentação do projeto e o convite formal para a participação da população alvo da pesquisa. Foi por meio destes representantes que todas as informações relacionadas ao desenvolvimento da pesquisa foram repassadas para dentro das celas, chegando assim, a todos os reeducandos. Esta etapa auxilia a evitar recusas desses indivíduos, contribuindo para diminuir o viés de seleção [Fletcher et al ,2006].

Outro ponto considerado para diminuir o viés de seleção foi a identificação de todas as celas ocupadas por grupos que supostamente apresentam maior risco de infectar-se pelo HIV. A sensibilização destes indivíduos para participarem da pesquisa, é muito importante nesse tipo de estudo, pois a sua ausência pode causar um viés importante dos resultados [Strazza L, 2007].

O desenvolvimento de estudo piloto, além de possibilitar a adequação do desenvolvimento da pesquisa em campo, favoreceu também uma melhor divulgação e sensibilização da população confinada para a participação na pesquisa, divulgação esta, que passou a ser realizada pelos próprios reeducandos participantes do estudo piloto.

5.4 O Estudo Piloto

As informações sobre pacientes infectados pelo HIV ou mesmo com aids dentro das prisões são de difícil obtenção, apesar disso, no entanto, ela pode ser considerada uma afecção que nestes locais está identificada entre uma das principais causas de morte [Strazza L, 2007; Cayla JA, 1995].

Assim como o HIV, as hepatites B e C são infecções que estão se manifestando de forma epidêmica e vêm ao longo dos anos chamando a atenção [MARTIN, 2005; SKIPER, 2003; NDUMBE, 1999]. Estas infecções, de um modo geral, apresentam formas semelhantes de transmissão e, portanto, na situação de confinamento, os riscos de se transmitirem são acentuados.

O Estudo piloto desenvolvido nesta unidade prisional reforçou o perfil jovem da população encarcerada [InfoPen, 2007]. Nesta amostra foi observada uma idade média de 31,1 anos, não havendo diferença importante entre casados e solteiros.

Quanto à escolaridade, acentuam-se o primeiro grau incompleto referido por 64,5% dos reeducandos, assim como aproximadamente metade dos reeducandos estavam desempregados no momento da última prisão. Foram encontrados valores bastante semelhantes em estudos de autores nacionais [Ferreira MMC, 1997 e Lopes F, 1999].

O tempo médio de prisão neste presídio foi de 18,7 meses, sendo que os detentos referiram que o tempo médio de prisão na vida, até o momento, foi em torno de cinco anos, e que a média de pena a cumprir chegaria a dez anos. O estudo de Coelho, 2007, que obteve uma prevalência de infecção pelo HIV 5,7%, refere que 72% de sua amostra estavam presos a mais de cinco anos e que esta variável esteve associada com o maior risco de infecção. Desta forma, é importante ressaltar que, ao longo do cumprimento de sua pena, este grupo estará exposto à infecção pelo HIV, caso medidas de controle não sejam implantadas.

Foi referido por 52,2% o uso de tabaco e por 12,4% dos reeducandos o uso de bebida alcoólica. No estudo de Strazza , 2007, o uso do álcool foi

referido por 67% das reeducandas, sendo que o tabaco em nenhum momento havia sido mencionado como droga, porém mais de 69% faziam uso de alguma droga ilícita.

A idade média de início de uso de drogas, tanto legais quanto ilegais, observadas, reflete o início precoce (14,7 e 16,6 anos). Observando que a idade média mínima foi de 08 anos, nos mostra a necessidade das ações de prevenção serem iniciadas cada vez precocemente.

Quanto à droga ilícita mais usada, a maconha aparece como a droga mais citada por 63,3% (50)dos entrevistados, seguida pela cocaína/crack por 26,6%(21). Resultado semelhante foi observado em outros estudos para a maconha, mas que observaram uma proporção maior no uso do crack/cocaína (47%) [Strazza L, 2007]. A prevalência do uso de droga é maior na população confinada que na população geral e deixa esses grupos mais vulneráveis às infecções e às suas consequências na saúde [Kanato, M, 2008].

A dinâmica de uso das outras drogas após o confinamento demonstra uma redução em todas elas. As maiores prevalências destas reduções estão relacionadas ao álcool e à cocaína. Em relação à dinâmica do uso do crack,até a fase inicial das entrevistas, todos que referiram usar crack na vida, disseram ter suspendido seu uso após o confinamento, porém no prosseguimento da entrevista, 12,5%(3) referiram manter seu uso.

Em relação aos riscos parenterais, todos os reeducandos que referiram usar drogas injetáveis na vida, relataram a não utilização desta via no presídio.

Já em relação aos outros riscos de transmissão parenterais nesta população, a tatuagem aparece como um forte fator de risco. Para 34,8% (16) dos reeducandos foi realizada por profissionais fora da prisão e 55,1% (59) referiram realizar a tatuagem na prisão.

A prevalência de 41,2% (44) de doenças sexualmente transmitidas ocorridas na vida e de 34,0% (36) no ultimo mês, referida nesta amostra, é

considerada mais alta que o esperado para a população geral [Carvalho HB. 1996].

