



**CEPPE**

**Centro de Pós-Graduação e Pesquisa  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**RITA DE CÁSSIA DE CAMARGO BEZERRA**

**PERFIL SOCIAL E DE SAÚDE DE MULHERES APENADAS DE UMA  
PENITENCIÁRIA DA CIDADE DE SÃO PAULO**

**Guarulhos**

**2013**

**RITA DE CÁSSIA DE CAMARGO BEZERRA**

**PERFIL SOCIAL E DE SAÚDE DE MULHERES APENADAS DE UMA  
PENITENCIÁRIA DA CIDADE DE SÃO PAULO**

Dissertação apresentada ao programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Guarulhos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Professora Doutora Rosa Áurea Quintella Fernandes

Guarulhos

2013



## Dedicatória

*Dedico este trabalho à minha mãe, exemplo de perseverança, garra e humildade, sempre presente em minha vida, me apoiando e me incentivando para trilhar adiante, com inteligência e disciplina, um caminho de sucessos e realizações.*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pela oportunidade de estar viva e poder compartilhar com as pessoas queridas a alegria de cada momento importante na minha vida;

A minha mãe, espelho de vida, por ter-me ensinado a lutar pelos meus ideais, com sinceridade e, acima de tudo, honestidade;

Aos meus filhos, Leonardo e Laís, pelo apoio e força em todos os momentos da minha vida;

À orientadora querida Professora Dr<sup>a</sup> Rosa Áurea Quintella Fernandes, pela imensa contribuição em meus estudos, com "brincas" e elogios, pela orientação e principalmente pela paciência de conduzir todo o desenvolvimento desta Dissertação.

Às Professoras Dr<sup>as</sup> Josiane Lima Gusmão e Arlete Silva que, durante a pesquisa, estiveram dispostas a me ajudar, sendo "simples assim ou não".

Aos queridos amigos da penitenciária que tornaram possível esta pesquisa: Mauricio Guarnieri, Haydée N. Ribeiro, Luci M de S Marinelli, Elisabete Regos Neves, a Diretoria da Disciplina, Eloisa H. L. de Azevedo, Tania M. Chaves, Maria Claudia de Andrade e muitos outros;

A minha amiga Erdnaxela Fernandes que, durante o período do curso, foi sempre minha companheira e juntas apoiamos-nos em todos os momentos, nos bons e nas adversidades.

A Júlia Nicolosi, que colaborou com muita boa vontade nos momentos em que mais precisei.

Às mulheres que estavam presas e que muito contribuíram para meu crescimento pessoal e profissional.

Enfim, agradeço a todos que passaram pela minha vida neste processo e deixaram uma contribuição para o término desta empreitada.

"O mundo é um lugar perigoso de se viver, não por causa daqueles que fazem o mal, mas sim por causa daqueles que observam e deixam o mal acontecer".

(Albert Einstein)

Bezerra RCC. Perfil social e de saúde de mulheres apenadas de uma penitenciária da cidade de São Paulo. [Dissertação]. Guarulhos (SP): Universidade de Guarulhos; 2012.

## RESUMO

O estudo teve como objetivo verificar o perfil de saúde de mulheres que cumprem pena em uma penitenciária feminina e associar as doenças referidas com a idade, hábitos de saúde, autoavaliação da saúde, abuso de álcool e tempo de prisão. Trata-se de estudo transversal com delineamento quantitativo. A amostragem foi aleatória simples e participaram da pesquisa 317 mulheres encarceradas em regime fechado. O perfil sociodemográfico das apenadas pode ser assim delineado: idade média de 34,7 anos (DP-10,57), 47,9% brancas, a maioria (66,9%) solteira, 50,5%, com ensino fundamental incompleto, 70,0% heterossexuais, 36,0% evangélicas, 66,6% trabalhavam e recebiam um salário mínimo como remuneração. Antes da prisão a maioria (53,0%) trabalhava, 67,0% foram detidas pelo crime contra a Lei de droga, 57,1% eram rés primárias, 46,4% tiveram penas de quatro a oito anos de prisão, 90% não recebem visita íntima e 45,7% não recebem visita social. Os dados ginecológicos e obstétricos revelaram que a maioria (86,8%) é mãe, 36,5% possuíam filhos entre zero a nove anos que ficam com as avós (32,8%). A maioria (91,8%) sofreu pelo menos um tipo de violência, não tinha parceiro sexual ou apenas um no último ano (84,4%), não faziam uso de nenhum tipo de preservativo nas relações sexuais (84,9%) e não utilizavam métodos anticoncepcionais (87,4%). Os exames de detecção precoce do câncer de mama (mamografia) foram realizados por 32,1% delas e a colpocitologia oncótica por 89,9%. O autoexame da mama é prática habitual de 66,6%. Em relação às alterações ginecológicas 49,7% tinham problemas menstruais, 15,2% doença sexualmente transmissível e 23,0% referiram ser portadoras de sífilis. As morbidades mais referidas foram: odontológicas (84,2%) alergia (43,5%), respiratórias (42,2%), vasculares (41,6%) e depressão e problema musculoesquelético (39,1%). Hábitos de saúde: a maioria dorme bem e se alimenta bem (58,7%) e 84,2% não realizam atividade física. A maioria tem hábito intestinal e vesical normais, não ingere bebida alcoólica (90,9%) é tabagista (65,0%) e já utilizou drogas ilícitas antes da prisão (67,2%). As drogas ilícitas mais utilizadas são a maconha 43,0% e a cocaína 14,0%. A maioria (70,7%) se automedica e recebe

medicação prescrita pelo médico (55,2%). Na avaliação da saúde 61,5% consideraram ter saúde de regular a péssima. O teste AUDIT indicou que 95,3% não beberam no último ano e 5,6% obtiveram pontuação que indica algum risco. Houve associação estatisticamente significativa entre: Problema odontológico e: alimentação ( $p=0,037$ ), atividade física ( $p=0,003$ ) e o uso de bebida alcoólica ( $p=0,013$ ); DST e: alimentação ( $p=0,022$ ), hábito intestinal ( $p=0,031$ ), hábito vesical ( $p=0,016$ ), uso de drogas ilícitas ( $p=0,002$ ), medicação prescrita ( $p=0,002$ ), e autoavaliação da saúde ( $p<0,001$ ); Alergia e uso de medicação sem prescrição ( $p=0,032$ ); Problema no sistema respiratório e: tempo de prisão ( $p=0,015$ ), uso de medicação com prescrição ( $p=0,003$ ) e autoavaliação da saúde ( $p=0,008$ ); Problema vascular e: idade ( $p=0,009$ ) e uso de bebida alcoólica ( $p=0,022$ ); Problema no sistema músculo esquelético e: tempo de prisão ( $p=0,040$ ), alimentação ( $p=0,006$ ), medicação prescrita ( $p=0,000$ ), tabagismo ( $p=0,032$ ) e autoavaliação da saúde ( $p=0,030$ ). Depressão e: sono ( $p=0,016$ ), medicação prescrita ( $p=0,000$ ) frequência do hábito intestinal ( $p=0,030$ ) e autoavaliação da saúde ( $p=0,002$ ). Hipertensão arterial e: idade ( $p\geq 0,001$ ), alimentação ( $p=0,050$ ), ingestão hídrica ( $p=0,012$ ), uso de drogas ilícitas ( $p\leq 0,001$ ), medicação prescrita ( $p=0,000$ ) e autoavaliação da saúde ( $p=0,003$ ). Problemas urinários e: sono ( $p=0,026$ ), frequência do hábito intestinal ( $p=0,036$ ) uso de bebida alcoólica ( $p=0,007$ ) e autoavaliação da saúde ( $p=0,013$ ). As morbidades referidas apontam diversidade de doenças não transmissíveis e transmissíveis que na maioria das vezes é adquirida na comunidade e agrava com o confinamento.

**Palavras - chave:** Prisioneiros, saúde da mulher, morbidade, hábitos.

Bezerra RCC. Social profile and health of women incarcerated in a prison in the city of São Paulo. [Dissertation]. Guarulhos (SP): Guarulhos University, 2012.

## ABSTRACT

The study aimed to determine the health profile of women serving time in a women's prison and associated diseases related to age, health habits, self-rated health, alcohol abuse and jail time. It is a cross-sectional study with quantitative design. A simple random sampling was done with 317 women incarcerated in a closed regime. The demographic profile of inmates can be well delineated: Mean age was 34.7 years (SD-10, 57), 47.9% were white, the majorities (66.9%) were single, 50.5% had elementary school education, 70% were heterosexual, and Protestant 36.0% and 62.8% worked and earned a minimum wage as salary. Before incarceration the majority (53%) worked, 67% were arrested for illegal drug violations, 57.1% were first time offenders, 46.4% had sentences of four to eight years in prison, 90% do not receive intimate visits and 45.7% do not receive social visits. Gynecological and obstetric data revealed that the majority (86.8%) are mothers, 36.5% had children between zero to nine years staying with grandparents (32.8%). The majority (91.8%) experienced at least one type of violence, had no or only one sexual partner in the last year (84.4%), did not use any condom during sexual intercourse (84.9%) and did not use any form of contraception (87.4%). The examinations for early detection of breast cancer (mammography) were performed for 32.1% of them and 89.9% had Pap smears. Breast self-examination is the usual practice for 66.6% of them. Regarding gynecological changes 49.7% had menstrual problems, 15.2% a STD and 23% reported suffering from syphilis. The most common morbidities were: dental (23%), allergy (12%), respiratory (11.6%) vascular (11.4%) and musculoskeletal system (10.7%). Health habits: the majority sleeps well and eats well (58.7%) and 84.2% did not do any physical activity. Most have normal bladder and bowel habits, do not ingest alcohol (90.9%) are smokers (65%) and have used illicit drugs before their arrest (67.2%). The most used illicit drugs before incarceration are marijuana 43% and cocaine 14.0%. The majority (70.7%) self-medicates and receives prescribed medication (55.2%). During the health evaluation 61.5% admitted having extremely bad health. In the AUDIT test 95.3% indicated that they did not drink alcohol during the last year and 5.6% had scores indicating some risk. There was a statistically significant association between: Dental problems and: feeding ( $p = 0.037$ ), physical activity ( $p = 0.003$ ) and alcohol use ( $p = 0.013$ ); DST and: feeding ( $p = 0.022$ ), bowel habits ( $p = 0.031$ ), bladder habits ( $p = 0.016$ ), illicit drug use ( $p = 0.002$ ), prescription medication ( $p = 0.002$ ), and perceived health ( $p < 0.001$ ); Allergy and nonprescription medication use ( $p = 0.032$ ); Respiratory problems and: jail time ( $p = 0.015$ ), use of prescription medication ( $p = 0.003$ ) and perceived health ( $p = 0.008$ ); Vascular problems and: age ( $p = 0.009$ ) and alcohol use ( $p = 0.022$ ); Musculoskeletal system problems and: jail time ( $p = 0.040$ ), feeding ( $p = 0.006$ ), prescription medication ( $p = 0.000$ ), smoking ( $p = 0.032$ ) and perceived health ( $p =$

0.030). Depression and; sleeping ( $p=0,016$ ), prescription medication ( $p=0,000$ ), bowel habits( $p=0,030$ ) and perceived health ( $p=0,002$ ). Hypertension and: age ( $p\leq 0,001$ ), feeding ( $p=0,050$ ), illicit drug use( $p\geq 0,001$ ) prescription medication ( $p=0,000$ ) and perceived health ( $p=0,003$ ). Urinary Tract and: sleeping ( $p=0,026$ ), bowel habits ( $p=0,036$ ), alcohol use ( $p=0,007$ )and perceived health ( $p=0,013$ ). The referred morbidities point out to a diversity of non transmissible and transmissible diseases that in the most cases are acquired in the community and aggravated by confinement.

**Keywords:** Prisoners, women's health, morbidity, habits.

Bezerra RCC. Perfil social y de salud de mujeres apenadas de una penitenciaría de la ciudad de São Paulo. [Dissertação]. Guarulhos (SP): Universidad de Guarulhos; 2012.

## RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo verificar el perfil de salud de mujeres que cumplen pena en una penitenciaría femenina y asociar las enfermedades referidas con la edad, hábitos de salud, autoevaluación de la salud, abuso de alcohol y tiempo de prisión. Se trata de estudio transversal con delineamiento cuantitativo. La muestra fue aleatoria simple y participaron de la investigación 317 mujeres encarceladas en régimen cerrado. El perfil sociodemográfico de las apenadas puede ser así delineado: edad media de 34,7 años (DP-10,57), 47,9% blancas, la mayoría (66,9%) soltera, 50,5%, con enseñanza primaria incompleta, 70,0% heterosexuales 36,0% evangélicas, 66,6% trabajaban y recibían un salario mínimo como remuneración. Antes de la prisión la mayoría (53,0%) trabajaba, 67,0% fueron detenidas por el crimen contra la Ley de droga, 57,1% eran res primarias, 46,4% tuvieron penas de cuatro a ocho años de prisión, 90% no reciben visita íntima y 45,7% no reciben visita social. Los datos ginecológicos y obstétricos revelaron que la mayoría (86,8%) es madre, 36,5% poseían hijos entre cero a nueve años que quedan con las abuelas (32,8%). La mayoría (91,8%) sufrió por lo menos un tipo de violencia, no tenía compañero sexual o sólo uno el último año (84,4%), no hacían uso de ningún tipo de preservativo en las relaciones sexuales (84,9%) y no utilizaban métodos anticonceptivos (87,4%). Los exámenes de detección temprana del cáncer de mama (mamografía) fueron realizados por 32,1% de ellas y la colpocitología oncótica por 89,9%. El autoexamen de la mama es práctica habitual de 66,6%. En relación a las alteraciones ginecológicas 49,7% tenían problemas menstruales, 15,2% enfermedad sexualmente transmisible y 23,0% refirieron ser portadoras de sífilis. Las morbididades más referidas fueron: odontológicas (23,0%) alergia (12,0%), respiratorias (11,6%) vasculares (11,4%) y del sistema músculo esquelético (10,7%). Hábitos de salud: la mayoría duerme bien y se alimenta bien (58,7%) y 84,2% no realizan actividad física. La mayoría tiene hábito intestinal y vesical normales, no ingiere bebida alcohólica (90,9%) es fumadora de tabaco (65,0%) y ya utilizó drogas ilícitas antes de la prisión (67,2%). Las drogas ilícitas más utilizadas son la marihuana 43,0% y la cocaína 14,0%. La mayoría (70,7%) se auto medica y recibe medicación prescrita por el médico (55,2%). En la evaluación de la salud 61,5% consideraron tener salud de regular a pésima. La prueba AUDIT indicó que 95,3% no bebieron el último año y 5,6% obtuvieron puntaje que indica algún riesgo. Hubo asociación estadísticamente significativa entre: Problema odontológico y: alimentación ( $p=0,037$ ), actividad física ( $p=0,003$ ) y el uso de bebida alcohólica ( $p=0,013$ ); DST y alimentación ( $p=0,022$ ), hábito intestinal ( $p=0,031$ ), hábito vesical ( $p=0,016$ ), uso de drogas ilícitas ( $p=0,002$ ), medicación prescrita ( $p=0,002$ ), y autoevaluación de la salud ( $p<0,001$ ). Alergia y uso de medicación sin prescripción

( $p=0,032$ ); Problema en el sistema respiratorio y: tiempo de prisión ( $p=0,015$ ), uso de medicación con prescripción ( $p=0,003$ ) y autoevaluación de la salud ( $p=0,008$ ); Problema vascular y: edad ( $p=0,009$ ) y uso de bebida alcohólica ( $p=0,022$ ); Problema en el sistema músculo esquelético y: tiempo de prisión ( $p=0,040$ ), alimentación ( $p=0,006$ ), medicación prescrita ( $p=0,000$ ), tabaquismo ( $p=0,032$ ) y autoevaluación de la salud ( $p=0,030$ ). Depresión y sueño ( $p=0,016$ ), medicación prescrita ( $p=0,000$ ), frecuencia del hábito intestinal ( $p=0,030$ ), auto evaluación de la salud ( $p=0,002$ ), hipertensión y edad ( $p<0,001$ ), alimentación ( $p=0,050$ ), ingesta hídrica ( $p=0,012$ ), uso de drogas ilícitas , ( $p<0,001$ ), medicación prescrita, ( $p=0,000$ ), y auto evaluación de la salud ( $p=0,003$ ). Problemas urinarios, y sueño ( $p=0,026$ ), frecuencia del hábito intestinal ( $p=0,036$ ), uso de bebida alcohólica ( $p=0,007$ ), y auto evaluación ( $p=0,013$ ). Palabras - llave: Prisioneros, salud de la mujer, morbilidad, hábitos. Las morbilidades que si refiere direccionan a diversidad de enfermedades no transmisibles y transmisibles que más a menudo se adquiere en la comunidad y agravados por la reclusión.

**Palabras - llave:** Prisioneros, salud de la mujer, morbilidad, hábitos.

## LISTA DE TABELAS

|   |    |
|---|----|
| Tabela 1. Quantidade de estabelecimentos penais da secretária de justiça e segurança pública. Brasil, 2011. ....              | 28 |
| Tabela 2. Distribuição das detentas, segundo características sociodemográficas. São Paulo, 2011. (N=317) .....                | 51 |
| Tabela 3. Distribuição das mulheres presas segundo atividade desenvolvida intramuros. São Paulo, 2011. (N=317) .....          | 55 |
| Tabela 4. Distribuição das mulheres apenadas segundo a profissão extramuros. São Paulo, 2011. (N= 317) .....                  | 58 |
| Tabela 5. Distribuição das detentas por tipo de delito cometido. São Paulo, 2011. (N=435) .....                               | 59 |
| Tabela 6. Distribuição das mulheres segundo o ano de inclusão na Penitenciária feminina. São Paulo, 2011. (N=317) .....       | 61 |
| Tabela 7. Frequência da reincidência no crime. São Paulo, 2011. (N=317) .....   | 61 |
| Tabela 8. Frequência do tempo total de reclusão anterior (reincidência). São Paulo, 2011. (N=317) .....                       | 62 |
| Tabela 9. Distribuição das detentas segundo o tempo de condenação. São Paulo, 2011. (N=317) .....                             | 63 |
| Tabela 10. Distribuição das detentas segundo o tempo cumprido da condenação atual. São Paulo, 2011. (N=317). .....            | 63 |
| Tabela 11. Distribuição das mulheres segundo o tipo de visitante e frequência da visita social. São Paulo, 2011. (N=317)..... | 64 |
| Tabela 12. Frequência da visita íntima e vínculo do visitante. São Paulo, 2011. (N=317) .....                                 | 65 |
| Tabela 13. Distribuição das detentas segundo o tipo de adereço e local de aplicação. São Paulo, 2011. (N=317) .....           | 66 |
| Tabela 14. Distribuição das mulheres segundo tipologia da violência sofrida na vida. São Paulo, 2011. (N=291) .....           | 68 |
| Tabela 15. Distribuição das mulheres por tipologia e frequência da violência sofrida. São Paulo, 2011. ....                   | 70 |
| Tabela 16. Distribuição do local onde os filhos permanecem durante o cumprimento  |    |

|  |     |
|--|-----|
| da pena da mãe. São Paulo, 2011. (N=338) .....   | 72  |
| Tabela 17. Frequência das alterações ginecológicas referidas. São Paulo, 2011. (N=404) .....   | 74  |
| Tabela 18. Frequência das doenças sexualmente transmissíveis referidas. São Paulo, 2011. (N=58) .....  | 78  |
| Tabela 19. Frequência das morbidades referidas. São Paulo, 2011. (N=317).....  | 81  |
| Tabela 20. Frequência das morbidades referidas segundo a realização do tratamento. São Paulo, 2011.....  | 83  |
| Tabela 21. Frequência de outras morbidades referidas. São Paulo, 2011. (N=317).84  |     |
| Tabela 22. Frequência das cirurgias referidas. São Paulo, 2011. (N=317) .....  | 84  |
| Tabela 23. Distribuição das mulheres segundo os hábitos de vida. São Paulo, 2011. (N= 317).....  | 85  |
| Tabela 24. Frequência da utilização de drogas lícitas. São Paulo, 2011. (N= 317). 89   |     |
| Tabela 25. Distribuição das mulheres segundo o uso de drogas ilícitas. São Paulo, 2011. (N=317).....   | 91  |
| Tabela 26. Frequência do uso de medicação com prescrição médica e automedicação. São Paulo, 2011. (N=317).....   | 92  |
| Tabela 27. Distribuição das mulheres segundo a avaliação da saúde. São Paulo, 2011. (N=317).....   | 93  |
| Tabela 28. Distribuição das mulheres segundo os escores do Teste de Identificação de Distúrbio de Uso do Álcool (AUDIT) e zona de risco. São Paulo, 2011. (N=317).94 |     |
| Tabela 29. Associação entre problema odontológico e alimentação, atividade física e bebida alcoólica. São Paulo, 2011. ....  | 96  |
| Tabela 30. Associação entre alergia e uso de medicação sem prescrição. São Paulo, 2011. ....   | 97  |
| Tabela 31. Associação entre problemas do sistema respiratório e tempo de prisão, uso de medicação com prescrição e autoavaliação da saúde. São Paulo, 2011.....      | 99  |
| Tabela 32. Associação entre problemas vasculares e faixa etária e uso de bebida alcoólica. São Paulo, 2011.....  | 100 |
| Tabela 33. Associações entre problema de musculoesquelético e tempo de prisão, alimentação, uso de medicação com prescrição, tabagismo e autoavaliação da            |     |

|  |     |
|--|-----|
| saúde. São Paulo, 2011. ....   | 101 |
| Tabela 34. Associação entre depressão e sono, uso de medicação com prescrição, hábito intestinal e autoavaliação da saúde. São Paulo, 2011 .....   | 103 |
| Tabela 35. Associação entre as doenças sexualmente transmissíveis e alimentação, hábito intestinal, vesical, uso de drogas ilícitas, medicação prescrita e autoavaliação da saúde. São Paulo, 2011. .... | 105 |
| Tabela 36. Associação entre hipertensão arterial e idade, alimentação, ingestão hídrica, uso de drogas ilícitas, uso de medicação com prescrição e autoavaliação da saúde. São Paulo, 2011. ....         | 108 |
| Tabela 37. Associação entre problema urinário e sono, hábito intestinal, bebida alcoólica e autoavaliação da saúde. São Paulo, 2011. ....  | 111 |

## LISTA DE FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| Figura 1. Quantitativo total de mulheres presas no Brasil e no estado de São Paulo. Brasil, 2011. .... | 30 |
| Figura 2. Fluxo para coleta de dados. São Paulo, 2011.....   | 44 |
| Figura 3. Fluxo das mulheres apenadas no estudo, São Paulo, 2011. ....                                 | 49 |

