



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ANA IZABEL OLIVEIRA NICOLAU

CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE PRESIDÁRIAS QUANTO AO USO
DO PRESERVATIVO MASCULINO E FEMININO

FORTALEZA
2010

ANA IZABEL OLIVEIRA NICOLAU

**CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE PRESIDÁRIAS QUANTO AO USO
DO PRESERVATIVO MASCULINO E FEMININO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Karina Bezerra Pinheiro

**FORTALEZA
2010**

Ficha catalográfica

N548c Nicolau, Ana Izabel Oliveira

Conhecimento, atitude e prática de presidiárias quanto ao uso do preservativo masculino e feminino/ Ana Izabel Oliveira Nicolau. – Fortaleza, 2010.

134 f.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Karina Bezerra Pinheiro
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Fortaleza, Ceará.

1. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde 2. Prisioneiros
3. Enfermagem 4. Preservativos 5. Saúde Sexual e Reprodutiva I.
Pinheiro, Ana Karina Bezerra (orient.) II. Título.

CDD: 362.1

ANA IZABEL OLIVEIRA NICOLAU

**CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE PRESIDÁRIAS QUANTO AO USO
DO PRESERVATIVO MASCULINO E FEMININO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Data da aprovação: 17/11/2010

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Ana Karina Bezerra Pinheiro (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará-UFC

Prof.^a Dr.^a Namie Okino Sawada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo- EERP/USP

Prof.^a Dr.^a Maria Adelane Alves Monteiro
Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA

Prof.^a Dr.^a Marli Teresinha Gimenez Galvão
Universidade Federal do Ceará-UFC

AOS MEUS PAIS,

José Nicolau Sobrinho (*in memoriam*) e Maria de Fátima de Oliveira pelo imensurável esforço e dedicação para o alcance da vitória de seus filhos.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por sua presença que me fortalece para conseguir vencer as adversidades da vida com mais serenidade.

Aos meus pais, Maria de Fátima de Oliveira e José Nicolau Sobrinho (*in memoriam*), meus referencias de vida e amor incondicional. Essa vitória é de vocês.

A minha irmã, Mariana Emília, que sempre me apoiou e tornou mais leve os desafios colocados na minha vida.

Ao meu amor, Leonardo Ponte, uma dádiva de Deus, pelas palavras de incentivo e ânimo para o alcance não mais dos meus objetivos, mas sim, dos nossos sonhos. Obrigada pela paciência e pela certeza de seu apoio quando eu mais preciso.

Aos meus familiares que sempre compartilharam a felicidade das minhas vitórias e me fizeram ser mais confiante.

À Prof.^a, amiga, irmã e orientadora Ana Karina Bezerra Pinheiro, por ter acompanhado desde os meus primeiros passos na graduação e ter me incentivado a sempre querer crescer naquilo que escolhemos para a nossa vida. Deus a colocou no meu caminho como mentora da vida profissional e humana.

À minha grande amiga e mestre Priscila Aquino, por sua amizade e companheirismo. Serei eternamente grata pelo seu incentivo e confiança.

Ao grupo PET-Enfermagem-UFC, em especial Samila, Paula Renata, Alana, Elizian, Rita, Diego, Raquel e Emanuele, por colaborarem diretamente na execução desta pesquisa. O nosso trabalho em equipe transformou situações e contextos difíceis em momentos prazerosos.

Às minhas companheiras de luta, Emanuella Joventino, Lydia Freitas e Camila Félix. Obrigada pela amizade e por se fazerem presentes desde o marco inicial para a realização dessa conquista. Grandes desafios se tornavam pequenos com a presença de vocês.

Ao grupo Saúde Sexual e Reprodutiva, por ter contribuído durante toda evolução desta pesquisa.

Aos colegas de curso, pelos momentos de discussão, reflexão e estudo que nos fizeram crescer juntos em busca da excelência.

Aos membros da banca, pela disponibilidade e ricas contribuições para o aprimoramento da pesquisa.

Aos dirigentes do Núcleo de Saúde do Sistema Prisional do Estado do Ceará, Dr.º Alencar e Dr.ª Sônia, que abriram portas, me acolheram e me incentivaram a desenvolver pesquisas junto à população prisional.

Ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, que com seus ensinamentos e reflexões, me fizeram vislumbrar a grandeza dos novos paradigmas em saúde e a importância de incorporá-los nas práticas e pesquisas de Enfermagem.

A todos que contribuíram para a finalização desta pesquisa, muito obrigada!

“Não alcançamos a liberdade buscando a liberdade, mas sim a verdade.

A liberdade não é um fim, mas uma consequência.”

(Leon Tolstói)

RESUMO

Diante da maior vulnerabilidade à aquisição de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)/HIV por mulheres presidiárias decidiu-se desenvolver este estudo. Trata-se de uma pesquisa avaliativa do tipo Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) de mulheres internas na penitenciária feminina do Estado do Ceará, com os seguintes objetivos: avaliar o conhecimento, a atitude e a prática de presidiárias quanto ao uso do preservativo masculino e feminino como medida preventiva às DST/HIV; verificar o perfil sociodemográfico, sexual, reprodutivo e de hábitos de vida de presidiárias; investigar fatores de vulnerabilidade de presidiárias às DST/HIV; associar as variáveis preditoras com o conhecimento, a atitude e a prática do uso do preservativo masculino e feminino por presidiárias; comparar o conhecimento e a atitude com a prática do uso do preservativo masculino e feminino por presidiárias. Pesquisa transversal, de abordagem quantitativa, envolveu uma amostra de 155 presidiárias. A coleta de dados foi realizada de janeiro a março de 2010. O instrumento de coleta contemplou dados de caracterização sociodemográfica, sexual, reprodutiva e de hábitos de vida. Em seguida, foi aplicado o Inquérito CAP em relação a preservativos, adaptado da investigação de Brenna et al.(2001). Os dados foram compilados, armazenados e associados ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0. O teste Qui-quadrado de Pearson foi aplicado. Os resultados indicaram uma maioria de jovens brasileiras, solteiras, com baixa escolaridade e renda familiar mensal, reclusas por tráfico de drogas. Pela história sexual evidenciou-se coitarca precoce, estabilidade e pouca variedade de parceiros sexuais. Usar drogas, ser presidiário ou presidiária e possuir tatuagens/*piercings* representaram as principais características das parcerias. A homo/bissexualidade e a prostituição estiveram presentes em aproximadamente 35% das mulheres pesquisadas. As DST que se manifestaram antes ou após a prisão apresentaram baixas porcentagens: 13,5% e 5,8%, respectivamente. A 15% foi concedido o direito à visita íntima. Hábitos tabagistas, etilistas e uso de drogas ilícitas se apresentaram em mais de 60% das mulheres. O conhecimento sobre os preservativos mostrou-se superficial. Embora tivessem ouvido falar e/ou soubessem corretamente as finalidades do uso, 120 (77,4%) não souberam citar três cuidados necessários para a utilização adequada do preservativo masculino, e 143 (92,3%), do feminino. Foram diagnosticadas atitudes menos favoráveis quanto ao uso do preservativo feminino durante o sexo oral. A prática adequada dos preservativos apresentou pouca representatividade, em especial do feminino. A homossexualidade, as questões de gênero, a falta de conhecimento e as dificuldades de acesso representaram obstáculos. A atitude apresentou associação significativa com as variáveis idade e idade da coitarca. O uso adequado dos preservativos e a história de prostituição se associaram estatisticamente. Os componentes do CAP não resguardaram associações estatísticas entre si. Portanto, conhecimentos e atitudes adequadas não foram suficientes para assegurar práticas adequadas. Possíveis elucidações se encontram na conjuntura de dificuldades na negociação do uso entre os parceiros, na restrição ao acesso e na “ilegalidade” em que ocorrem as relações homossexuais. O fortalecimento da autonomia dos sujeitos como essência do processo educativo, além de considerar os saberes e opiniões, deve congrega os contextos das vulnerabilidades ambientais, sociais, culturais e emocionais.

Palavras-Chave: Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Prisioneiros. Enfermagem. Preservativos. Saúde Sexual e Reprodutiva.

ABSTRACT

Given the greater vulnerability to acquisition of Sexually Transmitted Diseases (STD)/HIV by women prisoners, decided to develop the study. It is an evaluative study of type Knowledge, Attitude and Practice (KAP) held in a female prison in the state of Ceará, with the following objectives: Assess the knowledge, attitude and practice regarding the use of prisoners male and female condoms as a measure prevention of STD/HIV; Verify the sociodemographic, sexual, reproductive and lifestyle habits of prisoners; Investigate vulnerability factors in prisoners; Associate predictor variables with the knowledge, attitude and practice of male and female condoms by prisoners; Compare the knowledge and attitude to the practice of male and female condoms by prisoners. Search with quantitative approach, involving a sample of 155 prisoners. Data collection was conducted from January to March 2010. The instrument included data on sociodemographics, sexual, reproductive and lifestyle habits. Then we applied the KAP survey about condoms, adapted from research Brenna et al. (2001). The data were compiled, stored and associated in the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 17.0. The chi-square test was used as statistical tool. The sociodemographic profile pointed to a majority of young Brazilian, single, low education level and family income, trapped for drug trafficking. The history of sexual precocity revealed the occurrence of first sexual intercourse, stability and little variety of sexual partners. However, drug use, be male or female prisoner, and has tattoos/ piercings were the principal characteristics of the partnerships. The homo/ bisexuality and prostitution was attended by about 35%. STDs acquired before or after the arrest showed low percentages, 13.5% and 5.8% respectively. Only 15% were granted the right to conjugal visits. Smoking habits, alcoholism, and illicit drug use were presented in more than 60% of women. Knowledge about condoms proved to be superficial. Although they had heard of and/ or correctly knew the reasons for use, 120 (77.4%) couldn't report three necessary cares for the proper use of male condoms and 143 (92.3%) females. Were diagnosed less favorable attitudes about the use of female and during oral sex. The practice proper condom had little representation, particularly females. Homosexuality, gender issues, lack of knowledge and access difficulties represented obstacles. The attitude was significantly associated with the variables age and age of first sexual intercourse. The proper use of condoms and the history of prostitution were statistically associated. The components of the KAP didn't showed statistical associations between them. Therefore, knowledge and attitudes weren't adequate enough to ensure appropriate practices. Possible clarifications are in the context of difficulties in negotiating the use of the partners, restricting access and the "illegality" that occur in homosexual relations. Strengthening the autonomy of individuals, as the essence of the educational process, and consider the knowledge and opinions, should bring together the contexts of environmental vulnerability, social, cultural and emotional.

Keywords: Health knowledge, attitudes, practice. Prisoners. Nursing. Condoms. Sexual and Reproductive Health.

LISTA DE TABELAS

1.	Dados sociodemográficos de presidiárias reclusas no Ceará. Aquiraz, Ceará, 2010.....	53
2.	Dados laborais e motivos do ingresso na prisão de presidiárias reclusas no Ceará. Aquiraz, Ceará, 2010	57
3.	História sexual de presidiárias reclusas no Ceará. Aquiraz, Ceará, 2010	61
4.	Saúde sexual de presidiárias reclusas no Ceará. Aquiraz, Ceará, 2010	66
5.	Consumo de drogas e uso de tatuagens/piercings por presidiárias reclusas no Ceará. Aquiraz, Ceará, 2010	70
6.	Distribuição dos cuidados mencionados para o uso adequado do preservativo masculino por presidiárias reclusas no Ceará. Aquiraz, Ceará, 2010	83
7.	Distribuição dos cuidados mencionados para o uso adequado do preservativo feminino por presidiárias reclusas no Ceará. Aquiraz, Ceará, 2010	85
8.	Distribuição dos motivos da não utilização dos preservativos por presidiárias reclusas no Ceará. Aquiraz, Ceará, 2010.....	93
9.	Associação de variáveis sociodemográficas de presidiárias reclusas no Ceará com a adequabilidade do CAP dos preservativos masculinos e femininos. Aquiraz, Ceará, 2010.....	95
10.	Associação de variáveis sexuais de presidiárias reclusas no Ceará com a adequabilidade do CAP dos preservativos masculinos e femininos. Aquiraz, Ceará, 2010.....	99
11.	Associação do uso de álcool e drogas ilícitas por presidiárias reclusas no Ceará com a adequabilidade do CAP dos preservativos masculinos e femininos. Aquiraz, Ceará, 2010.....	104
12.	Associação entre a adequabilidade do conhecimento, atitude e prática dos preservativos masculino e feminino de presidiárias reclusas no Ceará. Aquiraz, Ceará, 2010.....	105

LISTA DE GRÁFICOS

1.	Fontes de informação de presidiárias reclusas no Ceará sobre o uso do preservativo masculino. Aquiraz, Ceará, 2010	74
2.	Fontes de informação de presidiárias reclusas no Ceará sobre o uso do preservativo feminino. Aquiraz, Ceará, 2010	77
3.	Conhecimento sobre os motivos para a utilização dos preservativos por presidiárias reclusas no Ceará. Aquiraz, Ceará, 2010	79
4.	Distribuição do número de cuidados citados para o uso adequado dos preservativos por presidiárias reclusas no Ceará. Aquiraz, Ceará, 2010	82
5.	Atitude das presidiárias reclusas no Ceará quanto ao uso do preservativo masculino de acordo com a prática sexual. Aquiraz, Ceará, 2010	87
6.	Atitude das presidiárias reclusas no Ceará quanto ao uso do preservativo feminino de acordo com a prática sexual. Aquiraz, Ceará, 2010	88
7.	Frequência da utilização dos preservativos por presidiárias reclusas no Ceará. Aquiraz, Ceará, 2010	91

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADOLEC	Saúde do Adolescente
APROCE	Associação de Prostitutas do Ceará
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
CAP	Conhecimento, Atitude e Prática
CCU	Câncer de Colo Uterino
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CEPEn	Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem
DEPEN	Departamento Penitenciário Nacional
DP	Desvio Padrão
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HPV	Papiloma Vírus Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
INFOPEN	Sistema Integrado de Informação Penitenciária
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NIH	National Institutes of Health E.U.
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNSSP	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	20
2.1	Geral	20
2.2	Específicos	20
3	O FENÔMENO DA CRIMINALIDADE FEMININA	21
4	POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS À SAÚDE EM AMBIENTE PRISIONAL	26
5	REALIDADE DA SAÚDE SEXUAL FEMININA E USO DO PRESERVATIVO NOS CÁRCERES BRASILEIROS	33
6	O AMBIENTE PRISIONAL COMO DESAFIO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE	42
7	METODOLOGIA	47
7.1	Tipo de estudo	47
7.2	Descrição do local da pesquisa	48
7.3	População e amostra	49
7.4	Coleta de dados	49
7.5	Análise dos dados	51
7.6	Aspectos éticos e legais	52
8	RESULTADOS E DISCUSSÕES	53
8.1	Caracterização sociodemográfica das participantes do estudo	53
8.2	História sexual das participantes do estudo	60
8.3	Uso de drogas lícitas e ilícitas, tatuagens e piercings	70
8.4	Conhecimento sobre o uso dos preservativos masculino e feminino	72
8.5	Atitude sobre o uso dos preservativos masculino e feminino	86
8.6	Prática do uso dos preservativos masculino e feminino	90
8.7	Associações das variáveis preditoras com os componentes do inquérito CAP ..	94
8.8	Associação entre os componentes do CAP	105
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
	REFERÊNCIAS	110
	APÊNDICES	126
	ANEXOS	131

1 INTRODUÇÃO

A violência, como produto da construção social, tem levado ao aumento da criminalidade nos pequenos e grandes centros do mundo. Esse panorama configura um sério problema de saúde pública, uma vez que suas consequências atingem a todos os indivíduos sem distinção de etnia, classe ou religião.

O ser humano que infringe as normas sociais, promovendo desrespeito e prejuízos à vida de terceiros, comete um delito que é sancionado na forma de pena. Segundo a Lei de Execução Penal (Lei nº 7.210/84), o sistema penitenciário objetiva cumprir as disposições de sentença e proporcionar meios para integrar o presidiário à sociedade. Porém, na realidade prisional brasileira os direitos humanos dos internos não são integralmente respeitados, tornando-se uma reprodução de práticas de séculos passados em que os aprisionados devem sofrer, uma vez que transgrediram a lei (FOUCAULT, 2000).

O sexo masculino, historicamente, é mais associado à criminalidade e preponderante entre os reclusos do Brasil. De acordo com dados de Brasil (2008a), a participação da mulher no cenário prisional brasileiro equivale a apenas 5,31%. No entanto, sua natureza tende a sofrer com mais intensidade a situação carcerária, sendo mais vulnerável à aquisição de agravos à saúde do ponto de vista físico e psicológico (VIAFORE, 2005; STRAZZA *et al.*, 2007).

A representação epidemiológica da figura feminina criminoso tende a ser de uma mulher jovem, de nível socioeconômico e educacional baixo, desempregada, prostituta, solteira ou separada, procedente de centros urbanos e com deficiência de acesso aos serviços de saúde, tendo sido presa, em sua maioria, devido ao tráfico de drogas, seja como usuária ou traficante (VIAFORE, 2005; MACHADO *et al.*, 2005; MIRANDA; MERÇON-DE-VARGASA; VIANA, 2004; CARVALHO *et al.*, 2006). Tal perfil, associado à maior liberdade sexual e aos determinantes que levaram à concentração das pessoas de baixa renda nas periferias urbanas – onde as condições de saúde, quase sempre, são precárias - tem elevado novos casos de doenças nesse estrato populacional (De GROOT, 2000).

Entretanto, existem poucas pesquisas publicadas relacionadas aos problemas de saúde da mulher e suas formas de prevenção em prisões brasileiras, mais especificamente sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) (MAESTRI; TAGLIARI; PRADA, 2007). Esta realidade foi ratificada por meio de um levantamento dos estudos que investigaram essa parcela feminina brasileira sob o âmbito da aquisição das doenças

infecciosas supracitadas, comportamentos de risco e adoção de medidas preventivas. A busca foi realizada nos bancos de dados pertencentes à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com o uso dos descritores “prisões” e “prisioneiros” e posterior seleção com enfoque na saúde sexual feminina. Foram encontradas 23 pesquisas na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), cinco na Saúde do Adolescente (ADOLEC) e apenas um estudo na Base de Dados de Enfermagem (BDENF), apontando um grande distanciamento entre a atuação dos profissionais de saúde, especialmente dos enfermeiros, e a vulnerável situação feminina nas instituições carcerárias.

O ambiente prisional oferece altos riscos, pois a heterogeneidade dos indivíduos confinados proporciona maior exposição aos riscos físicos e psicológicos e à transmissão de doenças infecciosas que tanto podem ser trazidas pelo preso quanto podem ser adquiridas dentro da prisão (ALTICE *et al.*, 2005). Populações carcerárias, em qualquer parte do mundo, tendem a necessitar mais de assistência à saúde do que o contingente populacional como um todo (DORFEY *et al.*, 2008).

Essa realidade torna ainda mais desafiadora a busca pela promoção da saúde da população privada de liberdade. Imbuída do princípio de que a saúde depende da qualidade de vida, a política nacional de promoção da saúde afirma que ações públicas devem ir além da ideia de cura e reabilitação. É preciso privilegiar medidas preventivas e de promoção, transformando os fatores que colocam a coletividade em situação de iniquidade e vulnerabilidade. Para isso, é fundamental a iniciativa do Ministério da Saúde, em conjunto com os gestores estaduais e municipais, na articulação de políticas e programas de outros ministérios, autarquias e demais instituições públicas e privadas (BRASIL, 2009d).

Sabedores dessa situação o Ministério da Saúde, juntamente com o Ministério da Justiça, lançou, em 2003, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), o qual possui como objetivo organizar o acesso dos recolhidos nas unidades masculinas, femininas e psiquiátricas às ações e aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) de forma integral. Serviços de atenção básica devem ser organizados na própria unidade prisional, por meio da assistência prestada por equipes multidisciplinares (enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, odontólogos, psicólogos e assistentes sociais) e referenciando os demais níveis. O PNSSP tem como alicerce os princípios do SUS, especialmente a universalidade, a equidade e a intersetorialidade. É preciso compreender que o SUS é para todos, inclusive para populações vulneráveis, devendo operar em conjunto com outros setores (BRASIL, 2005b).

Apesar dessa importante iniciativa, estudos desenvolvidos no Brasil identificaram maior prevalência de DST/HIV e comportamentos de risco em pessoas encarceradas do que na população em geral (LOPES *et al.*, 2001; STRAZZA *et al.*, 2005, 2007; MCCLELLAND *et al.*, 2002). Dentre os principais fatores de risco que favorecem a disseminação desses agravos entre mulheres detentas estão a promiscuidade e o abuso sexual, atividades bi/homossexuais, superlotação de celas, uso de drogas, tatuagens e *body piercing*, baixo uso de preservativos no intercuro sexual, prostituição e história de DST (RAHBAR; ROOHOLAMINI; KHOSHNOOD, 2004; SOUSA *et al.*, 2005; STRAZZA *et al.*, 2007). No Brasil, a via sexual ainda é a principal rota de transmissão do HIV entre pessoas privadas de liberdade (STRAZZA *et al.*, 2005).

As condições de confinamento, a invisibilidade desse segmento populacional, a precariedade das instalações físicas, a violência, a violação de direitos humanos, a superlotação das unidades prisionais, a dificuldade de acesso a informações e aos insumos de prevenção (preservativos), a assistência inadequada e a falta de perspectivas são fatores que aumentam a vulnerabilidade dessas pessoas às DST/ HIV/aids (BRASIL, 2009b).

Aliadas a esses fatores, as características biológicas inerentes à mulher as tornam especialmente suscetíveis às DST/HIV, sendo um fato a maior vulnerabilidade por parte das presidiárias quando comparadas a homens presos (STRAZZA *et al.*, 2007).

Tratar de vulnerabilidade envolve um conceito amplo e complexo. Implica considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento e a outros agravos sociais como resultante de um conjunto de aspectos individuais, coletivos e programáticos. Nesse sentido, o conceito de vulnerabilidade não “culpabiliza a pessoa”, mas considera-a em seu contexto de vida social e histórico (BRASIL, 2009c).

A vulnerabilidade é influenciada por fatores pessoais, relacionados à qualidade e cobertura dos serviços/programas de saúde e sociais. Fatores pessoais incluem, por exemplo, o conhecimento e a capacidade de usar esse conhecimento para se proteger de infecções e outros. Fatores sociais, como gênero e os desequilíbrios de poder, a identidade sexual, o status econômico e a exclusão social também afetam diretamente a vulnerabilidade do indivíduo (WHO, 2006).

A reunião de todos os aspectos mencionados e a combinação entre desigualdade de gênero, estigma e discriminação aumentam a vulnerabilidade das mulheres privadas de liberdade às DST/HIV. Ademais, a maioria das mulheres que se encontra na prisão é proveniente de grupos socialmente marginalizados e apresenta maior probabilidade de ter se envolvido com o trabalho sexual e/ou o uso de drogas de forma não segura. Muitas também já

foram vítimas de violência de gênero ou têm histórico de comportamento sexual sem proteção. Todos esses fatores tornam as mulheres vulneráveis no sistema penitenciário (UNAIDS, 2009).

Confirmando esta assertiva, estudo realizado com 2.039 presos do Estado do Rio de Janeiro demonstrou que as mulheres presas apresentam 3,8 vezes mais história de infecções adquiridas na prisão do que entre os homens presos (CARVALHO *et al.*, 2006). Segundo informações da Secretaria de Administração Penitenciária do Estado de São Paulo contidas no Relatório de Gestão da Área Técnica de Saúde da Mulher (2003 - 2006), 76,1% das presidiárias possuem algum problema sexual, e o dobro da soropositividade para o HIV (6,3%) se comparada à de homens na mesma situação (BRASIL, 2007).

No Brasil, a atividade sexual desprotegida é considerada o fator de risco mais significativo para a transmissão das DST/HIV nas prisões, o que torna o uso do preservativo nas relações sexuais algo imprescindível na prevenção das DST/HIV no sistema carcerário (WHO, 2007; DORFEY *et al.*, 2008). Apesar de a mulher presidiária ter adquirido o direito à visita íntima desde 1999 (Resolução nº 01, de 30 de março de 1999), a não-adoção do preservativo como medida preventiva ainda é uma constante em suas vidas sexuais, seja por ocasião da visita íntima, seja nas relações ocorridas dentro das celas de forma não legalizada (BRASIL, 1999).

O contexto de pouca utilização do preservativo nas prisões brasileiras é preocupante. Pesquisas realizadas no Brasil com presidiárias apontaram que o preservativo é raramente utilizado tanto como método contraceptivo quanto para evitar DST/HIV, e quando utilizado é de maneira esporádica (DORFEY *et al.*, 2008; STRAZZA *et al.*, 2007; MIRANDA; MERÇON-DE-VARGASA; VIANA, 2004).

A população-alvo do estudo de Dorfey *et al.* (2008) foi composta por mulheres detidas em uma delegacia pública de uma cidade do oeste baiano. Quando investigado o uso do preservativo concluiu-se que na maior parte das vezes o preservativo não é usado ou é utilizado esporadicamente. Os principais motivos relatados foram a falta do preservativo no momento do ato sexual e a difícil concordância do parceiro para usá-la. Ademais, concluiu-se com o estudo que, apesar da consciência que algumas detentas possuíam sobre a vulnerabilidade e os riscos que permeiam o ambiente penitenciário, seus comportamentos quanto ao uso do preservativo contradizem com tal percepção (DORFEY *et al.*, 2008).

Strazza (2007) teve como objetivo estudar aspectos relacionados ao comportamento sexual associados ao risco de transmissão do HIV e da hepatite C em 290 detentas de uma penitenciária de São Paulo, no Brasil. Dentre os resultados destaca-se que o

não uso do preservativo no último ano, no relacionamento sexual com homens, foi referido por 60% (95) das detentas, sendo que as outras referiram uso irregular. Nenhuma referiu uso de forma regular ou de ter usado no sexo com mulheres.

Miranda, Merçon-de-Vargasa e Viana (2004) estudaram 121 mulheres presidiárias da penitenciária feminina do Estado do Espírito Santo a fim de identificar o perfil sociodemográfico e as condições de saúde dessas mulheres. Ao investigar a adesão ao uso do preservativo, identificaram que 78,5% das mulheres nunca ou raramente o usaram, tanto como método contraceptivo quanto para prevenção de DST/HIV. Dentre as que relataram o uso frequente, somente seis delas (23,0%) referiram se sentir responsáveis pela decisão de usar ou não o preservativo. Entre as restantes tal decisão ficava a cargo dos parceiros sexuais ou das circunstâncias em que ocorria o contato sexual.

Destarte, é indispensável maior atenção à promoção da saúde da mulher presidiária, não somente pelos maiores riscos presentes na atmosfera prisional, mas, também, pela carência de ações preventivas oferecidas pelo sistema de saúde carcerário. A partir da reflexão do papel da enfermagem em disseminar sua atuação às populações vulneráveis e estigmatizadas, surgiu o interesse em desenvolver este projeto junto a mulheres que cumprem pena em regime fechado.

A população encarcerada, estando confinada e acessível, deveria representar uma parcela de maior abordagem pelos profissionais de saúde, particularmente o enfermeiro, no direcionamento de ações programáticas de prevenção das DST/HIV fundamentadas pelas peculiaridades vivenciadas no sistema prisional. Neste sentido, a reclusão pode configurar um momento oportuno para implementar estratégias de vida saudável e assistência adequada, principalmente pelo fato de muitas dessas mulheres nunca terem se dirigido a um serviço de saúde anteriormente ao cárcere, como afirma Miranda (2004), e o resgate em suas comunidades de origem ser mais difícil para a equipe de saúde.

As evidências das escassas pesquisas brasileiras sobre o comportamento sexual desse grupo explicam a importância de estratégias de controle das DST/HIV, considerando suas particularidades, conhecimentos e opiniões na negociação e no uso de preservativos masculinos e femininos pelas detentas e suas parceiras.

A complexidade de definir conhecimentos, atitudes e práticas de presidiárias em relação ao uso de preservativos se relaciona ao conceito de promoção da saúde como capacitação e inclusão do indivíduo no processo de melhoria da qualidade de vida. O desenvolvimento de habilidades pessoais consiste em uma estratégia de promoção da saúde,

sendo obtida por meio de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais (BRASIL, 2001).

Perante a influência do conhecimento e da percepção da importância de adotar medidas preventivas em saúde (atitude), na transformação e desenvolvimento de habilidades pessoais para a conquista da promoção da saúde, compreende-se a relevância de responder: quais são o conhecimento, a atitude e a prática de presidiárias quanto ao uso do preservativo masculino e feminino como medida preventiva às DST/HIV?

A investigação dos três componentes mencionados indicará a conjuntura diagnóstica sobre o que as presidiárias sabem, pensam e praticam frente ao uso dos preservativos. Tal avaliação fornecerá subsídios para o desenvolvimento de futuras políticas e estratégias educativas que venham a facilitar a abordagem às DST/HIV de forma diferenciada e congruente com as singularidades do grupo em questão. Ademais, acredita-se que a aplicabilidade do estudo contribuirá para o fortalecimento da assistência de enfermagem a essa clientela vulnerável tão necessitada de um cuidado mais próximo, o que torna a atuação do enfermeiro cada vez mais universal e holística.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Avaliar o conhecimento, a atitude e a prática de presidiárias quanto ao uso do preservativo masculino e feminino como medida preventiva às DST/HIV.

2.2 Específicos

- Verificar o perfil sociodemográfico, sexual, reprodutivo e de hábitos de vida de presidiárias;
- Investigar fatores de vulnerabilidade de presidiárias às DST/HIV;
- Associar as variáveis preditoras com o conhecimento, a atitude e a prática do uso do preservativo masculino e feminino por presidiárias;
- Comparar o conhecimento e atitude com a prática do uso do preservativo masculino e feminino por presidiárias.

3 O FENÔMENO DA CRIMINALIDADE FEMININA

Os primeiros sinais da criminalidade feminina surgiram por volta do século XI. As primeiras mulheres infratoras mantinham atividades relacionadas com a bruxaria e com a prostituição, ou seja, o oposto do papel pré-determinado à mulher ideal, mãe de família, esposa submissa (BULIONE, 1998).

Historicamente, as ideias de crime e criminoso são antropocêntricas, isto é, a construção dos conceitos e postulados teóricos deita alicerces numa ideologia masculinizada que leva em conta uma visão masculina do mundo. Não é por acaso que a criminalidade feminina nunca mereceu senão notas de rodapé nas obras criminológicas e jurídicas (OLIVEIRA, 2007).

Ampliando a dificuldade de tratar essa temática, os dados sobre a transgressão feminina e a saúde na prisão são escassos e pouco reveladores da real dimensão desse fenômeno social, além dos aspectos envolvidos no comportamento criminoso feminino (FRINHANI; SOUZA, 2005; LIMA, 2005). Essa escassez de estudos que tratam sobre a mulher enquanto prisioneira também foi evidenciada nas produções da área de enfermagem.

Para ratificar esta afirmação foi realizada uma busca nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na Base de Dados de Enfermagem (BDENF), na Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), bem como nas teses e dissertações do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEEn). Para a realização da busca foram empregados os descritores “prisões” e “enfermagem” de maneira associada e “prisoneiros” e “enfermagem” do mesmo modo. Pela escassez de estudos não foram delimitados recortes temporais. Os resultados apontaram apenas três estudos na LILACS, dois na BDENF e seis no CEPEEn, todos na língua portuguesa. Na base MEDLINE foram encontrados 20 produções em inglês desenvolvidas por enfermeiros com a população feminina presidiária.

Por muito tempo o estudo da mulher delinquente não foi tão explorado, pois se partia do princípio de que as informações se associavam aos dados da criminalidade masculina e, dessa forma, não recebiam um tratamento distinto (SALMASSO, 2004). Este fato, segundo Buglione (1998), identifica o não-olhar ao “eu” feminino nas políticas do sistema prisional, as quais reproduzem o modelo masculino, sem se deter na diferença e na extensão que o cárcere gera.

Tratar a temática criminalidade feminina desde tempos remotos implica lidar com o rompimento normativo que é atribuído ao gênero e à identidade. A banalização da violência, a desestruturação familiar, a falta de acesso à educação e aos recursos básicos de sobrevivência, as altas taxas de desemprego, o subemprego, bem como a desestruturação das relações interpessoais e os motivos passionais são alguns fatores que podem ser considerados indutores do ingresso de mulheres no mundo do crime e, conseqüentemente, nas prisões (PRIORI, 2009).

Delitos cometidos por mulheres sempre existiram, mas acreditava-se que o potencial criminoso das mulheres fosse menor que dos homens, já que se relacionava somente a fatores biológicos (PRIORI, 2009). Por muito tempo as explicações sobre a mulher criminosa centraram-se na diferença das características físicas e psicológicas entre homens e mulheres, e pouca atenção foi dada aos fatores socioestruturais (SILVA, 1998).

Esses fatores sociais atualmente são entendidos e costumeiramente são associados à criminalidade urbana (OLIVEIRA, 2007). A população de mulheres encarceradas aumenta na medida em que as disparidades sociais, econômicas e estruturais diminuem entre os sexos e aumentam entre as classes (SILVA, 1998).

Oliveira (1984) propõe uma classificação à ênfase dada às pesquisas realizadas sobre a temática da mulher no crime, realizadas nos três últimos séculos, dividindo em cinco períodos. No primeiro, situado no final do século XIX, os estudos concentravam-se no aspecto ético-moral, classificando a mulher delinquente como “corrupta”, “diabólica” e “vagabunda”. O segundo período, início do século XX, partia dos pressupostos dos aspectos psicológicos e fisiológicos do crime. O terceiro período, compreendido nos anos 30, começou a sofrer influência do movimento feminista crescente, que trouxe a discussão de que a mulher estava sendo punida “por preconceitos morais, e não por atos criminais”. No quarto período, anos 40 e 50, preocupou-se com as estatísticas comparativas do crime, ou seja, em explicar as diferenças e variações da criminalidade feminina e masculina. Referentes ao quinto período, observado a partir dos anos 60, encontram-se os estudos focalizando o crime segundo a posição social da mulher e sua vida na prisão.

Essa diferenciação no enfoque atribuído à mulher transgressora é compreensível na medida em que a figura feminina tem ganhado mais visibilidade em todas as áreas da sociedade, inclusive na criminalidade, em que ela assume a prática de crimes que, até então, eram observados apenas na delinquência masculina (COSTA, 2003). Segundo Musumeci (2001), no início do século XX acreditava-se que as mulheres cometiam menos crimes que os homens por estarem confinadas ao espaço doméstico. Mas, apesar do inegável crescimento da

população reclusa feminina, as mulheres ainda possuem baixa participação nas estatísticas criminais e prisionais.

Segundo Brasil (2009a), no Estado do Ceará, até julho de 2008, a população era de 8.450.527. Até junho de 2009 a população encarcerada total era de 14.364, somando 169,98 a cada 100.000 habitantes. Do total de presos, 514 são do sexo feminino, sendo 276 presas provisoriamente, 123 em regime fechado, 88 em semiaberto, e 27 em regime aberto.