Sabe-se que o confinamento aumenta o risco de ocorrência das DST [Strazza L, 2007; Lopes F, 1999; Massad E, 1999; Ferreira MMC, 1995] e que isso se deve, principalmente, pela heterogeneidade desta população confinada no mesmo espaço tais como assassinos, traficantes, trabalhadores do sexo etc. 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 [Strazza L, 2007; Altice FL, 2005; Massad E, 1999, Ferreira MMC, 1997].

Com relação à sexualidade, a frequência de relações sexuais foi reduzida em consequência da condição de confinamento. Observou-se que dos 99,1% (106) que tinham vida sexual ativa, apenas 53,8% (57) mantiveram a atividade sexual na prisão e, destes, todos com relações heterossexuais. A frequência do uso de preservativos em todas as relações sexuais fora da prisão foi de 28,6% (30), enquanto que dentro dela foi de 26,3% (15). Assim, observamos uma redução do uso de preservativos em todas as relações sexuais dentro da prisão. A diminuição da frequência do uso de preservativos em relação ao período de confinamento, também é observada em estudos com jovens infratores e com prisioneiras em São Paulo [Fialho M, 2008; Strazza L, 2004].

A referência de ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis referidas foi alta, quando comparada com a população geral: 20,6% (22) do grupo. Assim como para o HIV, que apresentou uma taxa de infecção referida de 2,5%(2) nesta amostra. 75,7% (81) dos reeducandos referiram realizar o teste para diagnóstico da infecção pelo HIV nos últimos 12 meses, porém, em presídios, a prática de não se entregar os resultados quando negativo [Kacanek D, 2007] pode estar relacionada com o fato de 16,9% (16) não conhecerem o resultado do teste realizado.

Estes dados nos trazem, nesta fase do estudo, indícios da não realização da prática de aconselhamento pré e pós- teste normalizada pelo Ministério da Saúde [MS,1999].

O fato de apenas 19,6% dos reeducandos entrevistados referirem ter participado de atividades de prevenção, apontam para uma provável dificuldade de acesso às informações preventivas, aumentando a suscetibilidade da população confinada às doenças de transmissão sexual, reforçando a importância de estudos que possam contribuir para a implantação de políticas de prevenção que tornem os insumos de proteção acessíveis, tanto na população confinada adulta masculina e feminina, quanto na de menores infratores.

Baseado nos princípios dos Direitos Humanos, os serviços de prevenção e de cuidados com a saúde oferecidos nos presídios, devem se equiparar aos serviços oferecidos à população geral [Kanato M, 2008].

Não houve referência quanto à prostituição como troca de bens, dinheiro ou droga por sexo e de relações homossexuais nesta amostra.

Apesar dos comportamentos de risco para as infecções, sejam pela via sexual ou pelo uso de drogas, ocorrerem tanto fora das unidades prisionais quanto dentro delas, estudos apontam para taxas de infecção após o confinamento, maiores do que as encontradas entre a população geral [Hammett TM,2006].

Nesta amostra da população confinada, a referência quanto ao envolvimento com situações de violência foi alta, observando-se prevalências de até 78,5% de agressões verbais e, 65,1% de física, além de ameaças de morte (33,6%). Muitas destas situações aparecem relacionadas com a droga (uso ou comércio). As principais substâncias citadas nestas situações foram a maconha e o álcool. Observou-se que o álcool apareceu mais citado em situações de acidente de trânsito de maior gravidade que as demais drogas. Além disso, o crack apareceu citado como uma droga importante relacionada a situações de violência. O número de amigos mortos envolvidos em situação de violência, quando relacionada ao uso de

droga, foi em média de 6,0 pessoas e, de 7,6 quando relacionada ao seu comércio. Referiram também uma média de 4,6 mortes de conhecidos que faziam uso do crack. Estudos internacionais reforçam as evidências de que o uso e o abuso de drogas estejam associados com vários tipos de violência e tráfico [Lipton DS. 1998; Shannon K. 2008].

O crack tem como principal característica o fato de que, quando fumado, apresenta um efeito estimulante potente. Provavelmente, esta seja a principal característica que dá a esta droga um grande poder de dependência, atraindo cada vez mais pessoas para seu uso [Hamid A, 1992].

Observou-se, neste momento da entrevista, que 22,4% (24) dos indivíduos fizeram uso de crack na vida, com a idade média de início do uso de 19 anos e destes, 12,5% (3) mantiveram o uso na prisão. Como principal razão para o uso do crack, foi citada a influência dos amigos. Esta informação contrasta com a hipótese inicial em relação ao menor custo da droga, em que a questão econômica poderia ser um atrativo para o uso. O que se observou, por meio dos dados, foi que, além de comprar do traficante, a influência e a facilidade de adquiri-la pelos amigos, balizaram esta mudança. Dado este confirmado pela preferência para o uso da droga como sendo a própria casa e a dos amigos ou namoradas, em detrimento a outros locais como ruas, bares ou becos. Dados semelhantes foram observados por outros estudos com usuários de crack [Massad E,2007]. Pudemos ver que a interferência dos amigos foi relevante tanto para o início do uso do crack, quanto para a sua interrupção, pois, a estratégia mais utilizada para esta interrupção foi a de se afastar dos amigos ou companheiros que estavam ligados ao consumo da droga para 87% (20) dos indivíduos entrevistados.