## LISTA DE QUADROS

|   |    |
|---|----|
| Quadro 1. Padrões de uso ou zona de risco segundo escores do AUDIT. São Paulo, 2012. .... | 42 |
|---|----|

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

|        |  |
|--------|--|
| AIDS   | Acquired Immuno Deficiency Syndrome                    |
| AUDIT  | Alcohol Use Disorder Identification Test               |
| BR     | Brasil   |
| CBO    | Classificação Brasileira de Ocupações                  |
| CDC    | Center for Disease Control                             |
| CNPCP  | Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciário |
| CP     | Código Penal   |
| CPI    | Comissão Parlamentar de Inquérito                      |
| CQCT   | Framework Convention on Tobacco Control                |
| DCbV   | Doença cerebrovascular                                 |
| DCV    | Doença Cardiovascular                                  |
| DP     | Desvio Padrão  |
| DASPRE | Das Presas   |
| DEPEN  | Departamento Penitenciário Nacional                    |
| DIC    | Doença Isquêmica do Coração                            |
| DNT    | Doença Não Transmissível                               |
| DST    | Doença Sexualmente Transmissível                       |
| DT     | Doença Transmissível                                   |
| EUA    | Estados Unidos da América                              |
| FUNAP  | Fundação Estadual de Amparo ao Trabalhador Preso       |
| GLP    | Gás Liquefeito de Petróleo                             |
| HAS    | Hipertensão Arterial Sistêmica                         |
| HBsAg  | Hepatite B Antígeno de Superfície                      |

|          |   |
|----------|---|
| HCV      | Hepatitis C Virus                               |
| HIV      | Human Immunodeficiency Virus                    |
| HPV      | Human Papilloma Virus                           |
| IAM      | Infarto Agudo do Miocárdio                      |
| IBGE     | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| ICPS     | International Centre for Prison Studies         |
| INCA     | Instituto Nacional do Câncer                    |
| Info Pen | Sistema de Informações Penitenciárias           |
| ITU      | Infecção do Trato Urinário                      |
| KCIW     | Kentucky Correctional for Women                 |
| LEP      | Lei de Execução Penal                           |
| NRT      | Nicotine replacement therapy                    |
| OMS      | Organização Mundial da Saúde                    |
| OPAS     | Organização Panamericana de Saúde               |
| PA       | Pressão Arterial                                |
| PAF%     | Probabilidade                                   |
| PMR      | Portadores de Mobilidade Reduzida               |
| PNSSP    | Plano Nacional do Sistema Penitenciário         |
| RR       | Risco Relativo                                  |
| SAP      | Secretaria da Administração Penitenciária       |
| SINAN    | Sistema de Informação de Agravos de Notificação |
| SP       | São Paulo                                       |
| SPSS     | Statistical Package for the Social Science      |
| SUS      | Sistema Único de Saúde                          |

|        |  |
|--------|--|
| SUTACO | Superintendência do Trabalho artesanal nas Comunidades |
| Tb/ TB | Tuberculose  |
| TCLE   | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido             |
| TEPT   | Transtorno de Estresse Pós Traumático                  |
| TL     | Tuberculose Latente                                    |
| TPHA   | Treponema Pálido HemAgglutinação                       |
| TPM    | Tensão Pré Menstrual                                   |
| UF     | Unidade Federativa                                     |
| UNAIDS | United Nations Program on HIV/AIDS                     |
| VDRL   | Venereal Disease Research Laboratory                   |
| WPB    | World Prison Brief                                     |

## SUMÁRIO

|   |            |
|---|------------|
| <b>1. INTRODUÇÃO.....</b>   | <b>26</b>  |
| <b>1.1. Prevalência de mulheres prisioneiras.....</b>                           | <b>29</b>  |
| <b>1.2 Encarceramento e risco em saúde.....</b>                                 | <b>31</b>  |
| <b>1.3 Saúde Pública e mulheres em situação de prisão.....</b>                  | <b>34</b>  |
| <b>2. OBJETIVOS.....</b>  | <b>37</b>  |
| <b>3. MÉTODO.....</b>   | <b>39</b>  |
| <b>3.1 Tipo e local de Estudo.....</b>  | <b>40</b>  |
| <b>3.2 População e Amostra.....</b>   | <b>40</b>  |
| <b>3.3 Coleta de dados.....</b>   | <b>41</b>  |
| <b>3.3.1 Instrumento para a Coleta dos dados.....</b>                           | <b>41</b>  |
| <b>3.3.2 Procedimento para a coleta dos dados.....</b>                          | <b>43</b>  |
| <b>3.3.3 Procedimentos Éticos.....</b>  | <b>45</b>  |
| <b>4. ANÁLISE ESTATÍSTICA.....</b>  | <b>46</b>  |
| <b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>   | <b>47</b>  |
| <b>5.1 Dados sociodemográficos.....</b>   | <b>48</b>  |
| <b>5.2 Dados Ginecológicos e Obstétricos.....</b>                               | <b>71</b>  |
| <b>5.3 Dados de Morbidade Referida.....</b>                                     | <b>80</b>  |
| <b>5.4 Hábitos de vida e abuso de álcool.....</b>                               | <b>85</b>  |
| <b>5.5 Dados da Autoavaliação da saúde e Teste AUDIT.....</b>                   | <b>93</b>  |
| <b>5.6 Associações entre as doenças referidas e as variáveis do estudo.....</b> | <b>95</b>  |
| <b>6. CONCLUSÕES.....</b>   | <b>113</b> |
| <b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>   | <b>117</b> |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>  | <b>121</b> |
| <b>APÊNDICES.....</b>   | <b>146</b> |
| <b>ANEXOS.....</b>  | <b>154</b> |

## APRESENTAÇÃO

O meu interesse em conhecer a saúde de mulheres presas surgiu no ano de 2006, quando era docente de enfermagem de uma Universidade privada. Conheci a penitenciária feminina com o objetivo de ensinar aos alunos da graduação atividades práticas de enfermagem tais como, consultas de enfermagem, procedimentos invasivos e o desenvolvimento de oficinas de educação em saúde. Nesse contexto conheci a estrutura, normas, leis, regimento do sistema penitenciário, mas foi no ambulatório da instituição que meus pensamentos e sentimentos foram tocados pela situação de saúde em que se encontravam as mulheres.

A problemática com a qual me deparei, além de grande, era diversificada: mulheres com dores, lesões, aguardando saída para um hospital para fazer exames ou esperando para tomar uma medicação diária, enfim necessitadas de atenção e cuidados. Nessa hora senti que eram apenas mulheres carentes, sensíveis, com necessidades diferentes, assim como suas histórias. Percebi que eram mulheres como todas as outras fora da prisão e, no decorrer dos cuidados ou das oficinas de educação em saúde que eram desenvolvidas pelos alunos, eu conheci suas necessidades, angústias e medos. Os medos relatados por elas diziam respeito não só à prisão, mas também ao momento em que ganhassem a liberdade. Elas manifestavam medo da exclusão da sociedade e medo latente do presente e do futuro. Os problemas de saúde não eram apenas as doenças transmissíveis, eram muitos outros e se estendiam também para os aspectos sociais e psicológicos, sem contar a falta de conhecimento sobre os cuidados básicos com o próprio corpo. Parecia que todos os programas divulgados e executados na Unidade Básica de Saúde nunca tinham chegado ao conhecimento delas, exceto sobre a vacinação das crianças.

Com o pensamento inquieto, percebi que elas poderiam melhorar a própria saúde com conhecimentos básicos sobre prevenção, promoção da saúde e poderiam ser multiplicadoras desses conhecimentos para suas famílias quando saíssem da prisão, porque essas mulheres são mães, irmãs, tias, esposas, filhas. Esta inquietude levou-me a dar o primeiro passo: conhecer, por meio de uma

investigação científica, as condições de saúde dessas mulheres e, assim, poder contribuir com a Saúde Pública e as Políticas Públicas.



## INTRODUÇÃO

## INTRODUÇÃO

A vida das mulheres e de suas famílias muda de acordo com as transformações sociais, políticas e econômicas que acontecem na sociedade onde vivem. Independentemente de raça, credo e etnia, a mulher luta desde remotos tempos para alcançar a cidadania. A história testemunha que a mulher em todas as culturas foi e, em algumas, continua sendo negligenciada e colocada em situação de subalternidade em relação ao homem.

O papel reducionista imposto à mulher perdurou fortemente por muitos séculos. Alguns acontecimentos sociais e políticos como guerras e revoluções contribuíram para evidenciar a importância da mulher e ocasionaram mudanças na sociedade, pois ela teve que assumir posições, responsabilidades e muitas vezes tornar-se provedora do lar, na ausência do homem.

No final do século XIX e início do século XX, as mulheres, cada uma em seu país, em momentos e com estratégias diferentes, lutaram e conquistaram o direito ao voto, ao estudo, a profissionalizar-se e trabalhar fora de casa, o que lhes era até então negado pela sociedade patriarcal<sup>1,2</sup>. Entretanto, as diferenças entre os gêneros continuam gritantes e a mulher persiste em uma posição de inferioridade e de exclusão em, praticamente, todas as sociedades.

A exclusão apresenta várias dimensões e facetas e os excluídos podem pertencer ao mesmo tempo a vários grupos<sup>1</sup>.

... No nível de grupos sociais encontram-se as minorias étnicas, religiosas e culturais; na questão de gênero, as mulheres; pela idade, os idosos e as crianças; na opção sexual, os homossexuais e os bissexuais; no universo sociocultural, as pessoas pobres, os habitantes das periferias...<sup>1</sup>

Neste contexto de exclusão encontram-se também as pessoas que estão como apenadas no sistema prisional. A situação de encarceramento repercute fortemente na vida do indivíduo, pois o afasta de sua rede social, determina o isolamento e a vivência constante da hostilidade. Além disto, torna-o vulnerável, não apenas em decorrência, entre outros aspectos, da superlotação, mas também pela à disseminação de doenças transmissíveis, doenças endêmicas, crônico-

degenerativas, traumáticas, distúrbios mentais e ao uso de drogas<sup>3</sup>. Por outro lado, a situação de encarceramento dificulta seu acesso à prevenção e ao tratamento das doenças, o que pode acarretar a piora dos agravos de saúde.

A pessoa que cumpre pena no Brasil submete-se à legislação do Código Penal<sup>4</sup> que estabelece os tipos de pena e o regime de execução a ser seguido:

O direito penal pátrio adotou o sistema progressivo no artigo 33, Parágrafo 2º, do CP, assim descrito:

Art. 33 – A pena de reclusão deve ser cumprida em regime fechado, semiaberto ou aberto. A de detenção, em regime semiaberto, ou aberto, salvo necessidade de transferência a regime fechado.

§1º–Considera-se:

- a) regime fechado a execução da pena em estabelecimento de segurança máxima ou média;
- b) regime semiaberto a execução da pena em colônia agrícola, industrial ou estabelecimento similar;
- c) regime aberto a execução da pena em casa de albergado ou estabelecimento adequado<sup>4</sup>.

Segundo o DEPEN (Departamento Penitenciário Nacional),<sup>5</sup> o sistema prisional possui um conceito e uma classificação de estabelecimentos prisionais. Assim, estabelecimentos penais (Penitenciárias e Presídios) são utilizados pela justiça para alojar pessoas presas tanto provisoriamente quanto as condenadas ou que estejam em medida de segurança; Cadeias Públicas são destinadas ao recolhimento de pessoas presas em caráter provisório, sempre de segurança máxima. Há as penitenciárias destinadas ao recolhimento de pessoas presas com condenação a pena privativa de liberdade em regime fechado, ao passo que as penitenciárias de segurança máxima especial abrigam pessoas com condenação em regime fechado exclusivamente em celas privativas. Nas penitenciárias de segurança média ou máxima, as pessoas condenadas ficam em celas coletivas e individuais. As Colônias Agrícolas, Industriais ou similares abrigam pessoas presas que cumprem pena em regime semiaberto. Casa do Albergado abriga pessoas presas que cumprem pena privativa de liberdade em regime aberto, ou pena de limitação de fins de semana. Os Centros de Observação Criminológica são estabelecimentos penais de regime fechado e de segurança máxima onde devem ser realizados exames gerais e criminológicos cujos resultados são encaminhados às Comissões Técnicas de Classificação que indicarão o tipo de estabelecimento e o

tratamento adequado para cada pessoa presa. Os Hospitais de Custódia e tratamento psiquiátrico são destinados a abrigar pessoas submetidas à medida de segurança<sup>6</sup>.

No Brasil há um total de 1.312 estabelecimentos penais,<sup>6</sup> conforme mostra a Tabela 1.

**Tabela 1.** Quantidade de estabelecimentos penais da secretária de justiça e segurança pública. Brasil, 2011.

| <b>Instituições</b>                     | <b>Masculino</b> | <b>Feminino</b> | <b>Total</b> |
|---|------------------|-----------------|--------------|
| Cadeias Públicas                        | 629              | 10              | 639          |
| Penitenciária                           | 441              | 50              | 491          |
| Colônia agrícola, industrial ou similar | 67               | 3               | 70           |
| Albergados                              | 55               | 10              | 65           |
| Hospital de custódia e tratamento       | 27               | 5               | 32           |
| Patronato                               | 14               | 1               | 15           |
| <b>Total</b>                            | <b>1233</b>      | <b>79</b>       | <b>1312</b>  |

Fonte. DEPEN, Departamento Penitenciário Nacional. InfoPen, Sistema Integrado de Informações Penitenciárias. Formulário de Categorias e Indicadores Preenchidos<sup>6</sup>

O estado de São Paulo, segundo a Secretaria de Administração Penitenciária (SAP),<sup>7</sup> possui 149 Estabelecimentos Penais, 77 penitenciárias, das quais 69 destinadas a homens e oito a mulheres. O estado conta com 36 Centros de Detenção Provisória, 22 Centros de Ressocialização, oito Centros de Progressão Penitenciária e seis Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, quatro para ambos os sexos e dois femininos.

A inequidade de gênero ainda é uma realidade no mundo e é extensiva à população carcerária feminina<sup>8</sup>. Os números mostram que o contingente de homens no sistema prisional é significativamente maior que o de mulheres, por isso as penitenciárias em sua maioria não foram construídas para mulheres, são edificações adaptadas para o homem e adaptadas para as necessidades femininas<sup>9,10</sup>.

Há 50 presídios femininos no Brasil, mas a primeira unidade prisional no estado de SP, projetada especialmente para atender às particularidades e necessidades das mulheres, é a Penitenciária Feminina II de Tremembé<sup>11</sup>, a qual se caracteriza por regime fechado e com ala de progressão para o semiaberto, inaugurado em abril de 2011. Esta edificação possui uma área de saúde específica

para a mulher, há setores destinados à amamentação, creche, biblioteca, pavilhão de trabalho e à visita íntima, dispõe também de pavilhões celulares, de serviços, de inclusão/serviço/disciplina, administração, ala de progressão penitenciária, espera/visita, portaria, residência para o diretor geral, central de água quente, central de gás GLP (Gás Liquefeito de Petróleo), abrigo para lixo, oficina de manutenção, reservatório elevado, torres de vigia e sistema viário interno.

Em cada um dos pavilhões celulares, além das celas, têm áreas para atividades esportivas e pátio descoberto com palco para múltiplo uso. Os pavilhões de trabalho, localizados ao lado de cada pavilhão celular, possuem áreas de convivência e visita, além de playground, praça de areia, minicampo de futebol e salas para atividades educativas com os filhos das presas, tais como brinquedoteca, videoteca e oficina cultural. Possui sistema de rampas de acessibilidade, banheiros adaptados aos portadores de mobilidade reduzida (PMR) e cadeirantes, além de uma estação de tratamento de esgoto compacto e poços profundos para o abastecimento de água potável<sup>11</sup>.

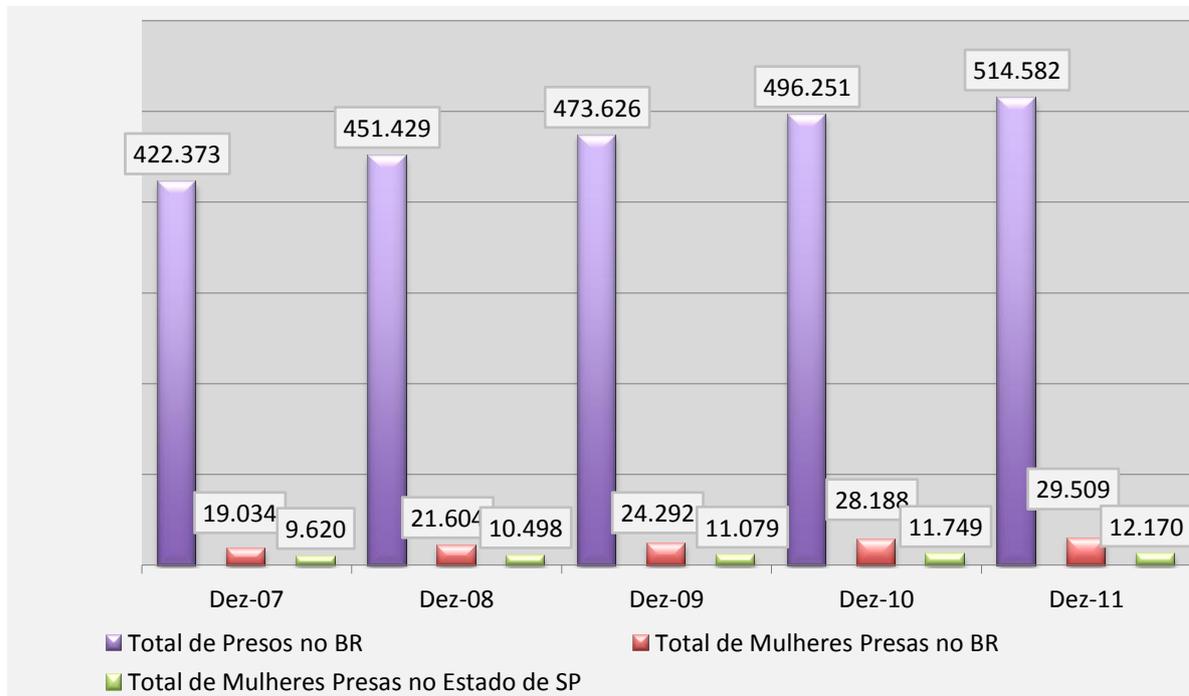
A realidade das prisões no Brasil, entretanto, não é esta e a estrutura dessa unidade prisional é bem diferente das demais, que embora adaptadas, não foram projetadas para abrigar mulheres presas. A adaptação dos presídios para as mulheres deixa a desejar e agrava a negligência das autoridades prisionais e do sistema de saúde<sup>12</sup> que ignora os direitos fundamentais das mulheres<sup>13,14</sup>.

Segundo Bessa o sistema penitenciário brasileiro apresenta muitas manifestações de discriminação em relação à mulher. A mulher presa convive com um sistema de bases machistas em que, em um ambiente de repressão e violência, sobrevivem os seres que são embrutecidos<sup>14</sup>. Assim, a inequidade de gênero ainda é uma realidade no mundo e é extensiva à população carcerária feminina<sup>15</sup>.

## **1.1 Prevalência de mulheres prisioneiras**

Braustein<sup>2</sup> e Carvalho et al.<sup>3</sup> atribuem o aumento da criminalidade feminina às transformações ocorridas no desenrolar dos séculos, e aumento da participação da mulher em todos os segmentos sociais, econômicos, culturais e esportivos de modo geral, no Brasil e no mundo.

O número de mulheres presas vem aumentando, conforme mostra a Figura 1.



Fonte. DEPEN, Departamento Penitenciário Nacional. Info Pen, Sistema Integrado de Informações Penitenciárias. Quadro Geral. Brasil, 2011<sup>16</sup>.

**Figura 1.** Quantitativo total de mulheres presas no Brasil e no Estado de São Paulo. Brasil, 2011.

Os dados demonstram no Gráfico 1, um aumento de 64,5% de encarceramento de mulheres no Brasil no período de 2007 a 2011. Em relação ao regime fechado, o aumento foi de 33,5% entre os mesmos anos<sup>16</sup>.

O número de mulheres presas no Brasil em 2007 correspondeu a 4,5% do total de prisões e, destas, 50,5% foram no Estado de São Paulo. Em 2011 os percentuais cresceram para 5,7% e 41,3%, respectivamente.

Os dados demonstram que o número de mulheres encarceradas no período de 2007 a 2011 aumentou no Brasil. Estes valores incluem todos os regimes de custódia, isto é, regime fechado, semiaberto, aberto, com medida de segurança e internados, medida de seguro e em detenção provisória<sup>16</sup>.

O Brasil ocupa o 4º lugar na relação do total de prisioneiros no mundo e a 57ª posição na relação do número de mulheres presas, dados registrados em dezembro de 2011, segundo dados do Centro Internacional de Estudos Prisionais<sup>17</sup>.

O Centro Internacional de Estudos Prisionais, localizado na Inglaterra e sediado na Faculdade de Direito do *London King's College*, tem um banco de dados online de informações sobre o sistema prisional do mundo, o *World Prison Brief* (WPB). Seu objetivo é compartilhar os dados e possibilitar uma discussão baseada em evidência e, assim, melhorar os sistemas prisionais de acordo com as normas internacionais de direitos humanos.

## 1.2 Encarceramento e risco em saúde

Situações de superpopulação, violência, iluminação e ventilação natural insuficiente e falta de proteção contra condições climáticas extremas são comuns em unidades prisionais em todo o mundo<sup>15,18</sup>. A estas condições desfavoráveis pode-se, ainda, associar as inadequações nos meios de higiene pessoal e de nutrição, a falta de acesso à água potável e aos serviços médicos<sup>15</sup>. Esta realidade agrava na população privada de liberdade, a vulnerabilidade à doença. Por isso a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e outras doenças infecciosas, como tuberculose, hepatites virais e hanseníase, aumentam assim como as taxas de morbidade e mortalidade relacionadas ao HIV<sup>3,19</sup>.

Além dessa situação intramuros, ressaltam-se as condições que as mulheres presas, de modo geral, vivenciam individualmente, isto é, baixo nível socioeconômico e educacional, em sua maioria, alguma atitude de risco, como início precoce de atividade sexual, uso esporádico de preservativos, administração de droga injetável pelo parceiro atual ou anterior e desestruturação em relação à família e à comunidade<sup>20,21,22</sup> e que contribuem para a transmissão direta e indireta de muitas doenças dentro e fora do sistema prisional.

Segundo Lopes et al<sup>23</sup>, a mulher presa integra um grupo vulnerável a infecções. A incidência e a prevalência de doenças em geral e doenças sexualmente transmissíveis constituem uma preocupação. O confinamento incentiva práticas que aumentam o risco de doenças infecciosas em razão de comportamentos sexuais inadequados e pelo uso de drogas, tornando a prisão um lugar de alto risco<sup>24,25</sup>.