Além desses dados, o Sistema Integrado de Informação Penitenciária (Infopen), do Ministério da Justiça, demonstrou que em âmbito nacional, nos últimos cinco anos, o número de mulheres encarceradas subiu de 3%, em 2002, para 6%, em 2007 (BRASIL, 2009b). A mulher no sistema prisional representa um perfil ainda novo dentro da realidade carcerária, ocupando o percentual aproximado de 5% da massa carcerária brasileira (MISCIASCI, 2009a).

Na visão de Espinoza (2004), houve mudanças na conduta delitiva das mulheres. Os crimes cometidos por elas não mais se encaixam nos denominados delitos femininos – infanticídio, aborto, homicídio passional – ocorrendo um aumento nos índices de condenação por crimes de tráfico de entorpecentes, roubos, sequestros e homicídios. Portanto, a conduta delitiva das mulheres adquiriu uma conotação desvinculada do gênero para se alinhar à chamada “criminalidade de pobreza”.

Essa mudança observada na criminalidade feminina é, sobretudo, qualitativa, e não somente quantitativa. O eixo central dessa mudança se sustenta no recorrente envolvimento da mulher no tráfico ilícito de entorpecentes (OLIVEIRA, 2007).

Na maioria das vezes, como mães e companheiras, elas passam a fazer parte das redes para obter rendimentos imediatos e garantir a sobrevivência. Tornam-se vítimas da violência sexual, em todas as idades, inferiorizadas e abusadas na guerra de quadrilhas, na exploração sexual, no tráfico de meninas e na prostituição (CEDAW, 2003). A falta de perspectiva, a desestruturação familiar, o contexto imbuído de violência e a banalização do uso de drogas e atos delituosos influenciam o ingresso da mulher no mundo da criminalidade.

O envolvimento com o crime, seguido de dificuldades financeiras, falta de emprego e o atrativo pelo dito fácil dinheiro da droga, frequentemente está relacionado à influência de terceiros, quase sempre homens com quem têm fortes vínculos afetivos (maridos, companheiros, namorados, filhos) (LIMA, 2006). Oliveira (2007) afirma que o envolvimento de mulheres no tráfico ilícito de entorpecentes decorre geralmente de ligações amorosas com traficantes. As mulheres são encontradas em posições subalternas nos

esquemas de tráfico, como “avião” e “mula”, o que facilita sua prisão pela polícia e, em consequência, sua inserção no sistema de justiça criminal.

Nesse contexto, é fundamental distinguir a mulher viciada da traficante, ao ponto de evitar uma reincidência contínua, já que uma dependente química não tratada poderá retornar ao cárcere, geralmente não pelo uso de entorpecentes, mas pela prática de outros crimes que possam lhe assegurar meios de manter o vício, como o furto e o próprio tráfico.

Neste ponto destaca-se a mulher do preso, comumente envolvida com o uso de entorpecentes de seu companheiro, que acaba se transformando em detenta. Não são poucos os casos de mulheres que são presas em virtude de flagrantes feitos durante a visita aos companheiros nos presídios, por estarem fornecendo drogas ao parceiro (SILVA, 1998).

Percebe-se a detenção da mulher como consequência de uma história marcada pela violência. A prisão, muitas vezes, constitui mais um elo sequencial de múltiplas violências na trajetória de uma parte da população feminina.

As violências físicas e psíquicas comumente integram o cotidiano da mulher brasileira, dentro ou fora das prisões (MISCIASCI, 2009b). São comuns histórias de mulheres prisioneiras que vivenciaram a vitimização incluindo abuso infantil, negligência e violência doméstica, havendo ligação dessas agressões com o ingresso na prisão (WHO, 2009).

A mulher encarcerada sofre uma situação de exclusão social não apenas a partir do ingresso na penitenciária. Quando cometeram atos ilícitos pelos quais foram condenadas já experimentavam situações adversas. O perfil social da mulher criminosa tende a ser de uma mulher jovem, com baixo nível socioeconômico, educacional e de emprego, ou desempregada, solteira ou separada, procedente de centros urbanos (VIAFORE, 2005).

A principal diferença entre o perfil social criminoso do sexo feminino e o sexo masculino é a maior presença de crianças dependentes das mulheres (GUILHERMANO, 2000). Na estruturação do sistema prisional brasileiro não houve preocupação com a mulher criminosa nem com a família (VIAFORE, 2005).

As situações de distanciamento afetivo vividas pelas detentas nos presídios brasileiros acarretam pressão e perda de contato com os laços familiares e as amizades, com efeito adverso sobre o bem-estar psicológico das detentas, prejudicando, inclusive, uma futura readaptação ao convívio em sociedade (ARAÚJO; JONAS; PFRIMER, 2007).

Com a condenação as mães são compulsoriamente afastadas da família, deixando para trás a casa, o companheiro e os filhos, levando consigo uma grande angústia permeada pela dúvida quanto ao futuro dos filhos, além do sentimento de culpa. Há aquelas que

deixaram seus filhos no mundo extramuros, as que já chegaram grávidas no presídio e as que conceberam e deram à luz no cárcere (COSTA, 2003).

Além das questões inerentes à mulher presidiária, a sociedade olha diferente o “ser presidiária” do “ser presidiário”, de modo que é mais aceitável um homem preso do que uma mulher presa. Tal fato é revelado pelo maior índice de abandono das mulheres por parte de seus familiares, bem como de seus companheiros. A mulher, ao contrário do homem, é frequentemente abandonada pelo companheiro, sendo 17,9% as que costumam ser visitadas por eles, enquanto 65,2% dos homens recebem visitas de suas companheiras (BRASIL, 2007).

Embora as mulheres tenham os mesmos direitos que os homens, as prisões foram projetadas principalmente para a parcela masculina. Assim, muitas instituições penais não têm instalações adequadas para proteger os direitos das mulheres ou para promover a sua saúde (WHO, 2009). O sistema prisional brasileiro não está preparado para considerar as questões de gênero a fim de oferecer uma abordagem diferenciada e condizente com as reais necessidades.

4 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS À SAÚDE EM AMBIENTE PRISIONAL

Sob a lógica da saúde como direito de todos e dever do Estado, o SUS, criado pela Constituição de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e n.º 8.142/90, propõe, dentre suas finalidades, transformar a situação de iniquidade na assistência à saúde, tornando-se um importante mecanismo de promoção da universalidade no atendimento das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2002c).

Contrapondo essa visão de saúde, a realidade do sistema carcerário revela uma série de vulnerabilidades à saúde mental e física dos reclusos, a exemplo da superlotação, das precárias condições de higiene, da falta de controle da qualidade dos alimentos fornecidos, das relações violentas de poder, da falta de atividades laborais e físicas, do uso de drogas, entre outros.

A tais fatores adiciona-se a precariedade da atenção à saúde dessa população, além do fato de as ações de promoção, prevenção e assistência serem precárias e heterogêneas entre as unidades federadas, variando desde a ausência absoluta até a existência de serviços próprios (LIMA, 2005). Esse contexto traz como consequência a maior prevalência de doenças nessa população específica do que na população geral (WHO, 2009).

A vida sob cárcere possui características singulares. Os prisioneiros necessitam de atenção especial à saúde, visto que possuem maior risco no processo de adoecimento. Problemas de saúde podem aflorar ou até mesmo apresentar uma evolução mais rápida influenciados pelas condições de vida a que as pessoas são submetidas (LIMA, 2005). Destarte, é premente que a saúde como direito humano fundamental seja incluída na realidade prisional de pessoas detidas sob custódia do Estado.

É preciso reforçar a premissa de que as pessoas presas, qualquer que seja a natureza de sua transgressão, mantêm todos os direitos fundamentais comuns a todas as pessoas, principalmente o direito de gozar de saúde física e mental (BRASIL, 2005b).

A perda de liberdade constitui a pena, mas não a privação de direitos humanos fundamentais. Os Estados têm, portanto, o compromisso de adotar leis, políticas e programas consoantes com as normas internacionais de direitos humanos e assegurar que as pessoas privadas de liberdade recebam uma atenção à saúde condizente com a que está disponível aos demais integrantes da comunidade (WHO, 2005).

É preciso implementar políticas intersetoriais integradas que possam trazer um arcabouço que institua tais ações no sistema penitenciário, tendo como referência os direitos

da pessoa humana e o cumprimento do preceito constitucional no Brasil. A ausência de políticas de saúde específicas para a população prisional tem fortalecido a carência e a gravidade de problemas de saúde que acometem essa população. A responsabilidade do sistema prisional por caminhar sozinho é considerada uma limitação que reforça a importância dos setores da saúde e de educação como braços de assistência da população prisional (BRASIL, 2009b).

A população que vive em ambientes prisionais continua fazendo parte da sociedade mais ampla. As questões relacionadas à saúde dentro e fora de ambientes prisionais estão interligadas e, portanto, demandam ação coordenada (WHO, 2005). Porém, muitas vezes se observa o uso de mecanismos não oficiais, não institucionais, para dar atenção à saúde dos confinados, sem uma vinculação com as políticas públicas (BRASIL, 2009b).

Na realidade há uma “não padronização” das ações oferecidas às populações privadas de liberdade, o que promove, muitas vezes, uma relação de dependência da “bondade” de quem tem o poder para instituir as políticas existentes direcionadas a essa parcela populacional.

A necessidade de implementação de políticas públicas que atentem para a promoção da saúde e dos direitos humanos das pessoas privadas de liberdade aponta para a importância da reorientação do modelo assistencial (ARAÚJO; JONAS; PFRIMER, 2007). A atenção à saúde do sistema carcerário deve atender aos princípios de integralidade, equidade e universalidade do SUS (LIMA, 2005).

Reconhecendo sua responsabilidade frente a essa necessidade, somente em 2003 o Ministério da Saúde, em ação integrada com o Ministério da Justiça, elaborou o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) desenvolvido dentro de uma lógica de atenção à saúde fundamentada nos princípios do SUS. A consolidação do PNSSP representa um avanço para o País, na medida em que, pela primeira vez a população confinada nas unidades prisionais é objeto de uma política de saúde específica que possibilita o acesso a ações e serviços de saúde que visam a reduzir os agravos e danos provocados pelas atuais condições de confinamento em que se encontram, além de representar sua inclusão no SUS (BRASIL, 2005b).

O PNSSP tem como objetivo organizar o acesso dos recolhidos nas unidades masculinas, femininas e psiquiátricas às ações e serviços do SUS de forma integral, organizando na própria unidade prisional estratégias e serviços de atenção básica por meio da assistência por equipes interdisciplinares e referenciando os demais níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2005b).

O PNSSP é baseado nos princípios dos SUS, na atuação em parceria com o Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) e no Ministério da Justiça, além da adesão voluntária dos estados da federação e dos municípios de estados qualificados ao PNSSP. Aposta na composição entre a visão da saúde e da segurança, contando com o trabalho das equipes mínimas da atenção básica, acrescidas de odontólogos, psicólogos e assistentes sociais (BRASIL, 2005b).

Dentre suas ações propostas destacam-se: controle da tuberculose, da hipertensão arterial sistêmica e da diabetes, dermatologia sanitária (hanseníase), saúde da mulher (realização de consultas pré-natal, controle do Câncer de Colo Uterino (CCU) e de mama), terapias em grupo executadas por profissional de nível superior, diagnóstico, aconselhamento e tratamento em DST/HIV/aids e promoção da saúde bucal.

Para a realização do PNSSP considerou-se o fato de que as mulheres na prisão têm mais problemas de saúde, especialmente as DST/HIV, do que homens prisioneiros (WHO, 2009). A política de saúde no sistema penitenciário inclui as necessidades de saúde das mulheres em todas as fases de planejamento e execução.

O PNSSP, ao tratar desta temática, possui como metas a implementação das seguintes ações em 100% das unidades penitenciárias: detecção precoce do CCU e de mama; diagnóstico e tratamento das DST/HIV; assistência à anticoncepção e pré-natal de baixo e alto risco; imunização das gestantes; assistência ao puerpério; ações educativas sobre pré-natal, parto, puerpério, anticoncepção, prevenção das DST/HIV, controle do CCU e de mama; garantia do encaminhamento para tratamento das mulheres com CCU e de mama atendidas nas unidades penitenciárias e garantia do acesso das gestantes para o atendimento de intercorrências e parto.

Quanto às medidas para o controle das DST/HIV e hepatites, propõe como metas: 100% das pessoas presas na "porta de entrada" aconselhadas em DST/HIV/hepatites; exame a 100% da população na "porta de entrada"; diagnóstico do HIV em 100% de casos suspeitos, história de risco, manifestação clínica associada e presença de infecções oportunistas; tratamento do HIV em 100% dos casos diagnosticados; tratamento das DST segundo a abordagem sindrômica; distribuição de preservativos a 100% das pessoas presas e a 60% dos servidores prisionais, além de oferta de kit de redução de danos.

São notórias a importância dessa política e a riqueza das ações voltadas à promoção da saúde, prevenção e assistência em saúde dentro dos presídios. Sua implementação torna o encarceramento uma oportunidade não apenas de repressão e

sofrimento, mas também de resgate do direito à saúde dessa população marginalizada e estigmatizada pela sociedade em geral.

A urgência de atenção à saúde das mulheres privadas de liberdade também foi enfatizada em 2004, quando o Ministério da Saúde elaborou o documento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (PNAISM). Este possui o compromisso com a implementação de ações em saúde da mulher, garantindo seus direitos e reduzindo agravos preveníveis, enfocando, principalmente, a atenção obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro e o combate à violência doméstica e sexual (BRASIL, 2004).

Dentre os seus objetivos, destaca-se o de promover a atenção à saúde das mulheres em situação de prisão. Sua meta proposta é de ter 100% dos estados habilitados para a atenção integral à saúde das presidiárias a fim de ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde dessas mulheres. Ademais, pretende contribuir com a assessoria de políticas pela saúde do sistema penitenciário na construção de propostas para capacitação de profissionais de saúde na atenção à saúde das presidiárias, incluindo a prevenção e o controle das DST e da infecção pelo HIV, além de participar da definição de indicadores para o acompanhamento e redefinição da atenção à saúde das presidiárias (BRASIL, 2004).

É importante ressaltar, ainda, que todas as normas e práticas admitidas no Brasil estão de acordo com os protocolos internacionais, com a Constituição Brasileira e com a própria Lei de Execução Penal (ARAÚJO, 2006).

Em 2005, o Escritório Contra Drogas e Crimes das Nações Unidas lançou o documento intitulado “HIV/aids em Ambientes Prisionais: Prevenção, Atenção, Tratamento e Apoio - Marco Referencial para uma Resposta Nacional Eficaz” (WHO, 2005). Seu objetivo é fornecer um marco para o preparo de uma resposta nacional eficaz ao HIV/aids em ambientes prisionais em conformidade com os padrões internacionais de saúde e direitos humanos, com enfoque na saúde pública, nas boas práticas e no apoio à gestão de instituições de custódia.

O marco apresenta uma série de onze princípios gerais para a prevenção e atenção ao HIV/aids em ambientes prisionais, a saber: a boa saúde em ambientes prisionais é sinônimo de boa saúde pública; a boa saúde da população privada de liberdade pressupõe boa gestão do sistema prisional; respeito aos direitos humanos e ao direito internacional; adesão aos padrões e diretrizes de saúde internacionais; equivalência para atenção à saúde no sistema prisional; intervenções baseadas em evidência; abordagem holística da saúde; combate à vulnerabilidade, estigma e discriminação; cooperação e ação conjunta; monitoramento e controle de qualidade e redução da população privada de liberdade

A Organização Mundial de Saúde (OMS) também se incluiu nas ações de promoção da saúde da mulher presidiária. Desde 1995, a OMS tem se empenhado em reduzir os riscos de saúde nas prisões, visando, especialmente, à proteção e promoção da saúde nas prisões. Atualmente lançou o documento “Women’s health in prison: correcting gender inequity in prison health”, em que combinou as mais recentes investigação e análises de especialistas nas questões de saúde na prisão e integrou as diretrizes da declaração de Kiev na formulação das recomendações para a saúde das presidiárias. Em novembro de 2008, em Kiev, realizou-se uma conferência cujo principal produto foi a construção de um documento que lançou princípios e recomendações sobre saúde da mulher na prisão (WHO, 2009).

As principais recomendações baseadas da declaração de Kiev consistem na revisão das políticas atuais e serviços para atender à saúde da mulher presidiária, atentando para o fato de que a prisão da mulher deve ser o último recurso no caso de mulheres que tenham cometido crimes não violentos e que não representem risco para a sociedade, especialmente se estiverem grávidas ou possuírem crianças pequenas, reforçando que todas as políticas que envolvem a mulher no sistema penal devem reconhecer as necessidades específicas de gênero.

Além dessas importantes questões, os principais serviços citados na declaração de Kiev são: exaustiva triagem; um plano de cuidados, tratamento e desenvolvimento individualizado; serviços de cuidados de saúde primários fornecidos na prisão; cuidados de saúde especializados para atender as diferentes necessidades e preparação para a liberdade a fim de garantir a continuidade dos cuidados e o acesso à saúde e outros serviços após a libertação.

No Brasil, eventos de grande relevância têm sido realizados nos últimos anos com vistas à formulação e melhoria das políticas públicas voltadas à saúde da população privada de liberdade. Em maio de 2008, aconteceu em São Paulo a Consulta Regional para a América Latina e Caribe sobre HIV/aids no Sistema Penitenciário. O objetivo do evento foi estabelecer bases comuns para a definição de políticas penitenciárias integrais em cada país da América Latina e Caribe que permitam abordar a prevenção do HIV, ações de atenção e tratamento para aids e de apoio ao sistema penitenciário, a partir de um consenso em nível nacional e continental. Reuniram-se delegações de 20 países (Argentina, Brasil, Bolívia, Belize, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Equador, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Uruguai e Venezuela) constituídas por representantes da gestão penitenciária, da saúde e da sociedade civil.

Uma das recomendações formuladas pelos participantes dessa consulta foi que cada um dos 20 países participantes do encontro promovesse discussões nacionais, criando uma agenda da aids no sistema penitenciário. As recomendações foram relacionadas a temas como ampliação do acesso às ações de prevenção e ao preservativo nos presídios, tratamento de pessoas com HIV/aids, redução de danos, transmissão vertical, sexualidade, respeito aos direitos humanos, combate ao estigma e discriminação.

Seguindo tal recomendação, no ano seguinte Brasília sediou a Consulta Nacional sobre HIV/aids no Sistema Penitenciário. O objetivo principal da consulta foi fortalecer a política nacional relativa ao enfrentamento do HIV/aids e co-infecções, tuberculose e hepatites virais junto à população do sistema prisional no contexto do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Dentre os objetivos específicos destaca-se o de estabelecer compromissos e recomendações nas esferas federal, estadual e municipal no que se refere à qualificação e garantia de acesso universal à prevenção, diagnóstico e tratamento das DST, HIV/aids e co-infecções tuberculose e hepatites virais no sistema penitenciário.

O Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Justiça e com o Escritório Contra Drogas e Crimes das Nações Unidas, publicou no mesmo ano o relatório final da Consulta Nacional sobre HIV/aids no Sistema Penitenciário, contemplando eixos temáticos, discussões e recomendações (BRASIL, 2009b).

Diante do fortalecimento das políticas públicas voltadas a populações privadas de liberdade os profissionais de saúde têm significativa contribuição na consolidação dos princípios do SUS, inclusive no ambiente prisional. É preciso preconizar no sistema penitenciário a promoção da saúde, priorizando ações preventivas e democratizando as informações relevantes para que a população conheça os seus direitos e os riscos à sua saúde.

É premente tornar o cárcere um espaço não apenas de punição e privação, mas também um lugar de aprendizagem, profissionalização, recuperação e ressocialização das pessoas. As necessidades específicas das prisioneiras devem ser contempladas aproveitando o tempo que elas estão reclusas para fornecer educação sobre prevenção de doenças, especialmente HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis, e a manutenção da saúde.

Segundo Brasil (2009b), dentre os principais desafios para aplicabilidades das políticas públicas de saúde nas instituições prisionais destacam-se a revisão das parcerias entre o Ministério da Saúde e da Justiça quanto aos recursos e sua aplicação, a capacidade de operacionalizar as ações pactuadas no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário e o atendimento brindado pelas equipes. Registra, também, o espaço físico como ação urgente nesse contexto, que requer a construção de um módulo arquitetônico de saúde que garanta um

espaço dentro das prisões cuja obra incorpore locais para atendimento clínico, curativo, administrativo e apoio laboratorial.

Diante do exposto, é notória a riqueza de metas e propostas traçadas para a melhoria da saúde no espaço prisional, porém a realidade ainda clama por condições políticas, físicas e institucionais que tornem possível a implementação e manutenção das ações planejadas.

5 REALIDADE DA SAÚDE SEXUAL FEMININA E USO DO PRESERVATIVO NOS CÁRCERES BRASILEIROS

A saúde sexual é a habilidade de mulheres e homens, jovens e adultos, desfrutar e expressar sua sexualidade livre de imposições, violência e discriminação, sem risco de DST ou de gestações não desejadas (UNFPA, 2008). Para a saúde sexual ser alcançada e mantida os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e cumpridos (WHO, 2006).

Os direitos das mulheres reclusas são os mesmos direitos dos homens na mesma situação, porém raramente as mulheres têm igual acesso a esses direitos. As prisões foram principalmente projetadas para homens, que incluem mais de 95% da população prisional na maioria dos países. Assim, muitas vezes não atendem às necessidades de saúde da mulher. Dados sobre a saúde das mulheres na prisão são raros, pois a maioria não conserva as especificidades dos gêneros (WHO, 2009).

Mulheres em privação de liberdade e suas especificidades representam um desafio para as autoridades penitenciárias, a despeito ou mesmo devido ao fato de constituírem uma pequena proporção da população penitenciária. O perfil e o histórico da mulher presa, além das razões pelas quais ela se encontra na prisão, diferem dos homens na mesma situação. Uma vez na prisão, as necessidades psicossociais e de saúde da mulher também são diferenciadas. Consequentemente, deve haver adequação das instalações, dos programas e dos serviços penitenciários para atender às necessidades peculiares da mulher apenada. As instalações, os programas e serviços penitenciários existentes para mulher presa foram inicialmente desenvolvidos para homens (UNAIDS, 2009).

Tal situação é agravada pelo fato de, independentemente do sexo, as populações carcerárias tendem a requerer mais assistência médica do que a população em geral. Não apenas os presídios mantêm uma grande proporção de pessoas com maior risco de adoecer, mas também o próprio ambiente contribui para a proliferação de doenças (HUMAN RIGHTS WATCH, 1998). Neste caso, o sistema prisional pode funcionar como um centralizador de condições de alto risco para infecções relacionadas com aspectos do confinamento, da marginalização social, da dependência de drogas, do baixo nível socioeconômico e das precárias condições de saúde. Tudo isso contribui para a alta prevalência de HIV, hepatite e DST entre pessoas detentas, tornando-as especialmente vulneráveis (ARAÚJO, 2006).

O conceito de vulnerabilidade inicialmente foi associado à saúde pública no contexto da epidemia da aids, por Mann *et al.* (1992). Os autores passaram a conceituá-la e a elaborar indicadores para avaliar o grau de vulnerabilidade à infecção pelo HIV, considerando três planos interdependentes de determinação (individual, programático e social).

Segundo Mann *et al.* (1992), a vulnerabilidade individual considera o conhecimento acerca do agravo e a existência de comportamentos que oportunizam a ocorrência da infecção. Deve-se compreender que os comportamentos não são determinados apenas pela ação voluntária da pessoa, mas especialmente pela sua capacidade de incorporar, ou melhor, de aplicar o conhecimento que possui, transformando o comportamento que a torna suscetível ao agravo. Pode-se dizer que consiste na capacidade de transformar o conhecimento e opinião sobre a adoção de determinado comportamento (atitude) em prática.

Ainda sobre a determinação individual da vulnerabilidade pressupõe que qualquer pessoa é vulnerável ao HIV; os meios que a pessoa dispõe para se proteger determinam sua vulnerabilidade; quanto maior o amparo social e a assistência à saúde, menor será sua vulnerabilidade. Esta é determinada por condições cognitivas (acesso à informação, reconhecimento da suscetibilidade e da eficácia das formas de prevenção), comportamentais (desejo e capacidade de modificar comportamentos que definem a suscetibilidade) e sociais (acesso a recursos e capacidade de adotar comportamentos de proteção).

A vulnerabilidade programática considera o acesso aos serviços de saúde, a forma de organização dos serviços, o vínculo dos usuários dos serviços com o profissional, o acolhimento do usuário pelo serviço, as ações preconizadas para a prevenção e o controle do agravo e os recursos sociais existentes na área de abrangência do serviço de saúde.

O enfoque social da vulnerabilidade avalia a dimensão social do adoecimento, utilizando indicadores capazes de revelar o perfil da população no que se refere ao acesso à informação, aos gastos com serviços sociais e de saúde, o acesso aos serviços de saúde, o coeficiente de mortalidade de crianças menores de cinco anos, a situação da mulher, o índice de desenvolvimento humano e a relação entre gastos com educação e saúde.

Perante esses conceitos pode-se dizer que discutir a relação de um indivíduo com as DST/HIV implica falar de situação social e cultural, status econômico, crenças e valores, autoestima, projeto de vida, situação legal, condições de acesso aos serviços de saúde e muitos outros fatores. Ou seja, é tentar compreender o grau de vulnerabilidade desse indivíduo. Se a aids progride atualmente com maior velocidade entre mulheres, crianças e pobres em geral, isso nos fala de uma vulnerabilidade histórica desses grupos que se manifesta na falta de poder político e garantia dos direitos (SEFFNER, 2006).

No contexto das presidiárias, os principais fatores de vulnerabilidade para a aquisição de DST/HIV são particularmente devidos ao plano de fundo típico das mulheres na prisão, a saber: baixo nível socioeconômico, difícil acesso aos serviços de saúde, condições sanitárias insuficientes, sexo não seguro em relações heterossexuais com múltiplos parceiros e em relações estáveis monogâmicas, promiscuidade sexual como meio de vida, dependência de drogas, compartilhamento de agulhas e seringas no uso de drogas injetáveis, parceiros usuário de drogas injetáveis, uso habitual e confecção de tatuagens sem cuidados assépticos, bissexualismo, homossexualismo, violência sexual caracterizada por abuso ou estupro vivenciada em diferentes fases da vida (GIORDANI; BUENO, 2001; BAILLARGEON *et al.*, 2004; UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2008).

Mediante o fato de que os reclusos tendem a importar seus comportamentos anteriores para dentro da prisão, justifica-se a medida proposta pelo Ministério da Saúde de um rastreamento clínico na “porta de entrada” de 100% das unidades prisionais (BRASIL, 2005b). Deve-se considerar que a identificação dos fatores que favorecem a propagação das doenças no ambiente prisional pode servir de subsídios para as ações preventivas e o desenvolvimento de estratégias de prevenção em mulheres detentas, gerando um espaço favorável à reflexão sobre as doenças e a possibilidade de redução desses índices elevados.

A relação existente entre mulheres encarceradas e DST/HIV, além de estar relacionada a comportamentos de risco, mostra-se arraigada em aspectos culturais, sociais e econômicos resultantes da interação das mulheres com o meio em que vivem e de como o compreendem (DORFEY *et al.*, 2008).

Assim, a crescente incidência do número de mulheres no contexto das DST/HIV evidencia que a mulher está especialmente vulnerável a essas infecções, seja pela maior vulnerabilidade biológica ou por ser historicamente oprimida, subjugada, mais propensa a sofrer violações e possuir poder bastante limitado nas relações afetivo-sexuais (LISBOA, 2003). A alta incidência de violência sexual observada em presidiárias reforça a questão da maior vulnerabilidade da mulher delituosa às DST/HIV em detrimento da violência sexual no contexto da marginalidade (GIORDANI; BUENO; KANTORSKI, 2002; WHO, 2009).

Essa vulnerabilidade foi evidenciada em estudo realizado no Estado do Rio de Janeiro, com 2.039 presos, sendo que as mulheres apresentam chance 3,8 vezes maior de ter alguma DST na prisão se comparadas aos homens na mesma situação de privação de liberdade (CARVALHO *et al.*, 2006). Essa investigação teve por objetivo identificar se o perfil de exclusão social a que essa população é submetida difere quanto ao sexo.

Nos resultados do referido estudo foram analisados o perfil sociodemográfico, a história penal, o uso de drogas e as DST de mulheres e homens presidiários no Estado do Rio de Janeiro. A análise dos dados permitiu concluir que os fatores mais fortemente associados ao sexo feminino foram: maior ocorrência de DST, altas porcentagens de mulheres viúvas, estrangeiras e usuárias de tranquilizantes.

Quanto à saúde sexual, dados provenientes da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo evidenciaram que 76,1% das mulheres presas relataram ter algum tipo de problema, e o número de soropositividade para o HIV entre elas (6,3%) é o dobro dos homens em condição de encarceramento (BRASIL, 2007). Para tal achado deve-se considerar o fato de as mulheres terem vulnerabilidade física particular ao HIV, de modo que estas possuem o dobro da probabilidade de contrair o HIV pela via sexual em relação aos homens podendo ser agravada pela pré-existência de DST (UNAIDS, 2009).

Em se tratando de grupos vulneráveis, o Programa de Prevenção da AIDS das Nações Unidas tem alertado as autoridades prisionais para que tomem medidas preventivas para evitar maiores índices de contaminação pelo vírus nos presídios, que são considerados ambientes ideais para a sua transmissão (UNAIDS, 1998).

Estes dados vêm reforçar a necessidade de um melhor controle sobre a saúde e os cuidados preventivos com a população confinada. De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b), os estabelecimentos prisionais brasileiros manterão serviços permanentes de esclarecimentos aos detentos e familiares, visando à prevenção de DST/HIV, oferecendo preservativos e apoio necessário ao exercício seguro da sexualidade.

Apesar de existência de normas e políticas de saúde já devidamente estabelecidas para os sistemas prisionais, o que se tem notado é a persistência de diferentes contextos no Brasil, não-padronização das práticas e serviços e falta de intersetorialidade na busca pela implementação das metas estabelecidas pelas políticas vigentes.

Dados do Ministério da Saúde apontam que as mulheres têm menos acesso a serviços de saúde no sistema penitenciário se comparadas aos homens encarcerados. Ações voltadas à saúde reprodutiva podem ser limitadas ou mesmo não disponíveis. Materiais educativos em saúde, além de informações e serviços incluindo aqueles voltados ao HIV e à dependência de drogas, são muitas vezes mais limitados nas unidades prisionais femininas do que nas masculinas (UNAIDS, 2009). Tal panorama pode estar relacionado ao fato de no Brasil existirem poucos dados sobre incidência, prevalência e outros aspectos epidemiológicos relacionados às DST/HIV na população prisional, em particular, no efetivo feminino (LOPES *et al.*, 2001).

Os principais estudos realizados a fim de quantificar as taxas de HIV foram o de Ferreira (1997), realizado com 365 mulheres, que mostrou a prevalência de soropositividade de 26% na Penitenciária Feminina do Carandiru, em São Paulo-SP. Strazza (1999) apresentou resultados de 10,3% entre 87 internas da Fundação do Bem-Estar do Menor de São Paulo-SP; Lopes (2001) investigou 187 presidiárias e evidenciou uma a prevalência de 14,5% na Penitenciária Feminina do Carandiru de São Paulo-SP. Strazza (2003, 2004), de 13,85% para HIV realizado com 267 mulheres da Penitenciária Feminina do Butantã, de São Paulo-SP. Em todas as pesquisas mencionadas notou-se um valor bastante superior ao estimado pelo Ministério da Saúde para a população brasileira de 0,5 % (BRASIL, 2002b).

Estudo realizado por Araújo, Jonas e Pfrimer (2007) com 117 mulheres detentas na Agência Goiana do Sistema Prisional também evidenciou que o tempo de detenção e a incidência do HIV são diretamente proporcionais. O fator de risco para contrair o HIV foi aumentado em 40% para as detentas com permanência mais prolongada no sistema prisional, pois muitas relacionam-se com homens reclusos. Isto demonstra a importância da implantação de medidas preventivas, de tratamento e acompanhamento de DST/HIV, além da necessidade de ter instalações adequadas para o exercício sexual mais saudável nos presídios femininos.

Pesquisa com 225 reeducandas de Rio Claro apresentou uma prevalência de sífilis de 3%, hepatite C (anti HCV) de 7,6 %, e de 23,5% para a hepatite B (BERRA; BACETTI; BUZ, 2006). Complementando esses achados, Watson (2004) encontrou uma porcentagem de 12% em mulheres infratoras para o vírus das hepatites B e C.

Investigações internacionais realizadas com mulheres privadas de liberdade chegaram a achados semelhantes quanto à maior vulnerabilidade feminina. Na Federação Russa, um estudo realizado em 2005, com menores em privação de liberdade, pessoas sem teto e mulheres em um centro de detenção temporário em Moscou, revelou que mais de 60% de menores em privação de liberdade do sexo feminino eram portadores de DST. Essa porcentagem foi representada em quase dois terços das mulheres que se encontravam no centro de detenção temporária e três quartos das mulheres desabrigadas. Entre as do centro de detenção 4% eram portadoras de HIV, comparadas a 1,8% entre as sem domicílio (SHAKARISHVILI *et al.*, 2005).

Nos Estados Unidos, em 2004, a prevalência do HIV entre homens encarcerados era de 1,7% comparado a 2,4% entre mulheres. Entretanto, no Estado de Nova Iorque a prevalência do HIV era de 14,2% entre as mulheres e 6,7% entre os homens (US, 2006). Na ausência do acesso a ações de prevenção, o risco de transmissão do HIV é, portanto, maior entre presidiárias.

No Brasil, a via sexual é a principal na transmissão do HIV entre presidiárias. Portanto, o uso do preservativo é de suma importância na prevenção das DST/HIV/aids no sistema carcerário (STRAZZA *et al.*, 2005). Em 1993, a Organização Mundial de Saúde, nas suas orientações sobre a prevenção da infecção pelo HIV e aids no sistema prisional, recomendou que os preservativos devem ser disponibilizados aos prisioneiros em todo o seu período de detenção e antes de qualquer tipo de licença ou de liberação (WHO, 1993).

Atualmente, muitos sistemas prisionais, incluindo Austrália, Brasil, Canadá, Indonésia, República Islâmica do Irã, África do Sul, alguns países da antiga União Soviética, e um pequeno número de cadeias e penitenciárias nos Estados Unidos fornecem preservativos aos prisioneiros. As autoridades prisionais possuem a responsabilidade civil de prover preservativos com vistas à manutenção da integridade física de seus internos (WHO, 2007).