Em referência ao uso do crack na vida, a frequência média deste uso foi de 2,4 dias e pelo período de tempo médio de 15,1 horas. Porém, em relação ao período de confinamento foi relatada por 8,3% dos reeducandos que mantém este uso, a frequência de até três vezes por semana e uma vez

ao dia, mostrando, desta forma, a suposta redução da freqüência de seu uso no ambiente prisional.

As evidências apontam para um aumento do consumo de crack no país, a partir de 1990 [Carvalho HB, 1996; Carvalho HB, 2003; Nappo AS, 1994; Galduroz GCF, 1995; Lima LCA, 1997; DENARC, 1995], e a uma adesão dos usuários de drogas injetáveis à nova droga [Bueno R,1997; Turienzo G, 1997], é pertinente supor a possibilidade de existir um impacto na prevalência de infecções de transmissão por via parenteral, caso haja uma mudança, no hábito destes usuários, no sentido da troca, isto é, uso do crack pela droga injetável.

Inicialmente, cogitou-se que esta mudança, caso realmente ocorresse, deveria estar ligada principalmente ao baixo custo da droga. No entanto, esta referência foi citada por 4,1% (1) dos reeducandos, assim como, a mesma prevalência referiu a curiosidade, como sendo o principal motivo. Para 25% (6) dos entrevistados usuários de crack, a causa mais frequente da mudança foi o fato de os parceiros passarem a consumir. A influência e o papel dos amigos no consumo de crack foram observados, tanto para o uso quanto para a manutenção dele, visto que, para 24% (6), são os amigos que a fornecem.

A referência do uso do crack vários dias e várias vezes ao dia, pelos indivíduos que o utilizaram como primeira droga ilícita consumida na vida e pela maioria dos indivíduos que vêm fazendo uso dela, mostra a forma intensa de seu uso, o que tende a intensificar os efeitos adversos, diretos e indiretos, da droga sobre o organismo.

Observou-se pouca influência do uso do crack sobre o consumo de outras drogas. Referiram a associação do crack com outras drogas 20,8% (5), sendo que, apenas em relação ao tabaco, houve um aumento do consumo, referido por 33% (8) dos indivíduos. Outras drogas, como o álcool, maconha e cocaína (inalada) em decorrência do uso do crack não tiveram seu consumo aumentado.

Os indivíduos que utilizaram droga injetável e que referiram terem parado o seu uso na prisão, não o associaram com o uso do crack.

A frequência de relações sexuais não foi alterada em decorrência ao uso do crack para a maioria, porém para 31,2% (7) houve redução da frequência do uso de preservativos nessas relações.

Todos os entrevistados que utilizaram o crack referiram algum problema relacionado com a saúde durante o período de uso da droga. A alta prevalência referida de problemas gerais, pulmonares, cardiovasculares, sexuais, neurológicos e psiquiátricos é concordante com dados observados na literatura [HAMID, 1991]. Pelo fato de o crack ser uma droga fumada e de sua fumaça ser um produto fortemente irritativo, que atinge diretamente as vias aéreas superiores, era de se esperar esta alta prevalência de sinais e sintomas pulmonares.

A vontade de realizar mais benefícios num trabalho desta proporção vai de encontro com as fortes barreiras encontradas para o desenvolvimento de uma estratégia de prevenção, muito embora se saiba da urgência da prevenção da aids nas prisões, como estratégia de controle (Strazza L, 2003; Grinstead OA, 1999).

É importante ressaltar que, apesar de tratar-se de um estudo com limitações amostrais, as informações aqui apresentadas delineiam a importância deste tipo de abordagem sistematizada, para que formulações e implantações de políticas públicas de prevenção e tratamento ao uso de drogas como um todo e de crack em particular possam ser conduzidas de forma adequada.

6 CONCLUSÕES

O desenvolvimento do estudo piloto contemplou as diversas etapas do planejamento inicial e, mostrou-se ser de grande valia para a execução do estudo principal. O projeto piloto permitiu a avaliação da dinâmica da instituição como também a adesão dos reeducandos ao estudo. A vivência com a realidade do ambiente prisional contribuiu no sentido de mapear os pontos vulneráveis do planejamento elaborado para a execução do estudo principal, como sensibilização das lideranças do presídio, treinamento dos entrevistadores, aplicação do questionário, entre outros.

Pudemos identificar como os principais pontos prós ao estudo piloto:

- A possibilidade de testar o instrumento de pesquisa utilizado que se mostrou adequado para o propósito do estudo. Sua aplicabilidade e capacidade de identificar fatores de riscos para transmissão das infecções pelo HIV, hepatites B e C e sífilis, tanto no momento em que o reeducando esteve fora, quanto dentro do ambiente prisional;
- Aprimorar o treinamento dos entrevistadores quanto à postura mais adequada no desenvolvimento das entrevistas, para favorecer a adesão dos reeducandos ao projeto;
- O estudo piloto além de apresentar resultados aplicáveis ao desenvolvimento do projeto principal, ele pode auxiliar estudos semelhantes que tenham os mesmos propósitos;
- Embora o objetivo principal do estudo piloto seja analisar a dinâmica de campo e os instrumentos a serem utilizados, os resultados do piloto – que podemos considerar iniciais e parciais – permitem uma reflexão sobre as hipóteses enunciadas. Esses resultados do piloto não devem invalidar as hipóteses da pesquisa, mas podem trazer informações complementares que podem ser utilizadas no projeto principal.