Estudo sobre a prevalência das infecções por HIV, Vírus do Papiloma

Humano (HPV) e sífilis em 262 mulheres presas na Penitenciária Feminina da Capital, em São Paulo, identificou uma prevalência de 14,5% de infecção pelo HIV, 16,3% com alto potencial oncogênico de HPV, 4,8% com baixo potencial de HPV e 5,7% para sífilis<sup>23</sup>.

Outra pesquisa realizada na cidade de Rio Claro, em um Centro de Ressocialização Feminino, da qual participaram 225 mulheres e teve como objetivo conhecer a soro prevalência de HIV, Hepatites B e C, apontou soro positividade de 3,6% para HIV; 3,0% para VDRL/TPHA; 7,5% anti HCV; 1,3% HBsAg e 8,5% para anti HBsA. Cerca de 63,0% das amostras positivas para HIV apresentaram soro positividade concomitantes para sífilis (01); anti HCV (02); HBsAg (01); e HBsAg/anti HCV (01)<sup>26</sup>.

Miranda et al<sup>25</sup>, pesquisando a prevalência e os fatores de risco para doenças sexualmente transmissíveis (DST) em 121 mulheres de uma penitenciária feminina, identificou um percentual de 9,9% HIV, 4,1% de células T humanas tipo de vírus linfotrópico I, 7,4% do vírus da hepatite B, 19,0%, de hepatite C, 16,0% de sífilis, 7,6% de gonorreia, 11,0% de clamídia, 9,3% de alterações patológicas do papiloma vírus e 30,0% de tricomoníase, vaginose bacteriana. Os fatores de risco associados foram ao uso de drogas (54,0%), uso de drogas injetáveis (11,0%) e transfusão de sangue (16,0%)<sup>25</sup>.

Um fator de risco significativo para transmissão de vírus por via sanguínea é a tatuagem encontrada em grande número de homens e mulheres nas prisões<sup>27</sup>. A tatuagem é uma prática comum entre as prisioneiras e estas marcas colaboram com o aumento do estigma relativo ao extrato social. Além disso, são realizadas com materiais improvisados, como agulhas e linhas de costura, tinta nanquim e pontas finas de caneta e não é empregado nenhum tipo de precaução com o material utilizado na realização das perfurações. Portanto, essas mulheres estão mais vulneráveis à contaminação por DSTs, AIDS, hepatite B, além de estarem expostas a infecções bacterianas, desde as mais simples como o impetigo até as que resultam em amputações por necrose da extremidade afetada. Outras afecções podem surgir desta prática como abscessos, erisipela, gangrena, cancro sífilítico, tuberculose cutânea, rubéola e tétano<sup>28</sup>.

Pessoas que se caracterizam como portadoras por imunossupressão são mais propensas a adquirir DSTs e outras doenças, entre as quais a tuberculose que

é uma preocupação nacional e internacional por ser de alto risco para pessoas em instituições de confinamento, por sua forma de transmissão. Um terço da população mundial está infectada pela tuberculose (Tb). A cada ano, mais de nove milhões de pessoas ao redor do mundo adoecem por esta moléstia, ocorrem quase dois milhões de mortes por Tb em todo o mundo e é a principal causa de morte de pessoas que estão infectadas pelo HIV<sup>29</sup>.

Revisão sistemática<sup>30</sup> que estudou a incidência de tuberculose nas prisões, no período de janeiro de 1980 a junho de 2010, analisou artigos originais em inglês, francês, italiano, espanhol, português e russo, aponta uma mediana da razão da taxa anual estimada de incidência de TL e Tb de 26,4% e 23,0% respectivamente. A fração média estimada (PAF%) da tuberculose encontrada nas prisões para Tb foi de 8,5% e 6,3% em países de alta, média e de baixa renda, respectivamente. Esse trabalho sugere que o risco de TL e Tb é maior na prisão.

As condições insalubres tanto nas penitenciárias brasileiras como internacionais não expõem esta população apenas às doenças transmissíveis, mas, também a doenças crônicas.

A prevalência de doenças não infecciosas em uma população carcerária de 234.031 detentos dos EUA, no período de um de setembro de 2006 a 31 de agosto de 2007, foi de 18,8% de hipertensão, 5,4% de Asma, 4,2% de diabetes, 1,7% de doenças isquêmicas do coração, de 0,96% de doença pulmonar obstrutiva crônica e de 0,23% de doença cérebro vascular<sup>31</sup>.

Além das doenças transmissíveis e não transmissíveis, há o consumo e o tráfico de drogas. Com o encarceramento, o sofrimento e a mudança da rotina de vida trazem, como consequência, a mudança de comportamento. Expostas a regras oficiais e extraoficiais a mulher perde a autonomia da sua vida. A droga já utilizada fora do estabelecimento penal passa a ser uma solução para amenizar os sentimentos e dificuldades sentidas no cárcere. Já as mulheres que nunca usaram passam a ter contato com as drogas, como a maconha e cocaína, sejam para consumo ou para praticar o tráfico<sup>32</sup>. Com o objetivo de diminuir a ansiedade ou o sofrimento, também são utilizados tranquilizantes pelas mulheres<sup>3</sup>.

Vale ressaltar que, segundo especialistas e pesquisas realizadas em países de todo o mundo, as necessidades femininas estão sendo negligenciadas e

encontram-se bem aquém do que é exigido pelos Direitos Humanos e recomendações internacionais<sup>33</sup>.

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário/PNSSP consegue cobrir 30,69% de assistência à saúde<sup>19</sup> da população carcerária. Portanto, para atingir maior número de cobertura, há necessidade de serem alinhadas às Políticas de Estado.

### **1.3 Saúde pública e mulheres em situação de prisão**

Com o intuito de apoiar os países que fazem parte da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1995 foi lançado o Projeto Saúde na Prisão propondo ações de saúde pública, tanto para prisões nacionais como internacionais. Desde então, desenvolveu-se um movimento internacional para promover a saúde em ambientes prisionais tendo como objetivos: incentivar um trabalho integrado entre os sistemas de saúde pública e organizações não governamentais e promover a redução das desigualdades em saúde; incentivar as prisões a operarem de acordo com os códigos internacionais reconhecidos dos direitos humanos e ética na prestação de serviços médicos para os presos; ajudar a reduzir a reincidência de doenças nos serviços de saúde; incentivar a prisão a contribuir plenamente para a reabilitação de cada prisioneiro, especialmente, mas não exclusivamente, no tocante à dependência de drogas e problemas de saúde mental; reduzir a exposição dos presos com doenças transmissíveis, evitando tornarem-se as prisões "pontos focais de infecção" e encorajar todos os serviços de saúde no sistema prisional, incluindo os serviços de promoção da saúde, para alcançar padrões equivalentes aos da comunidade em geral<sup>34</sup>.

No Brasil o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Justiça norteado pela proposta da OMS, instituiu pela Portaria Interministerial n.º1.777/03, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário<sup>19</sup>, o qual estabelece diretrizes relacionadas à prevenção e assistência ao HIV/AIDS por meio do fomento às ações de prevenção, diagnóstico e assistência em ambientes prisionais. Neste plano há proposta de consolidar a atenção básica para promoção e preservação da saúde, desenvolvendo ações de educação em saúde com orientações acerca de doenças infectocontagiosas. Dentre as doenças, são recorrentes DST e HIV/AIDS,

Tuberculose, HPV, Infecções do Trato Urinário e vulvovaginites. A realidade da atenção à saúde nas unidades prisionais tem sido essencialmente curativa e pontualmente preventiva<sup>3,12</sup>.

O PNSSP foi desenvolvido fundamentado na atenção à saúde nos princípios do SUS e este possui uma política de saúde direcionada para a população confinada nas unidades prisionais, o que possibilita o acesso a ações e serviços da saúde. Assim sendo, as mulheres e homens foram incluídos no Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>17</sup>.

Vale salientar que a Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990<sup>35</sup> dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Em seu CAPÍTULO II  
Dos Princípios e Diretrizes, o Art. 7º:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade<sup>35</sup>.

Tanto na Europa como no Brasil, o sistema penitenciário foi construído especialmente para o sexo masculino que compõe 95,0% da população carcerária. Isto significa que o sistema penitenciário imposto para a população feminina é inadequado e não supre as necessidades de saúde das mulheres. As políticas adotadas e os procedimentos da prisão interferem negativamente no cuidado a saúde, isto porque o sistema penitenciário não considera as especificidades de gênero<sup>2,4</sup>.

Ações de saúde direcionadas às necessidades das mulheres presas favorecem principalmente a sociedade, pois as mulheres **não são presas elas**

**estão presas**, ou melhor, em situação de prisão e, ao retornarem ao mundo extramuros, poderão ser um veículo de transmissão de várias doenças interferindo na qualidade de vida da sua própria família e da comunidade.

A saúde no sistema prisional é considerada no mundo um problema de saúde pública<sup>3,18,33,36</sup>. Porém, não se pode descartar os problemas sociais que interferem diretamente no processo saúde/ doença. Existem trabalhos científicos nacionais<sup>3,14,21,23</sup> e internacionais<sup>13,17,27,33</sup> sobre o tema, mas nenhum deles identifica o perfil epidemiológico e de morbidade de mulheres em uma penitenciária.

O foco central desta pesquisa será a questão da saúde da mulher apenada, ou seja, da mulher que se encontra em situação de cumprimento de pena, por ter cometido algum delito passível de punição. Neste contexto, serão identificadas as condições de saúde e as morbidades referidas por elas.

Conhecer o perfil de saúde das mulheres apenadas desta instituição irá colaborar com a administração da penitenciária para planejar, organizar e elaborar estratégias e ações de saúde preventivas e curativas que beneficiem as mulheres confinadas, além de contribuir com os objetivos do Projeto da Saúde nas Prisões, propostos pela OMS.



## OBJETIVOS

## **2. OBJETIVOS**

- Verificar o perfil social e de saúde de mulheres apenadas de uma penitenciária da cidade de São Paulo;

- Verificar a associação das doenças referidas com a idade, hábitos de vida, autoavaliação da saúde, abuso de álcool e tempo de prisão;



MÉTODO

### **3. MÉTODO**

#### **3.1. Tipo e Local de Estudo**

Trata-se de estudo transversal, de campo com delineamento quantitativo, realizado na Penitenciária Feminina de Santana, classificada como de segurança máxima e adaptada para confinar mulheres que cumprem pena em regime fechado. A penitenciária está localizada na região norte da cidade de São Paulo, fundada e inaugurada em 1920 para abrigar presos, foi considerada estabelecimento prisional modelo, recebendo o nome de Penitenciária do Estado até o ano de 2005, quando passou a ser estritamente uma penitenciária para acolher mulheres. Possui três pavilhões onde estão abrigadas as mulheres que são interligados às unidades onde ficam as unidades das oficinas de trabalho, salas de aula e o pátio para banho de sol. No prédio da administração estão a diretoria geral, de disciplina e saúde, agregados com os setores de produção, jurídico, psicologia e serviço social. Possui ainda, serviço de nutrição terceirizado, parlatório, ambulatório atendimento médico, de enfermagem e odontológico.

A instituição é a maior do gênero na América Latina e tem capacidade para 2400 mulheres. Para este estudo foram disponibilizados dois pavilhões com um total de 1800 mulheres. Cada pavilhão é dividido em celas onde são alojadas duas detentas.

A atenção à saúde destas mulheres no que tange às consultas ou situação de urgência e emergência é realizada no ambulatório da penitenciária, por uma equipe multiprofissional. Em caso de maior agravo, as mesmas são transferidas para unidades de saúde do serviço público. As ações de atenção à saúde são fundamentadas nos princípios do SUS.

#### **3.2. População e Amostra**

A população do estudo foi constituída pelas 1800 mulheres que cumprem pena em regime fechado na Penitenciária Feminina de Sant`Ana.

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado considerando-se a população de 1800 mulheres apenadas e o nível de confiança de 95,0% e uma tolerância de erro de até 5,0%.

A amostragem foi aleatória simples e os números para o sorteio foram gerados pelo programa estatístico Excel. As celas onde as mulheres são alojadas são numeradas e esses números foram utilizados para elaborar a listagem inicial para o sorteio aleatório da amostra. Após o sorteio foi criada uma segunda listagem composta pelas 159 celas cujas ocupantes compuseram a amostra de 317 mulheres e considerada representativa pelo cálculo da amostra.

A amostra foi constituída por 317 mulheres que atenderam aos seguintes **Critérios de inclusão:**

- Estar presente na penitenciária no período da coleta dos dados;
- Concordar em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento; Livre e Esclarecido.

**Critérios para exclusão:**

- Não estar presente no dia da coleta;
- Estar grávida, ou em puerpério;
- Não concordar em participar da pesquisa.

### **3.3. Coleta de dados**

#### **3.3.1. Instrumento para coleta dos dados**

Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos, o primeiro (Apêndice A) foi elaborado com base em estudos sobre a saúde de mulheres presas, identificados na literatura<sup>2,3,13</sup> e, possibilitou a coleta de cinco categorias de dados. A primeira englobou os dados sociodemográficos que incluiu: idade, raça, estado civil, naturalidade, nacionalidade, escolaridade, profissão, ocupação, religião, renda, data da inclusão, total da pena, o tempo de pena cumprida, reincidência e o artigo da infração. Na segunda foram identificados os dados ginecológicos e obstétricos: orientação sexual, número de parceiro, uso de preservativo, método contraceptivos, número de filhos e por quem são cuidados, doenças sexualmente transmissíveis, menstruação, menopausa, problemas

vaginais e mamários, realização de exames de mamografia e colpocitologia oncológica e imunização.

A terceira categoria incluiu as morbidades referidas: DSTs, hepatites, HIV, tuberculose, hipertensão arterial, diabetes mellitus, câncer, alergia, depressão, convulsão, problemas respiratórios, cardíacos, vasculares, ortopédicos, de pele, odontológicos urinários e outras morbidades. A quarta categoria contempla os hábitos de vida como: sono, alimentação, atividade física, evacuação, diurese, ingesta hídrica, etilismo, tabagismo, uso de drogas, uso de medicações com ou sem prescrição médica. Esta categoria permitiu ainda identificar dados sobre a autoavaliação da saúde da mulher. Para tanto foi empregada uma classificação que incluiu os conceitos: ótima, boa, regular, ruim e péssima.

O segundo instrumento (Anexo A) empregado na coleta dos dados foi o Teste de Identificação de Distúrbio de Uso do Álcool conhecido pela sigla AUDIT abreviatura do nome do instrumento em inglês, Alcohol Use Disorder Identification Test, criado por Piccinelli e colaboradores<sup>37</sup>. Este instrumento é atualmente o melhor método para a identificação e estratificação do alcoolismo<sup>38</sup>. Composto por 10 questões, os escores podem variar de 0 a 40 pontos e a partir do resultado podem ser identificados padrões de consumo de álcool ou zona de risco (Quadro 1). Além disso, a sua aplicação é rápida.

| <i><b>Escores</b></i> | <i><b>Padrão de Uso ou Zona de Risco</b></i> |           |
|-----------------------|--|-----------|
| 0a 7                  | Uso de baixo risco                           | Risco I   |
| 8 a 15                | Uso de risco                                 | Risco II  |
| 16 a 19               | Uso nocivo                                   | Risco III |
| > 20                  | Provável dependência                         | Risco IV  |

**Quadro 1.** Padrões de uso ou zona de risco segundo escores do AUDIT. São Paulo, 2012.

A validação deste teste para a cultura brasileira apresentou 87,8% de índice de sensibilidade e 81,0% de especificidade para uso nocivo de álcool<sup>37,38,39</sup>.

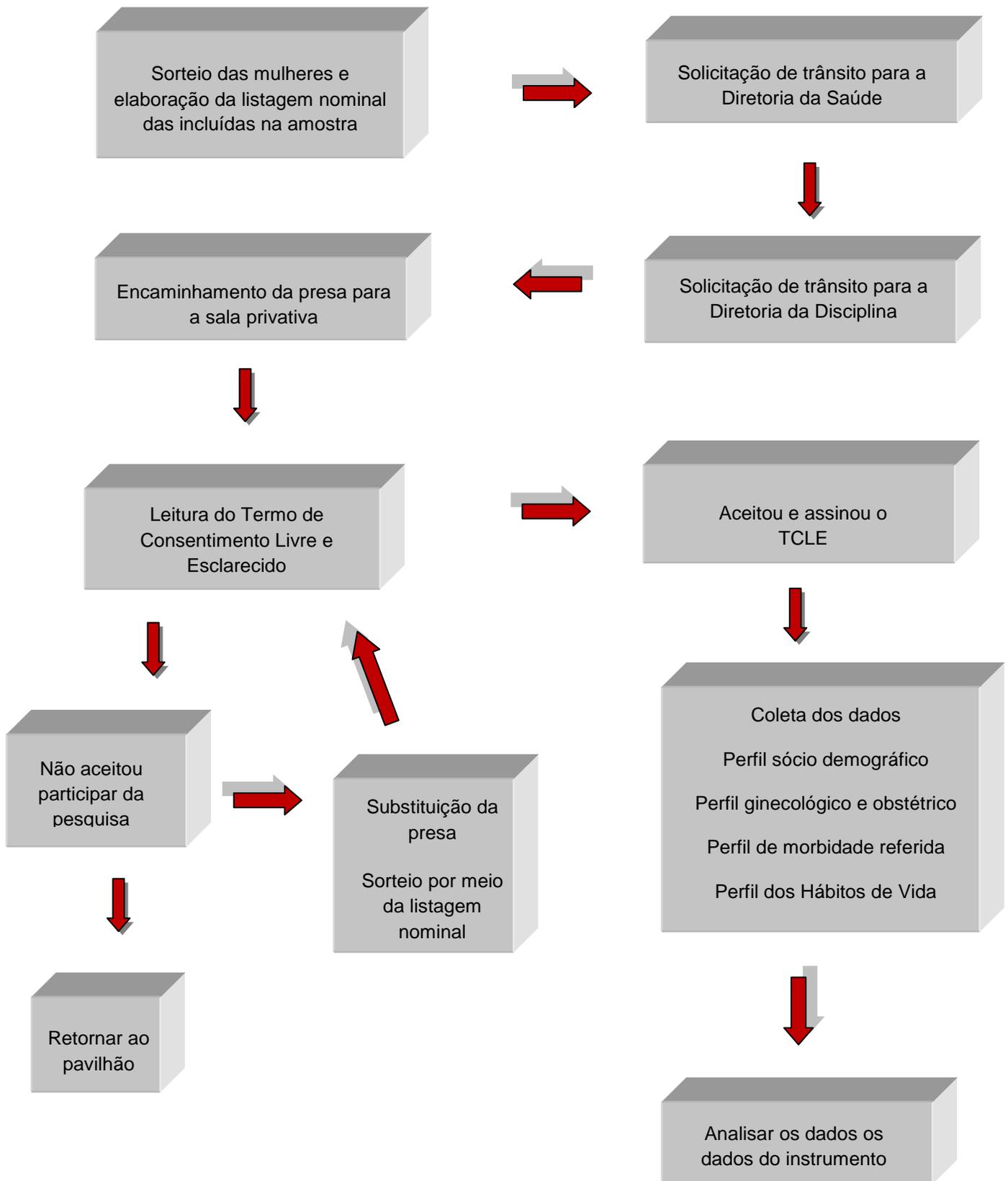
As questões de um a três (1 a 3) do teste avaliam a quantidade, frequência e embriaguez; as de quatro a seis (4 a 6) sintomas de dependência e as de sete a dez (7 a 10) o risco de efeito danoso do consumo.

### **3.3.2 Procedimentos para a coleta dos dados.**

Os dados foram coletados no período de setembro a dezembro de 2011 pela própria pesquisadora, de segunda a sábado no período das 9 às 16:30 horas. Após a ordenação aleatória dos números das celas pelo programa Excel realizou-se o sorteio das 159 celas o que gerou destas celas uma listagem nominal das mulheres ocupantes uma vez que cada cela abriga duas presas, o que resultou em uma relação de 317 mulheres.

A listagem nominal das detentas incluía também: o número da matrícula, número da cela, andar e pavilhão par ou ímpar.

O fluxo do procedimento para a coleta dos dados está apresentado na Figura 2.



**Figura 2.** Fluxo para coleta de dados. São Paulo, 2011.

A convocação da mulher para a entrevista foi realizada por um processo interno que se iniciou com o encaminhamento da listagem (Apêndice B) para a Diretoria da Saúde que a direcionou para o setor da Disciplina, responsável pela segurança da instituição. No dia agendado para a coleta dos dados foi entregue ao supervisor do pavilhão a listagem das mulheres, que as liberou para uma sala reservada localizada no próprio pavilhão. As mulheres foram abordadas pela pesquisadora individualmente, momento em que foram orientadas sobre o objetivo do estudo e a coleta dos dados. Aquelas que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C). Além disto, foi solicitada também sua autorização para acessar as informações do seu prontuário de saúde.

Quando a mulher se recusava a participar do estudo era substituída pela cela cujo número estava na sequência da lista gerada pelo Excel.

### **3.3.3 Procedimentos Éticos**

De modo a cumprir as exigências éticas estabelecidas pela Resolução 196/96 que trata de pesquisas com seres humanos, o Projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Guarulhos e aprovado pelo Parecer nº 206/2010, SISNEP/653 (Anexo B). Além disto, foi autorizado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria da Administração Penitenciária de São Paulo pelo Parecer nº 06/2011 (Anexo C). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi elaborado em linguagem clara, acessível aos sujeitos da pesquisa e incluiu informações sobre os objetivos e finalidades do estudo, a garantia do anonimato, o sigilo e confidencialidade dos dados, a descrição dos riscos para os participantes, os benefícios esperados, a liberdade de participar ou não, a solicitação para acessar o prontuário de saúde, bem como a possibilidade dela recusar-se a participar sem que ocorresse qualquer prejuízo; informava ainda do não pagamento pela participação e a concordância da divulgação dos resultados da pesquisa em eventos científicos e publicação em revistas científicas.

A pesquisadora assegurou às participantes orientações relacionadas às ações de promoção da saúde referentes às morbidades referidas e aos riscos de

saúde identificados por ela durante a entrevista. Foram encaminhadas ao médico ou psicólogo do ambulatório da instituição penal. Aquelas que se encontravam em acompanhamento médico, foram incentivadas a continuar o tratamento.

Quando qualquer necessidade de saúde foi identificada, as mulheres foram encaminhadas para a enfermaria do ambulatório. A enfermeira responsável da instituição foi informada pela pesquisadora dos encaminhamentos e necessidades das presas.

### **3.3.4 Análise Estatística**

Os dados foram armazenados e analisados por meio do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) versão 16.0, Minitab 15 e Excel Office 2007.

#### **3.3.4.1. Estatística Descritiva**

As análises descritivas foram realizadas para caracterizar a amostra. As variáveis categóricas estão apresentadas na forma de frequência absoluta e frequência relativa, e as variáveis contínuas, na de média e desvio padrão. Os resultados estão apresentados sob a forma de tabelas.