No final de 1990, foram levantadas questões sobre a eficácia dos preservativos como meio de prevenir as DST e o HIV. Uma ampla revisão de todos os estudos disponíveis foi realizada por um júri convocado pelo National Institutes of Health E.U. (NIH) e do Centers for Disease Control and Prevention (CDC), com a participação da OMS. Concluiu-se que o uso consistente de preservativos masculinos de látex reduz significativamente o risco de infecção pelo HIV em homens e mulheres, e da gonorreia em homens; a impermeabilidade dos preservativos de látex protege contra agentes infecciosos contidos nas secreções genitais, e que os preservativos podem ser menos eficazes na proteção contra as DST que são transmitidas pelo contacto com a pele, já que as áreas contaminadas não podem ser cobertas pelo preservativo (NATIONAL INSTITUTE OF ALLERGY AND INFECTIOUS DISEASES, 2001).

Em 2004, em uma declaração conjunta sobre o preservativo e a prevenção do HIV, a OMS, o Fundo de População das Nações Unidas e o The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS concluíram que o preservativo masculino é a tecnologia mais eficiente disponível para reduzir a transmissão sexual do HIV e das DST (WHO, 2007).

Estudos na Austrália e nos Estados Unidos descobriram que a distribuição de preservativos é aceita pelos presos, mostrando que a maioria dos prisioneiros apoia o fornecimento dos mesmos (DOLAN; LOWE; SHEARER, 2004; MAY; WILLIAMS, 2002). Ao mesmo tempo, há indícios de que a disponibilização de preservativos e lubrificantes aos prisioneiros não é suficiente - eles precisam estar acessíveis em diversos locais na prisão para que os presos não tenham de pedir, e possam buscá-los sem ser vistos por funcionários ou colegas prisioneiros (WHO, 2007).

Podem ser disponibilizados, por exemplo, em áreas como banheiros, salas de espera ou oficinas. A distribuição pode ser feita por profissionais de saúde, por máquinas, por prisioneiros treinados ou em uma combinação dessas formas. Cada prisão deve determinar a melhor forma de disponibilizar preservativos, para garantir um acesso fácil e discreto.

Ademais, as pesquisas mostraram ser viável a disponibilização de preservativos nas prisões, que os programas de distribuição de preservativos são discretos para a rotina da prisão e que os modelos existentes podem ser facilmente replicados em outras instituições (DOLAN; LOWE; SHEARER, 2004; MAY; WILLIAMS, 2002; YAP *et al.*, 2007). Ressalta-se que programas educativos direcionados para presidiários e trabalhadores do serviço devem preceder a introdução de programas de distribuição de preservativos.

As atividades sexuais em ambiente carcerário podem ser tanto heterossexuais, durante as visitas íntimas, como homossexuais, com companheiras de cela. A realização da visita íntima foi legalizada desde 1999, porém a mulher encarcerada ainda enfrenta sérias dificuldades no que diz respeito à garantia desse direito (BRASIL, 2004). Carvalho *et al.* (2006) confirmaram essa assertiva ao concluírem que ser mulher mostrou-se associado a ter alguém na prisão antes de ser presa, enquanto os homens presos apresentaram três vezes mais chance de receber visitas íntimas do que as mulheres presas. Ademais, as visitas íntimas de pessoas do mesmo sexo não são asseguradas enquanto direito.

As visitas conjugais, quando permitidas, ampliam o risco de contaminação às suas parcerias sexuais e ao seu grupo familiar imediato. Destarte, é necessária a implantação de programas de prevenção às DST/HIV e drogas dentro das instituições penais aliados à disponibilização da visita íntima.

Dorfe *et al.* (2008) desenvolveram um estudo sobre a vulnerabilidade às DST/HIV com onze mulheres presidiárias da Bahia e evidenciaram que na oportunidade da visita o preservativo não é empregado, e quando utilizado é feito de maneira esporádica. Os principais motivos relatados foram a falta do preservativo no momento do ato sexual e a difícil concordância do parceiro para usá-lo. Outra pesquisa realizada com 299 mulheres detentas de um presídio de São Paulo evidenciou que o não uso do preservativo no último ano, no relacionamento sexual com homens, foi referido por 60% (95) das detentas, as demais referiram uso irregular. Nenhuma referiu seu uso de forma regular ou ter usado no sexo com mulheres (STRAZZA *et al.*, 2007).

A prevenção das DST/HIV depende da conscientização da existência do risco. A autopercepção adequada contribui para ajudar a evitar comportamentos e situações de risco, assim como adotar rotineiramente medidas preventivas, a exemplo do uso de preservativos

nas relações sexuais (SILVEIRA *et al.*, 2002). Apesar da consciência que essas mulheres possuem sobre a vulnerabilidade e os riscos que permeiam o ambiente penitenciário, seus comportamentos quanto ao uso do preservativo contradizem com tal percepção (DORFEY *et al.*, 2008).

Observa-se que no campo das relações afetivas as negociações de práticas sexuais mais seguras com seus parceiros são também mais difíceis. Tal assertiva está relacionada às desigualdades de poder entre os gêneros, à dependência econômica e à necessidade de não romper com os valores sociais que colocam a mulher como responsável pela estabilidade familiar. Existe, ainda, o medo de ser abandonada ou violentada pelo companheiro, que pode vir a forçar o sexo sem proteção (GUILHEM, 2005).

A sexualidade feminina no ambiente carcerário perpassa diversas questões. No contexto da própria visita conjugal, muitas vezes a ida do companheiro à prisão somente para manter uma relação sexual assume um sentimento de humilhação, como se o sexo fosse uma satisfação desprovida de afeto. Entretanto, as presas preferem ocultar este sentimento e satisfazer o seu desejo sexual e o do companheiro, numa tentativa desesperada de manter a relação conjugal que construiu fora do ambiente carcerário (BITENCOURT, 2001).

Estratégias de promoção da saúde sexual que propagam o uso de preservativos como medida preventiva precisam ser congruentes com as peculiaridades vivenciadas por presidiárias, muitas vezes marcadas por uma relação de dependência afetiva, conformismo e ocultamento ou até mesmo de medo da rejeição dos parceiros. Para elas, manter o companheiro continua sendo importante para a garantia do apoio emocional e também do suporte financeiro, já que, às vezes, é o único meio de amparo de que dispõem (ARAÚJO; JONAS; PFRIMER, 2007).

Outra questão peculiar da sexualidade no meio prisional é a prática do homossexualismo sem o uso de métodos preventivos às DST/HIV. As autoridades prisionais e até mesmo funcionários dessas instituições preferem, muitas vezes, fechar os olhos para essa realidade do que enxergá-la como uma prática comum que merece total visibilidade para a formulação de estratégias promotoras da saúde sexual dessas mulheres.

Analisar a homossexualidade em uma prisão feminina envolve uma diversidade de problemas. Muitas vezes a prática homossexual possui uma função reparadora, buscando preencher uma série de necessidades, principalmente na busca de relações afetivas significativas, já que muitas delas não mantêm laços afetivos com pessoas fora da prisão. Há muitos registros de mulheres que tiveram sua primeira experiência homossexual nas cadeias (SILVA, 1998).

Retomando todas essas questões inerentes à sexualidade da mulher presidiária, destaca-se que no planejamento de programas educacionais de prevenção às doenças direcionados às encarceradas é essencial que os educadores estejam cientes da situação de vida dessas mulheres fora da prisão e dos fatores sociais que contribuíram para o seu encarceramento, bem como de quais recursos seriam necessários para promover mudanças de comportamento (MIRANDA; MERÇON-DE-VARGAS; VIANA, 2004).

Dentre os principais desafios para a diminuição da transmissão das DST/HIV entre populações privadas de liberdade destacam-se: diferenças no acesso ao preservativo, restrições à visita íntima nas unidades penitenciárias femininas, necessidade do acompanhamento clínico aos soropositivos, combate aos preconceitos e estigmas entre funcionários e internos, reconhecimento da homossexualidade, reconhecimento do uso de drogas e das diversas situações de vulnerabilidade para o HIV/aids mais acentuadas nas populações confinadas (BRASIL, 2009b).

O acesso ao cuidado integral da mulher ainda se configura como dificuldades e desafios à vida sexual de presidiárias e deveria ser priorizado como política pública indispensável por parte do Estado, como questão de direito das mulheres e para que as DST/HIV não representassem uma séria ameaça à saúde das detentas (LIMA, 2006).

Uma parte importante dos cuidados de saúde de especial relevância para as mulheres presas é melhorar o seu conhecimento e entendimento sobre questões de saúde e a capacidade e confiança de proteger a própria vida (WHO, 2009). A oferta de programas de educação para a saúde é imperativa. O tratamento das doenças e a distribuição de preservativos devem ser acompanhados de programas educativos de prevenção, sensibilização e formação de pessoas detentas (RANGEL, 2007).

Práticas adequadas de saúde para as mulheres implicam abordar claramente a sexualidade, discutir os tabus, melhorar os serviços de saúde reprodutiva e enfrentar a violência contra as mulheres, cuja abordagem é imprescindível para diminuir sua vulnerabilidade.

A reflexão sobre as políticas públicas de saúde na área de promoção e prevenção dirigidas às DST/HIV necessita buscar uma abordagem da saúde integrada. Isto pode levar ao desenvolvimento com sustentabilidade, direcionado para a qualidade de vida das pessoas e ao direito de cidadania, independentemente do local (ARAÚJO; JONAS; PFRIMER, 2007).

6 O AMBIENTE PRISIONAL COMO DESAFIO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

A promoção de saúde vem se consolidando enquanto espaço de reflexão da história social do processo saúde-doença, como ação estratégica que alia o conhecimento e as práticas, incorporando e analisando os determinantes biopsicossociais, econômicos, culturais, políticos e ambientais (COHEN *et al.*, 2007).

Promoção da saúde é um processo por meio do qual a população se capacita e busca os meios para conseguir os fatores que favorecem o seu bem-estar e o da comunidade, evitando o que pode pôr em risco a própria vida e da comunidade, tornando-as vulneráveis ao adoecimento e prejudicando a qualidade de vida (BRASIL, 1996b).

Freitas (2003) apresenta duas vertentes relacionadas à promoção da saúde respaldadas nos conceitos de estudiosos dessa temática. A primeira está ligada a estratégias cujo objetivo principal é transformar comportamentos e estilos de vida. Sua finalidade é proporcionar o controle sobre os riscos correlatos de modo a assegurar uma saúde vista como recurso para o desenvolvimento do potencial humano e para o enfrentamento dos desafios do meio ambiente.

A segunda vertente ultrapassa esse limite. Além de se ater ao desenvolvimento das potencialidades individuais e coletivas, estaria também voltada para a intervenção ambiental. Para isso, deveria utilizar-se de meios políticos, legislativos, fiscais e administrativos, promovendo articulações com outros setores e atuando por meio de políticas públicas direcionadas ao coletivo.

A abordagem do novo paradigma de saúde foi reforçada pela Carta de Ottawa, elaborada na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada no Canadá, em 1986, quando afirma que as condições e os requisitos para a saúde são a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, a justiça social e a equidade. Dentre cinco áreas operacionais para implementar a estratégia de promoção da saúde determinadas na Carta de Ottawa destacam-se: elaboração de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis; fortalecimento da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais e mudanças nos estilos de vida e reorientação dos serviços de saúde (BRASIL, 1996b).

Assim, a constante evolução do movimento da promoção da saúde amplia o conceito de saúde de modo que o relaciona com outros conceitos, como o do ambiente. Nessa

relação entre a saúde e o ambiente são consideradas as dimensões físicas (água, esgoto, resíduos sólidos domésticos e industriais, drenagem urbana, controle de vetores, proteções da atmosfera, do solo, dos rios, das lagoas e dos oceanos), e os fatores sociais, políticos, econômicos e culturais, enfatizando a necessidade da criação de ambientes saudáveis (COHEN *et al.*, 2007).

A promoção da saúde e a relação com o ambiente ocorrem em espaço multidimensional, onde diversos atores sociais interagem em torno de uma intervenção que envolve ações políticas, de engenharia, gerenciais e educacionais (SOUZA, 2007).

Diante de tais pressupostos, o espaço prisional, ao ser analisado sob as dimensões físicas, sociais, políticos e culturais torna-se desafiador para a promoção da saúde. As unidades prisionais de todo o País ainda sofrem com o problema da superlotação, tornando-se mais um fator desfavorável à saúde. Atreladas a essa entrave encontram-se as condições insalubres, sem cuidados mínimos de higiene ambiental e pessoal dos indivíduos privados de liberdade.

Ressalta-se que, além dos aspectos biológicos, a dimensão social tem forte influência no ambiente carcerário. Fala-se até que o aprisionamento significa a extensão de uma vida respaldada pela violência, pela desestruturação familiar, pelo uso de drogas e por outras situações cotidianas de risco.

As relações entre saúde e ambiente estão inevitavelmente associadas às relações de risco. O risco, enquanto ideia de "mensuração de algo não totalmente estabelecido", é a forma mais adequada para se apresentar conhecimento científico relativo a um objeto por demais complexo, como o ambiente. Para tanto, o ambiente foi fragmentado em "fatores" e a caracterização de relações probabilísticas entre fatores do ambiente e condição de saúde converteu os primeiros, de maneira precisa e inequívoca, em "fatores de risco". Tal rigor, contudo, ofusca a inexatidão, própria e necessária a toda relação de risco. A "possibilidade", própria do risco já seria suficiente para justificar a incerteza como necessária (LIEBER; ROMANO-LIEBER, 2003).

Destarte, a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como resultante de um conjunto de aspectos individuais, coletivos e contextuais que lhes acarreta maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e maior ou menor disponibilidade de recursos para sua proteção é capaz de embasar os aspectos educacionais dos projetos de promoção da saúde. Como decorrência da ideia de vulnerabilidade, esses projetos romperiam práticas ditadoras do comportamento, passando a concorrer para que as pessoas tenham acesso a informações a fim de aumentar o conhecimento e se mobilizarem na busca de alternativas

para a superação das situações que as vulnerabilizam, adotando práticas de vida saudável (SOUZA, 2007).

A prisão é, então, considerada um lugar de alto risco, principalmente pela heterogeneidade da população confinada no mesmo espaço, indivíduos vivendo regras próprias, tendo como consequência maior exposição a riscos físicos e psicológicos. O confinamento estimula práticas que aumentam o risco de transmissão de doenças infecciosas pelos comportamentos sexuais inadequados, maior aglomeração de indivíduos vivendo em condições inadequadas de higiene, baixa qualidade da assistência à saúde, além do uso de drogas. Isto constitui um problema de saúde pública em potencial, uma vez que o sistema penal como um "concentrador" dessas infecções pode representar um foco de dispersão para a população em geral (ALTICE *et al.*, 2005).

A alta rotatividade (transferência) dos indivíduos entre as unidades prisionais funciona como fator de disseminação e propagação de doenças. Além disso, os indivíduos pertencem, de uma maneira geral, a grupos populacionais desfavorecidos e expostos a riscos múltiplos, carentes de programas de saúde, sociais e educacionais, e muitas vezes ingressam no sistema em condições precárias de saúde. A extensão do problema da marginalização social, a dependência de drogas ilícitas, o baixo nível socioeconômico e as precárias condições do sistema de saúde são fatores que favorecem a disseminação de doenças entre presidiários, o que evidencia a urgência de estratégias e programas eficazes pautados na prevenção e na promoção da saúde (BERRA; BACETTI; BUZO, 2006).

A promoção da saúde e a prevenção de agravos à saúde se diferenciam, sobretudo, na sua relação com o ambiente. A primeira visa a impedir a transmissão de doenças, conduzindo ao desenvolvimento de ações educativas voltadas à adoção de hábitos saudáveis dos indivíduos e das comunidades, ensinando-os a utilizar os novos equipamentos e serviços de que passam a dispor para que a transmissão de doenças seja interrompida. Neste sentido, essas ações pouco ou nada contribuem para a construção de valores sociais, conhecimentos, habilidades, atitudes, competências e consciência política por parte desses indivíduos e comunidades, estando estas ligadas à promoção da saúde (SOUZA, 2007).

Para operacionalizar os fundamentos da promoção da saúde ligados à relação ambiente-saúde surgiu o Movimento Cidades Saudáveis. Este, mais que um conceito, é uma estratégia de promoção da saúde e tem como objetivo a melhoria da qualidade de vida da população (ADRIANO *et al.*, 2000).

Os pressupostos do Movimento Cidades Saudáveis podem ser relacionados a antigas preocupações do movimento sanitário europeu do século XIX. O movimento

sanitarista, com seu conteúdo ambientalista, exerceu grande influência nas políticas públicas dos países desenvolvidos do fim do século XIX até o início do século XX, quando começou a era bacteriológica a partir da descoberta dos germens (WESTPHAL, 2000).

O início do Movimento Cidade Saudável ocorreu no Canadá, em 1986, e desde então se difundiu rapidamente. Nos Estados Unidos seu desenvolvimento foi posterior. Em meados de 1990 existiam 17 redes nacionais de cidades saudáveis e uma rede internacional de língua francesa (SOTELO; ROCABALO, 1994).

Até o princípio dos anos 70, as políticas públicas para a saúde, tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento, estiveram dominadas por práticas hospitalocêntricas (ASHTON, 1992). Após esse período, na maioria dos países iniciou-se uma crise no setor saúde devido aos altos custos da medicina curativa, bem como pelo fato de os gastos em saúde não estarem tendo reflexos equivalentes na qualidade de vida da população. Essa crise foi gradativamente acarretando novas estratégias baseadas em novos conceitos que deram início ao que se tem chamado “nova saúde pública” (SANTOS; WESTPHAL, 1999).

Alguns documentos, entre as quais a de Mckeown (1982), na Inglaterra, e o Informe Lalonde (1996), chamado de “Novas perspectivas de saúde dos canadenses”, questionaram o poder da medicina de resolver sozinha os problemas de saúde. A partir desse momento houve uma série de iniciativas da OMS, começando pela Declaração de Alma-Ata sobre Atenção Primária à Saúde, em 1977, culminando com o projeto Cidades Saudáveis, em 1986, que estabeleceu os contornos do novo movimento (WESTPHAL, 2000).

A proposta de construção de cidades saudáveis surgiu em Toronto, Canadá, em 1978, quando um comitê de planejamento publicou o informe “A saúde pública nos anos 80” onde foram estabelecidas linhas de ação política, social e de desenvolvimento comunitário no nível local como resposta aos problemas mais prevaletentes de saúde pública naquele momento (ADRIANO *et al.*, 2000). Esses delineamentos tiveram origem no Informe Lalonde (1996), que propunha um novo enfoque para a saúde pública do Canadá.

Segundo a Organização Panamericana de Saúde (1995), para que uma cidade se torne saudável ela deve se esforçar para proporcionar um ambiente físico limpo e seguro; um ecossistema estável e sustentável; um alto suporte social, sem exploração; um alto grau de participação social; ter necessidades básicas satisfeitas; ter acesso a experiências, recursos, contatos, interações e comunicações; uma economia local diversificada e inovativa; ter orgulho e respeito pela herança biológica e cultural; os serviços de saúde devem ser de alto nível e acessíveis a todos.

A relação entre saúde e ambiente vem sendo estudada e gerida sob numerosas denominações. Ainda que sob ênfases próprias e distintas, cada uma delas vem também compartilhando de um pressuposto geral, assumindo, em quase todas, que as condições do ambiente influenciam a forma da expressão da vida e que o viver altera o ambiente em diferentes aspectos (LIEBER; ROMANO-LIEBER, 2003).

Frente ao resgate histórico referente à promoção de ambientes saudáveis é desafiador inserir e vislumbrar esses conceitos na realidade dos presídios brasileiros. As políticas e ações direcionadas a essas populações privadas de liberdade estão respaldadas em declarações e acordos internacionais, de maneira que se mostram coerentes com o que realmente deve ser feito nesses ambientes. Porém, a pactuação, a intersetorialidade e o acompanhamento para a execução das metas estabelecidas em tais documentos ainda se mostram incipientes e não padronizadas em nosso País. Segundo Lima (2005), é preciso que o ambiente carcerário se torne mais salubre, com condições mais humanas e respeito aos direitos humanos com políticas públicas integradas e adaptadas a esse ambiente.

7 METODOLOGIA

7.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo avaliativo do tipo Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) de corte transversal e abordagem quantitativa. Na abordagem quantitativa o investigador identifica variáveis de interesse, desenvolve definições operacionais dessas variáveis e, depois, coleta dados relevantes dos sujeitos. São usados instrumentos formais para coletar as informações que são reunidas de forma quantitativa, isto é, informação numérica que resulta de mensuração formal e que é analisada com procedimentos estatísticos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Os estudos intitulados “CAP” foram introduzidos nas estratégias preventivas frente à aids com a intenção de identificar quais são as principais características de uma determinada população no que se refere aos seus conhecimentos, atitudes e práticas (BRASIL, 2002a).

Tais estudos pertencem a uma categoria de estudos avaliativos, chamados de avaliação formativa, ou seja, para além de se obter dados de uma parcela populacional específica, estes identificam possíveis caminhos para uma futura intervenção mais eficaz (BRASIL, 2002a). De acordo com Marinho (2003), o consenso sobre os conceitos de conhecimento, atitude e prática culminou nos seguintes parâmetros:

- *Conhecimento* – recordar fatos específicos ou a habilidade para aplicar fatos específicos para a resolução de problemas ou, ainda, emitir conceitos com a compreensão adquirida sobre determinado evento.
- *Atitude* – é, essencialmente, ter opiniões. É, também, ter sentimentos, predisposições e crenças, relativamente constantes, dirigidos a um objetivo, pessoa ou situação. Relaciona-se ao domínio afetivo – dimensão emocional.
- *Prática* – é a tomada de decisão para executar a ação. Relaciona-se aos domínios psicomotor, afetivo e cognitivo – dimensão social.

Portanto, o estudo CAP consiste em um conjunto de questões que visam medir o que a população sabe, pensa e atua frente a um tema pré-definido. Os estudos CAP são

largamente aplicados em todo o mundo e já foram desenvolvidos estudos deste tipo junto a adolescentes, caminhoneiros, profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens, mulheres, trabalhadores de diversos setores e outros grupos (BRASIL, 2002a).

Esse tipo de estudo pode ser adaptado a diferentes contextos visando ao planejamento estratégico de intervenções de promoção da saúde. Ressalta-se que o planejamento requer a contribuição de políticas integradas e inclusivas, bem como de estratégias complementares que se congreguem a fim de que resultados máximos sejam obtidos (NAIDOO; WILLS, 2000). Noções básicas sobre os níveis de conhecimento, atitude e prática permitem que os programas educativos sejam adaptados de forma mais adequada às necessidades da população, tornando um processo mais eficiente de mudanças de comportamentos (KALIYAPERUMAL, 2004).

7.2 Descrição do local da pesquisa

O local selecionado para a realização do estudo foi o Instituto Penal Feminino Desembargadora Auri Moura Costa, situado no município de Aquiraz, Br 116/Km 27, com capacidade para 300 recolhidas, tendo um contingente atual de 258 mulheres.

Esta instituição é a única unidade penitenciária feminina do Estado do Ceará (CEARÁ, 2008). Ademais, esta se encontra em processo de reestruturação para o cumprimento do PNSSP, já contando com uma equipe composta por uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, um clínico geral, um pediatra, um ginecologista, um odontólogo, um auxiliar de odontologia, um assistente social e um psicólogo.

As instalações físicas direcionadas à prestação de cuidados em saúde conta com consultório médico, consultório para atendimento gineco-obstétrico, consultório odontológico, posto de enfermagem, enfermaria e almoxarifado.

Nessa instituição as visitas íntimas ocorrem quinzenalmente, às quartas-feiras, sábados e domingos, com duração de 1h30min a 2h, em local próprio chamado “Venustério”. Este consiste em pequeno apartamento (quarto e banheiro), em número de quatro, e se destina aos encontros das detentas com os companheiros que vivem em liberdade. O serviço de ginecologia fornece preservativo masculino e feminino àquelas que desejam utilizá-los durante a visita íntima.

7.3 População e amostra

A população do estudo foi composta pelas mulheres reclusas na instituição. A seleção da amostra obedeceu ao seguinte critério de inclusão: ter iniciado atividade sexual. Como critério de exclusão definiu-se: ter alguma limitação cognitiva que a impeça de responder a entrevista.

O critério de descontinuidade foi desistir de participar após o início da coleta.

As mulheres participantes foram selecionadas aleatoriamente. O cálculo amostral foi realizado utilizando-se a fórmula para estudos com amostras finitas (JEKEL; ELMORE; KATZ, 2005), descrita abaixo:

$$n = \frac{a^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 (N-1) + a^2 p \cdot q}$$

Onde:

n = tamanho da amostra

a^2 = nível de significância escolhido, expresso em número de desvio padrão

p = percentagem em que o fenômeno se verifica

q = percentagem complementar (100-p)

N = tamanho da população

e^2 = erro máximo permitido.

Assim, a amostra foi de 155 mulheres a partir de um tamanho populacional (N) de 258 detentas. Foi estabelecido um intervalo de confiança de 95%, sendo de 1,96 o nível de significância expresso em desvio padrão (a), erro máximo permitido (e) de 0,05 e uma prevalência (p) de 50%.

7.4 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a março de 2010. As entrevistas foram realizadas individualmente nas salas de aula da escola situada no interior da unidade

prisional. As participantes eram recrutadas das celas e dos seus locais de trabalho para a escola em grupos de cinco pelas agentes penitenciárias. Ressalta-se que as agentes permaneciam na entrada da escola até o término das entrevistas de todas do grupo recrutado a fim de garantir a segurança da pesquisadora.

O instrumento utilizado contemplou dados inicialmente referentes à caracterização sociodemográfica, à história sexual e reprodutiva e aos hábitos de vida. Em seguida, foi aplicado o Inquérito CAP (Apêndice A) em relação ao preservativo masculino e feminino como método de prevenção das DST/HIV. Para tal, foi adaptado o modelo de inquérito CAP adotado na investigação de Brenna *et al.* (2001).

No presente estudo, o **conhecimento, a atitude e a prática** sobre o preservativo masculino e feminino como métodos preventivos de DST/HIV foram avaliados da seguinte forma:

a) Conhecimento:

- Adequado: quando a mulher referir já ter ouvido falar sobre o preservativo masculino e feminino, souber que são para prevenir as DST/HIV em geral e a gravidez indesejada e souber citar, pelo menos, três cuidados necessários para o uso correto de cada método;
- Inadequado: quando a mulher referir nunca ter ouvido falar sobre o preservativo masculino ou feminino ou já ter ouvido, mas não souber que são para prevenir DST/HIV; ou quando não souber citar, pelo menos, três cuidados necessários para o uso correto dos métodos.

b) Atitude:

- Adequada: quando a mulher referir que é sempre necessário o uso do preservativo masculino ou feminino em todas as práticas sexuais;
- Inadequada: quando a mulher referir que utilizar o preservativo masculino ou feminino é desnecessário, é pouco necessário ou não ter opinião sobre a sua necessidade.

c) Prática:

- Adequada: quando a mulher referir utilizar preservativo masculino ou feminino sempre e do início ao fim das práticas sexuais realizadas; não ter engravidado indesejadamente; não ter sido diagnosticada DST desde a sua institucionalização.
- Inadequada: quando a mulher referir não utilizar sempre o preservativo masculino ou feminino ou nunca empregá-los nas práticas sexuais, ou, ainda, referir não usar preservativo sempre do início ao fim das práticas sexuais; ter engravidado contra sua vontade ou ter sido diagnosticada alguma DST desde a sua institucionalização.

Após o preenchimento do Inquérito CAP, as participantes foram indagadas sobre a distribuição de preservativos na unidade prisional, consistindo em três perguntas abertas referentes à orientação quanto ao uso, fornecimento e pessoas responsáveis por essas ações.

Foi realizado um teste piloto com 26 mulheres da instituição prisional, a fim de adequar o instrumento (inquérito CAP). Por ocasião desse teste foi adicionada ao instrumento a fonte de informação sobre os conhecimentos referentes aos preservativos masculino e feminino e, na ocorrência de gestações após o ingresso na prisão, se esta foi concebida de maneira planejada/desejada. Ressalta-se que as participantes do teste piloto não foram incluídas na amostra estudada.

7.5 Análise dos dados

Os dados foram compilados e analisados por meio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0. Para a realização das associações estatísticas foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson como ferramenta estatística. Tais associações são consideradas estatisticamente significativas quando o valor de p (probabilidade) for menor ou igual a 0,05 nos testes realizados (FIELD, 2009).

As variáveis preditoras foram: idade, nacionalidade, procedência, escolaridade, renda familiar mensal, ocupação laboral anterior, ocupação laboral atual, estado civil, motivo da prisão, menarca, início da vida sexual, existência de parceria sexual e suas características, número de parceiros sexuais dos últimos seis meses, comportamento sexual, história de prostituição, periodicidade das visitas íntimas, história de DST/HIV antes e após o ingresso na prisão, tipo de DST, prática e periodicidade de acompanhamento ginecológico, hábitos tabagistas e etilistas, uso de drogas ilícitas e se possuem tatuagens ou piercings.

Tais variáveis foram associadas ao conhecimento, à atitude e à prática utilizando o teste Qui-quadrado de Pearson. Posteriormente, foram comparadas as variáveis de conhecimento e atitude com a de prática do preservativo masculino e feminino para a prevenção de DST/HIV. Os dados foram apresentados em tabelas e gráficos com frequências absolutas e relativas.

7.6 Aspectos éticos e legais

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), como parte integrante do projeto intitulado “Saúde sexual e reprodutiva de presidiárias de Fortaleza” sob protocolo número 229/09, consoante os aspectos éticos e legais constantes na Resolução n.º196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996a). Encontra-se em anexo o ofício de aprovação (Anexo A).

Ainda como exigido, foi solicitada a autorização do supervisor do Núcleo de Saúde da Secretaria de Justiça e Cidadania do Estado do Ceará, o qual mediou a permissão para a realização do projeto junto à diretora do Instituto Penal Feminino Desembargadora Auri Moura Costa (Anexo B).

Às participantes da pesquisa foi garantido o cumprimento dos preceitos éticos da beneficência, da não-maleficência, bem como o direito ao anonimato da participante e sua autonomia quanto a participar da pesquisa sem qualquer prejuízo para a realização do exame. Todas as participantes foram informadas dos objetivos do estudo, das justificativas e dos procedimentos utilizados na pesquisa, mediante o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B) com o uso de linguagem acessível.

8 RESULTADOS E DISCUSSÕES

8.1 Caracterização sociodemográfica das participantes do estudo

A fim de descrever e analisar as características sociodemográficas de 155 presidiárias envolvidas no estudo foram utilizadas as variáveis: idade, nacionalidade, procedência, escolaridade e estado civil. As informações foram expostas na Tabela 1.

TABELA 1. Dados sociodemográficos de presidiárias reclusas no Ceará. Aquiraz, Ceará, 2010.

Variáveis	N	%	
Idade (n=155):			
18-24	61	39,4	Média: 29,4
25-31	38	24,5	DP: 9,0
32-38	28	18,1	Mediana: 28,0
39-45	16	10,3	
46-56	12	7,7	
Nacionalidade (n=155):			
Brasileira	145	93,5	
Espanhola	5	3,2	
Alemã	2	1,3	
Caboverdiana	2	1,3	
Holandesa	1	0,7	
Estado do Brasil (n= 145):			
CE	134	92,4	
SP	2	1,4	
AC	2	1,4	
Outros Estados (PB, PI, MA, AM, MS, MG, RJ)	7	4,8	
Escolaridade (em anos de estudo) (n=155):			
Nenhum	4	2,6	Média: 7,2
até 8	88	56,8	DP: 3,3
9	23	14,8	Mediana: 7,0
até 11	17	11,0	
12	16	10,3	
>12	7	4,5	
Estado civil (n=155):			
Solteira	73	47,1	
Casada	11	7,1	
União consensual	59	38,1	
Viúva	4	2,6	
Divorciada	8	5,1	

As informações referentes à idade das participantes revelaram uma população ainda no início da juventude envolvida no mundo do crime. A faixa etária mais jovem, de 18 a

24 anos, apresentou maior frequência com 61 (39,4%) mulheres. Destaca-se que 99 presidiárias, ou seja, cerca de 64% possuíam no máximo 31 anos de idade.

O Departamento Penitenciário Nacional, ao consolidar os dados sobre a população carcerária do Brasil, de 2008 e 2009, apontou uma distribuição semelhante quanto à idade das pessoas privadas de liberdade, confirmando a entrada de pessoas cada vez mais jovens na criminalidade (BRASIL, 2008a). No Estado do Ceará, em dezembro de 2009, 24,8% das presidiárias estavam na faixa etária de 18 a 24 anos (BRASIL, 2009a).

A média encontrada de 29,4 anos foi menor do que as obtidas nos estudos de Carvalho *et al.* (2006) realizados no Rio de Janeiro, com 2.039 presos, e de Lopes *et al.* (2001), com 262 detentas da Penitenciária Feminina de São Paulo. Os autores identificaram uma média de idade para as mulheres de 32,9 e 32,4, respectivamente.

A pobreza, a segregação e os conflitos sociais vêm cronicamente concorrendo para produzir desemprego e frustração das expectativas entre os jovens, os quais se tornam, assim, potenciais candidatos a empregados do tráfico (CHALUB; TELLES, 2006). Assim, o precoce envolvimento na criminalidade, em especial no tráfico de drogas, pode estar relacionado à baixa média de idade apresentada no presente estudo.

Ressalta-se que, o Nordeste, além de se destacar na produção de drogas, apresenta várias cidades (destaque para Recife, Salvador e Fortaleza) que recebem cocaína, seja para reenvio para o exterior, seja revenda local. A Polícia Federal já admitiu que Fortaleza-CE compõe a base de uma rede internacional de tráfico de drogas que se ramificaria também em outros estados do País (FRAGA, 2007).

Quando indagadas sobre a nacionalidade, observou-se a prevalência de mulheres brasileiras, sendo esta a nacionalidade de 145 (93,5%) presidiárias. As provenientes de outros países (Espanha, Alemanha, Cabo Verde e Holanda) estão sob a custódia do Estado brasileiro pelo delito de tráfico internacional de drogas.

Confirmando este achado, o estudo de Carvalho *et al.* (2006) ao comparar o perfil de homens e mulheres prisioneiros do sistema penitenciário do Rio de Janeiro, encontrou uma proporção de estrangeiros cinco vezes maior para mulheres, sendo que todas tiveram como principal artigo de condenação o tráfico de drogas.

Nos últimos dois anos vem aumentando o número de mulheres estrangeiras presas no Brasil por tráfico de drogas. Mulheres oriundas da Bolívia e da África do Sul são as mais envolvidas nesse negócio ilegal. Em dezembro de 2008, havia 537 mulheres estrangeiras presas no Brasil. Um ano depois esse número aumentou para 544 (BRASIL, 2008a).

Quanto ao Estado de procedência das participantes, o Ceará, devido à própria localização da unidade prisional sediadora do estudo, foi o mais representado (por 134, ou seja, 92,4%). Ressalta-se que 94 (64,8%) eram procedentes de Fortaleza, capital do Estado, porém 40 (27,6%) eram de cidades do interior cearense. Tal achado demonstra que a criminalidade feminina não ocupa apenas os espaços urbanos, mas também é uma realidade das cidades interioranas.