Como os principais pontos contra o estudo piloto:

- A possibilidade do entrevistado, no estudo piloto, participar também do estudo principal poderá fazê-lo responder ao questionário duas vezes, o que pode comprometer, tanto por tirar a espontaneidade das respostas, quanto pela exaustão da repetição. Este componente pode ser minimizado, se o projeto principal puder absorver, na sua amostra, os questionários respondidos.

Embora não se tenha conseguido trabalhar com as variáveis relacionadas com a infecção – sorologias para HIV, hepatites e sífilis -, devido ao custo, o estudo piloto observou que variáveis comportamentais identificadas reforçam que as práticas de risco, adotadas na vida, são mantidas no período de confinamento, podendo ser agravadas, como por exemplo, na redução do uso de preservativos e na realização de tatuagens. A incidência de doenças sexualmente transmissíveis e de outros agravos relatados pelos entrevistados mostram que estas infecções são adquiridas dentro e fora do ambiente prisional, porém, a condição de confinamento potencializa estes agravos, somando-se a esta condição, a adoção de práticas de risco e a falta de acesso à assistência adequada.

Em relação ao consumo de drogas, a manutenção, apesar da redução no seu consumo, ficou relacionada ao álcool, maconha e tabaco. Os resultados mostram também, evidências na sua relação com as variáveis de situações de violência, tanto no uso, quanto no comércio de drogas, além, da referência de óbitos de conhecidos, principalmente entre os usuários de crack.

6.1 Limitações do estudo

No projeto piloto, propriamente dito, muitas análises perdem seu poder estatístico em decorrência da inadequação da amostra. Como as análises não faziam parte do objeto de estudo, essa preocupação ficou postergada para o desenvolvimento do estudo principal.

Ainda com referência às análises estatísticas, como pôde ser verificado, não fez parte do piloto, a obtenção de dados de sorologia para infecções HIV, hepatites e sífilis, e, desta forma não foi feita a análise para risco destas infecções.

Estudos que se utilizam de questionários como instrumento de coleta de dados apresentam problemas relacionados com as informações obtidas. Muitas delas podem não condizer com a realidade, tanto de forma proposital – propiciando um viés de informação - quanto de forma não proposital – propiciando um viés de memória.

7 ANEXOS

7.1 Anexo 1

Adobe Acrobat Document

7.2 Anexo 2

Adobe Acrobat Document

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida FN, Santana V S, Maril JJ. *Princípios de epidemiologia para profissionais de saúde mental*. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde.1989.
2. 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*, Journal Urban Health. 2005 Jun; 82 (2):312-26
3. Amitage P, Berry G. Statistical *Methods in Medical Research*. Oxford: Blackwell Scientifc Publications. 1994; 3rd Edition.
4. Armstrong BK, White & Saraccil R*. Principles of Exposure Measurement in Epidemiology. Monographs on Epidemiology and Biostatistics.* Oxford: Oxford University Press. 1994 ou 2001; v. 21.
5. Ayres JRCM. *O Jovem que Buscamos e o Encontro Que Queremos ser: A Vulnerabilidade Como Eixo de Avaliação de Ações Preventivas do Abuso de Drogas, DST e AIDS Entre Crianças e Adolescentes.* In: Devanil A. Tozzi; Nivaldo Leal dos Santos; Cybele de Moraes Amaro; Edison de Almeida; Evanice Julião da Silva;Maria Lucia Pereira. (Org.). Papel da Educação na Ação Preventiva ao Abuso de Drogas `as DST/AIDS. 1 ed. : FDE, 1996, v. 1, p. 15-24.
6. Ayres JRCM, Calazans GJ, França Jl*. Vulnerabilidade do adolescente ao HIV/AIDS. IN: Seminario Gravidez na Adolescência*. Brasília: Ministério da Saúde/Usaid. 1998.
7. Baum MK, Rafie C, Lai S, Sales S, Page B, Campa A. *Crack-cocaine use accelerates HIV disease progression in a cohort of HIV-positive drug users*. J Acquir Immune Defic Syndr. 2009 Jan; 1; 50(1): 93-9.
8. Boletim Epidemiológico AIDS e DST Ano IV Nº.-01 27ª à 52ª semanas epidemiológicas- julho a dezembro de 2006, 01ª à 26ª semanas epidemiológicas- janeiro a junho de 2007,Ministério da Saúde, SVS,PN DST e AIDS.
9. Bueno R, Carvalho HB, Turienzo G, Mesquita F, Andrade T, Bastos FI, et al. *Differences in social demografic pattern and risk behavior of Brazilian UDIs*.8 International Conference on the reduction of Drug related harm, março 1997.
10. Burattini MN, Massad E, Rozman M, Azevedo R, Carvalho H. *Correlation between HIV and HCV in Brazilian prisioners. Evidence for parenteral transmission inside prison*. Rev. Saúde Pública. 2000; 34 (5): 431-6.
11. Burattini MN, Strazza L, Paoliello AA, Carvalho HB, Azevedo NR, Coutinho FB, Massad E. *The change from intravenous to crack-cocaine and its impact on reducing HIV incidence in Brazilian prisons.* Int J STD & AIDS. Dec 2005; v. 16: 836-7.

12. Butler T, Robertson P, Kldor J, et al. *Syphilis in New South Wales (Australia) prisons*. Int J STD AIDS 2001 June; 12 (6): 376-9.