#### **3.3.4.2. Estatística Inferencial**

Para medir o grau de relação e/ou associação em uma análise bivariada de variáveis qualitativas foi utilizado o teste de Qui-Quadrado. O nível de significância considerado foi de 0,05 (5,0%) e o intervalo de confiança adotado foi de 95,0%.

As respostas "não sabe" e as que tiveram prevalência  $\leq$  a seis (6) casos foram excluídas da análise.

Os resultados das relações e/ou associações estão apresentados nas tabelas com valores absolutos e percentuais.

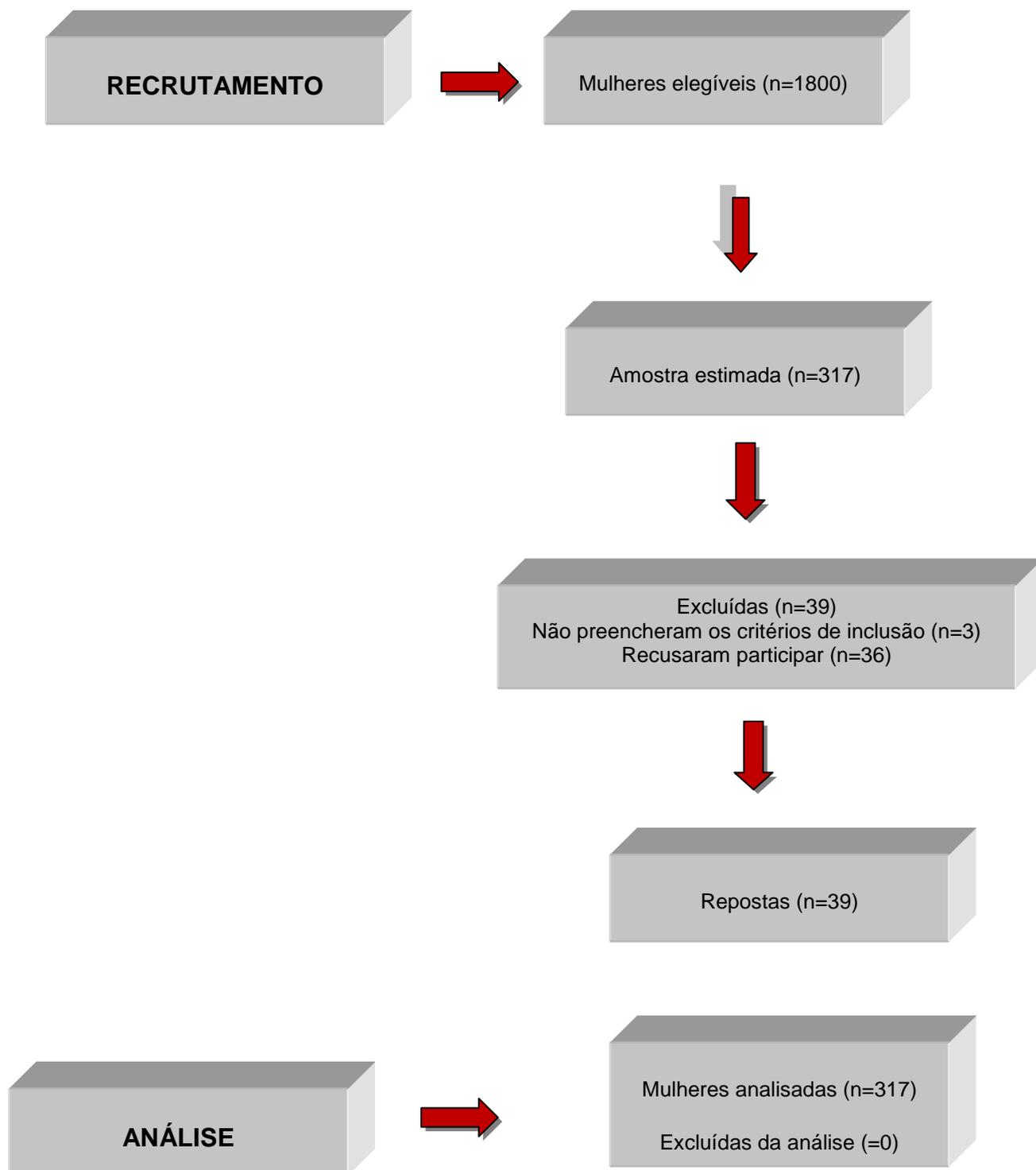


## RESULTADOS E DISCUSSÃO

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre as mulheres apenas 1800 foram elegíveis para integrar a amostra que foi estimada em 317 mulheres. Entretanto, 39 se recusaram a participar (24 alegaram falta de interesse em expor a vida pessoal, 12 não acreditavam que o resultado da pesquisa pudesse beneficiá-las e três não preencheram os critérios de inclusão por estarem grávidas). Assim, foram sorteadas mais 39 de modo a completar o número estabelecido no cálculo da amostra.

A Figura 3 apresenta o Fluxo das mulheres no estudo



**Figura 3.** Fluxo das mulheres apenas no estudo, São Paulo, 2011.

Os dados serão apresentados na ordem que se segue:

5.1 Dados sociodemográficos;

5.2 Dados ginecológicos e obstétricos;

5.3. Morbidade referida;

5.4 Hábitos e abuso de álcool;

5.5 Autoavaliação da saúde;

5.6 Associações entre as doenças referidas e as variáveis do estudo.

#### 4.1 Dados Sociodemográficos

**Tabela 2.** Distribuição das detentas, segundo características sociodemográficas. São Paulo, 2011. (N=317)

| <b>Faixa etária em anos</b> | <b>N</b> | <b>%</b> | <b>Média (Desvio Padrão)</b> |
|-----------------------------|----------|----------|------------------------------|
| 18 a 24                     | 51       | 16,1     | 34,7 (10,5)                  |
| 25 a 29                     | 63       | 19,9     |                              |
| 30 a 34                     | 67       | 21,1     |                              |
| 35 a 45                     | 91       | 28,7     |                              |
| 46 a 60                     | 38       | 12,0     |                              |
| > 60                        | 07       | 2,2      |                              |
| <b>Raça Referida</b>        |          |          |                              |
| Branca                      | 152      | 47,9     |                              |
| Parda                       | 120      | 37,9     |                              |
| Negra                       | 45       | 14,2     |                              |
| <b>Estado Civil</b>         |          |          |                              |
| Solteira                    | 212      | 66,9     |                              |
| União Estável               | 45       | 14,2     |                              |
| Casada                      | 29       | 9,1      |                              |
| Separada                    | 17       | 5,4      |                              |
| Viúva                       | 14       | 4,4      |                              |
| <b>Escolaridade</b>         |          |          |                              |
| Fund. Incompleto            | 160      | 50,5     |                              |
| Médio. Completo             | 56       | 17,7     |                              |
| Médio Incompleto            | 44       | 13,9     |                              |
| Fund. Completo              | 39       | 12,3     |                              |
| Analfabeta                  | 06       | 1,9      |                              |
| Graduação                   | 10       | 3,2      |                              |
| Técnico                     | 02       | 0,6      |                              |
| <b>Religião</b>             |          |          |                              |
| Evangélica                  | 114      | 36,0     |                              |
| Católica                    | 109      | 34,4     |                              |
| Nenhuma                     | 72       | 22,7     |                              |
| Espírita                    | 21       | 6,6      |                              |
| Outras                      | 01       | 0,3      |                              |
| <b>Procedência</b>          |          |          |                              |
| Sudeste                     | 262      | 82,7     |                              |
| Nordeste                    | 37       | 11,6     |                              |
| Sul                         | 14       | 4,5      |                              |
| Centro Oeste                | 03       | 0,9      |                              |
| Norte                       | 01       | 0,3      |                              |
| <b>Orientação sexual</b>    |          |          |                              |
| Heterossexual               | 222      | 70,0     |                              |
| Homossexual                 | 50       | 15,8     |                              |
| Bissexual                   | 45       | 14,2     |                              |
| <b>Renda Mensal</b>         |          |          |                              |
| Até um salário mínimo       | 199      | 62,8     |                              |
| Nenhum salário              | 118      | 37,2     |                              |

O perfil das mulheres que cumprem pena na instituição onde o estudo foi desenvolvido pode ser assim delineado: idade média de 34,7 anos (DP-10,5) com variação de 18 anos a 75 anos e predomínio de mulheres na faixa etária entre 25 e

45 anos (69,7%), 47,9% brancas, a maioria solteira (66,9%), procedente do sudeste do país (82,7%), 50,5% não completaram o ensino fundamental e 36,0% professam a religião evangélica. No que se refere à orientação sexual, a maioria (70%) referiu ser heterossexual.

A faixa etária de 25 a 45 anos (69,7%) das reeducandas identificada neste estudo é compatível com os dados apresentados pelo Ministério da Justiça no Diagnóstico Nacional de Mulheres<sup>40</sup> no qual 64,1% das detentas do Brasil pertencem a esta mesma faixa etária. Segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>41</sup> no censo de 2010, a idade média das mulheres brasileiras era de 32,9 anos e no estado de São Paulo de 32,5 anos, isto é, uma população pouco mais jovem do que a de mulheres que cumprem pena. O percentual de mulheres nessa faixa etária foi encontrado também em estudos realizados com presidiárias nos Estados Unidos<sup>42</sup> (60,9%) e em Ribeirão Preto (BR)<sup>43</sup> (66,4%).

A raça/etnia na presente pesquisa foi autorreferida e o maior percentual de presas se considerou branca (47,9%), dado que difere dos apresentados pelo DEPEN<sup>11</sup> porque neles o maior percentual foi de mulheres pardas (43,5%). Há que se ressaltar, entretanto, que os dados do DEPEN não foram autorreferidos e sim extraídos dos documentos nas penitenciárias femininas no Brasil. Segundo Fontes,<sup>44</sup> o maior percentual de mulheres pardas não significa o crescimento deste segmento da população. Este aumento pode estar relacionado com o reconhecimento e a construção da identidade de raça/cor pelo indivíduo, uma vez que é ele que geralmente atribui a própria etnia.

Em relação ao estado civil, os trabalhos de Binswanger<sup>42</sup> e Stief<sup>45</sup> apresentam resultados diferentes dos encontrados no presente estudo, uma vez que apontam percentuais de 40,1% e 40,6% de presas solteiras. Durante a coleta de dados, quando questionadas sobre seu estado civil, as mulheres paravam e pensavam antes de responder principalmente as que já haviam convivido com parceiro antes da prisão. O fato de estarem cumprindo pena, segundo referência delas, as afastava do companheiro que, muitas vezes, começava outro relacionamento. Neste caso, elas se enquadravam na categoria de mulheres solteiras e não se consideravam em união consensual. Explicavam que tinham recebido informações, durante as visitas de familiares, que seus companheiros já

estavam com outras mulheres. O sentimento de solidão vivido por elas ficou explícito nos comentários que faziam: estavam longe de casa e haviam sido traídas pelos companheiros, assim, se declaravam solteiras. Portanto, em relação ao estado civil, a resposta estava subordinada ao sentimento daquele momento em relação ao companheiro, marido ou namorado, o que torna este dado relativo.

No Brasil, segundo os dados nacionais<sup>46</sup>, as mulheres presas que têm o ensino fundamental incompleto representam 45,5%, dado semelhante ao identificado nesta pesquisa (50,5%). Entretanto, o percentual de analfabetas (55,05) apresentado no mesmo estudo é bem superior ao da pesquisa atual (1,9%). A situação se inverte quanto ao percentual de mulheres com ensino superior, o que em 2009 no estudo nacional<sup>12</sup>, era de 1,4% e neste estudo é de 3,2%. Estes dados demonstram um aumento gradativo de delitos cometidos por mulheres com ensino superior completo. Em outro estudo<sup>47</sup>, 4,7% das presas cursaram ou estavam cursando o nível superior. Ressaltam-se estes dados, pois, demonstram que o encarceramento feminino não é apenas motivado por aspectos como a pobreza, baixo nível de escolaridade e desfavorecimento social<sup>20,47</sup>.

Na Tabela 2 é possível verificar, ainda, que, 77,3% das mulheres têm alguma religião e destas 36,0% são evangélicas e 34,4% católicas. Estudo<sup>48</sup> realizado em uma penitenciária de São Paulo demonstrou que 15,6 % eram católicas e 56,1%, evangélicas. A religião tem um papel importante na vida de mulheres encarceradas, uma vez que modifica sua atitude durante o aprisionamento e proporciona conforto nos dias difíceis, o que interfere positivamente para sua saúde mental<sup>49</sup>.

Em relação à procedência, a maioria das mulheres (82,7%) como indicado na Tabela 2, nasceu na região sudeste, 17,3% são de outros estados, mas cumprem pena na cidade de São Paulo ou porque já residiam aqui ou porque foram transferidas para cá.

A cidade de São Paulo é a que possui uma penitenciária feminina com maior capacidade para abrigar mulheres em regime fechado, além de ser a maior da América Latina<sup>50</sup>. Na região sudeste existem 16 penitenciárias femininas para regime fechado<sup>51</sup> e sete estão localizadas no estado de São Paulo<sup>7</sup> com capacidade total de 5290 presas. A capacidade de presas onde o estudo foi realizado é de 2400. No estado do Rio de Janeiro<sup>7</sup> localiza-se cinco penitenciárias

e a capacidade de todas somadas é de 858 presas. No estado de Espírito Santo<sup>7</sup>, três penitenciárias femininas possuem no total 512 vagas e, por fim no estado de Minas Geraí<sup>7</sup>, há uma penitenciária com capacidade para 303 presas.

Quanto à orientação sexual, 70,0% referiram ser heterossexuais, 15,8% homossexuais e 14,2% bissexuais. A obtenção de dados sobre a orientação sexual e as atividades sexuais na prisão é difícil e delicada. As mulheres podem não assumir a prática de atividades sexuais com o mesmo sexo por vergonha ou para não serem rotuladas como gay<sup>52</sup>.

Estes dados na presente pesquisa podem estar subestimados, pois as mulheres responderam prontamente que eram heterossexuais, entretanto, o não verbal não condizia com a afirmação, enquanto as homossexuais não tinham receio de responder e assumir sua orientação.

Resultados semelhantes foram encontrados em estudo realizado por Freudenberg et al<sup>53</sup> em prisões de New York com 704 mulheres presas no qual 65,3% referiram ser heterossexuais, 14,0%, homossexuais (gays, lésbicas) e 22,2%, bissexuais.

As mulheres entrevistadas comentaram que não podiam dizer que eram homossexuais por ficarem com outra mulher, porque esta era uma situação temporária e que, ao retornarem para comunidade, voltariam para a família, marido e filhos. Nesses casos elas se consideram heterossexuais. Relataram que nunca se imaginaram tendo relação com outra mulher, mas a carência de contato físico, carinho, beijos é muito grande e as impelia para este tipo de relacionamento.

Outro aspecto identificado em relação aos dados sociodemográficos é que a maioria das detentas (62,8%) recebe até um salário mínimo mensal pelas atividades desenvolvidas na penitenciária.

A atividade remunerada para detentos está prevista na Lei de Execução Penal 7.210, de julho de 1984 (Lei de Execução Penal- LEP),<sup>54</sup> que dispõe:

...Artigo 1º, que o objetivo fundamental da execução penal é “proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e internado”.

A prestação de esse dever estatal, no âmbito da reintegração social, traduz-se em ações que promovam a elevação de escolaridade e a assistência aos apenados, egressos e internados, bem como a profissionalização, integração ao mercado de trabalho e geração de renda.

Destacam-se ainda, de acordo com os princípios constitucionais vigentes, aqueles previstos na Constituição Federal de 1988: “Art. 6º. São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”<sup>54</sup>.

**Tabela 3.** Distribuição das mulheres presas segundo atividade desenvolvida intramuros. São Paulo, 2011. (N=317)

| <b>Atividades desenvolvidas intramuros</b> | <b>N</b>   | <b>%</b>     |
|--|------------|--------------|
| Trabalho em empresa                        | 142        | 44,8         |
| Não tem ocupação                           | 106        | 33,4         |
| Apoio ao setor administrativo              | 56         | 17,7         |
| Trabalho com artesanato                    | 8          | 2,5          |
| Estudo                                     | 5          | 1,6          |
| <b>Total</b>                               | <b>317</b> | <b>100,0</b> |

Observa-se, na Tabela 3, que 65,0% das mulheres exercem alguma atividade na penitenciária e 1,6% estudam.

Em relação ao trabalho das detentas nas penitenciárias do Estado de São Paulo, há uma colaboração entre a Fundação Estadual de Amparo ao Trabalhador Preso (FUNAP)<sup>55</sup> e a Secretária de Estado da Administração Penitenciária. A FUNAP tem atribuições como planejar e desenvolver programas sociais nas áreas de assistência jurídica, educação, cultura e capacitação profissional para pessoas privadas de liberdade. O objetivo é oferecer condições que proporcionem a recuperação social do preso, aumentem seu nível de saúde física e moral, melhorem suas condições de vida, além de disponibilizar treinamento profissional e oportunidade de trabalho remunerado<sup>55</sup>.

Dentre os projetos criados pela FUNAP para garantir o trabalho das detentas, vale ressaltar a grife Daspre, iniciada em 2008 em uma penitenciária da cidade de São Paulo, com oficina de costura e artesanato e que também está presente na penitenciária onde foi realizado o estudo. Os resultados dessas atividades levaram as presas a ter o direito de receber a certificação da Superintendência do Trabalho Artesanal nas Comunidades (SUTACO). A fundação promove bazares, onde os trabalhos de costura são exibidos em desfiles de moda, e ganharam o Premio da Fundação Banco do Brasil de Tecnologia Social em 2009<sup>56</sup>.

As detentas que participaram desta pesquisa realizam trabalho para empresas privadas (44,8%) que possuem parceria fixa ou sazonal com as penitenciárias e oferecem serviços em montagens de bijuterias, fechaduras, enfeites de natal, entre outros.

Outro grupo de mulheres presas também faz artesanato na penitenciária (2,5%) e, além de peças de crochê (cachecóis e tapetes), monta e cria bijuterias, chaveiros, bonecas de pano e corda, entre outras. O produto desse trabalho é vendido em bazares para funcionários e visitantes e os valores arrecadados são revertidos na compra de material para a continuação do trabalho artesanal. A instituição também recebe doações para esse fim. O trabalho de artesanato e o da grife Daspre não são remunerados, porém, as mulheres que exercem atividades nessas iniciativas têm direito a um dia de remissão de pena a cada três dias trabalhados.

Além dos trabalhos já citados, há ainda atividades laborais organizadas pelas presas e autorizadas pela diretoria da penitenciária que as libera para exercer alguma função nos departamentos da instituição. Essas detentas também não são remuneradas, mas têm direito à remissão de pena, um status diferenciado e recebem o nome de "faxinas". Em geral apresentam bom comportamento, liderança e são alfabetizadas.

No presente estudo, identificou-se que 17,7% de mulheres realizam trabalho de apoio ao setor administrativo, isto é, fazem a limpeza dos pavilhões e da área comum e colaboram no setor da cozinha. Há ainda, incluídas neste grupo, as que apoiam os profissionais de saúde, solicitam equipamentos para a enfermaria, agendam consultas e providenciam autorização para levar a presa ao ambulatório quando necessário, enfim, são mulheres que possuem perfil para trabalhar na área, apesar de não possuírem formação, simplesmente se preocupam com a situação da saúde das companheiras de prisão.

Pesquisa realizada pelo Setor Social da Execução Penal e Reintegração sobre trabalho, renda e qualificação profissional<sup>57</sup> revelou que os estabelecimentos penais possuem parceria com vários setores do mercado que dão apoio às atividades de trabalho que são realizadas por presas (os). Mas, diferentemente dos dados encontrados nessa pesquisa, das 513.802 pessoas, que se encontravam presas em junho de 2011, apenas 6,6% trabalhavam. O percentual de detentas que

trabalham é muito pequeno. Há, portanto, muito a ser realizado para incentivar o trabalho nas penitenciárias.

A educação e o trabalho são ações que possibilitam a inclusão social e a participação das presas em grupos sociais dos quais foram afastadas. Além disso, o trabalho possui um aspecto moral que contribui para a formação do cidadão e de seus direitos<sup>25,58</sup>.

As mulheres entrevistadas na coleta dos dados verbalizaram que trabalhar "ocupa a mente" e "o tempo passa mais rápido", "ajuda a não pensar besteira" e, ainda, "dá para ajudar os familiares que estão lá fora". O trabalho para elas é importante não só sob o ponto de vista financeiro, mas também porque interfere diretamente na saúde mental.

As regras para quem quer trabalhar são rígidas tais como chegar atrasada um dia implica desconto, uma vez que atrapalha a produção; na segunda falta sem justificativa da segurança ou da saúde, elas são despedidas. A jornada de trabalho é de 8 horas, com intervalo para o café da manhã, almoço e lanche da tarde, e o término das atividades é às 16h30min, pois as mulheres retornam às celas às 17h, hora da tranca.

O número de oferta de trabalho é menor que a procura. Assim, para entrar na empresa privada é preciso que alguém desista da vaga ou saia em liberdade. As atividades de trabalho, educação e espiritualidade, disponibilizadas para as presas nas penitenciárias, não são apenas para ocupá-las, mas para cumprir o programa de Regras Mínimas para Tratamento dos Reclusos<sup>59</sup>, que foi aprovado pelo Conselho de Defesa Social e Econômica da ONU em 1955. Uma das regras é utilizar a assistência educacional, moral e espiritual para assegurar o retorno à comunidade em liberdade, hábil a obedecer às leis, isto é, a recuperação da presa<sup>60</sup>.

Como já comentado e evidenciado na Tabela 3, apenas 1,6% das mulheres estudam apesar de a maioria (52,4%) ter baixo grau de escolaridade ou ser analfabeta. Elas não demonstram motivação para buscar o conhecimento e perdem a oportunidade de se prepararem melhor para sua volta à comunidade, o que poderia facilitar sua colocação no mercado de trabalho, quando estiverem em liberdade.

Entretanto, alguns fatores são impeditivos para adesão das reeducandas

ao estudo como: repetição do currículo devido à rotatividade das presas em sala de aula, o fato de monitoras não terem formação adequada e a incompatibilidade de horário com o trabalho<sup>61</sup>. As mulheres preferem trabalhar porque, além do salário e remissão de pena, algumas empresas pagam por produção e o dinheiro é utilizado para o sustento da família.

A penitenciária onde o estudo foi realizado conta com cinco salas de aula, com funcionamento no período matutino e vespertino, para ensino fundamental e médio. A FUNAP<sup>62</sup> é responsável pelo programa educacional da penitenciária que é desenvolvido com monitoras que fazem parte do próprio quadro de reeducandas, o que facilita a comunicação por utilizarem a mesma linguagem das apenadas.