Os Estados de São Paulo e Acre foram representados por 2 (1,4%) mulheres, e os demais (Paraíba, Piauí, Maranhão, Amazonas, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais e Rio de Janeiro) por apenas uma (0,7%). Diferentemente da realidade do Estado do Ceará, todas as presidiárias eram oriundas das capitais de tais unidades federativas.

As informações referentes ao nível educacional revelaram a realidade de muitos brasileiros. Mais da metade das participantes, (88, ou seja, 56,8%) não chegou a concluir o Ensino Fundamental (menos de 9 anos de estudo). Ademais, percebeu-se que o grau máximo de escolaridade de 115 (74,2%) mulheres não ultrapassou o ensino fundamental completo, variando de nenhuma experiência escolar até a conclusão da 9ª série.

O perfil escolar dessa amostra feminina está coerente com o obtido da população prisional brasileira dos últimos dois anos. Tanto em 2008 como em 2009 mais de 17 mil presos não concluíram o ensino fundamental (BRASIL, 2008a). Essas inferências comprovam a notória carência no nível de instrução educacional na população estudada, retrato da condição do Brasil em que apenas 25% dos brasileiros acima dos 15 anos dominam as habilidades de leitura e escrita (D'URSO, 2007).

O baixo nível escolar interfere negativamente nas oportunidades de emprego, aumentando a pobreza e a prática de subempregos. Assim, o envolvimento de mulheres jovens com pouca escolaridade na criminalidade é produto de uma história de restritas oportunidades iniciada desde a infância. O ingresso no mundo do crime, portanto, é vislumbrado como uma forma de rápida ascensão econômica e autoafirmação na sociedade.

A alta porcentagem de mulheres de pouca instrução culminou em uma média de apenas 7,2 anos de estudo, o que pode agravar as vulnerabilidades individuais e coletivas. A vulnerabilidade individual tanto envolve a dimensão comportamental quanto a cognitiva ligada especialmente ao acesso às informações (SANCHES, 1999). Assim, essas pessoas podem ter sido privadas de muitas oportunidades de conhecimento e orientação divulgadas no ambiente escolar, uma vez que este é um espaço não somente de formação acadêmica, mas também humana.

Os dados sobre a situação conjugal das participantes apontaram que 73 (47,1%) eram solteiras, compondo o estado civil mais frequente. A união marital esteve presente em 70 (45,2%) entre mulheres casadas e unidas consensualmente. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2005), há um aumento no número de casamentos realizados no Brasil, em parte devido à legalização das uniões consensuais. Em 2005, o total de casamentos realizados no País foi de 835.846, ou seja, 3,6% superior ao total observado no ano anterior.

A história da criminalidade feminina está relacionada com o envolvimento afetivo. Apesar da recente mudança do perfil da mulher infratora, ainda são comuns relatos de participação do homem no momento do episódio criminoso, sendo ele responsável direta ou indiretamente por seu envolvimento com o crime e, afinal, seu encarceramento. Ainda nesse ponto a criminalidade feminina se distingue da masculina: a mulher, na maioria das vezes, comete crime movida por sentimentos íntimos atrelados à sua situação socioeconômica desfavorável (OLIVEIRA, 2007).

Sabedores da influência dos fatores socioeconômicos no incentivo à criminalidade feminina foram coletadas informações sobre as atividades laborais desenvolvidas antes do aprisionamento, bem como as realizadas dentro da instituição prisional, a renda familiar mensal e o motivo do ingresso na prisão. A reunião dos dados foi disposta na Tabela 2.

TABELA 2. Dados laborais e motivos do ingresso na prisão de presidiárias reclusas no Ceará. Aquiraz, Ceará, 2010.

Variáveis	N	%	
Ocupação anterior:			
Doméstica	27	17,4	
Empregada doméstica	10	6,5	
Estudante	10	6,5	
Vendedora	8	5,1	
Faxineira	6	3,9	
Nenhuma	20	12,9	
Outras	74	47,7	
Ocupação atual:			
Estudante	26	16,5	
Artesanato	9	5,8	
Limpeza	9	5,8	
Costureira	7	4,4	
Nenhum	84	54,2	
Outros	20	13,3	
Renda familiar mensal (SM: R\$ 510,00):			
Até 1	87	56,1	Média: 906,5
Maior que 1 até 3	37	23,9	Mediana: 510,0
Maior que 3 até 5	7	4,5	
Maior que 5 até 7	6	3,9	
Maior que 7	5	3,2	
Não mencionado	13	8,4	
Tipo de delito:			
Tráfico de drogas	76	48,9	
Furto	31	20,0	
Roubo	26	16,7	
Tráfico internacional de drogas	6	3,9	
Homicídio	4	2,6	
Outros	12	7,9	

A investigação referente à ocupação anterior ao aprisionamento revelou uma população feminina que exercia, especialmente, trabalhos não remunerados. As demais funções laborais exercidas (empregada doméstica, vendedora e faxineira) constituem empregos de baixa remuneração e pouca especialização profissional, o que pode estar relacionado com a pouca escolaridade dessas mulheres. Além disso, pôde-se perceber que 20 (12,9%) participantes estavam desempregadas, compondo mais um estímulo para a busca de obtenção de renda ilegal.

Segundo Priouri (2009), a falta de acesso à educação, aos recursos básicos de sobrevivência, as altas taxas de desemprego, o subemprego, bem como a desestruturação das relações interpessoais são alguns fatores que podem ser considerados indutores da

criminalidade feminina ou, no mínimo, têm grande parcela de responsabilidade pela entrada das mulheres no mundo do crime e, conseqüentemente, nas prisões.

Sabe-se que o trabalho dignifica o homem e promove a sua autopercepção de ser cidadão colaborador da sociedade. Pensando na reintegração das populações privadas de liberdade na sociedade tem-se estimulado o desenvolvimento de atividades ocupacionais e formativas dentro das unidades prisionais. No estabelecimento onde foi desenvolvido o estudo as presidiárias têm a oportunidade de participar de ocupações relacionadas ao ingresso na escola, ao artesanato, à costura, à padaria, à cozinha, à limpeza da unidade, ao auxílio na biblioteca, à capinagem, à fábrica de detergente, dentre outras atividades.

A amostra estudada participa mais ativamente das atividades escolares. A esperança de melhoria das condições de vida pós-prisão estimulou 26 (16,5%) mulheres a continuarem seus estudos ou até mesmo a iniciarem sua alfabetização dentro do presídio. A escola possui uma estrutura física adequada, com salas de aula bem iluminadas e ventiladas, com capacidade para 30 alunas. Existe uma área para recreação, banheiros, sala dos professores e uma biblioteca. O desenvolvimento das atividades é realizado por duas professoras e duas internas responsáveis pela biblioteca e pela organização da escola.

As demais atividades exercidas foram artesanato e limpeza por 18 (11,6%), além de costura por 7 (4,4%). As atividades de artesanato são desenvolvidas em um espaço destinado a este fim, onde as detentas fabricam peças artesanais com auxílio de uma profissional artesã. A venda das peças ajuda na manutenção desse serviço. As costureiras se dedicam à realização de algumas etapas do processo de confecção de peças masculinas e femininas de duas grandes empresas da indústria da moda brasileira. Ressalta-se que todas as trabalhadoras recebem um incentivo financeiro e remição da pena.

Os participantes reclusos da investigação de Fernandes e Hirde (2006) sobre o significado do trabalho dentro de unidades prisionais mencionaram que o trabalho foi a maneira encontrada para ocupar o tempo e ajudar a família com o salário recebido. O trabalho como opção faz com que os apenados minimizem o sentimento de inutilidade, que comecem a dar valor aos frutos do seu esforço e que passem a perceber a vida de uma forma diferente. A prisão possibilita um intervalo para a reflexão, porém se o tempo não for ocupado por ações reestruturantes poderá conduzir ao aumento da revolta originada pela falta de perspectivas e de projetos que construam alicerces para a vida futura.

É preciso criar e expandir ações ocupacionais nos presídios do País, para que as pessoas que ali se encontram desenvolvam condições de superar essa experiência e se tornem capazes de perceber que a vida poderá seguir um novo rumo. O trabalho é uma ação de cunho

reeducador e humanitário, colabora na formação da personalidade do recluso, cria o hábito de autodomínio e disciplina social e poderá dar ao interno uma profissão a ser posta a serviço da comunidade quando chegar à liberdade. É por meio do trabalho que o condenado atende às suas próprias necessidades e faz a requalificação do criminoso em operário (LIMA, 2005).

A investigação sobre a renda familiar mensal mostrou mais um aspecto socioeconômico desfavorável. Mais da metade da amostra, 87 (56,1% das mulheres) mencionaram possuir renda mensal de até um salário mínimo, de modo que 19 (13,4%) possuíam rendimento de, no máximo, R\$ 200,00. A rentabilidade de 124 (80%) variou de R\$ 82,00 até R\$1.530,00.

As condições financeiras dessas mulheres apresentaram-se inferiores quando comparadas às obtidas no estudo de Sousa et al. (2005). A pesquisa envolveu 86 reeducandos do Estado de Goiás e evidenciou a predominância de 51 (58,6%) participantes de renda familiar de três salários mínimos.

As disparidades de renda e de acesso aos recursos têm se mostrado elevadas em nível mundial. No Brasil, quase um terço da população vive com até meio salário mínimo *per capita*, o que corresponde a 49 milhões de pessoas. Ao acrescentar as pessoas que vivem sem rendimento, estima-se que 54 milhões de pessoas possam ser consideradas pobres. As disparidades por regiões também existem: no Nordeste, quase 51% das pessoas vivem com até um salário mínimo, enquanto no Sudeste esse número é inferior a 18% (D'URSO, 2007).

O número de mulheres que vivem na pobreza é superior ao de homens, e a disparidade entre os gêneros aumentou na última década. Essa disparidade pode ser medida pelas relações de poder (IBGE, 2002). Assim, a entrada na vida criminal muitas vezes representa um complemento financeiro, ou até mesmo o único meio de obter renda, a fim de alcançar um incremento financeiro de modo rápido e sem grandes esforços.

A análise das razões pelas quais as mulheres em questão respondem judicialmente evidenciou a realização do tráfico de drogas como principal motivo. A junção das mulheres que realizaram essa atividade no Brasil com as envolvidas no tráfico internacional contabilizou 82 (52,8%) detentas incluídas nessa fonte de renda ilegal. Os demais delitos mais cometidos foram furto por 31 (20%) e roubo por 26 (16,7%). Vale ressaltar que apenas 44 (28,4%) presidiárias foram julgadas, mostrando a fragilidade da justiça brasileira em lidar com o aumento da criminalidade a passos tão largos.

A distribuição observada está condizente com dados fornecidos pelo Departamento Penitenciário Nacional, em dezembro de 2009, exceto na representação do roubo enquanto delito cometido por mulheres. Segundo esta instituição, no Estado do Ceará,

22,5% das mulheres presas estavam respondendo por tráfico de drogas, 20% por furto e 18,8% por homicídio (BRASIL, 2009a). Este, no presente estudo, apresentou-se baixo, com 4 (2,6%) de envolvimento das participantes.

A participação nos crimes de tráfico, uso, posse e distribuição de drogas, tem sido responsável pelo aumento do número de mulheres presas, nas últimas décadas, seja na função de agentes ou de cúmplices da criminalidade. O envolvimento com o tráfico se deve especialmente aos relacionamentos amorosos e à facilidade de obtenção de dinheiro (OLIVEIRA, 2007).

Em âmbito nacional, no ano de 1998, 32,6% das mulheres eram detidas por esse tipo de crime, passando para 59%, em 2008 e 2009. No Brasil, em 2009, 12.312 mulheres estavam aprisionadas devido ao tráfico, compondo 59 % dos delitos cometidos por mulheres. Para efeito comparativo, esse motivo de detenção representa 20% no efetivo masculino (BRASIL, 2008a).

As mulheres são encontradas em posições subalternas nos esquemas de tráfico, como “avião” ou “mula”, o que facilita sua prisão pela polícia e, por consequência, sua inserção no sistema de justiça criminal. Além disso, muitas mulheres são presas nas portas das unidades prisionais quando transportam drogas para dentro dos presídios, principalmente dos masculinos, na ocasião da visita a familiares detidos (OLIVEIRA, 2007).

8.2 História sexual das participantes do estudo

A análise da história sexual das 155 participantes se baseou nos dados da Tabela 3 a seguir.

TABELA 3. História sexual de presidiárias reclusas no Ceará. Aquiraz, Ceará, 2010.

Variáveis	N	%	
Menarca (anos):			
8-10	10	6,5	Média: 12,7
11-13	100	44,5	DP: 1,6
14-17	45	29,0	Mediana: 13
Idade de início da vida sexual:			
<11	3	1,9	Média: 14,61
11-13	43	27,8	DP: 2,7
14-16	78	50,3	Mediana: 15,0
17-19	24	15,5	
20-23	7	4,5	
Tipo de parceria sexual:			
Estável	86	55,5	
Instável	21	13,5	
Sem parceiro	48	31,0	
Nº parceiros nos últimos três meses:			
Nenhum	60	38,7	
1-3	92	59,4	
>3	3	1,9	
Características dos parceiros dos últimos três meses*:			
Possui tatuagens e/ou piercings	54	56,8	
Usa drogas	53	55,8	
Presidiária	36	37,9	
Presidiário	21	22,1	
Garota de programa	14	14,7	
Garoto de programa	5	5,2	
Homo/bissexual	8	6,3	
História de DST	4	8,4	
Não possui tais características	12	12,6	
Comportamento sexual:			
Heterossexual	98	63,2	
Homossexual	22	14,2	
Bissexual	35	22,6	
História de prostituição:	53	34,2	

*As porcentagens foram calculadas a partir do número de mulheres que possuíram parceiros nos últimos três meses (n: 95), porém os dados absolutos são maiores devido à existência de características diferentes para o mesmo parceiro.

Os dados sobre idade da menarca evidenciaram uma maior frequência do intervalo de 11 a 13 anos de idade com 100 (44,5%) mulheres, seguido da faixa etária de 14 a 17 anos, o que somou 45 (29%). Portanto, em sua maioria não houve um início precoce dos ciclos menstruais, pois apenas 10 (6,5%) mulheres tiveram a menarca antes dos 11 anos. A média de idade da primeira menstruação foi de 12,7 anos, sendo a mínima de oito e a máxima de 17 anos.

A idade da menarca não é fixa para as diversas populações, pois existem diversos fatores que interferem, como nutricionais, esportivos, geográficos e familiares. Porém, é certo que, independentemente dos fatores supracitados, a idade da menarca diminuiu nos últimos 100 anos devido à melhoria das condições de vida, sendo a média atual semelhante à de países desenvolvidos (ACCETTA; ABEICHE; HERTER, 2002).

A entrada das mulheres na adolescência é demarcada pela primeira menstruação, de forma que a comunicação entre mãe e filha em torno desse marco é uma oportunidade de compartilhar valores e conhecimentos sobre comportamentos preventivos. Aquino *et al.* (2008) constataram que as mulheres cujas mães conversaram sobre menstruação antes da menarca engravidaram menos na adolescência, demonstrando o importante papel familiar.

A análise da idade da coitarca demonstrou um início precoce da vida sexual, uma vez que 124 (80,1%) iniciaram antes dos 17 anos. Vale ressaltar que 148 (95,6%) tiveram sua primeira relação na adolescência, sendo que em 46 (29,8%) ocorreu antes dos 14 anos. Dessas, duas mulheres (1,2%) foram violentadas sexualmente durante a infância, aos cinco anos de idade. A média de idade da coitarca foi de 14,6 com mínima de cinco anos e máxima de 23.

Os dados apresentados mostram porcentagens altíssimas da precocidade da entrada na vida sexual, especialmente ao se comparar com dados de uma pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas relacionada às DST e aids da população brasileira de 15 a 64 anos de idade, realizada pelo Ministério da Saúde, em 2008 (BRASIL, 2008b). Segundo os resultados da pesquisa, apenas 17% das mulheres sexualmente ativas entre 15 e 64 anos iniciaram sua vida sexual antes dos 15 anos, ao passo que no presente estudo 71 (45,8%) vivenciaram a coitarca nessa mesma faixa etária.

O início precoce da vida sexual denota que estratégias de planejamento familiar e promoção da saúde sexual e reprodutiva devem contemplar de forma intensiva o período da adolescência, uma vez que este pode ser determinante na resolução da história gineco-obstétrica desses jovens. A adolescência é marcada por profundas transformações e experiências inerentes à sexualidade, porém nem sempre os adolescentes estão preparados para a iniciação sexual, podendo se submeter a riscos e frustrações. Dentre os fatores que contribuem para a iniciação sexual precoce feminina estão: manifestação espontânea, violência física, pressão social, além do comércio sexual (BRASIL, 2003).

Na Venezuela um estudo analítico e prospectivo foi realizado com 265 internas que iriam se submeter ao exame de Papanicolau e biópsia cervical quando necessário. A

investigação sobre a história sexual apontou uma média de início da vida sexual mais tardia, de 16,7 anos, do que a encontrada no presente estudo (BRITO, 2003).

A média de idade da coitarca de 14,8 anos (DP 1,9) apresentou-se semelhante à de outro estudo realizado com 121 presidiárias do Espírito Santo, em que a média do primeiro coito foi de 15,2 anos (MIRANDA; MERÇON-DE-VARGASA; VIANA, 2004).

Os dados sobre o número de parcerias sexuais presentes nos últimos três meses, apresentou maior frequência de 81 mulheres (52,3%) com único parceiro, de modo que 92 (59,4%) possuíam de um a três. Portanto, é notória a pouca variedade dessas parcerias. Ao serem indagadas sobre o tipo de parceria, 86 (55,5%) mulheres a consideraram estável, 21 (13,5%) instável e 48 (31%) não possuíam. Cabe salientar que nem todas as mulheres que possuem parceiros ou parceiras mantiveram relações sexuais nos últimos três meses. Essa realidade foi observada em 60 (38,7%) mulheres, dentre estas com e sem companheiros ou companheiras.

Os resultados mostraram uma análise positiva, uma vez que um dos critérios de risco para avaliar a vulnerabilidade às DST/HIV consiste na multiplicidade de parceiros sem o uso de medidas preventivas. A transmissão sexual do HIV é pouco frequente (risco de 2% a 6%) para parceiros estáveis e ocorre principalmente em pessoas com múltiplos parceiros e com prática sexual de risco (sem uso de preservativo). A coexistência de alguma DST – inclusive o HIV – constitui-se em um importante facilitador dessa transmissão (BRASIL, 2006a).

Porém, vale lembrar que a crença no amor como ilusória proteção às DST/HIV entre pessoas que possuem parcerias estáveis tem elevado os casos de aids em mulheres com parcerias fixas. Assim, independentemente do número e estabilidade da parceria sexual, o uso do preservativo em todas as relações é imprescindível para a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e a quebra da cadeia epidemiológica.

Apesar da pouca variedade de parceiros nos últimos três meses, as características dos mesmos evidenciam aspectos que ampliam a vulnerabilidade das mulheres estudadas. O uso de tatuagens/ piercings e o consumo de drogas ilícitas estiveram presentes nos parceiros de 54 (56,8%) e 53 (55,8%) presidiárias, respectivamente. As tatuagens/piercings são geralmente usadas como forma de se reafirmar em um grupo, entretanto é comum a prática caseira sem uso de técnicas assépticas. Aliada a essa situação, a grande porcentagem de parcerias usuárias de drogas aumenta o risco de aquisição e transmissão do HIV e hepatites.

A prática homossexual com presidiárias da mesma instituição foi observada em 36 (37,9%) mulheres, enquanto que com homens presidiários essa realidade esteve presente em

21 (22,1%). Nestes casos, para que haja o encontro entre os parceiros reclusos a mulher se desloca da sua instituição prisional escoltada para a do seu parceiro, quinzenalmente. Antes de saírem da instituição as presidiárias recebem preservativos, ao passo que as homossexuais são menos visadas no que se refere ao acesso e à orientação de medidas preventivas.

A prática do homossexualismo dentro das prisões é comum. Passa a ser uma forma de suprir ou amenizar as necessidades afetivas, já que muitas vezes as relações estabelecidas anteriormente à prisão são interrompidas ou enfraquecidas, inclusive as relações familiares.

Tal assertiva pôde ser confirmada pela alta porcentagem de mulheres não-heterossexuais. Aquelas que se diziam bissexuais e homossexuais totalizaram 57 (36,8%) mulheres. As demais possuíam comportamento heterossexual.

A prática comum do homossexualismo sem o uso de métodos preventivos às DST/HIV agrava ainda mais a situação de vulnerabilidade das mulheres privadas de liberdade. Estudo de Strazza *et al.* (2007) com 290 detentas de uma penitenciária de São Paulo mostrou que 11% têm relações sexuais dentro da prisão com homens; 24% com mulheres; com mulheres, mas ocasionalmente com homens, ou com homens e mulheres igualmente apresentou apenas uma resposta afirmativa para cada modalidade. Tal resultado mostrou a superação de relacionamentos homossexuais frente aos heterossexuais.

A realidade exposta é agravada pelas dificuldades enfrentadas pelas presidiárias para a garantia dos direitos à visita íntima na instituição, tanto pela existência de alguns requisitos institucionais quanto pelo fato de poucas penitenciárias femininas garantirem o cumprimento desse direito (VIAFORE, 2005; BRASIL, 2007). Quanto às visitas íntimas de pessoas do mesmo sexo, não há direito assegurado dentro do sistema prisional, favorecendo a prática homossexual dentro do ambiente carcerário de maneira não regulamentada (BRASIL, 2007).

A investigação sobre a prática da prostituição apresentou uma alta porcentagem, tendo em vista que 53 (34,2%) mulheres já realizaram essa atividade. Ademais, 14 (14,7%) mulheres sabiam que suas parceiras eram prostitutas e 5 (5,2%) que seus companheiros eram garotos de programa. Histórias de prostituição são frequentes entre mulheres presidiárias. Viafore (2005) incluiu essa prática como um componente da representação epidemiológica da figura feminina criminosa.

Muitas ingressam na prostituição em busca de melhores condições financeiras e acabam se envolvendo nas amarras de uma vida ilegal, especialmente no tráfico de drogas.

Outra realidade, ainda mais frequente, é a realização dessa atividade como estratégia para sustentar o vício da droga.

Segundo Andrade (2002), há uma variedade de fatores socioeconômicos e psicológicos determinantes da prostituição. A migração para centros urbanos, a falta de emprego, as condições de vida subumanas, a baixa escolaridade e a falta de perspectiva representam os fatores socioeconômicos, enquanto as carências afetivas, os traumas e a falta de apoio familiar são aspectos psicológicos que influenciam a inserção no comércio sexual.

Alves Filho (2004) afirma que a cada ano o número de prostitutas tem aumentado significativamente, estando a cidade de Fortaleza entre os quatro centros do tráfico de mulheres no Brasil, perdendo apenas para São Paulo, Rio de Janeiro e Goiânia. O Ceará apresenta 3.200 mulheres sócias da Associação de Prostitutas do Ceará (APROCE), porém é relevante destacar que existem prostitutas que praticam essa atividade de forma camuflada, com receio de serem descobertas, principalmente quando se trata de prostituição nos níveis socioeconômicos mais altos.

Os dados referentes à realização das visitas íntimas, à saúde sexual e ao acompanhamento ginecológico na instituição foram expostos na Tabela 4.

TABELA 4. Saúde sexual de presidiárias reclusas no Ceará. Aquiraz, Ceará, 2010.

Variáveis	N	%
Periodicidade da visita (n=107):		
Sem visita	46	42,9
Sem visita - homossexual	46	43,0
Quinzenal	11	10,3
Mensal	2	1,9
Bimestral	2	1,9
Manifestação de DST antes da prisão (n=155):	21	13,5
Tipo de DST (n=21):		
Sífilis	10	47,6
HPV	4	19,0
Gonorréia	1	4,8
Não sabe	6	28,6
Manifestação de DST após a prisão (n=155):	9	5,8
Tipo de DST (n=9):		
Sífilis	2	22,2
HPV	1	11,1
Não sabe	6	66,7
Acompanhamento ginecológico na instituição (n=155):	65	42,0
Periodicidade do acompanhamento (n= 65):		
Anual	14	21,5
Semestral	18	27,8
Trimestral	1	1,5
Mensal	2	3,0
Fez uma vez	12	18,4
Sem periodicidade	18	27,8
Último exame preventivo há (n= 65):		
Menos de 1 ano	54	83,0
1 ano	6	9,3
Há mais de 1 ano	3	4,7
Não lembra	2	3,0

A visita íntima em instituições prisionais está assegurada pela Resolução nº 01, de 30 de março de 1999, para homens e mulheres privados de liberdade, porém as mulheres enfrentam maiores problemas para o alcance desse direito. Observou-se que de 107 mulheres que possuem parceria sexual, apenas 15 (14,1%) desfrutam da garantia desse direito. A proporção de mulheres heterossexuais com parceiros e sem visita íntima foi a mesma de mulheres homossexuais com parceiras e sem visita íntima, sendo representada por 46 (43%) cada situação.

Na instituição estudada a visita íntima é realizada em um espaço chamado Venustério destinado para este fim. Consiste em um quarto com banheiro em que o casal pode permanecer por até duas horas quinzenalmente. Apenas mulheres heterossexuais casadas ou que tenham como comprovar a união consensual são beneficiadas. Estas recebem preservativos com mais frequência e quantidade que as demais. As mulheres homossexuais e aquelas que não possuem ou não têm como comprovar uma relação consensual não se beneficiam pela visita íntima, contrariando o que está estabelecido na Resolução nº 01, de 30 de março de 1999.

De acordo com a Resolução, a visita íntima é entendida como a recepção pelo preso, nacional ou estrangeiro, homem ou mulher, de cônjuge ou outro parceiro, no estabelecimento prisional em que estiver recolhido, em ambiente reservado, cuja privacidade e inviolabilidade sejam asseguradas. O direito de visita íntima é, também, assegurado aos presos casados entre si ou em união estável (BRASIL, 1999).

As desigualdades de gênero sancionadas pela sociedade e suas instituições são constatadas quando se observa que para os homens a visita íntima foi introduzida há muito mais tempo e com regras flexíveis. Neste sentido, para homens presos a visita íntima possibilita mais encontros e com diferentes parceiras porque não discriminam tipos de vínculo. No caso das mulheres, estas precisam comprovar um vínculo, existindo uma maior preocupação com o controle da sexualidade e seus riscos, o que vem dificultando a implantação de meios que assegurem esse direito às mulheres reclusas. O maior controle da sexualidade também pode estar relacionado às ligações entre esta e a gravidez e à maior vulnerabilidade das mulheres às DST/HIV (LIMA, 2006). Destarte, é preciso implantar e expandir programas de prevenção às DST/HIV dentro das instituições penais.

Vale lembrar que tais ações preventivas devem contemplar não somente a quem tem visitas íntimas garantidas, mas especialmente àquelas que mantêm relações sexuais homossexuais dentro das celas sem nenhuma atenção direcionada. As relações homossexuais dentro das instituições são, muitas vezes, mascaradas pelos dirigentes e profissionais das instituições. O preconceito e a repressão da sexualidade feminina ainda dificultam a divulgação e disponibilização de ações preventivas dirigidas a essa população.

A investigação sobre a saúde sexual das participantes do estudo mostrou que 21 (13,5%) apresentaram alguma manifestação de DST antes do aprisionamento, e em apenas 9 (5,8%) foi diagnosticada alguma dessas doenças depois do ingresso na instituição prisional. A mais frequente foi a sífilis, com 10 (47,6%) antes, e 2 (22,2%) depois da prisão, seguida do Papiloma Vírus Humano (HPV) com 4 (19%) e 1 (11,1%) respectivamente. A falta de

conhecimento sobre o tipo de DST foi representado por 6 (28,6%) entre as que apresentaram antes da prisão, e 6 (66,7%) entre as que tiveram depois.

As porcentagens mostraram-se inferiores quando comparadas aos dados do estudo de Carvalho et al. (2006). Este, ao investigar a prevalência de DST entre 125 mulheres detentas do Estado do Rio de Janeiro, mostrou que 31,9% tiveram alguma DST antes da prisão, sendo a mais frequente a sífilis (11,7%), como no presente estudo. A porcentagem de DST após a prisão foi de 78,8 %, e a sífilis mais uma vez foi a mais frequente. Já no estudo de Lopes *et al.* (2001), com 262 presidiárias de uma instituição de São Paulo, 44,1% tiveram alguma DST anteriormente à prisão.

A desinformação sobre os diversos tipos de DST, as apresentações assintomáticas e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde antes do encarceramento, bem como depois, favorecem a não-identificação dessas patologias por parte da população e a subestimação desses acometimentos.

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário prevê ações de diagnóstico, aconselhamento e tratamento em DST/HIV/aids, distribuição de preservativos para as pessoas presas e os servidores, elaboração de material educativo e instrucional, fornecimento de medicamentos específicos para infecção pelo HIV e outras DST, bem como ações de diagnóstico e tratamento das DST segundo a estratégia da abordagem sindrômica (BRASIL, 2003). Entretanto, muitas dessas ações ainda passam por dificuldades e entraves institucionais para se tornarem práticas.

A necessidade da concretização das políticas e planos dirigidos à população privada de liberdade é acentuada pelo fato de muitas dessas pessoas nunca terem se dirigido ao serviço de saúde antes do aprisionamento, o que aumenta a vulnerabilidade na prisão caso esta não possua um serviço de saúde e uma rede de referência para o acompanhamento da saúde das pessoas reclusas.

Na instituição estudada o serviço de ginecologia conta com consultório equipado em que o médico ginecologista e uma enfermeira prestam assistência. As mulheres logo nos primeiros meses depois da entrada no presídio realizam o exame preventivo e todas as informações são registradas no prontuário de cada detenta. O médico possui o controle das que já se submeteram ao exame e o tempo de realização é observado para futura convocação. As medicações prescritas são disponibilizadas no próprio serviço.

Caso a interna possua algum sintoma, mas não tenha sido convocada, pode informar aos profissionais de saúde para que haja sua convocação. Porém, durante a realização do estudo foram frequentes os relatos de dificuldade de solicitação de consulta

ginecológica e outros serviços em saúde, inclusive por parte de uma presidiária com suspeita de infecção pelo HIV.

O acompanhamento ginecológico na instituição foi realizado por 65 mulheres (42%), ou seja, a maioria nunca passou por este serviço após ingressar na prisão. Ressalta-se que 21 (13,5%) são recém-chegadas na instituição, o que pode estar relacionado à alta frequência de mulheres que não foram contempladas.

Os dados sobre a periodicidade do exame mostraram-se favoráveis, uma vez que 18 (27,8%) mencionaram a convocação semestral e 14 (21,5%), anual. Entretanto, 18 (27,8%) afirmaram não haver periodicidade certa, e 12 (18,4%) fizeram apenas uma vez, ao ingressar.

Quanto ao tempo de realização do último exame preventivo, mais uma informação favorável foi percebida. Das 65 mulheres que já passaram pelo serviço, 60 (92,3%) realizaram a última coleta há um ano ou menos, e apenas 3 (4,7%) se submeteram há mais de um ano.

Portanto, evidenciou-se uma análise positiva, pois de acordo com Instituto Nacional do Câncer (INCA) (2006), no Brasil, desde 1988, o exame colpocitopatológico é recomendado a mulheres entre 25 anos e 60 anos de idade. Após dois exames consecutivos negativos deverá ser realizado a cada três anos. A expectativa de redução percentual no risco cumulativo de desenvolver o CCU, após um resultado negativo, é quase o mesmo quando realizado anualmente (redução de 93%) ou a cada três anos (redução de 91% do risco).

Segundo o mesmo instituto (2010), a média de realização do exame de Papanicolaou é de 81,2% entre as mulheres brasileiras de 25 anos a 59 anos. As estimativas de novos casos de câncer de colo do útero para o ano de 2010 é de 18.430 casos. Somente no ano de 2008 morreram 4.812 mulheres vítimas de câncer de colo uterino (INCA, 2010).

O desconhecimento sobre as formas de prevenção, os medos e tabus em torno do exame de rastreamento interferem negativamente na prevenção do desenvolvimento desse tipo de câncer. Os principais motivos alegados por brasileiras que nunca realizaram esse tipo de exame são: vergonha, medo do exame ou de ter doença grave, ansiedade para saber o resultado do exame, ideia de que o exame dói, não achar necessário, ser saudável ou não ter problemas ginecológicos, considerar o exame embaraçoso, e ter tido dificuldades de marcar uma consulta no serviço de saúde (MESQUITA; MOURA, 2005; PINHO *et al.*, 2003).

O acompanhamento ginecológico dentro das instituições ganha uma maior conotação além da realização do exame preventivo. Tendo em vista as vulnerabilidades inerentes à população feminina reclusa, a consulta pode configurar um importante momento de aconselhamento, orientação e fornecimento de preservativos, além da identificação de agravos.

8.3 Uso de drogas lícitas e ilícitas, tatuagens e *piercings*

Os hábitos tabagistas e etilistas, o consumo de drogas ilícitas e o uso de tatuagens/*piercings* foram apresentados na Tabela 5.

TABELA 5. Consumo de drogas e uso de tatuagens/*piercings* por presidiárias reclusas no Ceará. Aquiraz, Ceará, 2010.

Variáveis	N	%
Tabagismo (n=155):	104	67,1
Etilismo (n=155):	93	60,0
Uso de drogas ilícitas (n=155):	96	61,9
Quantos tipos de drogas (n=96):		
Usa um tipo de droga	43	44,8
Usa dois tipos de droga	22	23,0
Usa três tipos ou mais	31	32,2
Tipo de drogas ilícitas (n=96)*:		
Crack	63	65,6
Cocaína	50	52,0
Maconha	49	51,0
Rohypnol	18	18,7
Artane	15	15,6
Outros (cola de sapateiro, injetável, <i>ecstasy</i> , heroína)	14	14,5
Possui tatuagens (n=155):	99	63,9
Possui <i>piercings</i> (n=155):	37	23,9

*As porcentagens dos tipos de droga foram calculadas a partir do número de usuárias (n=96), porém os dados absolutos são maiores devido ao uso de diferentes tipos de drogas por uma mesma mulher.

Os dados sobre o uso de drogas mostraram histórias em que o cigarro, o álcool e as drogas ilícitas estiveram fortemente presentes. O hábito de fumar foi o mais frequente por 104 (67,1%), até mesmo pelo fato de ser permitido dentro da instituição. Durante o desenvolvimento da pesquisa algumas mulheres relataram que não fumavam antes de serem presas, mas que agora possuem este hábito como forma de aliviar as tensões da vida na prisão. Outras enxergam o aprisionamento como uma oportunidade de diminuir o uso ou até mesmo parar de fumar.