13. Carvalho HB, Mesquita F, Massad E, Bueno RC, Lopes GT, Ruiz MA, et al. *HIV and infections of similar transmission patterns in a drug injectors community of Santos*, Brazil. J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol 1996;12:84-92.

14. Carvalho HB, Seibel SD, Burattini MN, Massad E, Reingold A. *Hepatites B and C and syphilis vulnerability related infections among institutionalized disadvantaged youth, in Sao Paulo, Brazil*. DST – J Bras DST. 2003; 15(3): 41-5.

15. Carvalho HB. *A epidemia de AIDS em usuários de drogas injetáveis em algumas grandes cidades brasileiras*. In: Ana Luiza D'Avila Vianna; Paulo Eduardo M. Elias; Nelson Ibañes. (Org.). Proteção Social - Dilemas e Desafios. 1 ed. São Paulo: Hulcitec, 2005, v. 1, p. 315-334.

16. Castilho EA, Chequer P. *Epidemiologia do HIV/AIDS no Brasil* in Parker R, Galvão J, Bessa MS. *Saúde e Desenvolvimento e Política : respostas frente à AIDS no Brasil*, Ed 34, SP, ABIA/RJ. 1999.

17. Catania JA, Kegeless SM, Coates TK. *Towards an Understanding of Risk Behavior: an AIDS Risk Reduction Model (ARRM)*. Health Education Quarterly.1990; 17(1):53-72.

18. Conry-Cantilena C, Van Raden M, Gibble J, et al: *Routes of infection, viremia, and liver disease in blood donors found to have hepatitis C virus infection.* N Engl J Med 1996; 334:1691–1696[Abstract/Free Full Text]

19. Cayla JA, Marco A, Bedoya A, Vidal R, Lo!pez-Colome!s JL, Gatell JM. *Differential characteristics of AIDS patients with a history of imprisonment*. Int J Epidemiol 1995 Dec; 24(6):1188-96.

20. Colquhoun SD.*Hepatitis C:Clinical Update*. Arch Surg,1996;131:18-23.

21. De Vauss,DA. *Surveys in social research*. London, Georg&Allen & yUnwin.1986.

22. DENARC- Departamento Nacional Anti-drogas; *Relatório anual de 1994*. São Paulo.1995

23. Dixon PS, Flanigan TP, De Buono BA, Laurie JJ, De Ciants ML, Hoy J, Stein M, Scott HD, Carpnter CCJ. *Infection with the Human Immunodeficiency Virus in Prisoners: Meeting the Health Care Challenge*.The American Journal of Medicine. 1993, 95:629-35.

24. Dourado et al. 2007.Colquhoun SD. *Hepatitis C: Clinical Update. Arch Surg,* 1996; 131:18 – 23.

25. Dourado I, Milroy CA, Mello MAG, Ferraro GA, Castro L F H, Guimarães ML. *HIV-1 seroprevalence in the general population of Salvador, Bahia State, Northeast Brazil.* Cad. Saúde Pública. 2007; 23(1): 25-32.

26. Dunn J, Laranjeiras R. *Transition in the route of cocaine administration-characteristics, direction and associated variables*. Adiction. 1999; vol 94, (6), p.813-824.

27. Euclides Ayres de Castilho, e Jorge Kalil *Ética e pesquisa médica: princípios, diretrizes e regulamentações* Ver. Soc. Bras. Med.Trop.,Ago 2005,vol.38(4):344-347.

28. 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*. Departamento de Epidemiologia de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.1997; 198 p.

29. Fialho M, Messias M, Page-Shafer K, Farre L, Schmalb M, Pedral-Sampaio D, Ramos M, Brites C. *Prevalence and risk of blood-borne and sexually transmitted viral infections in incarcerated youth in Salvador, Brazil: opportunity and obligation for intervention.* AIDS Behav. 2008 Jul;12(4 Suppl):S17-24.

30. Figueiredo GM. *Estudo da frequência da infecção pelo vírus da hepatite B em uma coorte de homens que fazem sexo com homens*. Tese de doutorado, FMUSP,2000.

31. Figueiredo GM. *Breve histórico da emergência da hepatite B como problema de saúde pública*. JBA. Fev 2007; vol8 (1):01-48.

32. Fillenbaum GG, Smyer M. *The development, validity and reliability of the OARS - Multidimensional Functional Assessment Questionnaire*. J. Gerontol, 36:428-34, 1981.

33. Fillenbaum GG. *The well-being of the elderly: approaches to multidimensional assessment.* Geneva, World Heath Organization, 1984. (WHO-Offset Publication, 84).

34. Fletcher H, Fletcher SW, Wagner EH. *Epidemiologia Clínica: elementos essenciais.* 4ª edição. Porto Alegre: Editora Artmed; 2006.

35. Folhaonline,Equilibrio.*Hepatites B e C afetam dez vezes mais pessoas que AIDS*.São Paulo:20 de maio de 2008. Acesso em 20/05/2008.”Disponível em:http://www1.folha.uol.com.br/folha/equilibrio/noticias/ult263u403392.shtml”.

36. Franco E, Harper,D.M. *Vaccination Against Papillomavirus Infection. A new paradigma in cervical cancer control.vaccine* 2005,23,2388-2394.