Para ser monitora da educação é preciso ter ensino médio completo e passar por uma seleção que avalia a elaboração de um plano de aula e a apresentação dessa aula. Essas monitoras são coordenadas e orientadas por uma profissional contratada pela Fundação, porque elas têm formação específica na área da educação<sup>62</sup>.

A baixa escolaridade ainda é uma realidade na maioria da população brasileira mesmo com o aumento do acesso à educação. Segundo Cunha<sup>63</sup> e Passos<sup>64</sup>, a baixa escolaridade apresenta uma significativa ligação com a criminalidade.

**Tabela 4.** Distribuição das mulheres apenadas segundo a profissão extramuros. São Paulo, 2011. (N= 317)

| <b>Profissões extramuros</b>  | <b>N</b>   | <b>%</b>     |
|---|------------|--------------|
| Trabalhadores de serviços, vendedores do comércio, lojas e mercados | 168        | 53,0         |
| Do lar  | 43         | 13,5         |
| Trabalhadores de serviços administrativos                           | 40         | 12,6         |
| Não tem profissão   | 30         | 9,5          |
| Profissionais das ciências e das artes                              | 12         | 3,8          |
| Trabalhadores agropecuários, florestais da caça e pesca             | 12         | 3,8          |
| Estudante   | 5          | 1,6          |
| Ocupação ilícita  | 7          | 2,2          |
| <b>Total</b>  | <b>317</b> | <b>100,0</b> |

Para agrupar a atividade profissional que as reeducandas referiram exercer antes da detenção, foi utilizada a Classificação Brasileira de Ocupações

(CBO) de 2010<sup>65</sup>.

A Tabela 4 evidencia que a maioria das reeducandas (86,7%) exercia atividade remunerada antes do encarceramento. As atividades mais referidas foram relativas a: serviços, comércio, lojas e mercados (53,0%). Os trabalhos ditos de serviço estão relacionados às atividades profissionais para as quais não há exigência de escolaridade formal ou técnica, por exemplo, as faxineiras, balconistas, empregadas domésticas, costureiras, cozinheiras, entre outras<sup>65</sup>.

Estudo<sup>66</sup> com mulheres detidas identificou que 49,0% eram empregadas domésticas e as demais se enquadravam em profissões que exigiam pouca escolaridade, dados corroborados por outras pesquisas<sup>67,68</sup>.

**Tabela 5.** Distribuição das detentas por tipo de delito cometido. São Paulo, 2011. (N=435)

| <b>Delito*</b>              | <b>N</b>   | <b>%</b>     |
|-----------------------------|------------|--------------|
| Contra Lei de Drogas        | 292        | 67,0         |
| Roubo                       | 57         | 13,0         |
| Homicídio                   | 25         | 5,6          |
| Furto                       | 13         | 2,9          |
| Extorsão mediante sequestro | 13         | 3,9          |
| Estelionato                 | 8          | 1,8          |
| Falsificação de documentos  | 8          | 1,8          |
| Formação de quadrilha       | 6          | 1,3          |
| Receptação                  | 4          | 0,9          |
| Extorsão                    | 2          | 0,4          |
| Concurso de pessoas         | 1          | 0,2          |
| Alteração de limites        | 1          | 0,2          |
| Estupro                     | 1          | 0,2          |
| Petrechos de fabricação     | 1          | 0,2          |
| Desobediência               | 1          | 0,2          |
| Corrupção ativa             | 1          | 0,2          |
| Fuga de pessoa presa        | 1          | 0,2          |
| <b>Total</b>                | <b>435</b> | <b>100,0</b> |

\* A mesma mulher pode ter cometido mais de um tipo de delito.

Observa-se, na Tabela 5, que a maioria das mulheres 67,0% foi detida pelos crimes praticados contra a lei de drogas, 13,0% por roubo e 5,6% por homicídio. A mulher geralmente comete crimes não violentos como: contra o patrimônio, roubo e os delitos que envolvem drogas<sup>13,18</sup>.

Os dados nacionais apresentados pelo DEPEN<sup>51</sup> confirmam os achados desta pesquisa, uma vez que o delito que mais levou as mulheres ao

encarceramento no Brasil foi o envolvimento com entorpecentes. Os resultados de homicídio divergem um pouco, pois, apesar de aparecerem em menor percentual do que na pesquisa atual, foi a segunda maior causa de prisões (4,3%) e o crime de roubo aparece em terceiro lugar (3,1%)<sup>16</sup>.

Estudos<sup>69,70</sup> realizados no Conjunto Penal de Salvador e na ala feminina do Presídio Santa Augusta em Criciúma, Santa Catarina indicam também que as mulheres em sua maioria (52,0% e 83,0%) foram encarceradas por terem cometido delito contra a Lei de Drogas.

Estudo<sup>3</sup> com 125 mulheres presas em penitenciária feminina no Rio de Janeiro mostra que 54,0% delas foram condenadas por artigos relacionados com drogas. Outros estudos<sup>71,72,73</sup> relatam que os motivos que levaram as mulheres a entrarem para o mundo do tráfico de drogas são: a falta de opção por provirem de populações marginalizadas, como os favelados, e o amor. Ou seja, as mulheres se envolvem no crime por seguirem os parceiros criminosos, as amigas, por necessidade financeira ou por vontade própria e, neste caso, por gostarem da sensação de poder e do respeito que experimentam na comunidade, como traficantes<sup>74</sup>.

Outras pesquisas<sup>18,75</sup> com mulheres presas mencionam que, quando elas se tornam traficantes e o fazem em nome do amor que sentem por seus filhos e companheiros, não se reconhecem como criminosas.

No início do século XXI, as características dos crimes femininos começaram a mudar, deixaram de ser crimes associados à maternidade e não são mais perpetrados no âmbito privado. Os crimes passaram para esfera pública e são mais violentos como homicídios, lesão corporal, roubo, sequestro, extorsão, tráfico de droga e atentado violento ao pudor<sup>76</sup>.

**Tabela 6.** Distribuição das mulheres segundo o ano de inclusão na Penitenciária feminina. São Paulo, 2011. (N=317)

| <b>Ano da reclusão</b> | <b>N</b>   | <b>%</b>     |
|------------------------|------------|--------------|
| 2011*                  | 31         | 9,8          |
| 2010                   | 99         | 31,2         |
| 2009                   | 82         | 25,9         |
| 2008                   | 50         | 15,8         |
| 2007                   | 20         | 6,3          |
| 2006                   | 10         | 3,2          |
| 2005                   | 7          | 2,2          |
| 2004                   | 5          | 1,6          |
| 2003                   | 4          | 1,3          |
| 2002                   | 3          | 0,9          |
| 2001                   | 1          | 0,3          |
| 1999                   | 2          | 0,6          |
| 1997                   | 1          | 0,3          |
| 1994                   | 2          | 0,6          |
| <b>Total</b>           | <b>317</b> | <b>100,0</b> |

\* Dados referentes ao primeiro semestre de 2011.

A Tabela 6 demonstra que a maioria das mulheres (57,1%) foi detida nos anos de 2009 e 2010 e encontram-se, portanto, confinadas há pelo menos um (1) ano. Vale ressaltar que a coleta dos dados ocorreu até o primeiro semestre do ano de 2011, o que dificulta a comparação com os dados nacionais<sup>77</sup>, que apontam que, nesse ano, o percentual de mulheres presas no Brasil foi de 6,4% do total de detentos em geral, enquanto em 2010 foram 6,3% e em 2009 5,6%.

**Tabela 7.** Frequência da reincidência no crime. São Paulo, 2011. (N=317)

| <b>Reincidência</b> | <b>N</b>   | <b>%</b>     |
|---------------------|------------|--------------|
| Sim                 | 136        | 42,9         |
| Não                 | 181        | 57,1         |
| <b>Total</b>        | <b>317</b> | <b>100,0</b> |

A Tabela 7 evidencia que a maioria das detentas (57,1%) é ré primária, o que significa que nunca estiveram presas anteriormente. Entretanto, estudo<sup>78</sup> realizado no Presídio Bom Pastor, em Pernambuco, identificou que 90,0% das mulheres presas eram primárias e apenas 10,0% reincidentes. E outro estudo realizado no Rio de Janeiro,<sup>3</sup> 12,9% das mulheres eram reincidentes, dados esses inferiores aos desta pesquisa.

É importante ressaltar os 42,9% de reincidência, uma vez que este dado é indicativo de que o sistema penitenciário não está conseguindo recuperar e

reintegrar adequadamente essas mulheres na sociedade após o pagamento de sua dívida pelo delito cometido, como aponta Cavalcanti<sup>79</sup>.

A Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) do Sistema Carcerário,<sup>80</sup> realizada em 2009, evidenciou que 33,8% dos presos brasileiros são reincidentes, dos quais 4,1% são mulheres. A reincidência criminal se deve à dificuldade de readaptação do preso ao meio social, principalmente por não ter trabalho.

Estudo na Escócia<sup>81</sup> relata que 47,0% das mulheres são reincidentes. Muitas não conseguem arrumar emprego ou perdem todas as amizades, são afastadas do convívio com os familiares e tornam-se desajustadas. A sociedade não perdoa; a reintegração é penosa e muitas vezes sem saída e, por uma questão de sobrevivência, voltam a delinquir. Além disso, a exposição ao ambiente prisional abala a sua moral, afeta a dignidade, compromete a espiritualidade, além de prejudicar a saúde mental e física, o que, para muitas, é o início de um círculo vicioso, difícil de romper<sup>81</sup>.

Com o objetivo de diminuir a reincidência, o sistema penitenciário oferece à presa, além de trabalho interno, treinamento vocacional e estímulo para o estudo formal, o que favorece o aumento do nível de escolaridade e as chances de trabalhar após a liberdade<sup>66</sup>.

Entretanto, como evidenciado na Tabela 3, 33,4% das reeducandas que participaram da pesquisa não têm ocupação e apenas 1,6% estudam, demonstrando falha na condução dessas mulheres para o trabalho e na melhoria do seu nível educacional com vistas à sua reintegração na sociedade.

**Tabela 8.** Frequência do tempo total de reclusão anterior (reincidência). São Paulo, 2011. (N=317)

| <b>Pena anterior</b>      | <b>N</b>   | <b>%</b>     |
|---------------------------|------------|--------------|
| Não cumpriu pena anterior | 181        | 57,1         |
| ≤1 ano                    | 10         | 3,2          |
| ≤2 a 4 anos               | 74         | 20,2         |
| 5 a 8 anos                | 29         | 9,1          |
| 9 a 12 anos               | 24         | 7,6          |
| 13 a 16 anos              | 4          | 1,3          |
| ≥17 anos                  | 5          | 1,5          |
| <b>Total</b>              | <b>317</b> | <b>100,0</b> |

A Tabela 8 demonstra que 20,2% já cumpriram pena de dois a quatro anos.

É importante ressaltar que 42,9% das mulheres já cumpriram pena anterior e, portanto, estarão mais expostas aos prejuízos que traz o confinamento.

**Tabela 9.** Distribuição das detentas segundo o tempo de condenação. São Paulo, 2011. (N=317)

| <b>Total da pena (anos)</b> | <b>N</b>   | <b>%</b>     |
|-----------------------------|------------|--------------|
| <4                          | 53         | 16,7         |
| 4 a 8                       | 147        | 46,4         |
| 9 a 15                      | 64         | 20,2         |
| 16 a 20                     | 21         | 6,6          |
| 21 a 30                     | 21         | 6,6          |
| 31 a 50                     | 8          | 2,5          |
| 51 a 100                    | 3          | 0,9          |
| <b>Total</b>                | <b>317</b> | <b>100,0</b> |

Observa-se, na Tabela 9, que o maior percentual de detentas (46,4%), recebeu de quatro (4) a oito (8) anos de pena e que a maioria (66,6%) ficará encarcerada de 4 a 15 anos. O tempo de condenação variou de um (1) ano a 120 anos.

Estudo<sup>43</sup> realizado em uma penitenciária feminina de Ribeirão Preto demonstra que 18,0% das mulheres foram condenadas a cumprir até três anos, 40% de três a seis anos e 15% de seis a onze.

Os dados apresentados pelo DEPEN<sup>16</sup> apontam um percentual menor de mulheres que cumprem pena de quatro a oito anos (23,3%), entretanto o percentual de mulheres que cumprem pena de até quatro anos apresentado pelo estudo nacional (17,5%) é compatível com os encontrados neste estudo.

**Tabela 10.** Distribuição das detentas segundo o tempo cumprido da condenação atual. São Paulo, 2011. (N=317).

| <b>Pena Cumprida (anos)</b> | <b>N</b>   | <b>%</b>     |
|-----------------------------|------------|--------------|
| <1                          | 31         | 9,8          |
| ≥1 a 4                      | 260        | 82,0         |
| ≥5 a 8                      | 22         | 6,9          |
| ≥9 a 12                     | 03         | 0,9          |
| ≥13 a 16                    | 01         | 0,4          |
| <b>Total</b>                | <b>317</b> | <b>100,0</b> |

Na Tabela 10, verifica-se que 82,0% das detentas já cumpriram de um a quatro anos da pena atual. No sistema prisional do estado do Rio de Janeiro<sup>3</sup>

73,4% cumprem pena de menos de três anos e 22,6% estão na prisão de três a seis anos.

Estudo realizado em São Paulo<sup>43</sup> aponta que 59,0% das mulheres presas já haviam cumprido até dois anos e 91,0% de zero a quatro anos.

É importante observar o tempo de confinamento das mulheres e suas consequências considerando que a maioria dos presídios expõe as presas a maus tratos, violência, superlotação, estrutura física inadequada, falta ou deficiência de assistência médica, falta de higiene e discriminação<sup>82</sup>, tornando-as, portanto, vulneráveis a agravos relacionados à saúde mental, física, ambiental e espiritual<sup>83</sup>.

**Tabela 11.** Distribuição das mulheres segundo o tipo de visitante e frequência da visita social. São Paulo, 2011. (N=317)

| <b>Visitante</b>            | <b>N</b> | <b>%</b> |
|-----------------------------|----------|----------|
| (N=317)                     |          |          |
| Não recebem visita          | 145      | 45,7     |
| Mãe                         | 62       | 19,6     |
| Família                     | 41       | 13,0     |
| Filhos                      | 39       | 12,3     |
| Marido                      | 20       | 6,3      |
| Amigos                      | 10       | 3,1      |
| <b>Frequência da Visita</b> |          |          |
| Não recebem visita          | 145      | 45,7     |
| Mensal                      | 93       | 29,4     |
| Semanal                     | 46       | 14,5     |
| Anual                       | 33       | 10,4     |

De acordo com a Tabela 11, 54,3% das reeducandas recebem visitas sociais na prisão. Os familiares que mais as visitam são as mães (19,6%) e os filhos (12,3%). Este dado comprova a importância do vínculo que existe entre mãe e filhos, não só na infância, mas também na vida adulta. De acordo com os dados nacionais<sup>40</sup>, o percentual de mulheres presas no Brasil que não recebe visita chega a 62,0%, o que demonstra o afastamento dos familiares e companheiros após o confinamento.

Em relação à frequência, 29,4% recebem visita mensalmente e 10,4% apenas uma vez por ano. Os motivos mais alegados por elas para a falta de contato com a família ou amigos foram: 37,2% por morar longe, 17,4% a família abandonou, 15,2% por não ter ninguém, 15,2% dificuldade da família, 8,4% não querem receber visita, 4,2% os filhos são menores de idade e 2,4% estão

aguardando autorização para receber a visita.

Outras justificativas apresentadas por elas diziam respeito à vergonha pelo encarceramento, que a penitenciária é deprimente e não querem ninguém do seu convívio extramuros no ambiente carcerário, que a família não é do crime, que a penitenciária não é lugar para criança (filhos), além de não quererem expor o familiar à humilhação e ao constrangimento, uma vez que, na revista, há necessidade de tirar toda a roupa, ficar de cócoras e expor as partes íntimas.

Esta prática é relatada em um estudo realizado em uma penitenciária de São Paulo<sup>84</sup> que alega que essas exigências são devidas ao risco de visitantes levarem objetos introduzidos nas partes íntimas, como drogas e celulares que são proibidos na penitenciária.

Além disso, há uma burocracia para a autorização das visitas. Para que elas aconteçam, as presas devem escolher duas pessoas e colocar os nomes no rol de visitas. Estes nomes serão autorizados se o visitante indicado não tiver nenhum envolvimento com o Ministério da Justiça, ou seja, Detenção, Prisão, Liberdade Condicional, Indulto. Quando há envolvimento dos familiares mais próximos com a criminalidade, as mulheres têm mais restrições, o que contribui ainda mais para o afastamento da família.

**Tabela 12.** Frequência da visita íntima e vínculo do visitante. São Paulo, 2011. (N=317)

| <b>Frequência da Visita</b> | <b>N</b>   | <b>%</b>     |
|-----------------------------|------------|--------------|
| Não recebem visita          | 285        | 90,0         |
| Semanal                     | 18         | 5,6          |
| Mensal                      | 12         | 3,8          |
| Anual                       | 02         | 0,6          |
| <b>Total</b>                | <b>317</b> | <b>100,0</b> |
| <b>Visitante</b>            |            |              |
| Marido                      | 28         | 8,8          |
| Namorado                    | 03         | 0,9          |
| Companheira                 | 01         | 0,3          |
| <b>Total</b>                | <b>317</b> | <b>100,0</b> |

Na Tabela 12, verifica-se que 90,0% das mulheres presas não recebem visita íntima. Estes resultados são semelhantes aos dados apresentados por pesquisa nacional<sup>40</sup> sobre visita íntima que revela que 90,3% das mulheres, em situação de cárcere, não recebem este tipo de visita.

Até dezembro de 2001, as mulheres não tinham direito a visitas íntimas, uma gritante violação dos direitos sexuais da mulher presa e que perdurou por 20 anos. A partir dessa data, houve a regulamentação pela Secretaria da Administração Penitenciária do direito à visita íntima<sup>85</sup>.

De acordo com a literatura<sup>72</sup>, apenas os homens tinham direito à visita íntima e os motivos alegados para as mulheres não serem autorizadas para esta prática eram: a mulher pode engravidar, necessidades sexuais das mulheres são diferentes dos homens, que precisam de mais relações sexuais para ficarem calmos e evitar rebeliões.

O Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP) estabelece a visita íntima para mulheres, que cumprem pena em estabelecimentos prisionais de regime fechado e semiaberto, por meio da Regulamentação N<sup>o</sup>4, de 29 de dezembro de 2011<sup>85</sup>.

Os Artigos 5<sup>o</sup> e 6<sup>o</sup> explicitam que as mulheres presas devem informar o nome do cônjuge ou parceiro para serem cadastrados e autorizados pelo setor competente do estabelecimento prisional. Entretanto, isso difere da visita íntima do homem, uma vez que, para eles, há a possibilidade de mais encontros com parceiras diferentes sem levar em conta o tipo de vínculo,<sup>33</sup> o que constitui mais uma forma de discriminação e desigualdade de gênero.

Observa-se, ainda, que quem mais comparece para este tipo de visita é o marido (8,2%). No que se refere à frequência da visita íntima, 5,6% são visitadas toda semana, 0,6% recebe visita uma vez por mês e 0,6% anualmente.

Os motivos alegados pelas mulheres para não receberem visita íntima são: não ter ninguém (41,8%), o marido está preso (22,0%), ela não quer receber visita íntima (17,9%), a companheira está presa junto (13,0%) e 5,3% dos companheiros (as) preferem não ir à prisão.

**Tabela 13.** Distribuição das detentas segundo o tipo de adereço e local de aplicação. São Paulo, 2011. (N=317)

| Local da realização | Tatuagem   |              | Piercing   |              |
|---------------------|------------|--------------|------------|--------------|
|                     | N          | %            | N          | %            |
| Comunidade          | 119        | 37,5         | 54         | 17,0         |
| Prisão              | 73         | 23,2         | 15         | 4,8          |
| Comunidade e Prisão | 39         | 12,3         | -          | -            |
| Sem adereço         | 86         | 27,0         | 248        | 78,2         |
| <b>Total</b>        | <b>317</b> | <b>100,0</b> | <b>317</b> | <b>100,0</b> |

Em relação aos adereços, a Tabela 13 mostra que 72,9% das mulheres possuem tatuagem e 21,8% piercing. Das mulheres que possuem tatuagem, 37,5% a realizaram na comunidade, 23,2% na prisão e 12,3% em ambos os locais. Em relação à colocação do piercing, 17,0% o fizeram na comunidade e 4,7% na prisão. A tatuagem é comum entre as pessoas encarceradas, que a realizam geralmente por associação a um grupo, por pressão dos pares ou apenas tédio. A importância da inclusão dessa prática no levantamento de dados das mulheres presas se deve ao modo como elas fazem tatuagens ou colocam piercing no presídio.

As mulheres realizam esse procedimento de modo improvisado o que propicia a contaminação por vírus do HIV<sup>86</sup>. As presas relataram que utilizam como antisséptico: desodorante, acetona e outros produtos não recomendados. Para a perfuração da pele utilizam agulha de costura de fino calibre, aquecida com fogo de isqueiro e para a tatuagem empregam tinta de caneta esferográfica e /ou tinta nanquim.

A tatuagem, segundo alguns autores<sup>27,28</sup>, é prática comum nos presídios e é considerada um risco significativo para transmissão de doenças contagiosas pela inadequação dos materiais utilizados na sua aplicação.

É importante ressaltar que, entre as preocupações relativas ao ambiente prisional e a saúde, a transmissão de vírus por via sanguínea pela prática da tatuagem é vista como um fator de risco<sup>87</sup>. Segundo a recomendação do CDC<sup>88</sup> em relação às técnicas da tatuagem e piercing, o material utilizado deve ser de uso único e descartável ou esterilizado de forma correta.

Em Portugal<sup>89</sup>, o Grupo de Trabalho Justiça/Saúde elaborou o Plano de Ação Nacional para Combate à Propagação de Doenças Infecciosas em Meio Prisional no qual propõe, entre outras medidas, tornar o equipamento para tatuagem e piercing acessível, bem como os materiais de consumo descartáveis, de modo a assegurar o acesso a material não contaminado.