O consumo de álcool também configura um sério problema, sendo referido por 93 mulheres (60%). Estas afirmaram consumir, antes do aprisionamento, especialmente durante os finais de semana e, muitas vezes junto com o cigarro e outras drogas. Entretanto, não foram raras as histórias de dependência alcoólica diária e início da utilização ainda na infância.

A dependência do uso de drogas ilícitas foi reportada por 96 (61,9%) mulheres como mecanismo de fuga do seu triste contexto de vida e como “encorajadoras” para a realização de atos delituosos. Um forte agravante da situação exposta é o fato de que 53 (55,2%) mulheres não utilizavam apenas um tipo de droga ilícita, mas associada a outras drogas, em especial com o crack e a cocaína. Das 96 usuárias, 31 (32,2%) usavam três ou mais drogas associadas, existindo 8 (8,3%) casos em que associavam mais de quatro drogas.

As drogas mais consumidas foram o crack, o qual foi referido por 63 mulheres (65,6%), a cocaína por 50 (52%) e a maconha por 49 presidiárias (51%). Esta distribuição é preocupante, tendo em vista a prevalência de drogas que causam extrema dependência. A alta prevalência do uso de substâncias entre presidiários se constitui em um importante problema de saúde pública.

Os transtornos por uso de substâncias psicoativas exercem considerável impacto sobre os indivíduos, suas famílias e a comunidade, determinando prejuízo à saúde física e mental, comprometimento das relações, perdas econômicas e, algumas vezes, chegando a problemas legais devido à sua associação com a violência e o crime. É alta a proporção de atos violentos quando álcool ou drogas estão presentes entre agressores e suas vítimas, ou em ambos (CHALUB; TELLES, 2006).

Segundo Viafore (2005), os crimes praticados pelas mulheres tendem a ser cometidos contra a propriedade numa proporção muito maior do que contra a pessoa. O uso de drogas aumenta a probabilidade de se envolverem numa conduta criminal.

Estudo sobre a prevenção do HIV/aids com 290 detentas de uma penitenciária feminina de São Paulo apontou que o uso de droga foi referido por 187 mulheres (70%), assemelhando-se ao presente estudo. Porém, a investigação do tipo de drogas apontou que a mais utilizada por 61% detentas foi a maconha, seguida da cocaína (47%) e do crack (43%) (STRAZZA; AZEVEDO; CARVALHO, 2006).

A utilização prevalente do crack e da cocaína neste estudo torna a realidade das mulheres ainda mais grave do que as da pesquisa anteriormente citada. Esta assertiva se baseia no fato de que o crack e a cocaína causam maior grau de dependência e agravos à saúde quando comparados à maconha.

A associação entre álcool, drogas e violência merece continuar sendo estudada, na busca de maiores conhecimentos e práticas que possam contribuir para a saúde da população e a prevenção da violência. Ações de prevenção e tratamento devem ser prestadas à população prisional portadora de transtorno do uso de drogas lícitas e ilícitas (CHALUB; TELLES, 2006).

Quando indagadas sobre o uso de tatuagens e *piercings*, observou-se que mais da metade das mulheres, ou seja, 99 (63,9%) possuem tatuagens e 25% possuem *piercings*. Ressalta-se que muitas fazem dentro da prisão, com uso de materiais não adequados, sob condições precárias de higiene e nenhuma segurança biológica.

As tatuagens possuem sentido simbólico e são, muitas vezes, utilizadas como linguagem demográfica importante no mundo do crime. As tatuagens comumente são feitas sem higiene e com materiais inadequados compartilhados, tanto por detentas no interior das instituições prisionais quanto por outras pessoas, em locais como domicílio e ruas. Todas são igualmente leigas sobre o manuseio adequado de objetos perfuro-cortantes e desconhecem os possíveis danos causados à saúde (GIORDANI; BUENO, 2002). Tal realidade evidencia a omissão do Estado, que subestima a importância de ações educativas e preventivas voltadas às DST/HIV que se proponham a diminuir os riscos de contaminação do HIV e outros patógenos devido à prática inadequada de tatuagens e *piercings* dentro e fora das prisões.

8.4 Conhecimento sobre o uso dos preservativos masculino e feminino

A avaliação do conhecimento das 155 participantes acerca do uso do preservativo masculino evidenciou que apenas 35 (22,6%) tinham conhecimento adequado, apesar da totalidade já ter ouvido falar sobre esse método, o que demonstra uma superficialidade dos conhecimentos adquiridos.

Fernandes *et al.* (2000), ao investigarem 249 mulheres atendidas na rede primária de saúde de Campinas-SP quanto aos conhecimentos, atitudes e práticas de prevenção com relação às DST, concluiu que conhecer a camisinha e já tê-la visto foi resposta para 95,2% das adolescentes e 91,6% de todas as mulheres.

A camisinha e a pílula são os métodos naturais mais disseminados e mais conhecidos em todo País, porém o uso correto e o conhecimento adequado de como utilizá-los ainda não são tão frequentes quanto o simples fato de “ter ouvido falar”. Ademais, de modo geral, estudos disponíveis referem-se ao conhecimento de métodos em termos de “ouvir falar” e não chegam a avaliar a qualidade da informação que as pessoas dizem possuir (SOUZA *et al.*, 2006).

Outro estudo, também com enfoque nos conhecimentos sobre uso de métodos incluindo a camisinha, pesquisou o porquê da escolha de determinado contraceptivo. No

decorrer dos depoimentos as mulheres referiram um dado conhecimento acerca do método preferido que justifica a sua opção. Entretanto, tal conhecimento, em geral, esteve baseado na experiência de pessoas significativas para as mulheres e/ou em informações que elas “ouviram falar”. Frequentemente, esse conhecimento não se revelou adequado, pois sua porcentagem foi de apenas 47,6% (ESPEJO *et al.*, 2003).

Apesar de os autores classificarem os resultados alcançados como não satisfatórios, percebeu-se que a porcentagem de mulheres com conhecimento adequado sobre os métodos contraceptivos na pesquisa anterior foi 25% mais elevada quando comparada a presidiárias com conhecimento adequado sobre o uso do preservativo masculino observada no presente estudo. A fragilidade do conhecimento entre as mulheres pesquisadas reflete a ineficácia de como essas orientações estão sendo realizadas.

A avaliação do conhecimento sobre o preservativo feminino corroborou resultados mais insatisfatórios, pois apenas 11 mulheres (7,1%) possuíam conhecimento adequado, embora 138 (89%) já tivessem ouvido falar nesse método.

Em 2003, foi realizada a pesquisa Ibope Opinião com amostra representativa da população brasileira sexualmente ativa nos últimos seis meses, com 14 anos ou mais. Ao final da pesquisa foi constatado que aproximadamente 76% das pessoas sexualmente ativas conheciam ou já tinham ouvido falar do preservativo feminino, porém apenas 3,3% dessas pessoas já o tinham utilizado. Entre a parcela de mulheres entrevistadas, 79% conheciam ou já tinham ouvido falar desse recurso feminino (PAIVA *et al.*, 2003).

A problemática da superficialidade do conhecimento esteve ainda mais presente na análise referente ao uso do preservativo feminino, o que provoca a reflexão sobre como as orientações estão chegando a essas mulheres e por quem estão sendo repassadas.

A fim de elucidar alguns desses questionamentos, foram demonstradas nos Gráficos 1 e 2 as principais fontes de informação sobre o preservativo masculino e feminino.

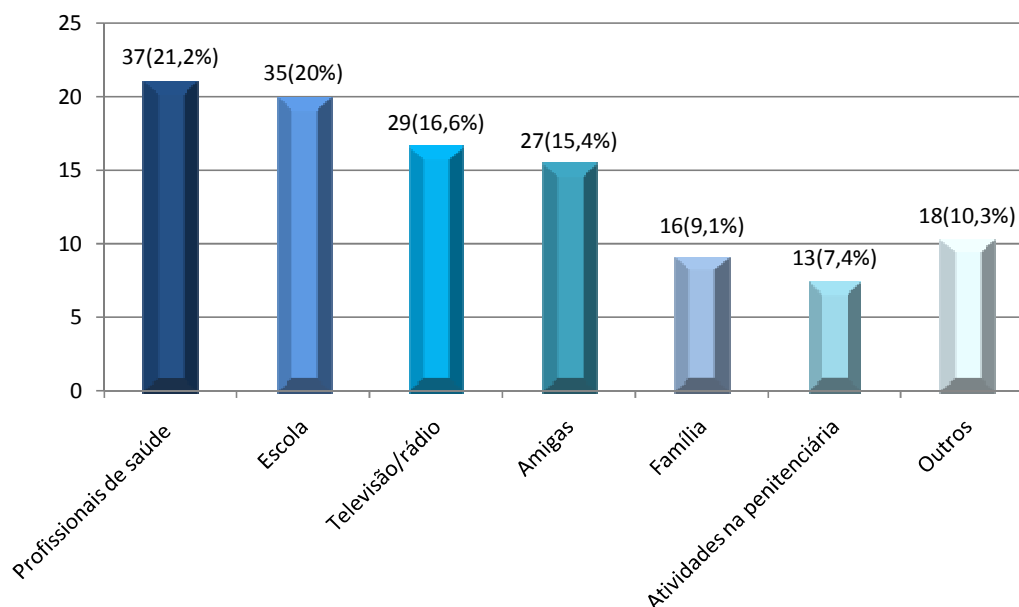


GRÁFICO 1. Fontes de informação de presidiárias reclusas no Ceará sobre o uso do preservativo masculino. Aquiraz, Ceará, 2010.

Embora os profissionais de saúde, a escola e a televisão/rádio tenham se destacado, o conhecimento de 120 mulheres (77,4%) foi inadequado, o que demonstra a necessidade da melhoria da qualidade da assistência por parte dos profissionais de saúde, bem como da implementação de novas estratégias que incluam métodos educativos em saúde, seja nos serviços desta área, na escola ou na mídia.

As orientações prestadas nos serviços de saúde, bem como em outros ambientes, devem perpassar a superficialidade, o que exige preparo dos profissionais e capacidade para realizar educação em saúde verdadeiramente. A competência profissional no campo da saúde sexual e reprodutiva deve incluir os conhecimentos técnicos, científicos e culturais atualizados, direcionados ao atendimento das necessidades de saúde dos clientes. Isso inclui habilidade para fornecer orientação, informação e comunicação adequadamente, participando da tomada de decisões quanto aos métodos anticoncepcionais e às medidas de prevenção das DST/HIV, acolhendo com respeito o/a cliente (MOURA; SILVA, 2005).

A atividade educativa como estratégia de promoção da saúde deve ter sua abordagem sob a perspectiva do conhecimento do outro e ser entendida como um instrumento para uma assistência de enfermagem de boa qualidade, podendo ser realizada em todos os ambientes de atenção à saúde, desde a atenção primária até o nível terciário, seja em escolas, ambiente de trabalho, presídios, clínicas, hospitais ou na comunidade. A educação em saúde

deve ser pensada como processo criativo, dialógico e de construção (LOPES; ANJOS; PINHEIRO, 2009).

O processo de comunicação entre os profissionais de saúde e os clientes pode ajudar a mudar as atitudes e os comportamentos individuais. A orientação auxilia as pessoas a aplicarem as informações sobre preservativos e DST às suas próprias circunstâncias, a decidir usar ou não os preservativos, a desenvolver suas habilidades de comunicação e negociação e a aprender como usar os preservativos corretamente. Quando se discute e se demonstra ao cliente cada passo do uso do preservativo, desde sua compra até seu descarte, o cliente tem maior probabilidade de transformar seu uso em rotina (POPULATION INFORMATION PROGRAM, 2010).

Deve-se atentar que o resultado dessa ação preventiva pode ser visto não somente no que diz respeito à atitude do indivíduo, pois é preciso lembrar que a informação acerca das DST/HIV talvez não consiga desencadear o poder de mudança no próprio comportamento sexual ou de seu parceiro. É necessário fornecer meios para que a prática se torne possível por meio de um acompanhamento processual e contínuo (FERNANDES *et al.*, 2000).

A orientação na escola também assumiu grande importância como espaço promotor de saúde e estimulador da adoção de medidas preventivas. Pesquisa indicou que 60,2% das escolas do País têm ações de prevenção das DST/aids. No ensino médio a cobertura chega a 96,2% das escolas, em contraste com o ensino infantil e fundamental (BRASIL, 2005c).

Quanto ao tipo de ação executada, 96% dos programas municipais concentram suas ações na distribuição de material educativo para as escolas, 95% na realização de palestras, 71% na capacitação de professores e 68% na realização de oficinas de prevenção (BRASIL, 2005a). O foco em informação e palestras, apesar de necessário, é insuficiente para a promoção do sexo mais seguro e o fortalecimento dos jovens como sujeitos de sua sexualidade.

Segundo Camargo e Botelho (2007), na maior parte dos países foram desenvolvidos dois modelos de prevenção no meio escolar: o integrado ao ensino regular e o que utiliza pessoal alheio à escola. O primeiro possibilita a integração do problema das DST/HIV no contexto mais geral da educação para a saúde e da educação sexual. O segundo apresenta como vantagens: o anonimato dos alunos diante do agente de e a possibilidade ampliada de troca de experiências e de orientação específica. No Brasil, o primeiro modelo parece ser o mais utilizado, mas a prevenção nas escolas conta também com outras pessoas alheias a ela. Porém, é preciso entender que a relação entre a informação e a ação (o

comportamento) não tem um único sentido, o que exige uma abordagem contínua e de qualidade.

A informação repassada pela mídia, em especial televisão e rádio, também apresentou grande influência no conhecimento da população investigada, compondo a terceira fonte de informação mais frequente por 19 presidiárias (26,6%). A divulgação eficaz dos preservativos usa uma variedade de canais de informação para alcançar públicos específicos com mensagens adaptadas aos seus interesses e necessidades. Atualmente, em muitas partes do mundo os preservativos são promovidos no rádio e na televisão, inclusive em noticiários, novelas e programas humorísticos. Os meios de comunicação de massa podem fornecer muitas informações sobre como usar os preservativos, onde obtê-los e até como discutir seu uso com o parceiro sexual (POPULATION INFORMATION PROGRAM, 2010).

Ficou evidente que a mídia tem um papel importante na formação do conhecimento sobre as formas de prevenção das DST/HIV na população estudada. Portanto, deve ser mais adequadamente aproveitada como veículo de prevenção, abordando as especificidades masculinas e femininas dos valores e das crenças, procurando estimular uma redução aceitável dos riscos, o que pode ser um caminho mais efetivo do que aquele oriundo de um discurso de normas gerais, como “use camisinha sempre” (SILVA, 2002).

Entretanto, é preciso atentar para a qualidade das orientações repassadas pelos meios de comunicação. No estudo de Camargo e Botelho (2007), os autores concluíram que os participantes que tinham a televisão como fonte principal de informação sobre a aids apresentaram atitude menos favorável à prevenção sexual. Este achado coloca em questão o papel da televisão brasileira no que diz respeito à prevenção dessa epidemia.

Para que haja uma adequação das orientações repassadas é preciso integrar as fontes de informação: mídia, escola, profissionais de saúde e familiares. O fato de existir divulgação ampla pela mídia favorece as discussões, inclusive durante a consulta, com menos tabus e menos medo sobre a promoção da saúde sexual (FERNANDES *et al.*, 2000).

Na análise das fontes de informação do preservativo feminino apresentadas no Gráfico 2 percebe-se que mais uma vez os profissionais de saúde se destacaram. A escola e a televisão/rádio não foram meios de divulgação tão significativos como no caso do preservativo masculino, dando lugar a informações fornecidas por amigas e por atividades educativas dentro do presídio. Aquelas que exerciam a prostituição citaram a Associação das Prostitutas do Ceará (APROCE) como instituição promotora de informação.

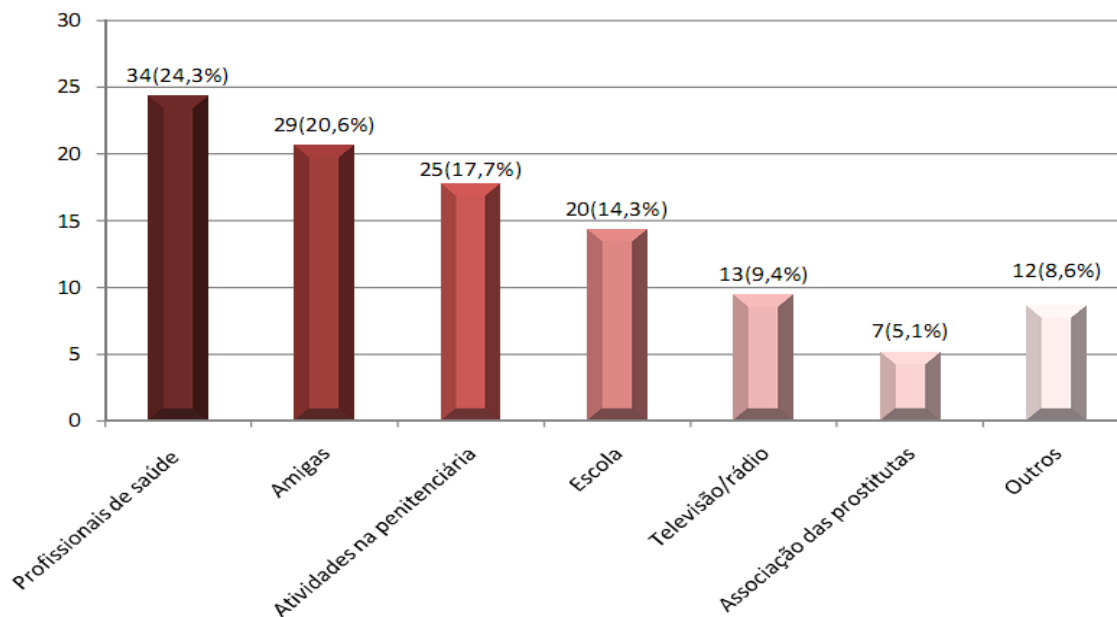


GRÁFICO 2. Fontes de informação de presidiárias reclusas no Ceará sobre o uso do preservativo feminino. Aquiraz, Ceará, 2010.

A partir do ano 2000, o Ministério da Saúde passou a fornecer o preservativo feminino em programas de prevenção, exigindo, portanto, a capacitação dos profissionais para a orientação de mais um recurso para a prevenção das DST/HIV (BRASIL, 2006a).

Para a avaliação do conhecimento de médicos e enfermeiros com relação ao preservativo feminino, Oliveira *et al.* (2008) verificaram o conhecimento de 11 médicos e 15 enfermeiros atuantes em 10 instituições públicas de referência para o tratamento de DST do município de Fortaleza-CE. Os resultados apontaram que, independentemente da categoria, apresentaram déficit de conhecimento com relação às características básicas do método e do modo de colocação. Além disso, esses profissionais indicaram que eventualmente ou nunca indicam o preservativo feminino. Quando orientam, o meio utilizado mais frequente para repassar informações foi apenas a orientação verbal por 63,6% dos médicos e 73,3% dos enfermeiros.

Estes achados, acrescidos do fato de que, embora o profissional de saúde tenha sido mais uma vez a principal fonte de informação, 144 (92,9%) presidiárias possuíam conhecimento inadequado quanto ao preservativo feminino, evidenciam a necessidade de mudança das técnicas educativas em saúde e o redirecionamento das estratégias direcionadas às habilidades envolvidas no manejo do preservativo feminino.

A distribuição desse tipo de preservativo nos programas de prevenção do Brasil, a partir do ano 2000, tinha como meta inicial atender mulheres vulneráveis à pressão de parceiros, à desigualdade social e de gênero e à violência sexual e doméstica, compreendendo as profissionais do sexo, as usuárias de drogas injetáveis ou parceiras soropositivas de usuários, além de parceiras de soropositivos e mulheres com DST (BRASIL, 2006b). Desde então a camisinha feminina vem sendo divulgada, porém não com a mesma expressividade da masculina. Este artefato de uso feminino enfrenta dificuldade de divulgação na mídia, bem como nas escolas, como observado no presente estudo.

A incipiência da divulgação do preservativo feminino propicia o repasse de orientações por amigas ou amigos. Além disso, algumas pessoas preferem obter informações sobre os preservativos de forma mais discreta, geralmente através de parentes e amigos. O envolvimento dessas pessoas mais próximas é um método particularmente promissor a fim de ensinar um comportamento sexual saudável e estimular o uso dos preservativos.

A orientação prestada por amigos e familiares também pode atingir certos grupos marginalizados como, por exemplo, profissionais do sexo e usuários de drogas. Em Pokhara, Nepal, um programa educativo que utilizou as próprias colegas das profissionais do sexo conseguiu, em quatro meses, aumentar a distribuição gratuita de 2.000 para 8.000 preservativos por mês (POPULATION INFORMATION PROGRAM, 2010).

Este foi um exemplo promissor em que o programa de prevenção utilizou a capacidade de persuasão de pessoas mais próximas para a adoção de comportamentos saudáveis. Porém, o contrário também pode acontecer. Amigos, familiares e companheiros podem interferir negativamente, caso não estejam preparados, favorecendo o aumento de percepções errôneas, mitos e informações inadequadas quanto às medidas preventivas das DST/HIV.

Um achado positivo, apresentado no Gráfico 2, diz respeito à divulgação da camisinha feminina na própria instituição prisional. O papel do profissional de saúde, em especial do enfermeiro, na promoção do uso dos preservativos é muito forte dentro dos ambientes prisionais.

Segundo a World Health Organization (WHO, 2005), para o alcance da diminuição das DST/HIV nas prisões, recomenda-se a garantia de que o conteúdo e as mensagens dos materiais educativos sejam específicos e relevantes para as realidades do contexto prisional. As campanhas de prevenção do HIV para mulheres devem considerar suas vulnerabilidades e o fato de apresentarem taxas de infecção por HIV mais altas do que os homens no sistema prisional.

Deve ser assegurado que o conteúdo dos programas educativos para a população privada de liberdade aborde questões relacionadas à discriminação referente à aids, à homofobia, ao estigma associado a relações com parceiras do mesmo sexo, bem como à discriminação mediante a prática da prostituição e do uso de drogas. É preciso, também, estimular e apoiar o desenvolvimento de campanhas educativas em que haja a construção de material didático planejado e produzido pela própria população prisional. Esta medida é particularmente importante para populações com baixos níveis de instrução, nas quais as intervenções educativas presenciais são fundamentais (WHO, 2005).

Quando questionadas sobre os motivos da utilização do preservativo masculino, a principal finalidade referida foi a prevenção das DST/HIV e a gravidez indesejada por 138 presidiárias (84,5%), como mostra o Gráfico 3. Ressalta-se que o total de mulheres que referiram a função protetora contra as DST/HIV foi de 153 (98,7%), e apenas 2 (1,3%) não sabiam a finalidade do preservativo masculino. Ao comparar com a investigação sobre os motivos do uso do preservativo feminino, 109 (70,4%) afirmaram que era para prevenir as DST/HIV e a gravidez indesejada, porém o número de mulheres que não sabiam de alguma função do preservativo feminino foi cerca de dez vezes maior do que o número daquelas que não conheciam as funções do masculino. Estes resultados demonstram a fragilidade do conhecimento das razões para o uso do preservativo, em especial do artefato feminino de prevenção.

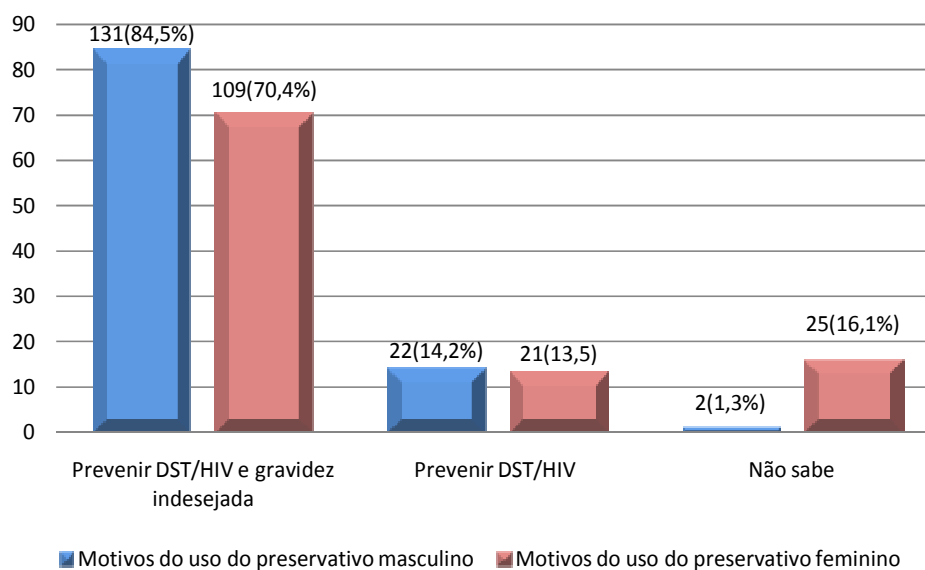


GRÁFICO 3. Conhecimento sobre os motivos para a utilização dos preservativos por presidiárias reclusas no Ceará. Aquiraz, Ceará, 2010.

Os achados supracitados se assemelham aos de outra investigação referente ao conhecimento da prevenção das DST/HIV, desenvolvida por Fernandes *et al.* (2000), com 249 mulheres atendidas na rede primária de saúde de Campinas-SP. Os autores inferiram que a maioria das mulheres sabia da ação protetora da camisinha (72,7% de todas as mulheres e 77,4% das adolescentes). A utilidade da camisinha para evitar DST/HIV e gravidez foi mencionada por 67,7% das adolescentes e mais da metade das mulheres. Entretanto, mulheres que já haviam utilizado referiram seu uso como contraceptivo (29% das adolescentes e 20% das mulheres); apenas 12,9% das adolescentes objetivavam evitar DST/HIV ou evitar DST/HIV e gravidez.

Paniz, Fassa e Silva (2005) realizaram um estudo transversal de base populacional com 3.542 indivíduos, entre homens e mulheres, com 15 anos ou mais, residentes na zona urbana da cidade de Pelotas. Ao analisarem o conhecimento acerca da camisinha, mais de 90% das mulheres relataram já ter visto um preservativo alguma vez, e mais de três quartos o relacionou como protetor de doenças e/ou aids. As mulheres sabem para que serve a camisinha, entretanto, apesar de conhecerem sua principal função – a de evitar DST/HIV, quando o utilizam referem a contracepção como justificativa. Isto denota, mais uma vez, que as mulheres sentem-se seguras e não vulneráveis a adquirir doenças, ou que sentem o risco muito distante delas.

O uso do preservativo foi incorporado como recomendação para prevenção das DST/HIV desde os primeiros anos da epidemia da aids. Tais diretrizes já constavam no programa brasileiro desde 1987, direcionadas à prevenção em conjunto com o movimento das comunidades mais atingidas, principalmente a comunidade *gay* organizada, passando a ser a alternativa para o sexo mais protegido em tempos de aids (PAIVA *et al.*, 2003).

No mundo inteiro o uso estimado é de 6 a 9 bilhões de preservativos por ano. Mas, para proteger completamente contra as DST, estima-se que o uso deveria ser de 24 bilhões, ou seja, mais 15 bilhões de preservativos. A redução desta defasagem entre o uso e a necessidade constitui um desafio à saúde pública (POPULATION INFORMATION PROGRAM, 2010).

Os preservativos podem ser eficazes na prevenção tanto da gravidez quanto das DST/HIV. No entanto, para que os preservativos sejam realmente eficazes as pessoas têm de saber usá-los de forma constante e correta. Apesar de não garantirem "relações sexuais absolutamente seguras", os preservativos reduzem substancialmente o risco individual de DST.

Testes de laboratório mostram que nenhuma DST, incluindo a infecção por HIV, pode atravessar um preservativo de látex intacto. Os preservativos são altamente eficazes na proteção contra a infecção do HIV, desde que sejam usados corretamente em todo tipo de relação sexual (POPULATION INFORMATION PROGRAM, 2010).

As taxas de infecção são menores que 1% ao ano entre usuários constantes de preservativos. Um estudo feito em vários países da Europa acompanhou 256 casais sorodiscordantes para o HIV durante uma média de 20 meses e não registrou nenhuma infecção entre os casais que usaram o preservativo em todas as suas relações sexuais no período (NATIONAL INSTITUTE OF ALLERGY AND INFECTIOUS DISEASES, 2001).

Davis e Weller (1999) estimaram que os preservativos reduzem 85% o risco de transmissão do HIV/aids quando as taxas de infecção foram comparadas com não-usuários. Os preservativos também podem ajudar a evitar a aids a longo prazo, não só bloqueando a transmissão do HIV mas também protegendo contra as DST.

A partir da década de 70, os estudos demonstraram que os preservativos oferecem proteção contra gonorreia, sífilis e clamídia. O uso constante reduz entre 60% a 80% o risco de infecção por clamídia e gonorreia, e em 30% o risco de tricomoníase. Os preservativos oferecem menor proteção contra o herpes, o HPV e outras DST que podem ser transmitidas pelo contato epidérmico com partes do corpo não protegidas pelo preservativo (POPULATION INFORMATION PROGRAM, 2010).

A capacidade de demonstrar fortes evidências científicas sobre a relação entre o uso consistente do preservativo e a real redução do risco de aquisição das DST é prejudicada pela fraqueza dos delineamentos dos estudos. Essa dificuldade é menos frequente em estudos que acompanham a incidência do HIV, uma vez que este é foco de maior interesse no mundo inteiro (NATIONAL INSTITUTE OF ALLERGY AND INFECTIOUS DISEASES, 2001).

A última etapa da avaliação do conhecimento consistiu na descrição de pelo menos três cuidados necessários para o uso adequado dos métodos envolvidos. A contabilização e a análise da adequabilidade dos cuidados citados culminaram na distribuição do Gráfico 4.

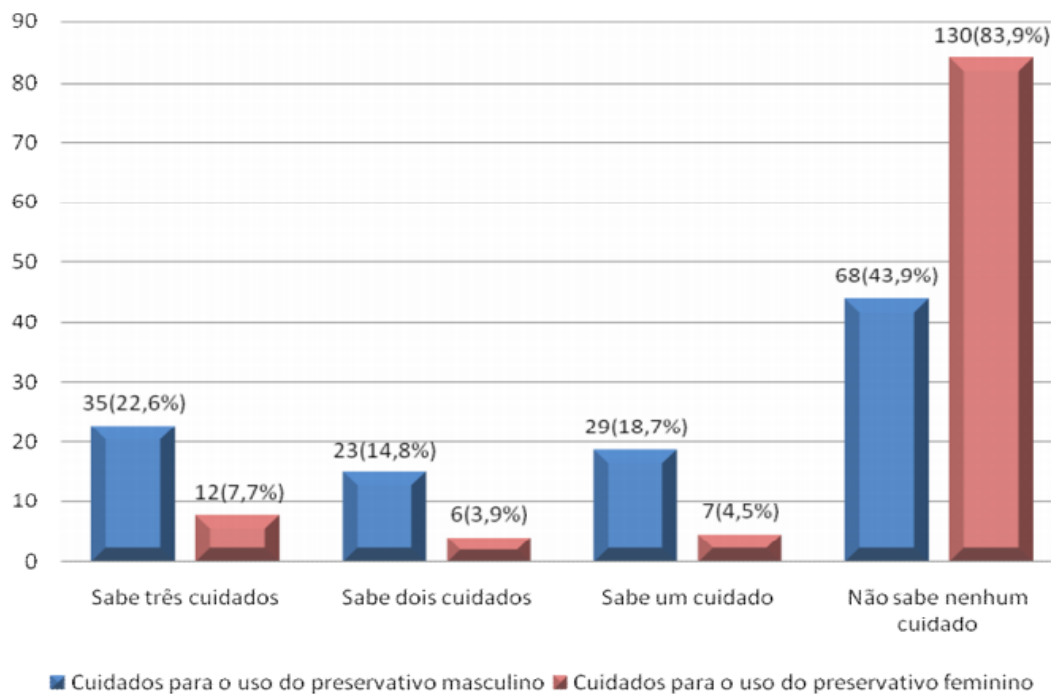


GRÁFICO 4. Distribuição do número de cuidados citados para o uso adequado dos preservativos por presidiárias reclusas no Ceará. Aquiraz, Ceará, 2010.

A maioria, (68, ou seja, 43,9%) não soube citar qualquer cuidado para o uso do preservativo masculino, e apenas 35 (22,6%) demonstraram conhecimento suficiente para descrever três cuidados adequados. As dificuldades estiveram ainda mais presentes na descrição para o uso do preservativo feminino, de modo que apenas 12 (7,1%) mulheres conseguiram relatar três cuidados, ou seja, 14,9% menos do que as que souberam descrever os cuidados com o masculino. A quase totalidade, 130 mulheres (83,9%) não foram capazes de descrever cuidado algum, o que significa 40% a mais de mulheres que não conhecem os cuidados para o uso do preservativo feminino quando comparado ao masculino. Assim, a análise mostrou que 87 presidiárias (56,1%) souberam citar algum cuidado correto para o emprego adequado do preservativo masculino e somente 25 (16,1%) para uso do feminino.

A descrição dos cuidados mencionados para o uso do preservativo masculino foi exposta na Tabela 6.

TABELA 6. Distribuição dos cuidados mencionados para o uso adequado do preservativo masculino por presidiárias reclusas no Ceará. Aquiraz, Ceará, 2010.

CUIDADOS ADEQUADOS	N	%
Segurar a ponta para não entrar ar	51	28
Desenrolar até a base do pênis	24	13,2
Após o uso retirar devagar, dar um nó e jogar no lixo	24	13,2
Ter cuidado para não rasgar ao abrir	20	11
Não abrir a embalagem com a boca/dentes	20	11
Colocar com o pênis ereto	13	7,1
Verificar a integridade da embalagem/camisinha	10	5,5
Verificar o prazo de validade	8	4,4
Outros	12	6,6
TOTAL	182	100
CUIDADOS INADEQUADOS		
Lavar as mãos	7	38,9
Deixar ar na ponta da camisinha	4	22,2
Outros	7	38,9
TOTAL	18	100

Percebe-se a diversificação desses cuidados variando desde medidas a serem tomadas antes da abertura da embalagem até após a utilização. A preocupação com o risco de entrar ar no preservativo foi a mais prevalente, sendo demonstrada 51 vezes (28%) pela afirmativa “segurar a ponta para não entrar ar”. Os cuidados a serem tomados do momento da colocação do preservativo masculino “desenrolar até o início do pênis” e após o seu uso “retirar devagar, dar um nó e jogar no lixo” foram citados 24 vezes (13,2%) cada um. Os cuidados sobre a forma de abrir a embalagem, a integridade e a validade também foram referidos.

Dentre os cuidados inadequados, o mais frequente foi “lavar as mãos”, tendo sido referido 7 vezes (38,9%). Sabe-se da importância da lavagem das mãos como hábito de higiene e proteção, porém este foi considerado inadequado, uma vez que não configura uma medida necessária para a utilização do método. Outro cuidado incoerente mais frequente foi “deixar ar na camisinha”, o qual foi apresentado quatro vezes.