37. Freton KA, Breban R, Vardavas R, Okano JT, Martim T, Aral S, Blower S. *Infectious syfhilis in high-icome setting in the 21 st century*. Lancet Infect Disease 2008;8:244-53

38. Galduroz JCF, Figlie NB, Carlini EA. *Repressão às drogas no Brasil: a ponta do “iceberg” ?* J. Bras. Psiquiatrico.1995, n. 43: 367-371.

39. Gregg, M.B. *Field Epidemiology*. Oxford University Press, 1996.

40. Grinstead OA, Zack B, Faigeles B. *Collaborative research to prevent HIV among male prison inmates and their female partners*. Health Education & Behavior. 1999 April; 26 (2) : 225 – 38.

41. Hamid A. *The development cycle of a drug epidemic: cocaines moking epidemic of 1981-1991*. J. Psychoactive of drugs. 1992, n. 24, p 265-72.

42. Hammett TM. *HIV/AIDS and Other Infectious Diseases Among Correctional Inmates: Transmission, Burden, and an Appropriate Response.* Am J Public Health. 2006 June; 96(6): 974–8

43. Hoya SP, Bedia M, Murcia J, Cebria J, Sanches-Paya J, Portilla J. *Predicive markes of HIV and HCV infection and co-infection among inmates ia a Spanish prison*, Enferm Infecc Microbiol Clin, Feb 2005;23(2):53-7.

44. Jacobson SF. *Evaluating instruments for use in clinical nursing research*. In: Frank-Stromborg M, Olsen SJ. Instruments for clinical health-care research. 2nd ed. Boston: Jones & Bartlett; 1997.

45. Kacanek D, Eldridge GD, Nealey-Moore J, MacGowan RJ, Binson D, Flanigan TP,et al; *Project Start Study Group. Young incarcerated men's perceptions of and experiences with HIV testing*. Am J Public Health. 2007 Jul;97(7):1209-15.

46. Kanato M, *Drug use and health among prison inmates*. Journal Opin Psychiatry. 2008 May;21(3):252-4.

47. Kane RA, Kane RS. *Accessing the elderly: a practical guide to measurement.* Lexington, Mass, Lexington Books, 1981.

48. Kelsey JL, Whittemore SA, Evans AS, Thompson WD. *Methods in observational epidemiology*. New York, Oxford, Oxford Universty Press, 1996.

49. Levinson W, Janetz E. *Microbiologia Médica e Imunologia*. Ed Porto Alegre –RS Artmed. 2005, p.269.

50. Lima LCA. *O vício e a violência: o cotidiano do crack e as narrativas do vício.* S.Paulo, 1997, 117p. Dissertação (Mestrado). Departamento de Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica.

51. Lindamyr Fornazieri Paltain e Edna Maria Vissoci Reiche. *Soroprevalência de anticorpos antivírus da hepatites C em doadores de sangue, Brasil*. Rev saúde Pública 2002;36(4):393-9.

52. Lipton DS, Johnson BD. *Smack, crack, and score: two decades of NIDA-funded drugs and crime research* at NDRI 1974-1994. Subst Use Misuse. 1998;33:1779-815.

53. Lopes F, Latorre MR, Campos PAC, et al. *HIV, HPV and syphilis prevalence in a women's penitentiary in the city of São Paulo, 1997-1998.* Caderno Saúde Pública 2001 nov-dec; 17 (6): 1473-80, PMID 11784908.

54. Lwanga SK, Lemeshow S. *Sample size determination in health studies. A practical manual. 1991.* World Health Organization, Geneva.

55. Martin RE, Gold F, Murphy W, Remple V, Berkowitz J, Money D. *Drug Use And Risk Of Bloodborne Infection: a survey of female prisoners in British Columbia*, Can J Public Health, 2005, Mar-Apr;96 (2): 93-6.

56. Martin V, Gonzalez P. *Case finding of pulmonary tuberculosis on admission to a penitenciary centre.* Tubercle and Lung Disease*.* 1993*;* 74:49-53.

57. Massad E, Rozman M, Azevedo RS, Silveira ASB, Takey K, Yamamoto IY, et al. *Seroprevalence of HIV, HCV and Syphilis in a Brazilian Prisoners. 1999*. European Journal of Epidemiology, 15(5): 439-445.

58. Menezes PR, Nascimento A F. *Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em Psiquiatria.* In. Goreinstein C, Andrade LHSG, Waldo A. editores. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia..V1, p.23-7 – Ed. Lemos Editorial, São Paulo, 2000.

59. Mesquita F. *AIDS entre usuarios de drogas injetáveis na última década do sec XX na Região Metropolitana de Santos,Estado de SP,Brasil*, tese de Doutorado-FSPUSP. 2001.

60. InfoPen- Ministério da Justiça, Depatamento Penitenciário Nacional, Sistema Nacional de Informações Penitenciárias - InfoPen- do Estado de S. Paulo. 2007. Disponível em https://infopen.mj.gov.br/infopenGestao/indexLogin.jsp, acessado em 15/06/2008.

61. InfoPen- Ministério da Justiça, Departamento Penitenciário Nacional-DEPEN, Sistema Nacional de Informações Penitenciárias. Disponível em hhttp:// www.mj.gov.br/data/Pages/MJD574E9CEITEMIND598A21D892E444B5943A0AEE5DB94226PTBRIE.htm acessado em 15/06/2008.