**Tabela 14.** Distribuição das mulheres segundo tipologia da violência sofrida na vida. São Paulo, 2011. (N=291)

| <b>Tipologia</b>                    | <b>N</b>   | <b>%</b>     |
|-------------------------------------|------------|--------------|
| Física, Psicológica e Moral         | 86         | 29,5         |
| Física, Psicológica, Sexual e Moral | 74         | 25,4         |
| Física e Moral                      | 29         | 10,0         |
| Psicológica e Moral                 | 24         | 8,2          |
| Psicológica                         | 17         | 5,8          |
| Moral                               | 14         | 4,9          |
| Física e Psicológica                | 13         | 4,5          |
| Física                              | 12         | 4,3          |
| Física e Sexual e Moral             | 10         | 3,5          |
| Física e Sexual                     | 3          | 1,0          |
| Psicológica, Sexual e Moral         | 3          | 1,0          |
| Sexual e Moral                      | 3          | 1,0          |
| Física, Psicológica e Sexual        | 1          | 0,3          |
| Psicológica e Sexual                | 1          | 0,3          |
| Sexual                              | 1          | 0,3          |
| <b>Total</b>                        | <b>291</b> | <b>100,0</b> |

Os dados apresentados na Tabela 14 dizem respeito à violência sofrida pelas mulheres enquanto estavam na comunidade.

Observa-se que a maioria das detentas 91,8% sofreu pelo menos um tipo de violência em suas vidas quando ainda gozavam de liberdade. Em relação à tipologia, 29,5% sofreram violência física, psicológica e moral, 25,4% violência física, psicológica, sexual e moral.

O número de mulheres que sofreu violência ainda é subestimado em termos estatísticos. A falta de denúncia pode estar relacionada à sujeição da mulher, que aceita a situação gerada por condições financeiras que causam desentendimentos e suscitam sentimentos de baixa estima e desesperança<sup>90</sup>.

Violência é o uso intencional de força física, de coação psíquica ou moral realizada por uma pessoa ou grupo direcionada a outro indivíduo ou grupo e contra si, que possa resultar em sofrimento, morte, danos físicos, psicológicos e ou sociais<sup>90</sup>. Ela pode ser classificada quanto à localização da agressão e em relação ao agressor. Assim, a violência doméstica é praticada em ambiente doméstico e pode ser intrafamiliar, isto é, os agressores podem ser os pais, sogros e filhos e pessoas sem grau de parentesco, mas de convívio próximo como empregados e agregados. A violência doméstica e intrafamiliar estão presentes na vida dessas mulheres enquanto crianças e adolescentes, e continua na vida adulta<sup>67,69</sup>.

A violência doméstica e intrafamiliar está muitas vezes presente na forma de educar os filhos, isto é, com o objetivo de prepará-los para a vida prática, agressões físicas e verbais, como maus tratos psicológicos, repassam pelas gerações da família<sup>67</sup>. Essas práticas realizadas por pessoas que detêm o poder (responsáveis pelo cuidado), seja com a criança ou com o adolescente no âmbito familiar, podem confundir as pessoas que incorporam esses atos como padrões socialmente aceitos. Os atos violentos desencadeiam, com o tempo, consequências por toda a vida e podem provocar dificuldades emocionais e quadro de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Este quadro predispõe ao envolvimento com álcool, drogas, depressão, conduta criminosa, problema de aprendizado e prostituição<sup>69,91</sup>.

Vários estudos<sup>13,18,73,92</sup> realizados com a população carcerária feminina apresentam como perfil dessas mulheres: pobre, nível de escolaridade baixo, uso de álcool e droga e vítima de violência em todas as fases da vida (infância, adolescência e enquanto adultas).

Segundo Ely<sup>69</sup>, 71,5% das mulheres presas ouvidas em seu estudo referiram ter sofrido violência durante a infância e na vida adulta, sendo que 80,0% sofreram violência praticada pelo companheiro.

Outro estudo<sup>93</sup> que refere sobre a violência foi realizado com mulheres encarceradas no estado do Rio de Janeiro e revelou que mais de 95,0% das mulheres foram vítimas de violência em alguns dos seguintes momentos: na infância, por parte dos responsáveis, na vida adulta, por parte dos maridos/companheiros e quando foram presas, por parte de policiais. A violência, direcionada para a mulher pelo simples fato dela ser mulher, recebe o nome de violência de gênero e pode ser classificada de violência psicológica, sexual ou física. Segundo Guedes e Fonseca<sup>94</sup>, a violência de gênero é assim entendida:

... A violência contra a mulher pode ser explicada como um fenômeno que se constitui a partir da naturalização da desigualdade entre os sexos, que se assenta nas categorias hierárquicas, historicamente construídas, como um dos mecanismos ideológicos capaz de legitimar o *status quo*, entre os quais se encontram as classificações sociais e, aqui, a classificação baseada nas diferenças entre os sexos. Essa classificação permite a sujeição das mulheres nas relações de gênero, desqualificando-as como insuperavelmente inferiores, porque biologicamente diferentes<sup>94</sup>...

No Brasil<sup>95</sup>, de 1980 a 2010, houve um aumento de 230,0% dos

assassinatos de mulheres.

A violência causa impacto grave na sociedade, haja vista o aumento de mulheres presas no Brasil e o seu perfil citado anteriormente. Já se reconhecem alguns fatores que predispõem a atos violentos, entre eles, problemas sociais, econômicos, culturais e até biológicos que interagem com fatores individuais, externos, comunitários e familiares que podem agravar o quadro de violência<sup>18,96</sup>. Talvez a violência nunca seja dizimada, mas pode ser evitada e conseqüentemente reduzida. É um desafio principalmente por ser uma questão complexa e envolver diversas áreas como sociais, jurídicas, econômicas, biológica e políticas.

É importante ressaltar que, durante o confinamento, também há violência de gênero no interior das penitenciárias por parte de funcionários da instituição. O ciclo de violência que se inicia na infância, adolescência, casamento, prisão e quando egressas parece se perpetuar<sup>97</sup>.

**Tabela 15.** Distribuição das mulheres por tipologia e frequência da violência sofrida. São Paulo, 2011.

| *Frequência    | Tipologia  |              |             |              |           |              |            |              |
|----------------|------------|--------------|-------------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|
|                | N          | %            | N           | %            | N         | %            | N          | %            |
|                | Física     |              | Psicológica |              | Sexual    |              | Moral      |              |
| 1 vez          | 23         | 10,          | 9           | 4,0          | 41        | 42,7         | 11         | 4,5          |
| ≥ 2 vezes      | 74         | 32,0         | 77          | 35,0         | 36        | 37,5         | 109        | 44,7         |
| Frequentemente | 134        | 58,0         | 134         | 61,0         | 19        | 19,8         | 127        | 51,8         |
| <b>Total</b>   | <b>229</b> | <b>100,0</b> | <b>220</b>  | <b>100,0</b> | <b>96</b> | <b>100,0</b> | <b>245</b> | <b>100,0</b> |

\*A mulher pode ter sofrido mais um tipo de violência

A Tabela 15 evidencia que 61,0% sofreram violência psicológica, 58,0% física e 51,8% violência moral frequentemente e 42,7% violência sexual uma vez. Esses dados referem-se a violência sofrida na comunidade e na prisão

No que se refere ao agressor, as mulheres informaram que, em 49,5% dos casos, foi o ex-marido ou companheiro, 21,7% familiares (pai, mãe, irmã (os), avós), 19,2% pessoas desconhecidas e 3,2% por presas durante o encarceramento.

Estes dados são corroborados por estudo realizado no Presídio de Santa Augusta em Criciúma<sup>69</sup>, Santa Catarina, que revela que 57,0% das mulheres, que sofreram violência física, foram agredidas pelos companheiros e que as mulheres, que sofreram violência física, psicológica e ou sexual durante a

infância, toleraram violência por parte do companheiro na vida adulta (91,0%).

No Brasil<sup>95</sup>, 69,9% da violência física ocorre na residência e em relação ao agressor 53,5% são cônjuge, ex-cônjuge, namorado ou ex-namorado. O percentual de violência contra a mulher que acontece em via pública é da ordem de 18,6%.

A OMS<sup>98</sup> demonstra que mulheres de todo mundo, em algum momento da vida, sofreram violência física ou sexual e o agressor foi parceiro íntimo. As agressões de mulheres permeiam todas as classes sociais e econômicas. As consequências das agressões nem sempre são fatais, mas representam agravos como: lesões, gravidez indesejada, infecções sexualmente transmissíveis, depressão e doenças crônicas<sup>98</sup>.

A violência física ocorrida na instituição prisional foi relatada por apenas 3,2% das mulheres. Entretanto, este dado provavelmente está subestimado, uma vez que a minha vivência no ambulatório do presídio permitiu verificar que muitas lesões identificadas por elas como trauma por queda de escada, queda da própria altura, acidentes com material cortante (alicate de cutícula) entre outras, não eram compatíveis com as queixas. As explicações e a aparência da lesão não eram coerentes com o trauma o que levantava muitas vezes suspeita de violência. A violência entre as presas é patente, mas o medo de represálias das agressoras e o fato de terem que conviver com elas impedem a denúncia ou a queixa para os funcionários da penitenciária e muito menos para a administração.

## **4.2 Dados Ginecológicos e Obstétricos**

A maioria das detentas (84,8%) informou não ter tido nenhum parceiro sexual ou ter tido apenas um no último ano. Este resultado deve-se ao fato de 90,2% das mulheres estarem presas há mais de um ano. A maioria das mulheres (84,9%) referiu que não faz uso de nenhum tipo de preservativo nas relações sexuais e 87,4% não utilizam métodos anticoncepcionais.

Segundo Praça<sup>99</sup> existe uma percepção reduzida de risco de infecção do HIV por parte de algumas mulheres que não negociam com os seus parceiros o uso do preservativo, com isso ficam expostas ao risco de contrair o vírus. Esta

prática parece acontecer não apenas no Brasil, pois estudo<sup>100</sup> realizado na Austrália Ocidental com mulheres presas também identificou que 52,0% delas não utilizavam preservativo nas relações que sexuais.

Em relação ao número de filhos, 86,8% das mulheres referiram tê-los: 36,5% têm crianças entre zero e nove anos, 40,5% entre dez e dezenove anos e 23,0% acima de 21 anos. Estes dados são compatíveis com a pesquisa<sup>101</sup> realizada em uma prisão feminina Escocesa, na qual 61,0% das mulheres presas informaram ter filhos com idade inferior a 18 anos.

**Tabela 16.** Distribuição do local onde os filhos permanecem durante o cumprimento da pena da mãe. São Paulo, 2011. (N=338)

| <b>*Local onde ficam os filhos</b> | <b>N</b>   | <b>%</b>     |
|------------------------------------|------------|--------------|
| Casa das Avós                      | 122        | 36,1         |
| Casa do Pai                        | 60         | 17,8         |
| Casa de Parentes                   | 58         | 17,2         |
| Na rua/ não sabe                   | 57         | 16,9         |
| Presos                             | 27         | 7,9          |
| Orfanato                           | 7          | 2,0          |
| Casa de Amigos                     | 6          | 1,8          |
| Encarcerados com a mãe             | 1          | 0,3          |
| <b>Total</b>                       | <b>338</b> | <b>100,0</b> |

\*Pode haver mais de uma resposta por mulher.

Segundo a Tabela 16, os filhos das detentas ficam em sua maioria (71,1%) com o pai, avós e parentes próximos. Apenas 0,3% está encarcerado com a mãe. Embora o percentual identificado de mães que estão encarceradas com os filhos menores (0,3%) seja pouco expressivo, este assunto é polêmico e merece algumas considerações.

A CPI do Sistema Carcerário<sup>102</sup> no Brasil, realizado em 2009, questiona o convívio da criança com a mãe no cárcere...

Em 12,90% dos estabelecimentos, as crianças permanecem sendo amamentadas até os quatro meses; em 58,09%, até os seis meses; em 6,45%, até os dois anos. Tal questão é de difícil avaliação, pois o que é mais benéfico para a criança? Ser afastada da mãe em tenra idade ou viver dentro de um presídio?

Por outro lado, a LEI N° 11.942, DE 28 DE MAIO DE 2009,<sup>103</sup> da Lei de Execução Penal (LEP), assegura às mães presas e aos recém nascidos condições

mínimas de assistência. Em seu conteúdo consta que estabelecimentos penais para mulheres devem ser dotados de berçário, onde as condenadas possam cuidar de seus filhos, inclusive amamentá-los, no mínimo, até seis meses de idade. Além do berçário, é recomendada a existência de creche para abrigar crianças maiores de seis meses e menores de sete anos.

Dos estabelecimentos prisionais que abrigam mulheres no Brasil, apenas 16,13% possuem creche e 51,61% são locais improvisados para atendimento às crianças e, assim, a maioria é abrigada com as mães na própria cela<sup>12</sup>.

As mulheres prisioneiras em geral são mais responsáveis pelo cuidado dos filhos. Estudos<sup>14,18,104,105</sup> apontam que o impacto da prisão é mais grave para elas, pois estar longe do lar causa dano profundo na vida de seus filhos<sup>14,105</sup> e traz sérias consequências para a sociedade e para as famílias.

A Declaração de Kyiv de Saúde da Mulher na Prisão<sup>83</sup>, aprovado durante a Conferência Internacional da OMS<sup>106</sup> sobre saúde prisional, mostra que na Europa cerca de 10.000 bebês e crianças com menos de dois anos de idade são afetados pelo aprisionamento da mãe. O número é muito maior, se considerados os menores de 18 anos. Afirma ainda, que aprisionar mulheres tem maior custo social para a família e comunidade porque a desagregação familiar traz problemas em longo prazo<sup>83</sup>.

No momento da coleta de dados, a mãe que vive com os filhos na penitenciária foi questionada sobre a qualidade de vida de seus filhos. Ela referiu que as colegas presas e a diretoria da instituição acham que prisão não é lugar de criança, mas, na opinião dela, o melhor era sempre o filho ficar com a mãe. Segundo ela, as crianças (são gêmeos) têm uma vida igual à de qualquer criança em casa, correm, se alimentam e dormem bem. Afirmou com orgulho que teve sorte de ter dois filhos, pois um brincava com o outro, que ela mesma se incumbia de estimular o desenvolvimento das crianças por meio de desenhos com lápis colorido em folhas de papel e muitas brincadeiras.

A Diretoria da Penitenciária autorizou levar os menores para tomar as vacinas necessárias, segundo o calendário nacional de vacinação, e, quando eles tinham gripe ou problemas na garganta, passavam pelo médico, que comentou que as crianças são saudáveis. Afirmou que, com certeza, seus filhos estavam bem

melhor do que muitas outras crianças que estão com as famílias, mas não recebem cuidados e carinho. Eles têm brinquedos e alimentos trazidos pelas visitas autorizadas pela diretoria; "não falta nada para eles", diz a mãe.

Não há consenso de qual seria o momento ideal para a separação da criança da mãe encarcerada, tampouco sobre qual o período mínimo e máximo adequado para a permanência da criança em ambiente prisional, em que pese a lei estabelecer o prazo mínimo de seis meses e o máximo de sete anos<sup>107</sup>.

**Tabela 17.** Frequência das alterações ginecológicas referidas. São Paulo, 2011. (N=404)

| <b>*Alterações ginecológicas</b>     | <b>N</b>   | <b>%</b>     |
|--------------------------------------|------------|--------------|
| Problemas relacionados à menstruação | 201        | 49,7         |
| Problemas relacionados à mama        | 63         | 15,6         |
| DST                                  | 58         | 14,4         |
| Corrimento Vaginal                   | 53         | 13,1         |
| Problemas relacionados à Menopausa   | 22         | 5,5          |
| Ovário policístico                   | 07         | 1,7          |
| <b>Total</b>                         | <b>404</b> | <b>100,0</b> |

\* Pode haver mais de um problema referido por mulher.

A Tabela 17 evidencia que, quanto às alterações ginecológicas, 49,7% das mulheres sofrem com problemas relacionados à menstruação como: cólica, Tensão Pré- Menstrual (TPM), falta de regularidade e ou são desreguladas.

Vários fatores estão associados aos problemas menstruais como: excessos relativos ao peso e à falta de exercício, tabagismo, ingestão de álcool, raça/ etnia e eventos estressantes<sup>108</sup>. As mulheres encarceradas são mais propensas a sofrer eventos de vida estressantes como a violência e a privação econômica, o que pode influir em sua função ginecológica. A disfunção menstrual é uma fonte de morbidade e um indicador importante de saúde reprodutiva e de envelhecimento das mulheres<sup>108</sup>.

Estudo<sup>109</sup> realizado no presídio feminino Santa Luzia, em Maceió, identificou que 67,0% das mulheres referiram sofrer de Tensão Pré Menstrual (TPM), 66,6% de cefaleia e 33,3% de cólica.

As DSTs foram mencionadas por 14,4% das reeducandas e serão detalhadas na Tabela 18.

A Tabela 17 demonstra, ainda, que 15,6% das mulheres informaram

problemas da mama, entre os quais os mais apontados foram: saída do líquido pelo mamilo (13,8%), com características e coloração diferentes que variavam de 6,8% coloração branca, 3,8% amarelo, 2,3% incolor, 0,6% esverdeado e 0,3% sanguinolento. Em relação ainda à característica 2,5% indicaram que a secreção apresentava odor fétido. Fizeram tratamento 4,1% e 11,7% mencionaram que o problema teve início na comunidade e 8,6% na prisão.

O líquido que sai dos mamilos é definido como lactação excessiva ou inadequada em mulheres e homens<sup>110</sup> e não é relacionado à gravidez. As causas da lactação excessiva podem ser fisiológicas, farmacológicas, doenças hipotalâmicas hipofisárias, doenças sistêmicas e macroprolactinemia<sup>111</sup>.

A saída de líquido pelo mamilo pode ser estimulada na prática sexual entre mulheres (fisiológica), além de causada por outros fatores aos quais estão expostas como o uso de opióides e cocaína, a prática da automedicação de antidepressivos e anti- hipertensivos. A saída de líquido pelos mamilos também pode estar associada a algumas doenças como patologias hipofisárias, insuficiência renal, cirrose hepática, síndrome do ovário policístico<sup>112</sup>. Não foram encontrados estudos sobre este sinal na população prisional feminina.

Ainda sobre problemas na mama, 22,1% das mulheres referiram sentir dor nas mamas, sendo 12,4% ao menstruar (uma vez por mês) e 9,7% diariamente. Afirmam também que a dor teve início na comunidade (13,5%) e 8,6% na prisão. Dor na mama também foi relatado por 70,0% das mulheres em outro estudo<sup>109</sup>, porém estas dores aconteciam antes e durante o período menstrual.

Quanto ao exame para detecção precoce do câncer de mama (mamografia), 31,2% das mulheres mencionaram sua realização, 27,0% na prisão e 8,5% na comunidade. Em relação ao tempo de sua realização, 19,3 % o fizeram há um ano, 7,2% há mais de três anos e 4,7% há dois anos.

A prevenção contra o câncer de mama está se tornando cada vez mais rotineira na vida das mulheres. No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde<sup>113</sup>, em 2010 79,2% das mulheres realizaram mamografia e, nos EUA<sup>114</sup>, pesquisa realizada com detentas mostra um percentual de 58,0% das mulheres acima de 40 anos que realizaram o exame nos últimos dois anos.

A prática do autoexame das mamas é altamente divulgada na penitenciária na qual esta pesquisa foi realizada. Os profissionais da saúde e da

educação orientam com regularidade as mulheres, além da mídia televisiva a que todas elas têm acesso, panfletos são distribuídos e folders colocados nas paredes dos corredores dos pavilhões.

O autoexame das mamas é indicado para todas as mulheres que devem realizá-lo mensalmente, no período de 7 a 10 dias após a menstruação. Aquelas que não menstruam, menopausadas ou submetidas à histerectomia devem escolher um dia do mês para realizar o exame<sup>115</sup>.

Em termos de frequência do exame, 47,0% das mulheres o realizavam errado e apenas 11,4% das mulheres deste estudo o realizam corretamente, 35,6% praticam diariamente e 12,9% varias vezes ao mês. Estes dados são compatíveis com pesquisa realizada com 550 mulheres das quais 43,2% procediam ao exame em tempo não preconizado<sup>116</sup>.

No que se refere à técnica de realização do exame, 66,6% das mulheres a desenvolveram de modo incorreto e 33,4% assumiram não saber fazer, 57,7% informaram que aprenderam o autoexame na prisão e 32,2% na comunidade.

A Tabela 17 evidencia que 13,1% mencionaram corrimento vaginal e que 3,2% trataram o problema; 3,2% das mulheres referiram que o problema teve início na comunidade e 12,9% na prisão.

Pesquisa<sup>117</sup> realizada em uma penitenciária feminina no estado do Espírito Santo, Brasil, demonstrou que 44,9% das mulheres apresentavam corrimento, identificado por meio do exame ginecológico. Nessas mulheres foi possível observar também que 48,3% apresentavam fluxo vaginal intenso e 26,3% muco cervical anormal.

Em relação à citologia oncótica, 89,9% referiram ter realizado o exame, 54% há um ano, entretanto, 10,7% mencionaram nunca terem feito o exame. A maioria (57,7%) efetuou o Papanicolaou na prisão e 32,2% na comunidade.

Estudo<sup>114</sup> em Rhode Island, EUA, mostra que 67,0% das mulheres presas realizaram o Papanicolau no último ano. Zonta et al<sup>118</sup> estudou em uma prisão paulista com 409 mulheres em cumprimento de pena, foram colhidas e avaliadas amostras do colo uterino, e dessas 6,67% apresentaram lesões pré-malignas e malignas.

O câncer de colo cérvico-uterino tem sido relacionado não só à presença do HPV, mas a outros fatores como tabagismo, início precoce de atividade sexual,

multiplicidade de parceiros, más condições de higiene, má alimentação, uso de contraceptivos orais, além de estados de imunossupressão como lúpus, diabetes, corticoterapia e AIDS<sup>119</sup>.

A OMS indica que, para um programa de rastreamento do câncer cérvico-uterino ter impacto epidemiológico, é indispensável cobertura superior a 80%. Os resultados da pesquisa mostraram-se compatíveis com o recomendado<sup>119,120</sup>. Nota-se, contudo, que a saúde da mulher no sistema prisional brasileiro segundo o Relatório sobre mulheres encarceradas no Brasil, mostrou que as patologias intrínsecas à fisiologia da mulher não recebem atenção merecida e de direito<sup>10</sup>.

Além dos exames de detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama, as mulheres foram inquiridas sobre a sua vacinação. Da maioria (93,1%) das mulheres apenas vacinadas, segundo o programa nacional de imunização do Ministério da Saúde, 71,3% referiram ter recebido todas as vacinas, dupla adulto, H1N1 e hepatite. Dessas, 30,6% tomaram a vacina na prisão, 9,1% na comunidade e 53,4% tomaram as vacinas em ambos os locais.

De acordo com a Tabela 17, 14,4% das mulheres referiram ter DST. As DSTs são temas de muitas pesquisas tanto no Brasil<sup>21,23,24,25,26</sup> como no exterior<sup>27,52,100,101</sup>, isso porque o envolvimento com as drogas e o próprio encarceramento as deixam vulneráveis para adquirir doenças transmitidas pela prática do sexo inseguro, além de outros fatores de risco.

A Tabela 17 mostra, ainda, que 5,5% referiram problemas com a menopausa, entre os quais foram citados fogacho e alteração de humor.