Em 2007, a OMS lançou uma importante produção para a assistência em planejamento família intitulada “Um Manual Global para Profissionais e Serviços de Saúde:

orientações baseadas em evidência científica”. Este recomenda que o manejo do preservativo masculino deve seguir cinco passos, constando cuidados específicos de cada etapa (OMS, 2007).

O primeiro passo configura uma alerta para a utilização de um preservativo novo em cada relação sexual. Os cuidados recomendados são: verifique a embalagem; não o utilize se ela estiver rasgada ou danificada; evite utilizar se validade vencida; rasgue a embalagem, abrindo-a com cuidado; não use unhas, dentes ou algo que possa danificar o preservativo.

Após a realização dessas recomendações iniciais, segue o segundo passo, o qual consiste na colocação da camisinha na ponta do pênis ereto com o lado enrolado para fora antes de qualquer contato físico. Para maior proteção, deve-se colocar o preservativo antes que o pênis tenha algum contato genital, oral ou anal.

A etapa seguinte é desenrolar o preservativo totalmente até a base do pênis ereto. O preservativo deve ser desenrolado com facilidade, pois forçar para colocá-lo pode fazer com que se rompa durante o uso. Se o preservativo não desenrolar com facilidade, pode ser que esteja do avesso ou danificado ou que seja muito antigo. Neste caso deve ser jogado fora e uma nova camisinha deve ser utilizada. Se o preservativo estiver do avesso e não houver outro disponível, o mesmo deve ser virado para o outro lado e desenrolado pelo pênis.

O quarto passo que assegura o uso correto do preservativo masculino diz que, imediatamente após a ejaculação, deve-se segurar a borda do preservativo no lugar e retirar o pênis enquanto o mesmo ainda está ereto. Os cuidados relacionados durante essa etapa são: deslize o preservativo para fora, evitando que o sêmen respingue; se for fazer sexo novamente ou mudar de uma posição sexual para outra, utilize uma nova camisinha. Por fim, o preservativo usado deve ser desprezado de modo seguro. Este deve ser embrulhado em sua própria embalagem antes de jogá-lo no lixo ou na latrina.

Percebe-se que o domínio dos cuidados para a utilização do preservativo é indispensável para a promoção de uma prática segura e eficaz. Homens e mulheres, incluindo os adolescentes, precisam ser orientados quanto a todas as etapas que garantem o melhor uso do preservativo masculino. Para isso, os profissionais de saúde precisam aproveitar tecnologias educativas, como utilização de modelos anatômicos, recursos audiovisuais, álbuns seriados e cartilhas para alcançarem resultados positivos quanto ao desenvolvimento das habilidades pessoais no manejo e negociação desse método contraceptivo e preventivo.

Quando se discute e se demonstra ao cliente cada passo do uso do preservativo, desde sua compra até seu descarte, o cliente tem maior probabilidade de transformar seu uso em rotina. A utilização pode parecer simples, mas exige certo grau de técnica e destreza.

Muitos casais não sabem como usar os preservativos e isso pode ser embaraçoso, levar à perda da ereção, ao mau funcionamento do preservativo e até a desistência de seu uso inteiramente. Sobretudo os jovens necessitam estar confiantes de que saberão usar os preservativos quando surgir a oportunidade. Os programas tanto de orientação como de educação sexual podem informar e treinar os jovens quanto às técnicas de comunicação e negociação necessárias para um uso constante e eficaz (POPULATION INFORMATION PROGRAM, 2010).

Os cuidados descritos pelas presidiárias para o uso do preservativo feminino foram organizados na Tabela 7, a seguir.

TABELA 7. Distribuição dos cuidados mencionados para o uso adequado do preservativo feminino por presidiárias reclusas no Ceará. Aquiraz, Ceará, 2010.

CUIDADOS ADEQUADOS	N	%
Ao colocar fazer um oito com o anel móvel	17	29,9
Introduz o anel móvel até o final da vagina	12	21
Quando for retirar deve enroscar e depois puxar	5	8,7
Não abrir a embalagem com a boca/dentes	4	7
Dispor o anel externamente para proteger das doenças	4	7
A camisinha feminina deve cobrir o colo do útero	3	5,3
Verificar a integridade da embalagem/camisinha	3	5,3
Descartar após o uso	3	5,3
Outros	6	10,5
TOTAL	57	100
CUIDADOS INADEQUADOS		
Quando for retirar deve puxar sem torcer	2	66,7
Lavar as mãos	1	33,3
TOTAL	3	100

Os relatos sobre as etapas para a colocação foram os mais frequentes. A medida “ao colocar fazer um oito com o anel móvel” e “introduz o anel móvel até o final da vagina” se repetiram 17 vezes (29,9%) e 12 vezes (21%), respectivamente. Os cuidados a serem tomados no momento da abertura da embalagem, a verificação da integridade da mesma e do preservativo, o posicionamento correto do preservativo no corpo feminino e como proceder após o uso foram referidos pelas presidiárias com menor frequência. Apenas três cuidados

citados foram inadequados, de modo que duas mulheres referiram que ao retirar o preservativo feminino não se deve fazer a torção para a contenção do líquido seminal e facilitação da retirada do preservativo.

Segundo as recomendações da OMS, o modo correto de colocação do preservativo feminino deve seguir os seguintes passos: 1) numa posição confortável (em pé com um dos pés em cima de uma cadeira, sentada com os joelhos afastados, agachada ou deitada) a mulher deve apertar o anel móvel e introduzi-lo na vagina; 2) com o dedo indicador, o anel móvel deve ser empurrado o mais profundamente possível para alcançar o colo do útero; 3) o anel externo deve ficar aproximadamente 3cm para fora da vagina; 4) durante a penetração, o pênis deve ser guiado para o centro do anel externo; 5) após a relação, deve-se segurar as bordas do anel externo enroscá-lo e puxá-lo delicadamente para fora da vagina e jogá-lo no lixo. O preservativo feminino pode ser colocado em qualquer momento, desde que seja antes de qualquer contato da vagina com pênis ou boca. Deve ser mantido em lugar fresco, seco e de fácil acesso, afastado do calor, observando-se a integridade da embalagem, bem como o prazo de validade (OMS, 2007).

Oliveira *et al.* (2008) retratam que o ensino correto, passo a passo, do modo de colocação do preservativo feminino é condição indispensável para enfermeiros e médicos que atuam com DST/HIV. A colocação do preservativo feminino envolve um contato íntimo da mulher com seu órgão genital, condição que diminui, muitas vezes, o interesse pelo método. Sabendo disso, os profissionais devem adotar estratégias simples e criativas que despertem a curiosidade das mulheres e as incentivem a buscar conhecimentos.

O domínio dos passos de colocação e o conhecimento adequado sobre a localização da vagina e do colo uterino são fundamentais para a usuária, pois o método representa uma opção a mais de autocuidado à sua saúde sexual e reprodutiva, contribuindo com sua autonomia, elevação da autoestima, potencialização da sua capacidade de negociação com o parceiro e ampliação de sua capacidade de tomada de decisão (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

8.5 Atitudes sobre o uso dos preservativos masculino e feminino

O uso do preservativo é um comportamento complexo que envolve tanto valores e opiniões quanto aspectos afetivos e sexuais. A atitude positiva quanto à adoção de cuidados

em saúde favorece o interesse da população na busca de melhorias e na adoção de práticas saudáveis. Apesar do conhecimento e da atitude não serem suficientes para a transformação e manutenção de comportamentos, sabe-se da importância desses elementos como integrantes do processo de empoderamento em saúde.

A avaliação da atitude das mulheres estudadas no referente à necessidade do uso do preservativo masculino sempre e em todos os tipos de práticas sexuais (oral, vaginal, anal), resultou em 95 (61,3%) com atitude adequada. As demais não atribuíram necessidade dessa medida preventiva em todos os tipos de sexo. O Gráfico a seguir mostra a distribuição da atitude das presidiárias quanto ao uso do preservativo masculino de acordo com a prática sexual.

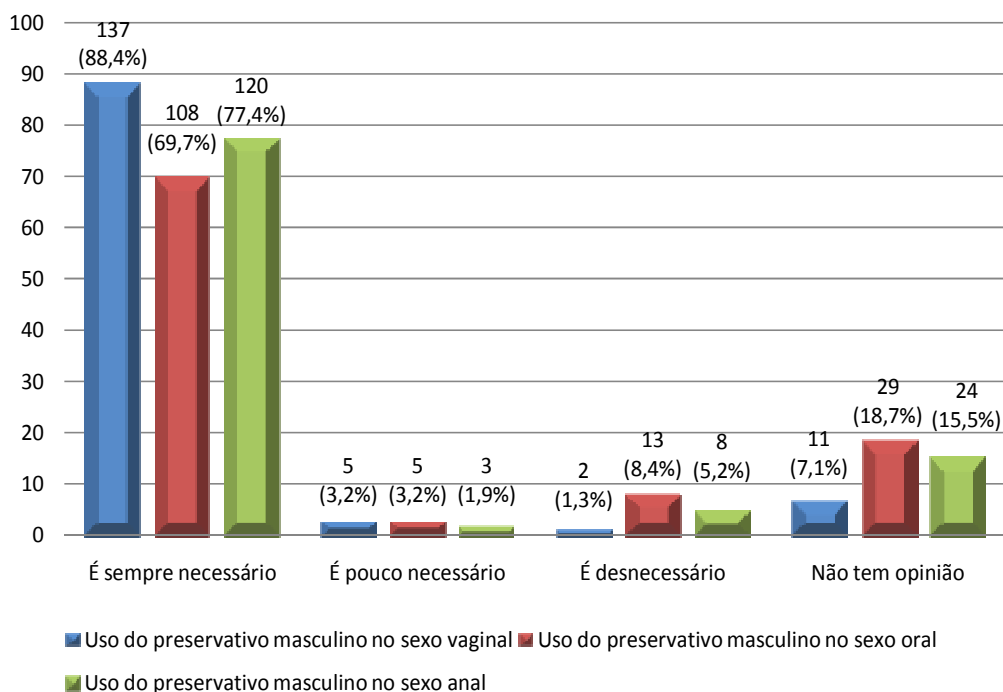


GRÁFICO 5. Atitude das presidiárias reclusas no Ceará quanto ao uso do preservativo masculino de acordo com a prática sexual. Aquiraz, Ceará, 2010.

De acordo com a observação do Gráfico 5, percebe-se a existência da atitude mais adequada no uso do preservativo durante o coito vaginal, pois apenas 5 (3,2%) atribuíram ser pouco necessário, 2 (1,3%) afirmaram ser desnecessário e 11 (7,1%) não tiveram opinião. Essa atitude positiva esteve menos presente nas respostas relacionadas à opinião do uso

durante o sexo anal e oral. Esta, por sua vez, apresentou o maior número de 13 mulheres (8,4%) que afirmaram ser desnecessário o emprego do preservativo, e de 29 mulheres (18,7%) que não tiveram opinião. Sobre o uso do preservativo feminino também foi investigado o julgamento da necessidade de sua utilização. Ao final observou-se que menos da metade, 73 mulheres (47,1%) julgavam ser preciso empregar a camisinha feminina sempre nas práticas oral e vaginal.

A necessidade de utilização durante essas duas práticas sexuais foram expostas no Gráfico 6. E novamente notou-se a menor percepção de vulnerabilidade na prática do sexo oral, o que é preocupante especialmente pelo número significativo de mulheres homossexuais.

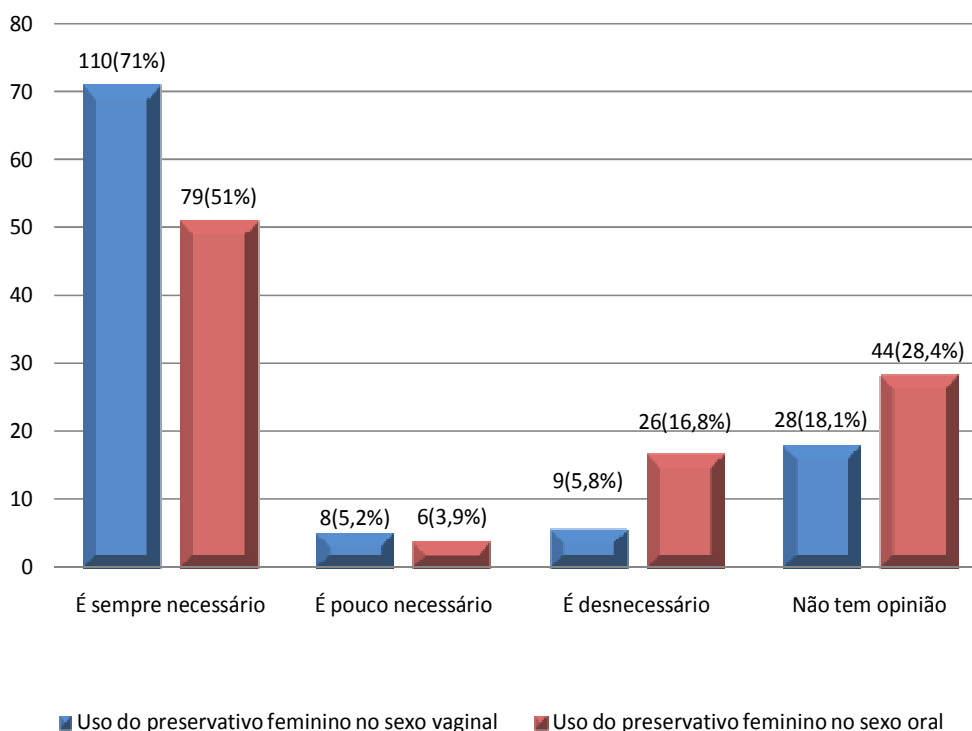


GRÁFICO 6. Atitude das presidiárias reclusas no Ceará quanto ao uso do preservativo feminino de acordo com a prática sexual. Aquiraz, Ceará, 2010.

A população precisa ser esclarecida de que as DST/HIV podem ser transmitidas ou adquiridas durante qualquer ato sexual, porém alguns atos são mais arriscados que outros. O sexo vaginal é arriscado para os dois parceiros quando não se utiliza o preservativo, visto que há troca de fluidos. No sexo anal há um grande risco de transmissão de DST/aids, pois o ânus e o reto são recobertos por mucosa rica em vasos sanguíneos que podem sofrer arranhões

ou cortes durante a penetração. O risco de se infectar com o HIV é cinco vezes maior no sexo anal receptivo desprotegido do que no sexo vaginal receptivo desprotegido. O sexo oral é considerado de menor risco quando comparado ao sexo anal e vaginal (OMS, 2007).

Ressalta-se que, as formas de se infectar pelo HIV são pelo contato com o sangue e outros fluidos corporais. À medida que envolve o contato de vários desses fluidos (esperma, secreções vaginal e anal, sangue) com as frágeis mucosas oral, vaginal e anal (que quase sempre apresentam fissuras), o ato sexual, quando praticado de forma desprotegida, possibilita a entrada facilitada do vírus no organismo humano (BRASIL, 2002 d).

Assim, a importância dos preservativos, masculinos ou femininos, reside no fato de ele impedir o contato entre os fluidos corporais e eventuais fissuras, sendo o método mais eficaz para a redução do risco de transmissão do HIV e de outros agentes sexualmente transmissíveis. Sua eficácia e segurança dependem do uso correto e consistente em todas as relações sexuais, seja oral, anal ou vaginal, e da conservação (BRASIL, 2006a).

Diante do exposto e dos resultados apresentados percebe-se uma maior susceptibilidade na prática do sexo oral, fato agravado pela quantidade de mulheres homossexuais. Nas relações homossexuais são frequentes a manipulação dos genitais, o sexo oral e o compartilhamento de produtos eróticos. Almeida (2009) afirma que as lésbicas são vulneráveis devido ao contato com os fluidos uma da outra, tais como o sangue menstrual e a secreção vaginal, que são potencialmente capazes de transportar agentes infecciosos.

Destaca-se a possibilidade de infecção pelo HPV e o acréscimo do risco de câncer de colo uterino. Por se tratar de um vírus de grande propagação e pela menor frequência das homossexuais ao Papanicolaou, práticas tidas como de grande incidência entre as lésbicas, como o sexo oral, a penetração e a manipulação genital, estas deveriam estar sob vigilância e inspirar cuidados (ALMEIDA, 2009).

Porém, a ausência de informações sobre sexualidade e, sobretudo, sobre saúde, favorece a vulnerabilidade das lésbicas, tanto individual quanto social. O eixo fundamental do paradigma educativo proposto tem repousado no princípio de que a obtenção de informações é, por si só, produtora de novos e desejáveis comportamentos, tratando-se de uma relação equivocada. Ademais, as questões relacionadas à prevenção encontram-se menos desenvolvidas para a população lésbica, que não se identifica com as campanhas e orientações, reclamando da falta de preparo dos profissionais, de conhecimentos sobre suas práticas sexuais e de disponibilização de insumos preventivos (CERQUEIRA-SANTOS *et al.*, 2010).

Ações longitudinais desenvolvidas para o acompanhamento das mudanças das opiniões sobre as necessidades de adoção de medidas preventivas não se configuram na realidade dos serviços de saúde prisionais. Atividades educativas com vistas ao aumento do conhecimento são amplamente divulgadas, porém são realizadas pontualmente sem vislumbrar a necessidade de um contínuo processo avaliativo e de readaptação das estratégias para o alcance da transformação de atitude e real empoderamento. Assim, o grande desafio é tornar possível o entendimento de que educação em saúde se consagra como um processo que congrega a articulação entre conhecimentos e valores, mas que se estende ao efeito desses nas atitudes e práticas em saúde.

8.6 Prática do uso dos preservativos masculino e feminino

A investigação sobre a prática do uso dos preservativos mostrou resultados menos favoráveis do que os componentes anteriores de conhecimento e atitude. Essa afirmação teve por base o fato de apenas 29 mulheres (18,7%) possuírem prática adequada do preservativo masculino, ou seja, utilizam sempre, em todas as relações sexuais do início ao fim. A situação do emprego do feminino foi ainda mais desfavorável, de modo que apenas duas mulheres (1,3%) o utilizavam adequadamente.

Quanto à consistência do uso, o Gráfico a seguir evidenciou que somente 31 mulheres (20%) utilizavam o preservativo masculino sempre em todas as práticas sexuais, e duas (1,3%) utilizavam o feminino de forma consistente. As demais mulheres ou não usam sempre em todas as práticas sexuais ou nunca empregam, especialmente no referente ao feminino.

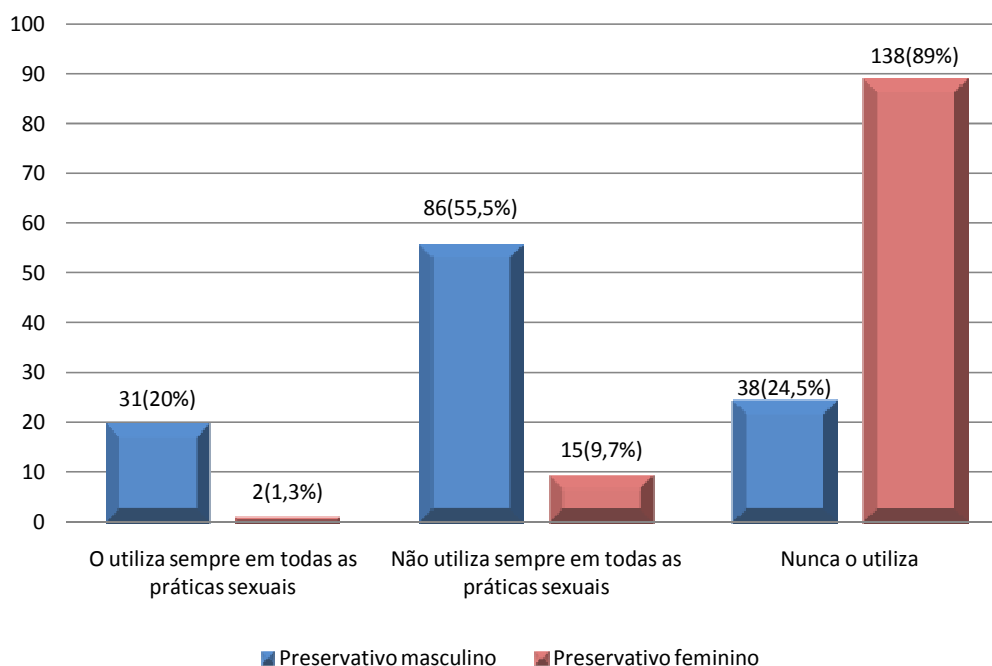


GRÁFICO 7. Frequência da utilização dos preservativos por presidiárias reclusas no Ceará. Aquiraz, Ceará, 2010.

O uso correto e consistente do preservativo o torna o meio mais eficaz para a redução do risco de transmissão do HIV e das DST. Sua disponibilização deve ser incorporada na rotina nos serviços de saúde, acompanhados de orientações adequadas (BRASIL, 2006b).

Essas ações se estendem ao ambiente prisional, o que exige da equipe não somente o ato de disponibilizar esses insumos de prevenção, mas também o preparo para orientar a utilização correta e segura. Ressalta-se que consiste em uma das metas do PNSSP a de prover preservativos a 100% das pessoas presas e a 60% dos servidores prisionais (BRASIL, 2005b).

A fim de investigar como está sendo desenvolvida a estratégia para alcançar a meta na instituição pesquisada foram indagadas às participantes informações referentes ao recebimento de preservativos, orientação e periodicidade da entrega.

Os dados obtidos mostraram que 63 mulheres (40,6%, menos da metade) foram orientadas quanto ao uso de preservativos dentro do presídio. Das que receberam alguma orientação, as principais fontes dentro da instituição prisional foram: atividades educativas 23 (36,5%), enfermeira 19 (30,1%) e médico 8 (12,7%). É preocupante observar esses dados e saber que de 155 apenas 19 (12,2%) foram orientadas pela enfermeira e 8 (5,1%) pelo

médico, o que demonstra a necessidade urgente de melhoria no fortalecimento da educação e orientação em saúde dentro do ambiente prisional.

As informações relacionadas ao recebimento dos preservativos apontaram que 98 (63,2%) não os adquirem na instituição. Das que recebem, 15 (26,3%) afirmaram receber apenas em datas comemorativas, 14 (24,5%) quinzenalmente, no caso as que possuem visita íntima, 9 (15,7%) raramente e 5 (8,7%) recebem apenas quando sobra de outras detentas ou pedem.

Os dados obtidos mostram que o modo como estão sendo implementadas as ações a fim de atingir a meta estabelecida não está sendo suficiente para assegurar a prática. Um possível caminho poderia ser o sugerido pela OMS, segundo o qual os preservativos precisam estar facilmente acessíveis em diversos locais na prisão, para que os presos não tenham de pedir e possam buscá-los sem ser vistos por funcionários ou outros prisioneiros (WHO, 2007).

As dificuldades encontradas na prática adequada dos preservativos no presente estudo são compartilhadas por outras pesquisas que também envolveram populações privadas de liberdade. Em Goiânia, Sousa *et al.* (2006), a partir de 82 reeducandos concluíram que, praticamente a metade (54%) referiu uso apenas ocasional de preservativos e 20,7% raramente. Strazza (2007), ao realizar sua investigação em São Paulo, com 299 detentas, inferiu que o não uso de camisinha no último ano, no relacionamento sexual com homens, foi referido por 95 detentas (60%), sendo que as outras referiram uso irregular. Nenhuma referiu uso de forma regular ou de ter usado em sexo com mulheres.

Quanto ao uso do preservativo feminino, não foram desenvolvidos estudos que investigassem sua aceitabilidade por mulheres presidiárias. Os dados existentes constam em uma pesquisa realizada, no Brasil, com 2.453 mulheres não aprisionadas, segundo a qual foram evidenciadas elevadas taxas de adesão, de continuidade de uso e de aceitabilidade do método. Após a participação em uma atividade educativa sobre a camisinha feminina 97,1% das participantes manifestaram desejo de experimentar; após 90 dias, 70,1% continuavam usando o método; e 63,3% afirmaram preferir o preservativo feminino ao masculino (BRASIL, 1999).

De acordo com pesquisa de Paiva *et al.* (2003) realizada com 1.298 mulheres sexualmente ativas, a proporção de entrevistadas que disse ter experimentado o preservativo feminino foi de 2,5%. Assim, perante tais resultados é evidente a menor adesão pelas mulheres investigadas, uma vez que apenas duas (1,3%) o utilizaram adequadamente.

A indagação acerca dos motivos alegados para a não utilização dos preservativos culminou na descrição exposta na Tabela 8.

TABELA 8. Distribuição dos motivos da não utilização dos preservativos por presidiárias reclusas no Ceará. Aquiraz, Ceará, 2010.

MOTIVOS DO NÃO USO DO PRESERVATIVO MASCULINO	N	%
Relações homossexuais	36	29,0
Confiança no parceiro/marido	34	27,4
Parceiro não gosta	31	25,0
Usa algum método contraceptivo	9	7,3
Não usou depois que o casal fez os exames	5	4,0
Desconfortável no sexo oral	5	4,0
Usa somente quando não conhece bem a pessoa	4	3,3
TOTAL	124	100
MOTIVOS DO NÃO USO DO PRESERVATIVO FEMININO	N	%
Não conhece	52	34,0
Prefere usar a masculina	16	10,4
Nunca se interessou	14	9,1
Não tem acesso	11	7,2
Confiança na parceria fixa	9	5,9
Não sabe como usar	6	4,0
Não gosta	6	4,0
O risco é maior entre homem e mulher	5	3,2
Outros	34	22,2
TOTAL	153	100

Dentre os principais motivos referidos para a não utilização do preservativo masculino destaca-se a alta frequência de mulheres homossexuais.

O sexo entre essa população envolve principalmente a prática oral, a manipulação dos genitais e o uso de objetos eróticos. A falta de percepção de risco envolvendo essas práticas dificulta a inclusão da camisinha no sexo entre mulheres. O preservativo masculino deveria ser mais valorizado especialmente durante o compartilhamento de acessórios eróticos. A camisinha feminina teria uma maior aplicabilidade tanto por diminuir o contato direto com as secreções e possíveis ulcerações durante a manipulação quanto no sexo oral (ALMEIDA, 2009).

Em seguida aparecem dois principais entraves para o uso consistente desse artefato preventivo, que é a confiança na parceria sexual, bem como o fato de o homem não concordar em utilizá-lo. De acordo com Oliveira *et al.* (2008), o uso de preservativo masculino e feminino é o meio eficaz de prevenção das DST. Todavia, uma limitação do

método para as mulheres está na dependência do uso pelo parceiro, afetando seu direito de livre escolha quando ele não aceita utilizá-lo. Nesse contexto, cresce a necessidade de disponibilização do preservativo feminino como forma de ampliar as possibilidades de proteção e diminuir a desigualdade de gênero.

Os resultados da pesquisa Ibope de Paiva *et al.* (2003) sobre o uso da camisinha mostrou que a relação estabelecida entre os parceiros explica predominante a não utilização do preservativo na última relação sexual segundo 53,0% da amostra, sendo que 30,2% declararam textualmente ter uma relação de “confiança”. Outros 22,8% afirmaram que não utilizaram preservativo na última relação sexual por serem casados(as) ou terem parceiros(as) fixos(as).

Quanto às dificuldades mencionadas para o emprego do preservativo feminino, o principal motivo está relacionado ao conhecimento, pois 52 (34%) referiram não conhecê-lo, afirmando a fragilidade das ações direcionadas à promoção da saúde sexual, especialmente de mulheres homossexuais. Outros motivos não favoráveis foram o fato de nunca haver se interessado, referido por 14 mulheres (9,1%), e a dificuldade de acesso referida por 11 (19,2%). Vale ressaltar que, quando questionadas quanto ao tipo de preservativo que recebem, nenhuma mencionou o feminino, o que reafirma a dificuldade de acesso, muitas vezes agravada pela falta de conhecimento, interesse e não percepção da vulnerabilidade.

8.7 Associações das variáveis preditoras com os componentes do inquérito CAP

A fim de elucidar possíveis associações das variáveis sociodemográficas, sexuais e de história de uso de drogas com a adequabilidade do CAP dos dois tipos de preservativos estudados, foi realizado o teste de Qui-quadrado. Os resultados constam nas Tabelas 9, 10 e 11.

TABELA 9. Associação de variáveis sociodemográficas de presidiárias reclusas no Ceará com a adequabilidade do CAP dos preservativos masculinos e femininos. Aquiraz, Ceará, 2010.

VARIÁVEIS	TOTAL	CONHECIMENTO ADEQUADO		ATITUDE ADEQUADA		PRÁTICA ADEQUADA	
		N(%)	P	N(%)	P	N(%)	P
CAP MASCULINO							
Idade (anos)							
≤ 30	94	19 (20,3)		50 (53,2)		21(22,4)	
> 30	61	16 (26,3)	0,381	45 (73,8)	0,010*	8(13,2)	0,150
CAP FEMININO							
Idade (anos)							
≤ 30	94	6 (6,4)		36 (38,3)		1 (1,0)	
> 30	61	5 (8,2)	0,667	37 (60,7)	0,006*	1 (1,7)	0,756
CAP MASCULINO							
Escolaridade (anos)							
≤ 9	114	23(20,2)		72(63,2)		21(18,5)	
> 9	41	12 (29,3)	0,232	23(56,0)	0,426	8(19,6)	0,878
CAP FEMININO							
Escolaridade (anos)							
≤ 9	114	6 (5,3)		56 (49,2)		2 (1,8)	
> 9	41	5 (12,2)	0,138	17 (33,4)	0,399	-	0,393
CAP MASCULINO							
Estado conjugal							
Com companheiro	86	17 (19,8)		54 (62,8)		16 (18,6)	
Sem companheiro	69	18 (26,0)	0,350	41 (59,5)	0,669	13(18,9)	0,970
CAP FEMININO							
Estado conjugal							
Com companheiro	86	5 (5,9)		41 (46,6)		2 (2,4)	
Sem companheiro	69	6 (8,7)	0,487	32 (46,4)	0,872	-	0,202
CAP MASCULINO							
Tipo de parceria sexual							
Estável	86	21 (25,5)		52 (60,5)		15(7,3)	
Instável	21	5 (23,8)	0,953	12 (57,2)	0,781	2 (9,6)	0,374
CAP FEMININO							
Tipo de parceria sexual							
Estável	86	7 (8,2)		40 (46,5)		2 (2,4)	
Instável	21	3 (14,3)	0,386	9 (42,9)	0,763	-	0,202

* $p \leq 0,05$

A variável idade, a primeira a ser investigada, apresentou associação estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) com o componente da atitude tanto do preservativo masculino quanto do feminino. A análise da Tabela mostrou que as mulheres mais jovens apresentaram menores porcentagens de atitudes adequadas do que aquelas maiores de 30 anos. No caso do preservativo masculino, 73,8% das 61 mulheres com faixa etária mais avançada referiram atitudes adequadas contra 53,2% de 94 mulheres mais jovens. As opiniões

sobre a necessidade de uso do preservativo feminino apresentou achado semelhante, de modo que 60,7% das 61 maiores de 30 anos possuíram atitude adequada, e apenas 38,3% das mais jovens atribuíram a devida necessidade de uso do preservativo feminino.

A atitude adequada na faixa etária de maior idade pode estar relacionada às maiores oportunidades e experiências pessoais que promoveram a sensibilização dessas mulheres. Porém, não foi acompanhada pelo conhecimento e estímulo para a mudança da prática, pois esses dois componentes não estiveram associados com a idade, o que quebra o processo do desenvolvimento de habilidades pessoais.

A observação dos dados mostrou uma maior porcentagem da prática adequada entre as mais jovens, com uma diferença de 9,2% quando comparadas às de idades mais avançadas. Um estudo que utilizou a metodologia CAP com a população brasileira de 15 anos a 54 anos de idade mostrou que a população mais jovem, entre 15 anos e 24 anos, apresentou menor nível de conhecimento sobre as formas de transmissão e prevenção do HIV. Entretanto, no que diz respeito às práticas de sexo protegido, foram os mais jovens que mostraram maior uso do preservativo (BRASIL, 2008b). Essa realidade pode estar relacionada à própria política de distribuição de preservativos do Ministério da Saúde, que tem priorizado os jovens (BRASIL, 2002e).

Diferentemente dos dados de conhecimento do presente estudo, Paiva et al. (2003) concluíram que o conhecimento indireto dos preservativos, ao menos por ouvir falar, tem características distintas de acordo com as faixas etárias: mostraram-se significativamente menores quanto mais velhos os entrevistados, sendo conhecido por 82% entre os entrevistados de 14 anos a 25 anos, contra 60,7% entre os que estão acima dos 55 anos de idade.

O nível de escolaridade pode estar diretamente relacionado aos componentes do CAP, em especial ao conhecimento. Contudo, os resultados do estudo não mostraram essa associação estatisticamente significativa do nível de instrução e a adequabilidade dos elementos estudados. A escola pode configurar um importante espaço promotor de orientação em saúde, porém na amostra investigada, embora tenha representado uma importante fonte de informação, não foi suficiente para interferir diretamente no conhecimento, na atitude e na prática do uso dos preservativos.

A análise mais detalhada sobre essa associação mostra que, embora não seja significativo, as presidiárias com nível de escolaridade maior que 9 anos de estudo apresentaram porcentagem de conhecimento adequado 9,1% maior do que as menos instruídas. Quanto ao preservativo feminino, essa diferença foi de 6,9%.

Berquó, Barbosa e Lima (2008) estudaram a tendência do uso do preservativo entre 1998 e 2005 na população brasileira. Ao estudarem a influência da escolaridade, perceberam que pessoas com no máximo ensino fundamental apresentaram a menor proporção de uso quando contrastadas com aquelas de maior escolaridade, com proporção em torno de 22% entre as que possuíam ensino médio ou superior. De acordo com Freitas (2008), quanto menor a escolaridade, maior será a dificuldade em realizar estratégias eficazes de educação em saúde.

Em um estudo de base populacional de Carreno e Costa (2006), os autores investigaram 1.026 mulheres de 20 a 60 anos de idade, residentes da zona urbana de São Leopoldo, no Rio Grande do Sul. Dentre os resultados não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis que tentavam expressar as condições socioeconômicas, dentre elas a escolaridade, como no estudo em questão. Entretanto, os autores alertam para o maior risco de aquisição de DST/HIV entre os menos favorecidos tanto no âmbito socioeconômico quanto no educacional.

A hipótese de que o estado conjugal e o tipo de parceria sexual estariam associados aos conhecimentos, atitudes e práticas de uso dos preservativos não foi confirmada no presente estudo. Apesar de o conhecimento ter sido maior entre as mulheres que não convivem maritalmente com seus parceiros, as porcentagens de atitudes adequadas foram maiores entre as com companheiro. A prática do preservativo masculino foi mais adequada entre as sem companheiro, 13 (18,9%), ao contrário do preservativo feminino, o qual foi empregado apenas por mulheres em união marital.