62. Ministério da Justiça, Departamento Penitenciário Nacional, Sistema Integrado de informações Penitenciária - InfoPen. Atualizado em Dez 2007. Disponível em: http://www.mj.gov.br/data/Pages/MJD574E9CEITEMID598A21D892E444B5943A0AEE5DB94226PTBRIE.htm: acesso em 2008 March 18.

63. FUNASA-Fundação Nacional de Saúde-MS, Centro Nacional de Epidemiologia, Coordenação das Doenças Imunopreviníveis. *As hepatites virais no Brasil.* Boletim Epidemiológico, Brasília. 1996; 1 (12).

64. MS-Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas Públicas, Coordenação Nacional de DST e AIDS. *Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento-CTA.* Brasilia DF. 1999.24p.

65. MS-Ministério da Saúde.Secretaria de Vigilância à Sáude, Programa Nacional de DST eAIDS. *Boletim Epidemiológico AIDS e DST*. ANO I –

nº 1 – 01ª –26ª de 2004 – semanas epidemiológicas – janeiro a junho de 2004. Brasília DF. 2005.

66. MS-Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Hepatites virais: o Brasil está atento.* Brasília : Ministério da Saúde. 2005. 40 p.

67. MS-Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. *Manual de Controle das Doenças sexualmente Transmissíveis*. Série manuais; 4 edição(68) Brasilia DF. 2006.

68. MS-Ministério da Saúde., Secretaria de Vigilância à Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS*. Boletim Epidemiológico AIDS e DST*. Ano IV Nº.-01 27ª à 52ª semanas epidemiológicas- julho a dezembro de 2006, 01ª à 26ª semanas epidemiológicas- janeiro a junho de 2007. Brasília DF. 2007

69. MS-Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. *Prevalência e frequências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras.* PN DST/AIDS. Brasília DF. 2008.

70. Miranda AE, Vargas PM, St. Louis ME, et al. *Sexually Transmitted Among Females Prisoners in Brazil: Prevalence and Risk Factors. Sexually Transmitted Disease*, 2000 October, 27(9): pp.491-5.

71. Morley S, Snaith P. *Principles of psychological assessment*. In: Freeman, C.: Tyler, P. (eds.). Research methods in Psychiatry. London, Gaskell, 1989.

72. Nappo AS, Galduróz JCF, Noto AR. *Uso do crack em São Paulo: fenômeno emergente?* Rev. ABP-APAL.1994, n. 16, p. 75-83.

73. Ndumbe, Skalsky, Thompson S, Kaldor J. *Prisoners and prison entrants, 1993 in Crofts N. Epidemiology of the hepatitis C virus, Technical Report* Series No. 3, Communicable Diseases Network Australia and New Zealand, May 1999

74. Oppenheim AN. *Questionnaire desing and attitude measurement*. London, Heinemann. 1984.

75. OMS-Organização Mundial da Saúde. *AIDS Epidemic Update, 2005*.

76. OMS-Organização Mundial da Saúde. *AIDS Epidemic Update, 2007.*

77. Pannut,CS,Iversson LB, mendonça JS, Travassos RAPA,Granato CFH. *Relação entre prevalencia de anticorpos para arbovírus e vírus de hepatite B na região do Vale do Ribeira,* Brasil.Revista do Instituto de Medicina Tropical,31(2):103-09,1898.

78. Parasuaraman A. *Marketing research*.2. Ed. Addison Wesley Publishing Company,1991.

79. Parker R. *Políticas, Instituições e AIDS: Enfrentando a Epidemia no Brasil*, Ed Jorge Zahar, ABIA, Rio de Janeiro, 1997.

80. Passos,ADC, Gomes UA, Figueiredo JF,Nascimento MP, Oliveira JM, Gaspar AM, et AL..*Prevalencia de Marcadores sorologicos de hepatite B numa pequena comunidade rural do Estado de São Paulo*.Brasil.Rev. Saúde Pública, 26(2):119-124,1992.

81. Penteado G, Credendio JE. *Presos se rebelam em mais de 4 cidades de SP.* Jornal Folha de São Paulo. Quarta feira, 22 de março de 2006;Cotidiano: C3.

82. Pereira RARA, Mussi ADH, Silva VCA, Souto FJD. *Hepatitis B Virus infection in HIV-positive population in Brazil: results of a survey in the state of Mato Grosso and a comparative analysis with other regions of Brazil.* BMC Infectious Diseases 2006, 6:34doi:10.1186/1471-2334-6-34. The electronic version of this article is the complete one and can be found online at: http://www.biomedcentral.com/1471-2334/6/34.

83. Richard HK, Daniel T, Simon MS, et al. *Screening for Syphilis in Arrestees: Usefulness for Community-wide Syphilis Surveillance and Control.* Sexually Transmission Disease. 2002 March, 29 (3): 150-6.

84. Rotily M, Pujol AG, Obadia Y, Moatti JP, Toubiana P, Vaisse CV, Gataut JA. *HIV testing , HIV infection and associated risk factors among inmates in south-eastern French prison*. AIDS. 1994; 8:1341-44.

85. Scattolin FAA. *Qualidade de vida: a evolução do conceito e os instrumentos de medida*. Revista Faculdade Ciência Médica. Sorocaba. 2006; v. 8 (4):1 - 5.