A menopausa<sup>121</sup> (menopausa natural) é definida como a cessação permanente da menstruação resultante da perda da atividade folicular ovariana e ocorre geralmente depois de 12 meses consecutivos de amenorréia. Não há uma causa óbvia patológica ou fisiológica e acontece por volta dos 50 anos<sup>122</sup>. Nessa fase, os sinais e sintomas variam, 50,0% das mulheres de países ocidentais e industrializados apresentam sintomas vasomotores (fogacho, palpitação), sintomas neuropsíquicos (labilidade emocional, ansiedade, nervosismo, irritabilidade, melancolia, baixa autoestima, dificuldade para tomar decisões, tristeza e depressão), disfunção sexual, alterações urogenitais (incontinência urinária e prolapso genitais), distúrbios metabólicos (osteoporose, elevação dos níveis de

colesterol e triglicérides o que pode favorecer a instalação de dislipidemia, aterosclerose, doença coronariana, infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral)<sup>122</sup>, cuja intensidade pode variar de muito forte a leve.

As queixas relacionadas à menopausa referidas pelas mulheres são pertinentes aos sintomas relatados na literatura<sup>122</sup>.

Nesta etapa natural da vida da mulher é indispensável possuir hábito saudável referente à alimentação, conquista e manutenção do peso, prática de atividade física, não fumar, não consumir bebida alcoólica, ter cuidado bucal, autocuidado (limpeza, hidratação e proteção da pele) e atividades psicoeducativas, cujas práticas colaboram com a qualidade de vida nesta fase de transição amenizando sinais e sintomas<sup>121,122</sup>.

Para as mulheres presas nesta fase de vida é imprescindível que recebam orientações sobre a menopausa, porque a maioria dos hábitos é modificável na prisão, exceto a alimentação. As propostas de atividades psicoativas dependem do que é ofertado pela instituição prisional.

**Tabela 18.** Frequência das doenças sexualmente transmissíveis referidas. São Paulo, 2011. (N=58)

| Doenças Sexualmente Transmissíveis | Total     |              |
|------------------------------------|-----------|--------------|
|                                    | N         | %            |
| Sífilis                            | 13        | 22,5         |
| HIV                                | 10        | 17,3         |
| HPV                                | 6         | 10,4         |
| Gonorréia                          | 6         | 10,4         |
| Trichomonas                        | 5         | 8,7          |
| Hepatite C                         | 4         | 6,9          |
| Hepatite B                         | 2         | 3,4          |
| Herpes                             | 2         | 3,4          |
| HIV e Sífilis                      | 2         | 3,4          |
| HIV e Hepatite C                   | 2         | 3,4          |
| HPV e HIV                          | 1         | 1,7          |
| Sífilis e Hepatite C               | 1         | 1,7          |
| Herpes e HIV                       | 1         | 1,7          |
| Hepatite B e HIV                   | 1         | 1,7          |
| Gonorréia e cancro                 | 1         | 1,7          |
| HIV, Hepatite B e C                | 1         | 1,7          |
| <b>Total</b>                       | <b>58</b> | <b>100,0</b> |

Em relação à Doença Sexualmente Transmissível (DST), das 317 detentas entrevistadas, 58 (14,4%) referiram possuir alguma patologia. Das que

apresentaram alguma DST, 22,5% são portadoras de sífilis, 17,3% são soro positivas para o vírus HIV.

Três mulheres informaram ter Gardnerella, entretanto esta bactéria não é considerada na mulher DST<sup>123</sup>.

Em relação ao local onde estas DSTs foram adquiridas, 85,3% responderam que foi na comunidade, 13,0% na prisão e 1,7% em ambos os locais e 91,8% realizaram tratamento.

Os resultados sobre as DSTs surpreenderam, pois os indicadores empíricos derivados da experiência da pesquisadora na atenção de enfermagem desenvolvida, nesta mesma instituição, dão conta de haver um número expressivamente maior de mulheres acometidas por essas patologias.

Portanto, deve-se considerar a possibilidade dos dados terem sido sub-referidos, porque perguntas pessoais sobre assuntos íntimos podem gerar sentimentos de constrangimento, vergonha e exposição. A falta de vínculo entre as entrevistadas e a pesquisadora pode ter inviabilizado a confiança necessária para a exposição de problemas tão íntimos em algumas delas, uma vez que houve apenas um encontro.

As condições do encarceramento aumentam o risco de contrair algumas infecções relacionadas às práticas sexuais e/ou ao uso de drogas injetáveis, como a sífilis e o HIV<sup>124</sup>.

Apesar da DST<sup>20,28,100</sup> ser amplamente estudada na população carcerária, a maioria dos trabalhos é relacionada à prevalência do HIV/AIDS. As demais doenças transmitidas sexualmente, embora importantes, são menos estudadas.

Nesse estudo, a DST mais referida foi a sífilis (22,5%), dado que corrobora outra pesquisa realizada em uma penitenciária de São Paulo<sup>21</sup>, na qual a sífilis foi também a DST mais encontrada (22,8%).

Pesquisa<sup>125</sup> realizada em prisões femininas e masculinas nos EUA demonstra que 2,45% dos homens e 6,10% das mulheres eram portadores de sífilis. Strazza et al<sup>124</sup> demonstraram que, das 267 mulheres encarceradas que se submeteram ao exame para sorologia do HIV, 13,8% eram soropositivas e 22,0% relataram ter tido DST pelo menos uma vez.

Segundo a OPAS/ OMS<sup>15</sup> a prevalência do HIV é maior na população

carcerária do que na população geral do Brasil.

Beckwith et al.<sup>126</sup> verificaram em estudo com encarceradas que as taxas de transmissão do HIV por comportamentos de alto risco sexual e agulhas compartilhadas para fazer tatuagem são mais baixas do que na população em geral e que a maioria das doenças são adquiridas antes do aprisionamento.

Portanto, seria fundamental detectar o estado de saúde da mulher no momento da inclusão no sistema penitenciário. Consulta de enfermagem, indicaria a necessidade de tratamento e orientação, assim como possibilitaria a elaboração de estratégias com o objetivo de mudar comportamentos de riscos a fim de diminuir a transmissão de DSTs.

É preciso ressaltar, porém, que há um consenso entre os autores que mostram que o encarceramento contribui mais para os resultados adversos decorrentes de doenças relacionadas a vícios e problemas mentais do que de transmissão de doenças infecciosas<sup>20,127,114</sup>.

#### **4.3 Dados de Morbidade Referida**

Segundo Dumont et al<sup>127</sup>, as doenças não transmissíveis (DNT) não têm recebido a atenção devida do sistema carcerário se comparadas às doenças sexualmente transmissíveis. As patologias crônicas, como diabetes, hipertensão, asma entre outras estão presentes em cerca de 39,0% e 43,0% dos presos em geral.

Na maioria dos países as condições das unidades carcerárias são prejudiciais à saúde dos presos porque não há estrutura física, além de superlotação, violência, isolamento da comunidade, os cuidados de saúde são negligenciados e nesse ambiente prisional os problemas já existentes<sup>3,13,14,15,25,128</sup> se agravam.

Pesquisa realizada em uma penitenciária no Rio Grande do Sul mostra que 48,1% das mulheres têm a percepção de que possui algum problema de saúde física<sup>36</sup>. As morbidades referidas pelas mulheres presas estão descritas na Tabela 19.

**Tabela 19.** Frequência das morbidades referidas. São Paulo, 2011. (N=317).

| Morbidades referidas         | Sim |      | Não |      | Total |       |
|------------------------------|-----|------|-----|------|-------|-------|
|                              | N   | %    | N   | %    | N     | %     |
| Problema Odontológico        | 267 | 84,2 | 50  | 15,8 | 317   | 100,0 |
| Alergia                      | 138 | 43,5 | 179 | 6,5  | 317   | 100,0 |
| Problema Respiratório        | 134 | 42,2 | 183 | 58,0 | 317   | 100,0 |
| Problema Vascular            | 132 | 41,6 | 185 | 58,4 | 317   | 100,0 |
| Problema Músculo Esquelético | 124 | 39,1 | 193 | 60,9 | 317   | 100,0 |
| Depressão                    | 90  | 28,3 | 227 | 71,7 | 317   | 100,0 |
| Hipertensão arterial         | 68  | 21,4 | 249 | 78,6 | 317   | 100,0 |
| Problema Urinário            | 66  | 20,8 | 251 | 79,2 | 317   | 100,0 |
| Problema de Pele             | 63  | 19,8 | 254 | 80,2 | 317   | 100,0 |
| Problema Cardíaco            | 34  | 10,7 | 283 | 89,3 | 317   | 100,0 |
| Diabetes Mellitus            | 18  | 5,7  | 299 | 94,3 | 317   | 100,0 |
| Convulsão                    | 16  | 5,0  | 298 | 95,0 | 317   | 100,0 |
| Câncer                       | 06  | 1,9  | 311 | 98,1 | 317   | 100,0 |
| Tuberculose                  | 02  | 0,6  | 315 | 99,4 | 317   | 100,0 |

De acordo com a Tabela 19, as morbidades referidas pelas mulheres em maiores percentuais foram os problemas odontológicos (84,2%), as alergias (43,5%), os problemas respiratórios (42,2%), vasculares (41,6%) e do sistema músculo esquelético (39,1%). Em relação ao local, 46,1% relatam que o problema teve início na comunidade e 38,2% na prisão. Ressalta-se que a tuberculose foi referida por duas (0,6%).

A doença não transmissível (DNT) mais mencionada foram as relacionadas à saúde bucal e as queixas mais citadas foram: cárie, dor, sangramento, ausência de dente e infecção (abscesso), problemas que podem interferir na mastigação, na qualidade da digestão e na saúde de modo geral.

Estudos<sup>129,130</sup> mostram que 56,0% da população carcerária feminina escocesa apresentaram problemas odontológicos e que 8,6% possuíam dentes cariados ou sua ausência. Outro estudo<sup>53</sup> realizado em prisões em New York identificou que 41,5% das detentas têm problemas odontológicos. Os três estudos citados apresentam dados inferiores à presente pesquisa.

De acordo com a Tabela 19, a alergia foi referida por 43,5% das mulheres e os alergênicos citados foram: perfume, pó, medicação, inseto, água da

caldeira e outros produtos químicos.

A terceira morbidade mais apontada (42,2%) foram as relacionadas ao sistema respiratório e os mais referidos foram: bronquite, rinite, sinusite, falta de ar, adenoide aumentada, derrame pleural, respiração bucal, amidalite, infecção de pulmão, enfisema pulmonar e tuberculose. Estudos<sup>43,131</sup> mostram que de 20,0% a 22,4% das mulheres presas, possuem problemas respiratórios. Esses dados são inferiores aos identificados neste estudo. Vale lembrar que o tabaco e as drogas como a maconha são utilizados com frequência na população carcerária e que estas drogas afetam diretamente o sistema respiratório. Além de condições de higiene precária, pó, sujeira e umidade.

Os problemas vasculares foram mencionados por 41,6% e os mais citados foram: varizes, varicose, trombose venosa profunda, má circulação nos pés e mãos e dores nas pernas. Houve referência ainda a peso e tensão nos membros inferiores, "sensação de inchaço", câibras noturnas, pernas "inquieta" e prurido.

Além dos fatores já citados sobre a exposição da mulher presa a riscos a saúde, estudo<sup>132</sup> afirma que o confinamento provoca o aparecimento de doenças como micose, pediculose, sarna, dermatoses, tuberculose, hanseníase, DST/HIV/AIDS, hepatites, hipertensão arterial, diabetes, doenças respiratórias e gastrointestinais agudas, traumas diversos, assim como transtornos mentais leves e dependência de álcool e drogas.

Pesquisa<sup>126</sup> identificou diferenças entre os gêneros em relação a doenças crônicas. As mulheres estão piores de saúde do que os homens com maior prevalência em todas as moléstias crônicas como hepatite, cirrose, câncer, hipertensão, diabetes, artrite e asma.

A maioria, 56,4% das mulheres presas, referiu possuir morbidades antes do aprisionamento. Assim, 43,6% já vieram da comunidade com o problema de saúde e em 12,8% isto ocorreu no período de aprisionamento.

As morbidades que mais se manifestaram na prisão foram: patologias do sistema músculo esquelético (10,7%), sistema urinário (5,7%), hipertensão arterial sistêmica (HAS) 5,9%, e diabetes mellitus (1,6%).

Pesquisa realizada pelo IBGE<sup>133</sup> em 2010 mostra que, no Brasil, do total da população, 31,3% das pessoas relataram ter pelo menos uma doença crônica e 5,9% declararam ser portadoras de três ou mais doenças crônicas.

**Tabela 20.** Frequência das morbidades referidas segundo a realização do tratamento. São Paulo, 2011.

| Morbidades referidas         | Tratamento |       |     |      |       |       |
|------------------------------|------------|-------|-----|------|-------|-------|
|                              | Sim        |       | Não |      | Total |       |
|                              | N          | %     | N   | %    | N     | %     |
| Problema Odontológico        | 34         | 12,8  | 233 | 87,2 | 267   | 100,0 |
| Alergia                      | 10         | 7,3   | 128 | 92,7 | 138   | 100,0 |
| Problema Respiratório        | 41         | 30,6  | 93  | 69,4 | 134   | 100,0 |
| Problema Vascular            | 01         | 0,8   | 131 | 99,2 | 132   | 100,0 |
| Problema Músculo esquelético | 08         | 6,5   | 116 | 93,5 | 124   | 100,0 |
| Depressão                    | 40         | 44,5  | 50  | 55,5 | 90    | 100,0 |
| HAS                          | 44         | 64,7  | 24  | 35,3 | 68    | 100,0 |
| Problema Urinário            | 06         | 9,1   | 60  | 90,9 | 66    | 100,0 |
| Problema de Pele             | 05         | 8,0   | 58  | 92,0 | 63    | 100,0 |
| Problema Cardíaco            | 09         | 26,5  | 25  | 73,5 | 34    | 100,0 |
| Diabetes Mellitus            | 12         | 66,7  | 06  | 33,3 | 18    | 100,0 |
| Convulsão                    | 08         | 50,0  | 08  | 16,6 | 16    | 100,0 |
| Câncer                       | 05         | 83,4  | 01  | 16,6 | 06    | 100,0 |
| Tuberculose                  | 02         | 100,0 | -   | -    | 02    | 100,0 |

A Tabela 20 mostra o percentual do tratamento das morbidades referidas pelas presas. Das morbidades com maior prevalência, conforme Tabela 19, apenas 12,8% realizaram tratamento dentário, 7,3% cuidaram das alergias, 30,6% dos problemas respiratórios, 0,8% do vascular e 6,5% dos problemas músculo esqueléticos. Como demonstra a tabela, poucas são as mulheres que realizaram tratamento, exceto hipertensão arterial sistêmica que foi tratada por 64,7%, convulsão 50,0%, diabetes mellitus 66,7% e câncer 83,4%. As demais morbidades referidas individualmente constituem mais de 50,0% de não tratadas.

Ao identificar neste trabalho as morbidades referidas pelas mulheres, percebe-se que a ausência de tratamento deve-se à ignorância da existência das doenças, o que demonstra que o dimensionamento de profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, para a realização de exames e a busca de diagnóstico ou de orientação é insuficiente para a gama de problemas existentes no sistema prisional. Apesar de no Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário<sup>19</sup> constar em ações e propostas em relação à saúde dos prisioneiros, a operacionalização delas parece estar longe de se efetivar em razão da realidade do sistema prisional.

Além das morbidades relacionadas no formulário, durante a entrevista

as detentas mencionaram outros problemas de saúde que estão apresentados na Tabela 21.

**Tabela 21.** Frequência de outras morbidades referidas. São Paulo, 2011. (N=317).

| Morbidades referidas    | Sim |      | Não |      | Total |       |
|-------------------------|-----|------|-----|------|-------|-------|
|                         | N   | %    | N   | %    | N     | %     |
| Problema Oftalmológico  | 58  | 18,3 | 259 | 81,7 | 317   | 100,0 |
| Dores                   | 34  | 10,7 | 283 | 89,3 | 317   | 100,0 |
| Problema Digestório     | 20  | 6,3  | 297 | 93,7 | 317   | 100,0 |
| Problema Otorrinológico | 19  | 5,9  | 298 | 94,1 | 317   | 100,0 |
| Massa palpável          | 11  | 3,4  | 306 | 96,6 | 317   | 100,0 |
| Problema Endócrino      | 11  | 3,4  | 306 | 96,6 | 317   | 100,0 |
| Problema Psiquiátrico   | 8   | 2,5  | 309 | 97,5 | 317   | 100,0 |
| Problema Neurológico    | 6   | 1,8  | 311 | 98,2 | 317   | 100,0 |

Verifica-se na Tabela 21 que as morbidades mais relatadas espontaneamente foram: problemas oftalmológicos (18,3%) e dores (10,7%).

Não foram identificadas publicações referentes à saúde integral da mulher encarcerada o que dificultou a discussão de alguns dados. Percebeu-se carência de bibliografia consistente a respeito das doenças, de um modo geral, que afetam a mulher encarcerada. É preciso, portanto, mais estudos relativos às doenças crônico degenerativas, sazonais, sejam elas comorbidades ou de base, para que a mulher receba atendimento integral mesmo nos presídios.

**Tabela 22.** Frequência das cirurgias referidas. São Paulo, 2011. (N=317)

| Cirurgias    | N          | %            |
|--------------|------------|--------------|
| Sim          | 178        | 56,2         |
| Não          | 139        | 43,8         |
| <b>Total</b> | <b>317</b> | <b>100,0</b> |

A Tabela 22 mostra que 56,2% das mulheres já realizaram algum tipo de cirurgia. Das cirurgias referidas 61,8% foram cesarianas, 18,0% cirurgias gerais, 9,5% ginecológicas, 6,7% ortopédicas e 4,0% cirurgias plásticas. Das cirurgias realizadas 54,9% foram realizadas na comunidade e 1,3% enquanto estavam presas. Não foram encontradas pesquisas que apresentassem dados sobre cirurgias realizadas em mulheres confinadas que possibilitasse a comparação dos resultados.

#### 5.4 Hábitos de vida e abuso de álcool

**Tabela 23.** Distribuição das mulheres segundo os hábitos de vida. São Paulo, 2011. (N= 317).

| <b>Hábitos de vida</b>         | <b>N</b>   | <b>%</b>     |
|--------------------------------|------------|--------------|
| <b>Qualidade do sono</b>       |            |              |
| Dorme bem                      | 173        | 54,6         |
| Dorme mal                      | 144        | 45,4         |
| <b>Alimentação</b>             |            |              |
| Bem                            | 186        | 58,7         |
| Mal                            | 131        | 41,3         |
| <b>Atividade física</b>        |            |              |
| Não                            | 267        | 84,2         |
| Sim                            | 50         | 15,8         |
| <b>Ingestão de líquido/dia</b> |            |              |
| >2 litros                      | 138        | 43,5         |
| <1 litro                       | 108        | 34,1         |
| >1 litro                       | 66         | 20,8         |
| Não bebo                       | 5          | 1,6          |
| <b>Hábito intestinal</b>       |            |              |
| 1X/dia                         | 160        | 50,5         |
| 1 X/semana                     | 53         | 16,7         |
| 3X/semana                      | 41         | 12,9         |
| 2X/semana                      | 36         | 11,4         |
| A cada 15 dias                 | 16         | 5,0          |
| A cada 10 dias                 | 6          | 1,9          |
| 1 X por mês                    | 5          | 1,6          |
| <b>Eliminações vesicais</b>    |            |              |
| mais que 4 X/dia               | 228        | 71,9         |
| 3X/dia                         | 39         | 12,3         |
| 2X/dia                         | 39         | 12,3         |
| 1 X/dia                        | 11         | 3,5          |
| <b>TOTAL</b>                   | <b>317</b> | <b>100,0</b> |

A Tabela 23 evidencia que a maioria das mulheres dorme bem (54,6%). Os 45,4% que dormem mal alegam motivos como: 12,0% insônia, 6,0% por estarem presas, 5,7% por ansiedade, 6,3% não sabem por que dormem mal, 5,4% por se preocuparem com a família, 5,4% por que as presas fazem muito barulho, 3,0% pensam muito e 1,6% por falta da droga ilícita. Para 35,6% das mulheres o problema teve início na prisão e 9,8% já não dormiam bem na comunidade.

Estudo<sup>134</sup> realizado com dados secundários sobre as queixas de insônia, em uma prisão preventiva masculina, demonstrou que 60,0% dos detentos sentiam insônia, considerada crônica por durar há mais do que três semanas,

58,9% tinham problemas de ansiedade e depressão. Dados<sup>135</sup> estatísticos da justiça criminal das prisões femininas e masculinas dos EUA mostram que 39,8%, em prisões estaduais, e 32,8%, em prisões federais, relataram insônia ou hipersonia.

No que se refere à alimentação, 58,7% das mulheres referem comer bem e 41,3% se alimentam mal. A maioria (55,8%) que se alimenta mal alega que a comida é ruim e 22,1%, por não ter apetite.

Em relação ao número de refeições diárias, 42,9% informaram que se alimentam mais de quatro vezes, 39,1% de duas a três vezes e 18,0% apenas uma vez por dia. São oferecidos pela instituição, café da manhã, almoço, lanche e jantar.

Estudo<sup>136</sup> demonstra que a alimentação na prisão é pobre em nutrientes e a quantidade de legumes e frutas disponível não é suficiente para as necessidades nutricionais. Essa realidade também está presente em um presídio no Rio de Janeiro<sup>10</sup>, onde as mulheres presas relataram que, muitas vezes, a alimentação oferecida pela instituição é de péssima qualidade e era servida até quando azeda.

No estudo não foi pesquisado o teor da alimentação assim, quando as detentas referem que comem bem, isto não quer dizer que tenham boa alimentação. Ressalta-se que as mulheres que referem se alimentar bem são as que recebem alimentos da família no momento da visita ou que compram uma vez por mês bolachas e guloseimas, o que não caracteriza uma alimentação adequada.

O serviço de nutrição da penitenciária é administrado por uma empresa terceirizada e as funcionárias são presas previamente selecionadas para este serviço. São elas que fazem café da manhã, almoço, lanche e jantar. Os alimentos do almoço e jantar são colocados em quentinhas (recipiente de alumínio) e entregues nas celas.

Neste setor, há uma nutricionista responsável pela alimentação das presas e é ela que elabora os cardápios quando há dieta prescrita pelo médico. De acordo com as presas que precisam de dieta, a comida é insuportável, se negam a comer e acabam dividindo a comida, comum, com a colega de cela

Verifica-se na Tabela 23 que quase metade das mulheres se alimenta mal, o que pode contribuir para aumentar as morbidades. Cuidados básicos

precários com a alimentação contribuem para aumentar a vulnerabilidade a inúmeros agravos, colaborando com o aumento das taxas de morbidade<sup>15</sup>.