A estabilidade da parceria sexual, assim como o estado conjugal, não interferiu na adoção de medidas preventivas. Apesar dessa conclusão, nota-se que atitudes adequadas foram mais frequentes entre as com parceria estável, entretanto a prática do masculino predominou entre as com união instável, ao contrário do preservativo feminino.

As inferências citadas se apresentaram semelhantes ao estudo de Espejo et al. (2003). Estes realizaram uma análise de dados secundários para avaliar a adequação do conhecimento sobre métodos anticoncepcionais, incluindo os preservativos e sua associação com características socioeconômicas e demográficas. Foi estudada uma amostra de 472 mulheres da cidade de Campinas, no Estado de São Paulo. Ao final, os autores não encontraram associação estatisticamente significativa entre situação conjugal e conhecimento.

Entretanto, Berquó, Barbosa e Lima (2008), ao estudarem a tendência de uso do preservativo, entre 1998 e 2005, na população brasileira, observaram que um gradiente estatístico caracterizou a situação conjugal, cabendo às pessoas solteiras maior frequência de

uso do preservativo (70,3%). Também perceberam maior aumento no uso do preservativo entre os casados ou unidos, de 11,6% em 1998 para 25,0% em 2005. Porém, o uso de preservativo é sempre maior nas relações sexuais com parceiros(as) eventuais do que com estáveis.

Segundo a pesquisa Ibope de Paiva *et al.* (2003), se for considerado uso de camisinha apenas na última relação, segundo o tipo de vínculo (parceiros fixos e/ou eventuais), a proporção de uso com parceiro eventual (82,8%) é quase quatro vezes maior que em relacionamentos estáveis/parceiros fixos (22,2%). O uso de camisinha, nos últimos seis meses, é cerca de cinco vezes mais frequente com parceiros eventuais (59,6%) do que em relacionamentos estáveis (11,7%). Já o não uso de preservativo em relação estável e exclusiva prevalece entre as mulheres (83,8% contra 67,1% entre os homens).

As variáveis estudadas para identificar a história sexual das presidiárias envolvidas na pesquisa foram associadas com a adequabilidade dos conhecimentos, atitudes e práticas do uso dos preservativos masculino e feminino. Os resultados da associação se encontram na Tabela 10.

TABELA 10. Associação de variáveis sexuais de presidiárias reclusas no Ceará com a adequabilidade do CAP dos preservativos masculinos e femininos. Aquiraz, Ceará, 2010.

VARIÁVEIS	TOTAL	CONHECIMENTO		ATITUDE		PRÁTICA	
		ADEQUADO N(%)	P	ADEQUADA N(%)	P	ADEQUADA N(%)	P
CAP MASCULINO							
Idade da coitarca (anos)							
≤ 15	106	22 (20,8)		70 (66,0)		20 (18,9)	
> 15	49	13(26,2)	0,424	25 (51,0)	0,050*	9 (18,4)	0,941
CAP FEMININO							
Idade da coitarca (anos)							
≤ 15	106	8 (7,6)		51 (48,2)		1(1,0)	
> 15	49	3 (6,2)	0,748	22 (44,9)	0,709	1 (2,0)	0,574
CAP MASCULINO							
Comportamento sexual							
Heterossexual	98	20 (20,5)		62 (63,3)		22 (22,5)	
Homo/bissexual	57	15 (26,4)	0,396	33 (57,9)	0,508	7 (12,3)	0,118
CAP FEMININO							
Comportamento sexual							
Heterossexual	98	5 (5,1)		51 (52,1)		1 (1,0)	
Homo/bissexual	57	6 (10,6)	0,205	22 (38,6)	0,106	1 (1,8)	0,696
CAP MASCULINO							
História de prostituição							
Sim	53	16 (30,2)		37 (69,9)		14 (26,5)	
Não	102	19 (18,7)	0,102	58 (56,9)	0,116	15 (14,7)	0,049*
CAP FEMININO							
História de prostituição							
Sim	53	5 (9,5)		25 (47,2)		2 (3,8)	
Não	102	6 (5,9)	0,414	48 (47,0)	0,990	-	0,048*
CAP MASCULINO							
História de DST							
Sim	27	5 (18,6)		18 (66,7)		3 (11,2)	
Não	128	30 (23,5)	0,579	77 (60,2)	0,528	26(20,4)	0,265
CAP FEMININO							
História de DST							
Sim	27	2 (7,4)		14 (51,9)		-	
Não	128	29 (7,0)	0,945	59 (42,1)	0,586	2(1,6)	0,513
CAP MASCULINO							
Acompanhamento ginecológico na prisão							
Sim	64	17 (26,6)		41 (64,1)		10 (15,7)	
Não	91	18 (19,8)	0,320	54 (59,4)	0,552	19 (20,9)	0,409
CAP FEMININO							
Acompanhamento ginecológico na prisão							
Sim	64	7 (11,0)		32 (50,0)		-	
Não	91	4 (4,4)	0,118	51 (45,0)	0,544	2 (2,2)	0,233

* p≤ 0,05

A idade precoce do início da vida sexual, 15 anos de idade ou menos, apresentou associação significativa com a atitude adequada em relação ao uso do preservativo masculino.

Ainda que não tenha sido obtida significância estatística dessa relação quanto ao outro tipo de

preservativo, mais uma vez as que vivenciaram a coitarca mais jovens tiveram opiniões mais adequadas.

O componente prática do preservativo masculino se apresentou mais coerente também entre as mais precoces, porém o conhecimento foi 5,4% maior entre as que iniciaram a vida sexual depois dos 15 anos. Em relação ao preservativo feminino não foram observadas diferenças significantes.

Assim, as que tiveram a coitarca com 15 anos ou menos tiveram opiniões e práticas mais adequadas quanto ao preservativo masculino, porém o conhecimento não acompanhou essa tendência. Esse resultado remete à reflexão sobre as oportunidades e estratégias educativas em relação às medidas preventivas das DST/HIV. Parece certo o fato de que aquelas que iniciaram a vida sexual mais precocemente teriam maior conhecimento devido à maior experiência e maior busca pelos serviços de saúde, mas na realidade isso não foi percebido, o que preocupa, tendo em vista que uma prática eficaz deveria ser respaldada pelo conhecimento adequado.

Conforme pesquisa realizada por Brasil (2008b) sobre conhecimentos, atitudes e práticas relacionada às DST/aids, o uso do preservativo na primeira relação sexual após os 15 anos aumentou de 53,2 % , em 2004, para 60,9% quatro anos depois. Houve um aumento de 9% em 1986 para 60,9% em 2008, do emprego do preservativo na primeira relação sexual. A falta de pesquisas desse âmbito que avaliem os conhecimentos e as atitudes sobre os preservativos impede a visualização das diferenças e semelhanças entre distintos grupos populacionais.

A análise do teste envolvendo o comportamento sexual e os componentes do CAP, apesar de não demonstrar associação significativa, mostrou maiores porcentagens de conhecimento apropriado sobre os dois tipos de preservativos entre as mulheres homo/bissexuais. Apesar de serem mais conhecedoras, suas atitudes foram menos favoráveis do que as heterossexuais. Estas apresentaram em 5,4% mais atitudes adequadas quanto ao uso do preservativo masculino, e 13,5% no referente ao feminino.

A diferenciação entre o conhecimento e a atitude confirma o pensamento de muitas homossexuais que não percebem suas vulnerabilidades e, portanto, não vislumbram a necessidade de usar medidas de proteção durante o sexo. O preconceito e a invisibilidade desse grupo nas estratégias educativas das unidades de saúde, nas instituições prisionais, bem como na mídia, configuram um entrave para a mudança desse pensamento.

No uso do preservativo masculino houve uma diferença 10,2% entre os dois comportamentos sexuais, de modo que 22 (22,5%) heterossexuais usam adequadamente a

camisinha masculina contra 7 (12,3%) entre as homo/bissexuais. O uso da camisinha feminina não configurou diferenças relevantes, apesar de ser um insumo que deveria ser mais empregado no sexo entre mulheres.

A visão da homossexualidade como doença predominou não apenas no discurso médico, como também se tornou hegemônica nas sociedades desenvolvidas do mundo ocidental até meados dos anos de 1960. O início do trabalho de prevenção da infecção por DST/aids entre lésbicas confundiu-se com o surgimento de um movimento de lésbicas autônomo na cena brasileira contemporânea. Somente depois desse período inicial começou a difusão de materiais gráficos dos próprios grupos sobre o tema (panfletos e cartilhas) e o trabalho de adaptação de materiais para sexo seguro ou mais seguro. Portanto, nota-se a necessidade de uma evolução nessa temática, a começar pelos próprios profissionais de saúde (ALMEIDA, 2009).

Barbosa e Facchini (2009) estudaram a homossexualidade sob o aspecto da saúde sexual. Os autores realizaram observação etnográfica e entrevistas em profundidade, entre 2003 e 2006, com trinta mulheres de 18 a 45 anos, de diferentes segmentos sociais, trajetórias e identidades sexuais, residentes em São Paulo. Dentre as contribuições das entrevistas foi observada a existência de uma suposta diferença entre as necessidades de saúde das mulheres que fazem sexo com homens e das que fazem sexo com mulheres. Entre estas foram recorrentes representações que associam DST a homens. Essa ideia de "contaminação" no contato sexual com homens parece ter como contrapartida a atribuição de um caráter protetor ou de ausência de risco no contato entre mulheres, noção que ancora a menor busca por cuidados preventivos.

No mesmo estudo a análise da percepção de riscos e de necessidades de cuidado associados às DST/HIV, evidenciou a noção de que a "AIDS não passa na relação entre mulheres" ou que é "algo com que não precisa se preocupar".

Diante desses resultados é premente o desenvolvimento de programas que incentivem o uso de preservativos nas instituições prisionais, não somente entre aquelas que irão receber visitas íntimas, mas especialmente entre as que não possuem esse direito garantido por não possuírem parceiros do sexo masculino.

O teste de Qui-quadrado envolvendo a história de prostituição e a adequabilidade do CAP apresentou resultados interessantes do ponto de vista do uso dos preservativos. O fato de a mulher ter trabalhado na prostituição se associou significativamente ($p \leq 0,05$) com a prática adequada tanto do preservativo masculino como do feminino. Apesar disso não ter acontecido com os demais componentes do CAP, percebeu-se que o conhecimento do

preservativo masculino foi 11,5% maior, e do feminino 3,6%, entre as que foram prostitutas. A atitude também foi mais favorável, especialmente na necessidade de uso do masculino, representado por 37 presidiárias (69,9%), o que representa uma diferença de 13% ao comparar com as que não vivenciaram a prostituição.

Os dados positivos em relação aos elementos do CAP e a história de mulheres prostitutas podem estar relacionados à forma como essas mulheres receberam as orientações e o acesso aos insumos de prevenção enquanto trabalhadoras do sexo.

De acordo com Aquino (2007), no Ceará, em 1990, foi criada a Associação das Prostitutas do Ceará (APROCE), primeira associação que levou o nome das prostitutas. Nela são desenvolvidos trabalhos educativos sobre sexualidade, prevenção de DST/aids, distribuição maciça de preservativos masculinos e femininos, além do incentivo pela busca dos serviços de saúde para mulheres prostitutas e adolescentes. Atualmente é reconhecida como um local de referência à prevenção das DST e adotou o modelo de educação aos pares, que consiste na atuação de educação em saúde realizada por prostitutas capacitadas para essa atividade.

Segundo Moura (2007), as educadoras sociais da APROCE conhecem todas as prostitutas das zonas, pois seus cadastros são feitos por elas. São prostitutas e ex-prostitutas que vão às zonas promover atividades educativas, distribuição de preservativos e recebem uma ajuda de custo dependente de financiamentos de projetos, doações e pagamento das associadas.

Em Fortaleza, foi realizado um estudo descritivo com 81 prostitutas a fim de identificar o perfil sociodemográfico e o comportamento sexual dessa população (AQUINO *et al.*, 2008). Os resultados contribuíram para a conclusão de que a utilização do preservativo com o cliente foi citada por todas como condição para a realização do sexo profissional. Mas, o convencimento do cliente para o uso do preservativo é um grande desafio enfrentado pelas prostitutas. De um lado existe a resistência dele quanto à adoção de práticas seguras e, do outro, a fragilidade da prostituta ao lidar com tal situação. Diante dessa realidade, o preservativo feminino ganhou importância para essas mulheres como sinônimo de maior autonomia e segurança.

A história da ocorrência de DST não esteve associada aos conhecimentos, atitudes e práticas dos preservativos. Ressalta-se que uma possível fragilidade dessa associação está relacionada à desinformação sobre tipos de DST, favorecido por apresentações assintomáticas, desconhecimento sobre os riscos e dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Os dados referentes a essa relação indicaram que, embora as mulheres que afirmaram

ter tido alguma DST possuísem maiores porcentagens de atitudes adequadas, os conhecimentos, com exceção do feminino, e as práticas foram mais favoráveis por quem não mencionou DST, como é esperado.

O fato de a mulher realizar acompanhamento ginecológico dentro da prisão favoreceu apenas em 6,8% quanto ao conhecimento adequado sobre o preservativo masculino, e em 6,6% sobre o feminino quando comparadas aos números e porcentagens daquelas que nunca passaram pela consulta em ginecologia na prisão. As atitudes também foram discretamente mais adequadas, cerca de 5%, para os dois tipos de preservativos.

A pouca diferenciação preocupa, tendo em vista que a consulta ginecológica configura um dos principais momentos de conversa e orientação entre profissional e cliente sobre as medidas preventivas e cuidados para a promoção da saúde sexual. Essa relação estabelecida durante a consulta procura aumentar o conhecimento sobre determinada temática, instigar a transformação de opiniões a fim de que se tornem mais favoráveis, para posterior modificação de comportamentos e adoção de práticas saudáveis.

Porém, os dados mostraram a insuficiência desse momento para o alcance dos objetivos citados, em especial para a adoção de uma prática adequada, a qual foi mais frequente, nos dois casos, entre as que não realizam o acompanhamento na instituição. Diante dessa discussão, são prementes a análise da qualidade da assistência ginecológica adotada e a avaliação da importância direcionada ao uso dos preservativos como integrantes dessa abordagem individual.

Barros e Gerck (2005) ressaltam a imprescindibilidade do papel de educador do profissional de saúde, médico ou enfermeiro, promotor do atendimento em ginecologia. Seu papel não se restringe à transmissão de conhecimentos, evidenciando-se também por meio de diferentes ações: ‘orientar’, ‘explicar’, ‘aconselhar’, ‘motivar’, ‘promover’, ‘ensinar’, ‘instruir’ e ‘informar’. Na consulta em ginecologia precisa haver o desenvolvimento de momentos de interação, agindo não só com preparo técnico, mas também com a sensibilidade e a escuta, contribuindo para a excelência no atendimento prestado à mulher durante a consulta.

A seguir será apresentada, na Tabela 11, a associação do uso de álcool e drogas ilícitas por presidiárias reclusas no Ceará com a adequabilidade do CAP dos preservativos masculinos e femininos.

TABELA 11. Associação do uso de álcool e drogas ilícitas por presidiárias reclusas no Ceará com a adequabilidade do CAP dos preservativos masculinos e femininos. Aquiraz, Ceará, 2010.

VARIÁVEIS	TOTAL	CONHECIMENTO ADEQUADO		ATITUDE ADEQUADA		PRÁTICA ADEQUADA	
		N(%)	P	N(%)	P	N(%)	P
CAP MASCULINO							
Etilismo							
Sim	93	20 (21,5)		55 (59,2)		18 (19,4)	
Não	62	14 (22,6)	1,000	40 (64,5)	0,501	11 (17,8)	0,801
CAP FEMININO							
Etilismo							
Sim	93	6 (6,5)		41 (44,0)		2 (2,2)	
Não	62	5 (8,0)	0,702	32 (51,7)	0,358	-	0,245
CAP MASCULINO							
Uso de drogas ilícitas							
Sim	96	23 (24,0)		63(65,7)		16(16,7)	
Não	59	12 (20,4)	0,601	32 (54,3)	0,158	13 (22,0)	0,405
CAP FEMININO							
Uso de drogas ilícitas							
Sim	96	5 (5,3)		43 (44,8)		2 (2,0)	
Não	59	6 (10,2)	0,243	30 (50,9)	0,463	-	0,264

As informações relativas ao etilismo mostraram conhecimentos e atitudes mais favoráveis entre as que afirmaram não ter o hábito de beber, entretanto a prática apresentou relação oposta, o que contraria a hipótese de que as etilistas teriam práticas menos favoráveis.

O uso de drogas ilícitas mostrou diferentes padrões quanto aos dois tipos de preservativos. As presidiárias que utilizaram alguma droga ilícita tiveram conhecimentos e atitudes mais adequadas, porém a prática foi prejudicada com uma diminuição em 5,3% do uso adequado do preservativo masculino entre as que foram usuárias.

Quanto ao preservativo feminino, conhecimentos e atitudes apresentaram maiores porcentagens de adequabilidade, cerca de 5% entre não-usuárias, porém as duas mulheres que o utilizam de forma correta são ex-usuárias. Em suma, pôde-se perceber maior influência do uso de drogas ilícitas no uso de preservativos masculinos, e nos conhecimentos e atitudes do feminino.

As alterações comportamentais associadas ao alcoolismo e ao consumo de substâncias ilícitas induzem à prática de comportamentos de risco, entre os quais relações sexuais não protegidas com preservativo, relações com múltiplos parceiros (as), bem como a troca de seringas e agulhas (PNPCI, 2007). Tal assertiva se torna mais grave em populações

privadas de liberdade pela maior frequência de histórias de dependência de álcool e drogas ilícitas.

Diante da problemática os profissionais de saúde desempenham um papel relevante no auxílio à mudança de comportamentos. Estes poderão ser os desencadeadores do longo processo que resultará na solução dos problemas ligados ao consumo de drogas e à prática de relações sexuais desprotegidas.

8.8 Associação entre os componentes do CAP

As adequabilidades do conhecimento, da atitude e da prática foram associadas entre si por meio do teste de Qui-quadrado. Essa associação foi realizada a fim de investigar a influência de cada componente no desfecho dos demais.

TABELA 12. Associação entre a adequabilidade do conhecimento, atitude e prática dos preservativos masculino e feminino de presidiárias reclusas no Ceará. Aquiraz, Ceará, 2010.

VARIÁVEIS	TOTAL	ATITUDE ADEQUADA		PRÁTICA ADEQUADA	
		N(%)	P	N(%)	P
Conhecimento adequado					
Preservativo masculino	35	21 (60)	0,859	6 (17,1)	0,878
Preservativo feminino	11	6 (54,5)	0,608	-	0,694
		CONHECIMENTO ADEQUADO		PRÁTICA ADEQUADA	
	TOTAL	N(%)	P	N(%)	P
Atitude adequada					
Preservativo masculino	95	21(22,1)	0,859	19 (20,0)	0,546
Preservativo feminino	73	6 (8,2)	0,608	2 (2,7)	0,131

A análise da Tabela mostra que apesar da associação estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre os componentes do CAP, nota-se que as mulheres com conhecimento adequado apresentaram maior porcentagem de atitudes adequadas quanto aos dois tipos de preservativo. Porém, as adequabilidades do conhecimento e da atitude não estiveram associadas com a prática adequada tanto do preservativo masculino quanto do feminino.

Os resultados acima descritos apontam, mais uma vez, para a fragilidade das ações e estratégias de promoção do uso dos preservativos dentro da instituição prisional estudada. O fato de o indivíduo possuir conhecimentos e atitudes positivas facilita a adoção de

comportamentos preventivos, mas não assegura, especialmente se não houver um suporte e condições apropriadas que favoreçam essa mudança de comportamento e a manutenção da prática.

A distribuição realizada de forma irregular para aquelas que não possuem visitas íntimas, as dificuldades de acesso e de aceitação do uso pela parceria sexual podem configurar entraves para o uso consistente dos preservativos nas relações dentro do ambiente prisional, o que dificulta a influência direta dos conhecimentos e das atitudes.

As relações de gênero e a dificuldade de negociação do uso dos preservativos representam obstáculos à adoção de medidas preventivas muitas vezes maiores que a falta de conhecimento. Outra situação se configura quando a mulher adquire a consciência sobre o cuidado com seu corpo, assume uma atitude favorável, porém se depara com um frágil conhecimento que não sustenta a prática adequada dos preservativos (SOUSA, 2007).

Um estudo realizado com 366 mulheres portadoras do HIV, com idades entre 15 e 50 anos, residentes no Sudeste dos Estados Unidos, analisou o comportamento sexual dessas mulheres com vistas ao desenvolvimento de habilidades pessoais para o uso do preservativo. Os autores encontraram como situações favoráveis: o fato de o parceiro ser HIV - negativo, a inexistência de barreiras de acesso ao preservativo e o conhecimento suficiente das mulheres estudadas sobre sua utilização (RAIFORD; WINGOOD; DICLEMENT, 2007).

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil sociodemográfico das presidiárias estudadas apontou para uma maioria de jovens brasileiras, solteiras, com baixa escolaridade e renda familiar mensal, presas por tráfico de drogas. Anteriormente à prisão, se ocupavam com trabalhos que exigiam pouca ou nenhuma qualificação profissional.

Este é o retrato de muitos jovens brasileiros que vivem em situações de desestruturação familiar, social e econômica. As fragilidades das políticas públicas na garantia de uma educação de qualidade, moradia, lazer, saneamento básico, alimentação, qualificação profissional e oferta de trabalho dificultam o alcance da qualidade de vida e a ascensão digna de muitas pessoas na sociedade. As vulnerabilidades próprias da juventude articuladas a uma vida que não vislumbra um futuro promissor ainda são catalisadores da criminalidade no País.

A história sexual das mulheres investigadas evidenciou a precocidade da ocorrência da primeira relação sexual, a estabilidade e a pouca variedade de parceiros sexuais. Porém, fatores de risco como usar drogas, ser presidiário ou presidiária e possuir tatuagens ou *piercings* representaram as principais características das parcerias das participantes. Ademais, a homo/bissexualidade e a prostituição estiveram presentes em aproximadamente 35% das mulheres pesquisadas.

As DST adquiridas antes ou após a prisão apresentaram baixas porcentagens: 13,5% e 5,8%, respectivamente. Esse achado remete à reflexão sobre a subestimação dessas doenças. São fatores que podem estar relacionados: a falta de conhecimento, apresentações assintomáticas, pouco acesso aos serviços de saúde ou, até mesmo, falta de explicação à paciente dos achados encontrados no exame ginecológico pelo profissional e os motivos do tratamento.

O consentimento à visita íntima presente em menos de 15% das participantes reafirmou a dificuldade de as mulheres presidiárias conseguirem usufruir desse direito.

Hábitos tabagistas, etilistas e o uso de drogas ilícitas, em especial o crack, a cocaína e a maconha, acompanharam em mais de 60% a trajetória de vida das presidiárias. A carência ou inexistência de programas multidisciplinares de combate ao uso de drogas, lícitas ou ilícitas, nas comunidades e nas instituições prisionais agrava essa situação. A droga assume um papel de promotor do prazer em meio a uma vida de dificuldades ou mesmo como

encorajador para cometer atos delituosos. A dificuldade de abandonar o vício, além de se relacionar a aspectos orgânicos, se fortalece mediante o contexto social desestruturado.

Quanto ao conhecimento sobre os preservativos, foi constatada uma superficialidade deste componente. Embora tivessem ouvido falar e/ou soubessem que serviam para prevenir DST/HIV e gravidez indesejada, a maioria não soube citar três cuidados necessários para o uso adequado. A falta de conhecimento sobre as etapas para a colocação dos preservativos pode dificultar diretamente seu uso correto e consistente. Diante da fragilidade das informações é preciso refletir sobre as estratégias de promoção de conhecimento fornecidas pelas principais fontes referidas (profissionais de saúde, escola, mídia e amigas).

Se antes da prisão a maioria das mulheres não adquiriu conhecimentos suficientes sobre o uso de medidas preventivas, os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, deveriam participar ativamente como facilitadores no processo de ensino-aprendizagem em saúde nas instituições prisionais.

Ações que promovam a saúde sexual e reprodutiva de mulheres presidiárias não devem se restringir a consultas ginecológicas e distribuição de preservativos. Os espaços institucionais como a escola, os locais de trabalho, a área recreativa, bem como as próprias celas, deveriam ser mais aproveitados pelos enfermeiros para o desenvolvimento de grupos educativos respaldados na construção do conhecimento de forma participativa, dialógica e processual.

O processo educativo deve envolver, sobretudo, as modificações de atitudes. Diante dessa premissa o presente estudo avaliativo diagnosticou atitudes menos favoráveis quanto ao uso do preservativo feminino e no referente ao emprego das barreiras preventivas masculinas ou femininas durante o sexo oral. Estes achados indicam situações que devem ser consideradas no desenvolvimento de habilidades direcionadas à prevenção das DST/HIV no grupo estudado.

A prática adequada dos preservativos apresentou pouca representatividade, em especial do feminino, principalmente devido à inconsistência do uso. A alta frequência de mulheres homossexuais foi o principal motivo para o não uso do preservativo masculino. Outras razões estiveram ligadas a questões de gênero, como a confiança no parceiro ou a não-aceitação pelo mesmo. A falta de conhecimento e interesse e a dificuldade de acesso representaram maiores obstáculos à prática da medida preventiva feminina.

Diante de tais barreiras encontradas o planejamento de ações estratégicas em prol da prevenção das DST/HIV em presídios femininos deve abordar as questões de gênero que

tornam as mulheres historicamente vulneráveis, a ocorrência de relações homossexuais e o fato de possuírem restrito conhecimento sobre os cuidados com a saúde, talvez devido a uma história de poucas oportunidades educativas. Ademais, essas ações devem se expandir aos presídios masculinos, pois muitas presidiárias e companheiras de presidiários se deslocam de sua instituição prisional para a visita íntima na instituição de seu parceiro, o que explica a importância de uma ação articulada. Assim, os casais contemplados pelo direito à visita íntima e os relacionamentos homossexuais estabelecidos dentro da prisão merecem maior destaque em uma abordagem conjunta entre os parceiros ou parceiras como estímulo à coresponsabilidade.

O componente atitude apresentou associação estatisticamente significativa com as variáveis idade e idade da coitarca, de modo que mulheres mais velhas e que iniciaram a vida sexual mais precocemente demonstraram maior sensibilização quanto à necessidade de usar preservativos do início ao fim de todas as relações sexuais.

O uso adequado dos preservativos e a história de prostituição se associaram estatisticamente. Esse grupo de mulheres, ao exercer a atividade referida, foi abordado de forma contínua pelas educadoras sociais da APROCE. As educadoras, prostitutas ou ex-prostitutas, realizam educação em saúde aos pares, nos próprios locais de trabalho de quem está sendo favorecido e disponibilizam frequentemente os meios preventivos. Modelos semelhantes poderiam ser replicados no ambiente prisional, em que um grupo de presidiárias, coordenado por um enfermeiro, seria treinado para se tornarem agentes multiplicadores de informações referentes às DST/HIV. Além disso, teriam a função de fornecer preservativos masculinos e/ou feminino. Assim, barreiras de acesso à informação e às medidas preventivas seriam solucionadas.

Os componentes do CAP não resguardaram associações estatísticas entre si. Portanto, conhecimentos e atitudes adequadas não foram suficientes para assegurar práticas adequadas. Possíveis elucidações se encontram na conjuntura de dificuldades na negociação do uso entre os parceiros, na restrição do acesso e na “ilegalidade” em que ocorrem as relações homossexuais.

Diante dos resultados encontrados, percebe-se que as estratégias de promoção da saúde sexual em ambiente prisional devem englobar a complexidade dos fatores envolvidos no desfecho do uso dos preservativos. O fortalecimento da autonomia dos sujeitos como essência do processo educativo, além de considerar os saberes e opiniões, deve congrega os contextos das vulnerabilidades ambientais, sociais, culturais e emocionais.

REFERÊNCIAS

ACCETTA, A. G.; ABEICHE, A. M.; HERTER, L. D. Ginecologia infanto-puberal: puberdade e menarca. Transtorno menstrual e dismenorréia. In: FREITAS, F.; MENKE, C. H.; RIVOIRE, W. A.; PASSOS, E. P. **Rotinas em ginecologia**. São Paulo: Artmed, 2002. p.57- 66.

ADJEL, A. A.; ARMAH, H. B.; GBAGBO, F.; AMPOFO, W. K.; BOAMAH, I.; ADU-GYAMFI, C.; ASARE, I.; HESSE, I. F.; MENSAH, G. Correlates of HIV, HBV, HCV and syphilis infections among prison inmates and officers in Ghana: A national multicenter study. **BMC Infect. Dis.**, v.7, n.1, p.8-33, 2008.

ADRIANO, J. R.; WERNECK, G. A. F.; SANTOS, M. A.; SOUZA, R. C. A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida? **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.53-62, 2000.

ALMEIDA, G. Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas. **Physis**, v.19, n.2, p. 301-331, 2009.

ALTICE, F. L.; MARINOVICH, A.; KHOSHNOOD, K.; BLANKENSHIP, K. M.; SPRINGER, S. A.; SELWYN, P. A. Correlates of HIV infection among incarcerated women: implications for improving of HIV infection. **J. Urban Health**, v. 82, n. 2, p. 312-326, 2005.

ALVES FILHO, M. Asas do desejo. **Jornal da UNICAMP**, Campinas, v.269, out. 2004. Disponível em: <http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje/ju/outubro2004/ju269pag12.html>. Acesso em: 18 ago. 2008.

ANDRADE, M. C. C. Mulheres prostituídas. **Videtur - Letras**, São Paulo, v. 5, n. 5, 2002. Disponível em: <<http://www.hottopos.com/seminario/sem2/index.htm>>. Acesso em: 8 out. 2007.

AQUINO, P. S. **Desempenho das atividades de vida por prostitutas de Fortaleza**. 2007. 128f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

AQUINO, P. S.; NICOLAU, A. I. O.; MOURA, E. R. F.; PINHEIRO, A. K. B. Perfil sociodemográfico e comportamento sexual de prostitutas de Fortaleza - CE. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n.3, p. 427-434, 2008.

ARAÚJO, R. C. **Agência Goiana do Sistema Prisional: estudo das condições sociodemográficas e comportamentais de mulheres de detentos, relacionadas à vulnerabilidade ao vírus HIV**. 2006. 64 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde, Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2006.

ARAÚJO, R. C.; JONAS, E.; PFRIMER, I. A. H. Mulheres reclusas e vulnerabilidade ao vírus HIV/aids. **Estudos**, v. 34, n.11, p.1021-1040, 2007.

ASHTON, J. **Ciudades sanas**. Barcelona: Masson S.A, 1992.

BAILLARGEON, J.; BLACK, S. A.; LEACH, C. T.; JENSON, H.; PULVINO, J.; BRADSHAW, P.; MURRAY, O. The infectious disease profile of Texas prison inmates. **Prev. Med.**, v. 38, p. 607-612, 2004.

BARBOSA, R. M.; FACCHINI, R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, supl. 2, p. 291-300, 2009.

BARROS, S. M. O.; GERK, M. A. S. Intervenções de enfermagem para os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em dois serviços públicos de assistência à saúde da mulher. **Acta Paul. Enferm.**, v. 18, n.3, p. 260-268, 2005.

BERQUÓ, E.; BARBOSA, R. M.; LIMA, L. P. Uso do preservativo: tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, supl.1, p. 34-44, 2008.

BERRA, J. A. P.; BACETTI, L. B.; BUZ, A. A. Soroprevalência de HIV, sífilis, hepatite B e C em mulheres do Centro de Ressocialização Feminino, Rio Claro, São Paulo. **Rev. Inst. Adolfo Lutz**, v. 65, n.2, p.133-136, 2006.

BITENCOURT, C. R. **Falência da pena de prisão: causas e alternativas**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

BOSCHI, J. A. P. **Das penas e seus critérios de aplicação**. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2002.

BRENNNA, S. M. F.; HARDY, E.; ZEFERINO, L. C.; NAMURA, I. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. **Cad. Saúde Pública**, v.17, n.4, p. 909-914, 2001.

BRITO, F. J. Sida y otras afecciones de transmisión sexual en presidiarias de la región central de Venezuela. **Rev. Obstet. Ginecol. Venez.**, v. 63, n.2, p. 81-6, 2003,

BRASIL. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Resolução nº 01, de 30 de Março de 1999. Assegura o direito à visita íntima aos presos de ambos os sexos, recolhidos aos estabelecimentos prisionais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 abr. 1999. Seção 1.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Bioética**, v. 4, n. 2, Supl., p.15-25, 1996a.

BRASIL. Departamento Penitenciário Nacional. **Formulário categoria e indicadores preenchidos**. Brasília, DF, 2009. Informações Penitenciárias (InfoPen).

_____. **Sistema Penitenciário do Brasil: dados consolidados**. 2008a. Informações Penitenciárias (InfoPen). Disponível em: www.mj.gov.br/data/Pages/MJD574E9CEITEMIDC37B2AE94C6840068B1624D28407509CPTBRIE.htm. Acesso em: 10 abr. 2010.

BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de Julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. TÍTULO I Do objetivo e da aplicação da lei de execução penal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 jul. 1984.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Censo Escolar, INEP**. Brasília, DF, 2005a.

_____. **Manual do aplicador do estudo CAP**. Brasília, DF, 2002a Disponível em: <http://www.inde.gov.mz/docs/monieduca10.doc>. Acesso em: 9 out. 2008.

_____. **Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsväl e Santa Fé de Bogotá**. (Originais publicados pela Organização Mundial de Saúde). Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 1996b.

_____. **Consulta Nacional sobre HIV/AIDS no Sistema Penitenciário: Relatório Final**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a.

_____. **Direitos sexuais e reprodutivos na integralidade da atenção à saúde de pessoas com deficiência**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. 2ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005b. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. **Relatório de gestão 2003 à 2006: política nacional de atenção integral à saúde da mulher**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. **Temático Promoção da Saúde IV**. Painel de Indicadores do SUS. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2009c.

_____. **Manual de controle das DST**. Brasília, DF, 2006a.

_____. O sistema público de saúde brasileiro. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE TENDÊNCIAS E DESAFIOS DOS SISTEMAS DE SAÚDE NAS AMÉRICAS, São Paulo, 2002b.

_____. **Políticas e diretrizes de prevenção das DST/AIDS entre mulheres**. Brasília, DF, 2003.

_____. **Ministério apresenta metas para aids até 2006**. Brasília, DF, 2006b. Disponível em: <<http://sistemas.aids.gov.br/imprensa/Noticias.asp?NOTCod=48181>>. Acesso em: 20 nov. 2007.

_____. **Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas relacionada às DST e Aids da população brasileira de 15 a 64 anos de idade, 2008**. Brasília, DF, 2008b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/pesquisa-de-conhecimentos-atitudes-e-praticas-relacionadas-dst-e-aids>>. Acesso em: 10 jan. 2009.