86. Shannon K, Rusch M, Shoveller J, Alexson D, Gibson K, Tyndall MW, et al. *Mapping violence and policing as an environmental-structural barrier to health service and syringe availability among substance-using women in street-level sex work*. Int J Drug Policy 2008;19:140-7.

87. Simbulan NP, Aguilar AS, Flanigan T, et al. *High-risk Behaviors and the Prevalence of Sexually Transmitted Diseases among Women Prisoners at the Women State Penitentiary in Metro Manila*. Soc. Sci. Med. 2001:52:599-608.

88. Simooya OO, Sanjobo NE. Challeging *AIDS behind bars: time for commitment to action.* Oral abstract, Zambia in XIV International AIDS Conference , Prisons and Prisoners, Abstract WeOrE1322. Volume II, Barcelona–Espanha. 7 à 12 de julho de 2002; volume II:193.

89. Skiper C, Guy JM, Parkes j, Roderick P, Rosemberg WM. Evaluation of a prison outreach clinic for the diagnosis and prevalence of hepatitis C: implication for the national strategy. Gut. Oct 2003; 52(10):1500-4.

90. Soares C, Corrêa B, Toledo RP, Proietti C, Barbara A. *Prevalence os HIV-1/2, HTLV-I/II, hepatitis B vírus (HBV),hepatitis C (HCV), Trponema pallidum and Trypanosoma cruzi amog prision inmates at Manhuaçu, MG State, Brazil.* Rev.Soc.Bras. Med. Trop;33(1):27-30,jan-fev.2000.

91. Souza MG, Passos AD, Machado AA, Fiqueiredo JF, Esmereraldino LE. *HIV and hepatites B virus co-infection: prevalence and risk factors*.Rev Soc Bras Med Trop. 2004 Sep-Oct; 37(5):391-5.

92. Strazza L ; Carvalho HB ; Azevedo RS ; Massad E. *Estudo da Vulnerabilidade à Infecção DST/Aids em Detentas de uma Penitenciária Feminina de São Paulo-SP,* Brasil, Avaliada pela Técnica Sorológica. J.Bras. Doenças Sex. Transm., v. 15, n. 4, p. 27-32, 2003.

93. Strazza L; Azevedo RS ; Carvalho HB ; Massad E. *The vulnerability of female brazilian prisoners in hiv infection obtained through sexual and parenteral behavior measurements*. Brazilian Journal of Medical and Biological Research, Brazil, v. 37, n. 5, p. 771-776, 2004.

94. Strazza L. ; Boccia TMQR; Carvalho HB. *Introdução de Programa Educativo em DST na Comunidade da Favela Do Moinho De São Paulo-SP, Brasil.* DST. Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, v. 19(2), p. 80-83, 2007.

95. Tegan FM, Araújo ESA. *Epidemiologia da Hepatite B e D e seu Impacto no sistema de Saúde.* BJID.2006;10 (1):6-10.

96. Turienzo GT, Carvalho HB, Burattini MN, Massad E, Mesquita F, Bueno R. & Azevedo RS. *Social-demographic patterns and trends in risky behaviors of IDUs in the city of Santos, São Paulo - Brazil: a comparison between 1992 and 1994.* Apresentado na 8th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm: Março de 1997.

97. UNAIDS- United Nations Programme on HIV/AIDS (WHO). *AIDS epidemic update: Dec 2006*.

98. UNAIDS- United Nations Programme on HIV/AIDS (WHO). *Reference Group on Estimates, Modelling, and Projections. Improving parameter estimation, projection methods, uncertainty estimation, and epidemic classification.* Czech Republic Report/2006/2007.

99. UNAIDS- United National Programme on HIV/AIDS (/WHO). *Setting national Targest for moving towards universal acess. Geneve. 2006*.

100. UNAIDS- United National Programme on HIV/AIDS(WHO). *AIDS epidemic update. Report n the global HIV/AIDS epidemic. 2008.*

101. UNAIDS- United Nations Programme on HIV/AIDS (/WHO). *Report on the global AIDS epidemic update: Executive summary.* Dec 2007.

102. Veras RP, Souza CAM, Cardoso RF, Milioli R, Silva SD. *Research into elderly populations-The importance of the instrument and the training of the team: a methodological contribution.* Rev. Saúde Pública , São Paulo.1988: v. 22(6).

103. Villela WV, Barbosa R. *Repensando as relações entre gênero e sexualidade.* In: Parker R, Barbosa RM, organizadores. *Sexualidades brasileiras.* Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1996. p. 189-99.

104. Vlahov D, Brewer F, et al. *Prevalence of antibody to HIV-1 among entrants to US Correctional Facilities*. JAMA. 1991; 265:1129-32.

105. Wlaker AH, Restruccia ID. *Obtaining information on patient satisfaction with hospital care: mail versus telephone.* Helth Service Residence. 1984; 19:291-306.

106. WHO- World Health Organization, *Programme on Substance abuse (PSA). Multy-City Study on Drug Injecting and Risk of HIV Infection*. Final Report of the WHO/PSA. 1994; 94(4).

107. WHO World Health Organization. *Guias para el tratamento de las infecciones de transmission sexual. 2005*.

108. Yong DR, Jonhson CC, Stekler A, Gittelsohn J, Saunders RP, Saksvig BI, et al. *Data to Action: Using Formative research to devlop Intervention Programs to Increase Physical Activity in Adolescent Girls.* Health Education & Behavior. 2006; vol33 (1): 97-111.