_____. **Levantamento sobre o projeto saúde e prevenção nas escolas**. Brasília, DF, 2005c.

_____. **Promoção da Saúde** (Declaração de Alma-Ata, Declaração de Adelaide, declaração de Santafé de Bogotá, Rede dos mega-países, Carta de Ottawa, Declaração de Sundsvall, Declaração de Jacarta, declaração do México). Brasília, 2001.

_____. **A Experiência do Programa Brasileiro de Aids**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2002c. (Série Programa Nacional).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de prevenção das DST/aids e cidadania para homossexuais**. Brasília, DF, 2002d.

_____. **Política nacional integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Política de distribuição do preservativo masculino na prevenção ao HIV/Aids e DST no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002e.

BUGLIONE, S. “A face feminina da execução penal”. **Direito & Justiça**, v. 19, n. 20, p. 251, 1998.

CAMARGO, B. V.; BOTELHO, L. J. Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n.1, p. 61-68, 2007.

CARRENO, I.; COSTA, J. S. D. Uso de preservativos nas relações sexuais: estudo de base populacional. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 720-726, 2006.

CARVALHO, M. L.; VALENTE, J. G. A.; ASSIS, S. G.; VASCONCELOS, A. G. G. Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 11, n.2, p. 461-471, 2006.

CEARÁ. Secretaria de Justiça e cidadania do estado do Ceará. **Unidades prisionais**. Fortaleza, 2008. Disponível em: <<http://www.sejus.ce.gov.br/index.php/gestao-penitenciaria/39/69>>. Acesso em: 15 out. 2008.

CERQUEIRA-SANTOS, E; CALVETTI, P. U.; ROCHA, K. B.; MOURA, A.; BARBOSA, L. H.; HERMEL, J. Percepção de Usuários Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros, Transexuais e Travestis do Sistema Único de Saúde. **Rev. Interamericana Psicol.**, v. 44, n.2, p. 235-245, 2010.

CEZAR-VAZ, M. R.; SOARES, M. C. F.; MARTINS, S. R.; SANTOS, L. R.; RUBIRD, L. T.; COSTA, V. Z.; LUCILLO-BAISCH, A. L. Saber ambiental: instrumento interdisciplinar para a produção de saúde. **Texto Contexto Enferm.**, v. 14, n.3, p. 391-397, 2005.

CHALUB, M.; TELLES, L. E. B. Álcool, drogas e crime. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 28, supl. 2, p. 69-73, 2006.

COHEN, S. C.; BODSTEIN, R.; KLIGERMAN, D. C.; MARCONDES, W. B. Habitação saudável e ambientes favoráveis à saúde como estratégia de promoção da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.12, n.1, p. 191-198, 2007.

COSTA, A. M.; GUILHEM, D.; SILVER, L. D. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 6, n.1, p. 75-84, 2006.

COSTA, I. B. **Mães encarceradas: onde estão seus filhos?** Um estudo de caso de uma unidade prisional de Recife-PE. 2003. 99f. Tese (Doutorado)- Programa de Pós- graduação em Economia Doméstica, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, 2003.

DAVIS, K .R.; WELLER, S. C. The effectiveness of condoms in reducing heterosexual transmission of HIV. **Fam. Plann. Perspect.**, v. 31, n. 6, p. 272-279, 1999.

FRAGA, P. C. P. A geopolítica das drogas na América Latina. **Revista em Pauta**, n.19, p. 67-88, 2007.

De GROOT, A. S. HIV infection among incarcerated women: epidemic behind bars. **AIDS Read**, v.10, n. 5, p. 287-295, 2000.

DES JARLAIS, D. C.; FRIEDMAN, S. R. HIV/AIDS related behavior change among injecting users drug in different national settings. **AIDS**, v. 9, n. 6, p. 11-17, 1995.

DOLAN, K.; LOWE, D.; SHEARER, J. Evaluation of the condom distribution program in New South Wales prisons, Australia. **J. Law Med. Ethics**, v. 32, n.1, p.124-1128, 2004

DORFEY, E. S.; MENESES, R. S.; VIANA, J. M.; OLIVEIRA, G. N. Infecções Sexualmente Transmissíveis: um estudo entre mulheres encarceradas de uma cidade do oeste baiano. **Revista Digital de Pesquisa CONQUER**, v. 3, 2008. Disponível em: <<http://www.fasb.edu.br/revista/index.php/conquer/index>> Acesso em: 2 jan. 2009.

D'URSO, L. F. B. Um grito de indignação. **O monitor: política, administração, ética e segurança**, ano 2, n.15, 2007. Disponível em: <<http://www.omonitor.info/section.asp?sid=13&iid=15>>. Acesso em: 24 set. 2008.

ESPEJO, X.; TSUNECHIRO, M. A.; OSIS, M. J. D.; DUARTE, G. A.; BAHAMONDES, L. G.; SOUSA, M. H. Adequação do conhecimento sobre métodos anticoncepcionais entre mulheres de Campinas, São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n.5, p. 583-590, 2003.

ESPINOZA, O. **A mulher encarcerada em face do poder punitivo**. São Paulo: IBC Crim, 2004.

FERNANDES, A. M. S.; ANTONIO, D. G.; BAHAMONDES, L. G.; CUPERTINO, C. V. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, supl.1, p. 103-112, 2000.

FERREIRA, M. M. C. **Infecção pelos retrovírus HIV-1, HTLV-I e HTLVII na população feminina da penitenciária do estado de São Paulo**: prevalência fatores de risco e conhecimento desse risco. 1997. 138f. Tese (Doutorado)- Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

FIELD, A. **Descobrimo a estatística usando o SPSS**. São Paulo: Artmed, 2009.

FREITAS, C. M. A vigilância da saúde para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 141-159.

FREITAS, L. V. **Perfil sexual e reprodutivo de idosas institucionalizadas**. 2008. 60 f. Monografia (Conclusão do curso de graduação em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

PAIVA, V. ; VENTURI, G.; FRANÇA JUNIOR, I.; LOPES, F. **Uso de preservativos**: pesquisa nacional MS/IBOPE. Brasília, 2003.

FRINHANI, F.; SOUZA, L. Mulheres encarceradas e espaço prisional: uma análise de representações sociais. **Revista psicologia**: teoria e prática, v.7, n.1, p.61-79, 2005.

FUNDO DE DESENVOLVIMENTO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A MULHER (UNIFEM). **Documento do movimento de mulheres para o cumprimento da convenção sobre eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher, pelo estado brasileiro: propostas e recomendações**. Brasília: CEDAW, 2003. Disponível em: <http://www.cladem.org/portugues/regionais/monitoreo_convenios/cedawaltbrasil.asp>. Acesso em: 16 dez. 2010.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). **Saúde sexual e reprodutiva das mulheres adultas, adolescentes e jovens vivendo com HIV e aids: subsídios para gestores, profissionais de saúde e ativistas.** Nova York: Engender Health e Brasília, DF: UNFA, 2008.

GIORDANI, A. T. **Pesquisa ação com mulheres detentas sobre sexualidade, DST- Aids e drogas.** 2000. 162f. Dissertação (Mestrado)- Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

GIORDANI, A.T.; BUENO, S. M. V. Mulheres detentas- prevenção as DST/HIV e gravidez no contexto de uma sociedade patriarcalista. **J. Brás. Doenças Sex. Transm.**, v. 13, n.5, p. 63-42, 2001.

_____. Direitos humanos de mulheres detentas em situação de vulnerabilidade às DST-Aids. **J. Brás. Doenças Sex. Transm.**, v. 14, n.2, p.12-15, 2002

GIORDANI, A. T.; BUENO, S. M. V. ; KANTORSKI, L. P. Normas, punições, castigos e a vulnerabilidade as DST-Aids no cotidiano de mulheres detentas. **J. Brás. Doenças Sex. Transm.**, v. 14, n. 2, p. 16-21, 2002.

GUILHERMANO, T. F. **Fatores associados ao comportamento criminoso em mulheres cumprindo pena em regime fechado na Penitenciária Feminina Madre Pelletier.** 2000. 100 f. Dissertação (Mestrado) - Pós-Graduação em Direito, Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

GUILHEM, D. M. **Escravas do risco: bioética, mulheres e AIDS.** Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2005.

HUMAN RIGHTS WATCH (HRW). **O Brasil por trás das grades.** 1998. Disponível em: <<http://hrw.org/portuguese/reports>>. Acesso em: 10 out. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estatísticas do registro civil.** Rio de Janeiro, 2005.

_____. **Perfil das mulheres responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000.** Rio de Janeiro, 2002.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Coordenação de Prevenção e Vigilância. Nomenclatura Brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas:** recomendações para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Câncer de colo do útero:** 1996-2010. 2010. Disponível em:
<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/definicao>.
Acesso em: 29 ago. 2010.

JEKEL, J. F.; ELMORE, J. G.; KATZ, D. L. **Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

KALIYAPERUMAL, K. Guideline for conducting a knowledge, attitude and practice (KAP) study. **AECS Illumination**, v. 4, n. 1, p. 7-9, 2004.

LALONDE, M. El concepto de "campo de la salud": uma perspectiva canadiense. **Promoción de la salud:** uma antología. [S.l.], 1996. (OPAS. Publicação científica, n.557).

LIEBER, R. R.; ROMANO-LIEBER, N. S. Risco, incerteza e as possibilidades de ação na saúde ambiental. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 6, n. 2, p. 121-134, 2003.

LIMA, G. M. B. **Mulheres presidiárias:** sobreviventes de um mundo de sofrimentos, desassistência e privações. 2005. 135 f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2005.

LIMA, M. **Da visita íntima à intimidade da visita:** a mulher no sistema prisional. 2006. 103f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

LISBOA, M. E. S. Vulnerabilidade da mulher frente às DST/HIV/AIDS. In: VIRTUAL CONGRESS HIV-AIDS, 4., 2003. Disponível em:
<<http://www.aidscongress.com/pdf/184.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2009.

LOPES, E. M.; ANJOS, S. J. S. B.; PINHEIRO, A. K. B. Tendência das ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros no Brasil. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 17, n.2, p. 273-277, 2009.

LOPES, F.; LATORRE, M. R. D. O.; PIGNATARI, A. C. C.; BUCHALLA, C. M. Prevalência de HIV, papilomavírus humano e sífilis na Penitenciária Feminina da Capital, São Paulo, 1997-1998. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, n.1, p. 1473-1480, 2001.

LOPES, F. **Prevalência de HIV, HPV e sífilis na Penitenciária Feminina da Capital**. 1999. 104 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

MACGOWAN, R.; MARGOLIS A.; RICHARDSON-MOORE, A.; WANG, T.; LALOTA, M.; FRENCH, P. T.; STODOLA, J.; MCKEEVER, J.; CARREL, J.; MULLINS, J.; LLANAS, M.; GRIFFITHS, S. D. Voluntary rapid human immunodeficiency virus (HIV) testing in jails. **Sex. Transm. Dis.**, v. 36, supl. 2, p. 9-13, 2009.

MACHADO, D. H. S.; SÁ, E. R. C.; NASCIMENTO, K.; CARDOSO, L. B. S.; MACHADO, R. **A integridade física da mulher que cumpre pena em estabelecimento penal no Brasil**. 2005. Disponível em: <<http://www.uned.es/dpto-derecho-politico/foro.htm>>. Acesso em: 15 nov. 2008.

MAESTRI, E.; TAGLIARI, D.; PRADA, G. W. Prevenção do HIV/aids: um desafio da enfermagem no processo de educar atrás das grades. In: **Semana de Ensino, Pesquisa e Extensão**, 6., 2007, Florianópolis. Disponível em: <http://www.sepex.ufsc.br/anais_6/trabalhos/853.html>. Acesso em: 20 dez. 2008.

MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: PARKER, R. **A AIDS no mundo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992. p. 276-300.

MARINHO, L. A. B.; COSTA-GURGEL, M. S.; CECATTI, J. G.; OSIS, M. J. D. Conhecimento, atitude e prática do auto-exame de mamas em centros de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 576-582, 2003.

MAY, J. P.; WILLIAMS, E. L. Acceptability of condom availability in a US jail. **AIDS Education and Prevention. HIV/AIDS in Correctional Settings**, v. 14, supl. 5, p. 85-91, 2002.

MCCLELLAND, G. M.; TEPLIN, L. A.; ABRAM, K. M.; JACOBS, N. Comportamentos de risco para o HIV e SIDA entre mulheres detidas em cadeias: implicações na política de saúde pública. **Am. J. Public Health**, v. 92, n.5, p. 818-825, 2002.

MCKEOWN, T. **El papel de la medicina: sueño, espejismo o némesis?** México: Siglo Veintiuno, 1982.

MESQUITA, S. M. S.; MOURA, A. Exame de Prevenção do câncer de colo de útero e de mama: mulheres e profissionais de saúde enquanto atores e suas contradições. In: ALMEIDA, M. I.; NOBREGA-TERRIEN, S. M. **Temas em saúde da família: práticas e pesquisas**. Fortaleza: Editora UECE, 2005. p. 41-54.

MISCIASCI, E. **Criminalidade feminina**. 2009a. Disponível em: <<http://www.eunanet.net/beth/revistazap/topicos/criminalidadefeminina1.htm>>. Acesso em: 10 nov. 2009.

_____. **Criar políticas especiais voltadas para encarceradas**. 2009b. Disponível em: <<http://www.eunanet.net/beth/encarceradas.php>>. Acesso em: 10 nov. 2009.

MIRANDA, A. E.; MERÇON-DE-VARGAS, P. R.; VIANA, M. C. Saúde sexual e reprodutiva em penitenciária feminina, Espírito Santo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. 255-260, 2004.

MIRANDA, A. E.; VARGAS, P. M.; ST LOUIS, M. E.; VIANA, M. C. Sexually transmitted diseases among female prisoners in Brazil: prevalence and risk factors. **Sex. Transm. Dis.**, v. 27, n. 9, p. 491-495, 2000.

MOURA, A. D. A. **Educação em saúde com prostitutas na prevenção das DST/Aids: reflexões à luz de Paulo Freire**. 2007. 108 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M. Competência profissional e assistência em anticoncepção. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 795-801, 2005.

MUSUMECI, B. Mulher e violência no sistema de justiça criminal. **Revista Trabalho e Sociedade**, v.1, n.2, p.3-8, 2001.

NAIDOO J.; WILLS, J. **Health promotion – foundations for practice**. London: Bailliere Tindall, 2000.

NATIONAL INSTITUTE OF ALLERGY AND INFECTIOUS DISEASES. **Workshop summary: scientific evidence on condom effectiveness for sexually transmitted disease (STD) prevention**. Virginia: National Institutes of Health, 2001.

OLIVEIRA, M. V. A. Criminalidade feminina: um fenômeno em transformação. **Diálogo Jurídico**, v. 3, p. 203-218, 2007.

OLIVEIRA, N. S.; MOURA, E. R. F.; GUEDES, T. G., ALMEIDA, P. César. Conhecimento e promoção do uso do preservativo feminino por profissionais de unidades de referência para DST/HIV de Fortaleza-CE: o preservativo feminino precisa sair da vitrine. **Saúde Soc.**, v.17, n.1, p.107-116, 2008.

OLIVEIRA, O. M. **Prisão: um paradoxo social**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1984.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Departamento de Saúde reprodutiva e pesquisas. **Um manual global para profissionais e serviços de saúde: orientações baseadas em evidência científica**. Estados Unidos: UNFPA, 2007.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **La salud de las mujeres y los hombres en las Américas: Perfil 2009**. OPAS, 2010.

_____. **Vinte pasos para formular un proyecto de ciudades sanas**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1995.

PANIZ, V. M. V.; FASSA, A. G.; SILVA, M. C. Conhecimento sobre anticoncepcionais em uma população de 15 anos ou mais de uma cidade do Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 6, p.1747-1760, 2005.

PASSADOURO, R. Prevalência e factores de risco das infecções por VIH, hepatite B e C num estabelecimento prisional de Leiria. **Acta Méd. Port.**, v. 17, p. 381-384, 2004.

PINHO, A. A.; FRANCA JUNIOR, I.; SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no Município de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, supl. 2, p. 303-313, 2003.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POPULATION INFORMATION PROGRAM. Center for Communication Programs. **Preservativos**. 2010. Disponível em: <http://boasaude.uol.com.br/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=4462&ReturnCatID=1822>. Acesso em: 20 fev. 2010.

PRIORI, C. Mulheres infratoras e o sistema prisional: uma discussão prévia. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE HISTÓRIA, 4., 2009, Maringá.

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO VIH/sida – 2007-2010. **Um compromisso com o futuro**. Lisboa, 2007.

RAHBAR, A. R.; ROOHOLAMINI, S.; KHOSHNOOD, K. Prevalence of HIV infection and other blood-borne infections in incarcerated and non-incarcerated injection drug users (IDUs) in Mashhad, Iran. **J. Drug Policy**, v.15, n. 2, p.151-155, 2004.

RAIFORD, J. L.; WINGOOD, G. M.; DICLEMENTE, R. J. Correlates of consistent condom use among HIV-positive African American women. **Women Health**, v. 46, n.2/3, p. 1-58, 2007.

RANGEL, H. Estratégias sociais e educação prisional na Europa: visão de conjunto e reflexões. **Rev. Bras. Educ.**, v.12, n.34, p. 81-180, 2007.

ROCHA, C. M. F.; DIAS, S. F.; GAMA, A. F. Conhecimentos sobre o uso de contraceptivo prevenção de DST: a percepção de mulheres imigrantes. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 5, p. 1003-1012, 2010.

SALMASSO, R. C. Criminalidade e condição feminina: estudo de caso das mulheres criminosas e presidiárias de Marília – SP. **Revista de Iniciação Científica da FFC**, v. 4, n. 3, p. 16-31, 2004.

SALMASSO, R. C.; VARGAS, P. M.; ST. LOUIS, M. E.; VIANA, M. C. Sexually transmitted diseases among female prisoners in Brazil: prevalence and risk factors. **Sex. Transm. Dis.**, v. 27, n. 9, p. 491-495, 2000.

SANCHES, K. R. B. **A AIDS e as mulheres jovens**: uma questão de vulnerabilidade. 1999. 143f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

SANTOS, J. L. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estud. Avan.**, v.13, n.5, p. 71-88, 1999.

SEFFNER, F. **O conceito de vulnerabilidade**: uma ferramenta útil em seu consultório. 2006. Disponível em:
<http://www.aids.gov.br/final/dh/afroatitude/vulnerabilidade_protagonismo/vulnerabilidade.rt
f>. Acesso em: 15 set. 2009.

SHAKARISHVILI, A.; DUBOVSKAYA, L. K.; ZOHRABYAN, L. S.; LAWRENCE, J. S.; ARAL, S. O.; DUGASHEVA, L. G.; OKAN, S. A.; LEWIS, J. S.; PARKER, K. A.; RYAN,

C. A. Sex work, drug use, HIV infection, and spread of sexually transmitted infections in Moscow, Russian Federation. **Lancet**, v. 366, n. 9479, p. 57-60, 2005.

SILVA, C. G. M. O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da Aids entre homens casados. **Rev. Saúde Pública**, v.36, supl.4, p. 40-49, 2002.

SILVA, G. L. **Criminalidade da mulher: rotina carcerária e análise penitenciária do presídio feminino de Florianópolis**. 1998. 82 f. Monografia (Conclusão do Curso de Direito) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

SILVEIRA, M. F.; BÉRIA, J. U.; HORTA, B. L.; TOMASI, E. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres. **Rev. Saúde Pública**, v.36, n.6, p.670-667, 2002.

SOTELO, J. M.; ROCABALO, F. **Salud desde el municipio: una estrategia para el desarrollo**. Quito: Organización Panamericana de la Salud, 1993.

SOUSA, A. O.; PEREIRA, G. S.; SOUZA, G. E.; TELES, S. A. Avaliação do conhecimento, comportamentos de risco e adesão à vacina contra hepatite B em reeducandos da cidade de Goiânia, GO. **Ciênc. Cuidado Saúde**, v. 4, n.3, p.250-258, 2005.

SOUSA, L. B. **DST no âmbito da relação estável: análise cultural com base na perspectiva da mulher**. 2007. 92 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

SOUZA, C. M. N. Relação saneamento-saúde-ambiente: os discursos preventivista e da promoção da saúde. **Saúde Soc.**, v. 16, n.3, p.125-137, 2007.

SOUZA, J. M. M.; PELLOSO, S. M.; UCHIMURA, N. S.; SOUZA, F. Utilização de métodos contraceptivos entre as usuárias da rede pública de saúde do município de Maringá-PR. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.28, n.5, p. 267-270, 2006.

STRAZZA, L. **Diferenças de gênero e risco para a infecção pelo HIV em adolescentes internos na Fundação Estadual Para o Bem Estar do Menor de São Paulo-FEBEM**. 1999. 64 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

STRAZZA, L. **Estudo da vulnerabilidade à infecção pelo HIV em detentas da Penitenciária feminina do Butantã-SP avaliada por técnicas sorológicas e pela técnica do**

TAT. 2003. 161f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2003.

STRAZZA, L.; AZEVEDO, R. S.; BOCCIA, T. M. Q. R.; CARVALHO, H. B. Vulnerabilidade à infecção pelo HIV entre mulheres com alto risco de exposição – menores infratoras e detentas do estado de São Paulo, Brasil. **J. Brás. Doenças Sex. Transm.**, v. 17, n. 2, p. 138-142, 2005.

STRAZZA, L.; AZEVEDO, R. S.; CARVALHO, H. B. Prevenção do HIV/aids em uma penitenciária-modelo feminina de São Paulo – SP, Brasil. **J. Brás. Doenças Sex. Transm.**, v.18, n. 4, p. 235-240, 2006.

STRAZZA, L.; AZEVEDO, R. S.; CARVALHO H. B.; MASSAD E. The vulnerability of Brazilian female prisoners to HIV infection. **Braz. J. Med. Biol. Res.**, v. 37, p. 771-776, 2004.

STRAZZA, L.; MASSAD, E.; AZEVEDO, R. S.; CARVALHO, H. B. Estudo de comportamento associado à infecção pelo HIV e HCV em detentas de um presídio de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n.1, p.197-205, 2007.

UNAIDS. **AIDS epidemics situation**. Vienna: World Health Organization, 2004. Disponível em: <<http://www.unaids.org>>. Acesso em: 10 nov. 2009.

UNAIDS. **A mulher e o HIV em ambientes prisionais**. Vienna: WHO, 2009.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **UNODC handbook for prison managers and policymakers on women and imprisonment**. Vienna, 2008.

UNITED STATES (US). Departamento of Justice Office of Justice Programs. **Bureau of Justice Statistics Bulletin HIV in Prisons 2004**. [S.l], 2006.

VIAFORE, D. A gravidez no cárcere brasileiro: uma análise da Penitenciária Feminina Madre Pelletier. **Direito & Justiça**, v.31, n.2, p.91-108, 2005.

WATSON, R.; STIMPSON A.; HOSTICK, T. Prison health care: a review of the literature. **Int. J. Nurs.**, v. 41, p.119-128, 2004. Disponível em: <www.sciencedirect.com> Acesso em: 3 jun. 2004.

WESTPHAL, M. F. O Movimento Cidades/Municípios Saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 5, n.1, p. 39-51, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Defining sexual health**: report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002. Geneva, 2006.

_____. **HIV/Aids em Ambientes prisionais**: prevenção, atenção, tratamento e apoio: Marco Referencial para uma Resposta Nacional Eficaz. Viena: Escritório das Nações Unidas Contra Drogas e Crime, 2005.

_____. **Interventions to address HIV in prisons**: prevention of sexual transmission. Geneva, 2007.

_____. **WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons**. Geneva, 1993.

_____. **Women's health in prison**: correcting gender inequity in prison health. 2009. Disponível em: <www.unodc.org/documents/commissions/CND-Session51/Declaration_Kyiv_Women_60s_health_in_Prison.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2009

YAP, L.; BUTLER, T.; RICHTERS, J.; KIRKWOOD, K.; GRANT, L.; SAXBY, M.; ROPP, F.; DONOVAN, B. Do condoms cause rape and mayhem? The long-term effects of condoms in New South Wales' prisons. **Sex. Transm. Infect.**, v. 83, n.1, p. 219–222, 2007.

APÊNDICE A

1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA:

Idade: _____	Procedência: _____	Data: ___/___/___
Escolaridade (série escolar/anos de estudo): _____		
Renda familiar: _____ Ocupação anterior/ atual: _____		
Estado civil:		
<input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Divorciada		
Religião: _____		
Você se considera:		
<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Parda/Morena/Mulata <input type="checkbox"/> Outra. Qual? _____		
Duração da pena: _____ Tempo cumprido: _____ Delito cometido: _____		

2. HISTÓRIA SEXUAL E REPRODUTIVA:

Idade da primeira menstruação: _____	Início da vida sexual: _____
Possui parceria sexual?	Tipo de parceria:
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Estável <input type="checkbox"/> Instável
Nº de parceiros nos últimos 3 meses: _____	
Comportamento sexual: <input type="checkbox"/> Heterossexual <input type="checkbox"/> Homossexual <input type="checkbox"/> Bissexual	
História de prostituição:	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Por quanto tempo? _____	
Quanto ao(s) parceiro (a)(s) sexual(is) dos últimos três meses:	
<input type="checkbox"/> Utiliza algum tipo de droga. Qual(is)? _____	
<input type="checkbox"/> História de DST/ aids. Tipo(s)/ realização de tratamento: _____	
<input type="checkbox"/> Possui tatuagens ou piercings.	
<input type="checkbox"/> Possui outras parcerias sexuais.	
<input type="checkbox"/> Profissional do sexo.	
<input type="checkbox"/> Presidiário(a).	
<input type="checkbox"/> Homossexual/bissexual.	
<input type="checkbox"/> Outras informações: _____	
Periodicidade das visitas íntimas: _____	
História de DST/HIV antes da prisão:	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tipo(s)/ realização de tratamento: _____	
História de DST após o ingresso na prisão:	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tipo(s)/ realização de tratamento: _____	
Acompanhamento ginecológico:	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Periodicidade: _____ Data da última consulta: ___/___/___	
G: _____ P: _____ A: _____ Abortos provocados: _____	
Método contraceptivo empregado (usa preservativo?) _____	

3. HÁBITOS DE VIDA:

História de tabagismo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Quantidade/ frequência: _____
História de etilismo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Quantidade/ frequência: _____
Usou algum tipo de droga? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Qual(is)? _____
Quantidade/ frequência: _____
Possui tatuagens? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não E piercings? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

4. CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DO USO DO PRESERVATIVO MASCULINO:

<p>4.1 Conhecimento:</p> <p>Já ouviu falar em preservativo masculino?</p> <p>() Sim () Não Fonte de informação: _____</p> <p>Qual(is) o(s) motivo(s) para o uso do preservativo masculino?</p> <p>() Prevenir DST/HIV.</p> <p>() Prevenir gravidez indesejada.</p> <p>() Outros motivos. Especificar: _____</p> <p>Cite três cuidados necessários para o uso correto do preservativo masculino:</p> <p>_____</p>
<p>Conhecimento: () Adequado () Inadequado</p>
<p>4.2 Atitude:</p> <p>Quanto à necessidade do uso do preservativo masculino nas práticas sexuais, você acredita que:</p> <p>No sexo vaginal:</p> <p>() É sempre necessário () É desnecessário () É pouco necessário () Não tem opinião</p> <p>No sexo oral:</p> <p>() É sempre necessário () É desnecessário () É pouco necessário () Não tem opinião</p> <p>No sexo anal:</p> <p>() É sempre necessário () É desnecessário () É pouco necessário () Não tem opinião</p>
<p>Atitude: () Adequado () Inadequado</p>
<p>4.3 Prática:</p> <p>Quanto ao uso do preservativo masculino nas práticas sexuais (vaginal/ oral /anal) que você realiza, qual afirmação pratica?</p> <p>() O utilizo sempre em todas as práticas sexuais que realizo.</p> <p>() Não o utilizo sempre em todas as práticas sexuais que realizo.</p> <p>() Nunca o utilizo.</p> <p>Explique os motivos e ocasiões da não utilização: _____</p> <p>_____</p> <p>E o momento do uso do preservativo masculino, caso o utilize, qual afirmação você pratica?</p> <p>() O utilizo sempre do início ao fim de todas as práticas sexuais que realizo.</p> <p>() Não o utilizo sempre do início ao fim de todas as práticas sexuais que realizo.</p> <p>Explique os motivos e ocasiões do não uso desde o início das práticas sexuais: _____</p> <p>_____</p> <p>Já engravidou após o ingresso na penitenciária?</p> <p>() Sim. Número de gestações: _____ Foi planejada/desejada? () Sim () Não</p> <p>() Não</p> <p>Foi diagnosticada DST/HIV após o ingresso na penitenciária?</p> <p>() Sim. Especificar: _____</p> <p>() Não</p>
<p>Prática: () Adequado () Inadequado</p>

5. CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DO USO DO PRESERVATIVO FEMININO:

5.1 Conhecimento:

Já ouviu falar em preservativo feminino?

Sim Não Fonte de informação: _____

Qual(is) o(s) motivo(s) para o uso do preservativo feminino?

Prevenir DST/HIV.

Prevenir gravidez indesejada.

Outros motivos. Especificar: _____

Cite três cuidados necessários para o uso correto do preservativo feminino:

Conhecimento: Adequado Inadequado

5.2 Atitude:

Quanto à necessidade do uso do preservativo feminino nas práticas sexuais, você acredita que:

No sexo vaginal:

É sempre necessário É desnecessário É pouco necessário Não tem opinião

No sexo oral:

É sempre necessário É desnecessário É pouco necessário Não tem opinião

Atitude: Adequado Inadequado

5.3 Prática:

Quanto ao uso do preservativo feminino nas práticas sexuais (vaginal/ oral) que você realiza, qual afirmação pratica?

O utilizo sempre em todas as práticas sexuais (vaginal/ oral) que realizo.

Não o utilizo sempre em todas as práticas sexuais (vaginal/ oral) que realizo.

Nunca o utilizo.

Explique os motivos e ocasiões da não utilização: _____

E o momento do uso do preservativo feminino, caso o utilize, qual afirmação você pratica?

O utilizo sempre do início ao fim de todas as práticas sexuais (vaginal/ oral) que realizo.

Não o utilizo sempre do início ao fim de todas as práticas sexuais (vaginal/ oral) que realizo.

Explique os motivos e ocasiões do não uso desde o início das práticas sexuais: _____

Já engravidou após o ingresso na penitenciária?

Sim. Número de gestações: _____ Foi planejada/desejada? Sim Não

Não

Foi diagnosticada DST/HIV após o ingresso na penitenciária?

Sim. Especificar: _____

Não

Prática: Adequado Inadequado

6. ACESSO AOS PRESERVATIVOS.

6.1 Você foi orientada quanto ao uso do preservativo dentro do presídio. Por quem?

6.2 Você recebe preservativos (masculino ou feminino) dentro do presídio? Por quem?

6.3 Quantos você recebe? A entrega é regular? De quanto em quanto tempo?

APÊNDICE B



Universidade Federal do Ceará
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem – FFOE
 Rua Alexandre Baraúna, 1115 - Rodolfo Teófilo - Fortaleza – CE / CEP: 60430-160

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estou a convidando a participar de um estudo que será desenvolvido sob minha responsabilidade. Neste estudo pretendo avaliar o que você sabe e pensa sobre o uso da camisinha masculina e feminina e se usa a camisinha em suas relações sexuais. Além disso, pretendo coletar algumas informações sobre a sua história sexual e hábitos de vida (se bebe; se fuma; se já usou drogas e se tem tatuagens e/ou piercings). Neste sentido, solicito sua permissão para entrevistá-la. O tempo previsto para nosso encontro será de quinze minutos. Logo após, iremos realizar um atividade educativa sobre a prevenção das DST/HIV. Durante essa atividade duas pesquisadoras irão observar e anotar como o grupo está participando e ao final solicitaremos sua opinião sobre a atividade realizada.

O estudo lhe trará como benefício a aquisição de maior conhecimento sobre formas de transmissão, detecção, tratamento, riscos e prevenção das DST/HIV, a fim de torná-la mais autônoma na promoção da sua saúde sexual e reprodutiva. O estudo não lhe trará riscos ou desconfortos.

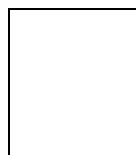
Dou-lhe a garantia de que as informações que estou obtendo, serão usadas apenas para a realização da minha pesquisa, também, lhe asseguro que a qualquer momento terá acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao projeto, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. Você tem liberdade de retirar sua autorização a qualquer momento e não participar do estudo. Finalmente, lhe informo que, quando apresentar o meu trabalho, não usarei o seu nome e nem darei nenhuma informação que possa identificá-la. O estudo não lhe trará nenhuma despesa.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será impresso em duas vias, sendo que uma ficará comigo e a outra, com você. Em caso de dúvidas e/ou desistência da entrevista, pode-se entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará por meio do telefone (85)3366-8338. Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço:

Ana Izabel Oliveira Nicolau
 Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará
 Rua Alexandre Baraúna, 1115. Fone: (85) 3366-8448.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, _____ RG nº _____, declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, compreendi seus objetivos e concordo em participar da pesquisa.



Fortaleza, ____ de _____ de 2010.

 Assinatura da participante

 Assinatura do pesquisador

 Testemunha

 Assinatura de quem coletou os dados

ANEXO A

Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 231/09

Fortaleza, 07 de agosto de 2009

Protocolo COMEPE nº 229/ 09

Pesquisador responsável: Ana Karina Bezerra Pinheiro

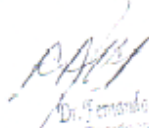
Deptº./Serviço: Departamento de Enfermagem/ UFC

Título do Projeto: "Saúde sexual e reprodutiva de presidiárias de Fortaleza"

Levamos ao conhecimento de V.Sª, que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 06 de agosto de 2009.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,


Dr. Fernando A. Costa Bezerra
Coordenador do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFC

ANEXO B**OFÍCIO NUSAU Nº187/09**

Fortaleza 26 de agosto de 2009

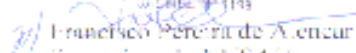
Sra. Diretora
 Maria Socorro Oliveira Matias
 Diretora do Instituto Pena Feminino

Autorizamos a entrada das profissionais e acadêmicas de enfermagem listadas em anexo nesta Unidade Prisional para desenvolverem projeto de educação em saúde, junto as internas, intitulado *Saúde Sexual e Reprodutiva* sob orientação da Dr^a em Enfermagem Ana Karina Bezerra Pinheiro

Informamos que o trabalho é tema de dissertação de mestrado e que foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará.

Segue em anexo a aprovação do Comitê e a solicitação da responsável pelo trabalho com os nomes e respectivos RGs das integrantes do grupo.

Atenciosamente,

FRANCISCO PEREIRA DE ALENCAR
 Supervisor do NUSAU/SEJUS
 CRIME Nº 1193

 Francisco Pereira de Alencar
 Supervisor do NUSAU