A Tabela 23 mostra, ainda, que a maioria (84,2%) não realiza atividade física. Das 50 mulheres que referem alguma atividade física, a maioria (60,0%) exercitam-se uma vez por dia, 16,0% três vezes por semana, 14,0% uma vez por semana e 10,0% duas vezes por semana. Foi considerada pelas presas atividade física qualquer movimento corporal regular como fazer caminhada, alongamento, jogos de futebol, vôlei e ginástica.

Esta penitenciária possui uma academia com todos os equipamentos, doados por uma instituição particular de saúde. Entretanto, a academia não é utilizada por falta de profissional para organizar os exercícios e as atividades praticadas pelas mulheres se resumem a caminhadas, corridas, flexões e abdominais, sem orientação profissional.

Estudo<sup>10</sup> revela que não há programas de atividades físicas, laborais e recreativas no sistema penitenciário do Brasil. Outro estudo<sup>135</sup> mostra que as pessoas em situação de confinamento perdem o interesse e o prazer em realizar atividades.

Pode-se verificar, ainda na Tabela 23, que 43,5% das mulheres tomam mais de dois litros de líquido por dia, entretanto, 34,1% menos de um litro e 1,6% das mulheres não tem o hábito de beber água ou outro tipo de líquido.

A água é importante para os processos vitais e para saúde humana é essencial para a fisiologia do corpo, conforto e higiene.<sup>137,138</sup>. Apesar de não haver evidências científicas sobre a quantidade de líquido diário para manter o equilíbrio do corpo, foi estabelecido que a ingestão de líquido deve ser de dois litros de água por dia<sup>139</sup>. A ingestão adequada de líquido refere-se à soma da água contida nas bebidas, da água presente nos alimentos e da água pura<sup>140</sup>.

A água desempenha papel fundamental na regulação de muitas funções vitais do organismo, incluindo a da temperatura. Participa não só do transporte de nutrientes e da eliminação de substâncias tóxicas ou não mais utilizadas pelo organismo, como também dos processos digestivo, respiratório, cardiovascular e renal<sup>141</sup>. Percebe-se, portanto, com base nestas considerações, que as mulheres presas tomam pouca água, seja por falta de hábito ou de água com qualidade disponível na penitenciária. Segundo as mulheres, o sabor da água é "horível"

com aspecto esbranquiçado e relatam que não é filtrada e que costumam beber a água que vem da caldeira.

Em relação ao hábito intestinal, 50,5% das mulheres não apresentam problema e evacuam diariamente. Das 157 que não têm função intestinal regular, 50,9% apresentam uma função intestinal preocupante, pois evacuam menos de uma vez por semana.

Não é possível afirmar com que frequência o intestino deve funcionar para que seja classificado como normal, porém, em indivíduos sem problemas de saúde, pode variar de três vezes ao dia a até duas vezes por semana<sup>142</sup>. A alimentação saudável e a realização de atividade física podem contribuir para o hábito intestinal regulado<sup>143</sup>. Não foram identificados estudos sobre o hábito intestinal em prisioneiras que possibilitassem comparações.

A Federação Brasileira de Gastroenterologia<sup>142</sup> coordenou uma pesquisa, em todo território nacional, com mulheres brasileiras de 18 a 60 anos das classes sociais A, B e C. Das 3029 mulheres que participaram do estudo, 66,0% declararam sofrer com os sintomas de distúrbios intestinais e 72,2% referem que o problema é mais frequente durante a semana. A mesma pesquisa afirma que distúrbios gastrointestinais podem estar relacionados com a má alimentação, estresse emocional, sedentarismo e o mau funcionamento intestinal interferem na manutenção do bem estar físico e emocional.

O sistema gastrintestinal é imprescindível para a manutenção da saúde, é responsável pela digestão e absorção de nutrientes, produção e liberação de hormônios e neurotransmissores, proteção imunológica contra agentes externos nocivos e eliminação de restos alimentares e substâncias dispensáveis derivadas do metabolismo<sup>142</sup>. De acordo com as recomendações deste estudo, fica evidente que as condições de vida das detentas não propiciam uma função intestinal normal, uma vez que não se alimentam bem, são sedentárias, ingerem líquidos em quantidade insuficiente, além de estarem submetidas ao estresse.

Sobre o hábito vesical, 71,9% das mulheres têm eliminação vesical mais de quatro vezes ao dia, 12,3% duas ou três vezes e 3,5% uma vez por dia. Não foram encontrados estudos que permitissem comparações dos dados.

A frequência de diurese por dia é um referencial do funcionamento do rim que contribui para a homeostasia dos líquidos corporais por meio de vários

mecanismos, portanto, a observação da frequência, assim como aspecto, odor e quantidade são importantes para a detecção precoce de algumas morbidades associados a esse sistema<sup>143,144</sup>.

**Tabela 24.** Frequência da utilização de drogas lícitas. São Paulo, 2011. (N= 317).

| <b>Droga lícita</b> | <b>N</b>   | <b>%</b>     |
|---------------------|------------|--------------|
| <b>Álcool</b>       |            |              |
| Não                 | 288        | 90,9         |
| Parou de beber      | 16         | 5,0          |
| Sim                 | 13         | 4,1          |
| <b>Tabaco</b>       |            |              |
| Sim                 | 206        | 65,0         |
| Não                 | 88         | 27,8         |
| Parou               | 23         | 7,2          |
| <b>TOTAL</b>        | <b>317</b> | <b>100,0</b> |

A Tabela 24 mostra que a maioria das detentas (90,9%) não faz uso de bebida alcoólica e 65,0% são tabagistas. Das mulheres que referiram o consumo de bebida alcoólica, 69,2% iniciaram o hábito na comunidade e 30,8% na prisão.

Das reeducandas que têm o hábito de fumar, 52,0% fumam mais de 20 cigarros por dia, 90,3% começaram na comunidade e 77,2% manifestaram o desejo de parar.

Estudo realizado na Escócia<sup>101</sup>, em uma prisão feminina, mostra que 88,0% das detentas fumavam tabaco e 46,0% desejavam parar de fumar.

Nas prisões femininas dos EUA<sup>145</sup>, a prevalência do uso do tabaco pelas mulheres é de 91,0%.

O tabagismo é um problema de saúde pública e, segundo o Ministério da Saúde<sup>146</sup>, aponta três tendências: a feminização, a pauperização e a juvenilização. A par disto, o tabagismo entre as mulheres presas, pelo menos no local onde este estudo foi desenvolvido, é menor que em países como a Escócia e os Estados Unidos.

Embora no Brasil haja uma política<sup>147</sup> para a contenção do uso de cigarro, o país é signatário da Convenção Quadro para o Controle do Tabagismo (CQCT)<sup>148</sup>; no sistema prisional não há restrição ao fumo porque segundo um especialista em Segurança Pública, há "certo medo das consequências" de uma medida restritiva ao tabaco nas penitenciárias.

“ Há risco de rebeliões. Se você corta o cigarro de uma pessoa qualquer, ela fica hiperativa, nervosa, entra em parafuso. Imagine isso num sistema penitenciário”, a restrição acabaria com a “moeda de troca” dos presos, o que também traria descontentamento em massa. ”<sup>149</sup>.

Nos EUA<sup>150</sup> foram aprovadas leis com o objetivo de proteger a saúde da população carcerária à exposição ao tabaco. Essas leis beneficiaram os presos, dificultando o uso em ambientes carcerários, assim como os funcionários da instituição que não fumam. Nesse país, os presos utilizam quatro vezes mais tabaco em comparação com a população em geral e, em consequência, há aumento de problemas de saúde relacionados a esse vício que, também, é maior na prisão em relação à população como um todo. Esse governo disponibiliza medicamentos que incluem terapias de reposição de nicotina (NRT), como goma de mascar de nicotina, adesivos, losango, nasal, spray, inalador, além de medicamentos que não possuem nicotina, bupropiona e vareniclina. Entretanto, com essa lei surgiram alguns problemas como o aumento do contrabando de tabaco nos estabelecimentos penais<sup>150</sup>.

Esta política que busca controlar o uso de tabaco nas instituições prisionais proporcionou uma diminuição dos custos com a saúde no sistema penitenciário<sup>150</sup>.

Segundo a OMS<sup>151</sup>, a ingestão de álcool na Europa é o mais alto do mundo. O uso abusivo do álcool é nocivo à saúde e está relacionado com doenças evitáveis como transtornos neuropsiquiátricos, doenças cardiovasculares, doenças do fígado. Além disso, seu uso é associado ao câncer e muitas doenças infecciosas, como HIV/AIDS e tuberculose. Depois do baixo peso ao nascer e sexo inseguro, o álcool é a terceira causa dos problemas de saúde e morte prematura no mundo. A pessoa que usa o álcool não só coloca em risco a própria situação econômica, ao perder o emprego ou até se tornar incapaz em atividades básicas, mas também pode praticar ações violentas, seja em casa, seja na rua, e até mesmo crimes, entre outros distúrbios.

**Tabela 25.** Distribuição das mulheres segundo o uso de drogas ilícitas. São Paulo, 2011. (N=317).

| <b>Uso de droga ilícita</b> | <b>N</b>   | <b>%</b>     |
|-----------------------------|------------|--------------|
| Parou                       | 134        | 42,3         |
| Não                         | 104        | 32,8         |
| Sim                         | 79         | 24,9         |
| <b>Total</b>                | <b>317</b> | <b>100,0</b> |

A Tabela 25 evidencia que a maioria das mulheres (75,1%) não consome drogas ilícitas, entretanto, 42,3% já foram usuárias e 24,9%, mesmo na prisão, são consumidoras.

As drogas mais consumidas, quando estavam na comunidade, segundo depoimento delas eram: a maconha (30,3%), a cocaína (28,0%) e o crack (17,4%). Na prisão, as drogas mais utilizadas são a maconha (43%) e a associação de maconha e cocaína (43%).

Sobre o uso de droga anterior à prisão, 23,5% referiram ter utilizado além da cocaína, maconha e crack, ketamina, lança- perfume, cola de sapateiro, ácido lisérgico, haxixe, chá de lírio e solvente.

Em relação ao local de início do uso de drogas ilícitas, 98,0% indicaram a comunidade e 70,8% das viciadas mencionaram desejo de parar, mas 29,1% não cogitam o abandono do vício.

Pesquisa<sup>91</sup> realizada em uma penitenciária feminina no Brasil demonstra que 53,0% das mulheres presas usam diariamente pelo menos um tipo de droga ilícita e as mais consumidas são maconha (41,0%) e cocaína (27,6%).

Cabe ressaltar que, segundo dados do Governo do EUA<sup>152</sup>, a maconha tende a impulsionar a utilização de qualquer outra droga ilícita. Em razão disso o número de pesquisas sobre drogas no sistema penitenciário mundial é significativo, porque é frequente a mulher presa estar envolvida com elas, seja antes ou durante o aprisionamento.

Existe um grande consumo de droga no sistema prisional brasileiro, porém o Estado não reconhece oficialmente a existência desse fato, porque teria que assumir que funcionários da instituição estariam envolvidos com as drogas e que não tem condições para efetuar ações que previnam e tratem os dependentes confinados<sup>10</sup>.

**Tabela 26.** Frequência do uso de medicação com prescrição médica e automedicação. São Paulo, 2011. (N=317).

| <b>Medicação prescrita</b> | <b>N</b>   | <b>%</b>     |
|----------------------------|------------|--------------|
| Não                        | 175        | 55,2         |
| Sim                        | 142        | 44,8         |
| Total                      | 317        | 100,0        |
| <b>Automedicação</b>       |            |              |
| Sim                        | 188        | 59,3         |
| Não                        | 129        | 40,7         |
| <b>Total</b>               | <b>317</b> | <b>100,0</b> |

De acordo com a Tabela 26, 55,2% das mulheres tomam medicação prescrita pelo médico e 59,3% se automedicam.

Dentre os motivos apontados para a prática da automedicação, destacam-se a dificuldade em passar pelo médico (43,3%) e a falta de médico na instituição (23,7%). Desse total, 20,0% recebem os medicamentos das "faxinas da saúde". Algumas detentas (13,0%) acreditam que precisam de consulta com o psiquiatra, mas têm receio de que isto interfira negativamente no parecer do juiz, por isso se automedicam. As medicações mais utilizadas por conta própria são: analgésicos (64,4%), psicotrópicos (21,8%) e antialérgicos, anti-inflamatórios, anti-hipertensivos, laxantes, hormônios e antiácidos gástricos, citados por 13,8%.

Estudo<sup>10</sup> revela que as equipes médicas no sistema prisional são incompletas e trabalham meio período dificultando o agendamento de consulta com algum profissional. Essa realidade é motivo de queixas das presas que não conseguem consulta médica ou com outros profissionais da área da saúde. O atendimento fora da instituição prisional nos casos de emergência, consulta agendado e realização de exames em hospitais fica prejudicada pela ausência ou atraso da escolta policial, falta de veículos e recursos para atender às solicitações da instituição. Essa situação implica a não realização de tratamento médico ambulatorial por não conseguirem a frequência necessária para garantir a vaga<sup>10</sup>.

Medicações como analgésicos, anti-hipertensivos, laxantes, antipiréticos, inalações com oxigênio com bronco dilatador entre outros são fornecidos, sem prescrição médica, pelas presas que fazem parte da "faxina da saúde" nos pavilhões. Essa prática é realizada de maneira frequente, pois, apenas em situações mais graves, as presas são encaminhadas ao ambulatório.

É proibida a entrada de qualquer medicação trazida pelas visitas na penitenciária, salvo em casos em que não haja a medicação na farmácia da instituição ou por falta momentânea ou por não pertencer à relação de medicamentos do SUS. Para que a visita possa entregar a medicação para a presa, a receita médica é avaliada por um enfermeiro ou médico e, após checagem no prontuário de saúde, é liberada ou não a entrada na prisão. Por vezes essas medicações são usadas como moeda de troca dentro do presídio, o que incentiva a automedicação.

Estudos<sup>3,91</sup> sobre mulheres encarceradas referem o uso de "calmantes" para conseguir suportar o sofrimento psíquico e são muitas vezes comprados clandestinamente na prisão. Mulheres que, antes do aprisionamento, não utilizavam medicamentos controlados passam a usar na prisão para lidar com as dificuldades que o cerceamento da liberdade impõe a elas<sup>10</sup>.

Vale ressaltar que há falta de medicamentos em todo o sistema prisional em quase todos estados do Brasil. Essa situação determina que os médicos prescrevam analgésicos para aliviar a dor e amenizar qualquer problema de saúde<sup>10</sup>.

#### 4.5 Dados da Autoavaliação da saúde e Teste AUDIT

**Tabela 27.** Distribuição das mulheres segundo a avaliação da saúde. São Paulo, 2011. (N=317).

| <b>Avaliação da saúde</b> | <b>N</b>   | <b>%</b>     |
|---------------------------|------------|--------------|
| Ótima                     | 49         | 15,5         |
| Boa                       | 73         | 23,0         |
| Regular                   | 133        | 42,0         |
| Ruim                      | 30         | 9,5          |
| Péssima                   | 32         | 10,0         |
| <b>Total</b>              | <b>317</b> | <b>100,0</b> |

Observa-se, na Tabela 27, que a maioria das reeducandas (61,5%) não faz uma avaliação positiva de sua saúde. Apenas 15,5% consideram sua saúde ótima. Estes dados estão muito distantes dos resultados apresentados na pesquisa nacional<sup>82</sup> por domicílio, realizada em 2008, na qual 77,3% da população em geral avaliou sua saúde como muito boa e boa.

A autoavaliação de saúde das mulheres reflete as condições do

encarceramento às quais estão submetidas. O ambiente prisional favorece o adoecimento por causa de instalações insalubres, constatadas na ventilação e iluminação inadequadas, higiene precária, superlotação, ausência de médicos, água imprópria para consumo, alimentação pobre em nutrientes, falta de medicação, deficiência de recursos humanos e materiais para efetuar uma consulta médica e dar prosseguimento aos tratamentos<sup>13,14,15,25</sup>.

Um ambiente precário em todos os sentidos colabora para a agudização e/ou cronificação de várias morbidades<sup>153</sup>, logo, é pertinente a insatisfação da população encarcerada quanto às condições de saúde.

Além das condições no sistema prisional já citada anteriormente, 99,4% das mulheres têm pelo menos um tipo de morbidade de DNT e 19,6% de DST. A análise dos dados de morbidade referida, excluindo os problemas odontológicos, demonstra que 89,9% das mulheres apresentam mais de uma morbidade. Portanto, justifica-se o descontentamento em relação à própria saúde.

**Tabela 28.** Distribuição das mulheres segundo os escores do Teste de Identificação de Distúrbio de Uso do Álcool (AUDIT) e zona de risco. São Paulo, 2011. (N=317).

| Escores      | Zona de risco     | N          | %            |
|--------------|-------------------|------------|--------------|
| 0 a 7        | Zona de risco I   | 299        | 94,3         |
| 8 a 15       | Zona de risco II  | 7          | 2,2          |
| 16 a 19      | Zona de risco III | 3          | 1,0          |
| > 20         | Zona de risco IV  | 8          | 2,5          |
| <b>Total</b> |                   | <b>317</b> | <b>100,0</b> |

Na Tabela 28 o resultado do teste AUDIT<sup>38</sup> indica que a maioria das mulheres (94,3%), no último ano, encontra-se na zona de risco I, o que significa que o uso do álcool não traz consequências nocivas à sua saúde ou à das pessoas de sua convivência.

Observa-se, na Tabela 28 ainda, que 3,5% das mulheres obtiveram valores superiores a 16 pontos e estão enquadradas nas zonas de risco III e IV. A zona de risco IV indica a probabilidade de dependência alcoólica. Tanto a zona de risco III como a IV indicam padrão de uso nocivo de álcool, o que implica a presença de danos físicos e mentais, além de problemas sociais. A zona de risco II significa o aumento do risco de consequências perigosas para quem bebe e para as pessoas de sua convivência, porém, não implica danos à saúde.

O AUDIT, desenvolvido para rastreamento de consumo perigoso e nocivo de álcool, é utilizado para detectar problemas relacionados ao álcool no último ano, enfatizando, portanto, condições atuais. O teste é eficiente para detecção precoce do uso do álcool e, por isso, indicado na atenção primária. O profissional terá a oportunidade, de, após a aplicação do questionário, orientar sobre riscos e níveis de consumo de álcool, alertar o quanto o consumo de álcool poderá afetar negativamente a saúde, principalmente se associado a medicações<sup>154</sup>.

Em pesquisa<sup>155</sup> realizada com o objetivo de detectar consumo perigoso de álcool, um Instituto Correcional de adultos nos EUA, utilizando o teste AUDIT, em 2079 mulheres, obteve os seguintes resultados: 55,3% apresentaram escores de quatro ou mais pontos (consumo baixo de álcool) e 38,7% escores de oito ou mais pontos (consumo nocivo de álcool). Outro estudo<sup>156</sup> realizado com o mesmo teste em uma prisão estadual feminina nos EUA identificou que 51,0% das mulheres tinham um consumo perigoso de álcool.

Pesquisas<sup>156,156,157</sup> realizadas no sistema prisional afirmam que o consumo de álcool entre os prisioneiros masculino e feminino é alto, porém os problemas desse uso são parcialmente identificados, com pouco registros e, conseqüentemente não são tratados na prisão<sup>157</sup>.

Segundo Jomar et al.<sup>38</sup> e Babor<sup>154</sup> a aplicação do teste AUDIT pode ser realizada em diversos lugares, como hospitais, ambulatorios, programas de assistência social e prisões. É um teste de rápida aplicação e enfoca o uso atual de álcool (até um ano passado), porém a sua utilização na prisão merece um cuidado especial quanto ao tempo de prisão. O score tende a diminuir quando a mulher está cumprindo pena há mais de um ano.

#### **4.6 Associações entre as doenças referidas e as variáveis do estudo.**

Foram realizadas associações entre as morbidades referidas que tiveram frequência  $\geq$  a 20,0% e as variáveis: idade, hábitos de vida, autoavaliação da saúde, abuso de álcool e tempo de prisão.

Não houve associação estatisticamente significativa entre as

morbidades referidas: corrimento vaginal, problemas digestivos, oftalmológicos e otorrinológicos com as variáveis do estudo.

As morbidades cuja prevalência foi igual ou menor a seis (6) casos como o câncer e a tuberculose, não foram consideradas nas associações.

Estão apresentadas, nas Tabelas de 29 a 34, as morbidades referidas com as variáveis preestabelecidas para o estudo e que apresentaram associação estatisticamente significativa em relação à frequência absoluta e relativa total esperada ( $p < 0,05$ ).

**Tabela 29.** Associação entre problema odontológico e alimentação, atividade física e bebida alcoólica. São Paulo, 2011.

| Variáveis                   |       | Problemas odontológicos |     |     |     |       |     | P-valor |
|-----------------------------|-------|-------------------------|-----|-----|-----|-------|-----|---------|
|                             |       | Sim                     |     | Não |     | Total |     |         |
|                             |       | N                       | %   | N   | %   | N     | %   |         |
| Alimentação                 | Bem   | 150                     | 56% | 36  | 72% | 186   | 59% | 0,037   |
|                             | Mal   | 117                     | 44% | 14  | 28% | 131   | 41% |         |
| Prática de atividade física | Sim   | 35                      | 13% | 15  | 30% | 50    | 16% | 0,003   |
|                             | Não   | 232                     | 87% | 35  | 70% | 267   | 84% |         |
| Uso de bebida alcoólica     | Sim   | 8                       | 3%  | 5   | 10% | 13    | 4%  | 0,013   |
|                             | Não   | 248                     | 93% | 40  | 80% | 288   | 91% |         |
|                             | Parou | 11                      | 4%  | 5   | 10% | 16    | 5%  |         |

( $p < 0,05$ ) Diferença significativa.

Não houve associação estatisticamente significativa entre problema odontológico e as variáveis: idade, qualidade do sono, ingesta hídrica, hábito intestinal, eliminação vesical, uso do tabaco, autoavaliação da saúde, automedicação, medicação com ou sem prescrição médica e tempo de prisão.

A Tabela 29 evidencia que a maior frequência foi de mulheres que referiram não ter o problema odontológico e se alimentar bem (72,0%). Observa-se que a frequência de problema odontológico difere significativamente entre as que se alimentam bem ou não ( $p = 0,037$ ).

Segundo dados epidemiológicos do Ministério da Saúde,<sup>158</sup> os agravos com maior prevalência e gravidade na saúde bucal no Brasil são: cárie dentária, doença periodontal (gingivite e periodontite), câncer de boca, traumatismos dentários, fluorose dentária, edentulismo e má oclusão. Esses problemas

interferem no processo alimentar por ocasionar dor e sangramento <sup>53</sup>.

Observa-se, entretanto, que 56% das mulheres que mencionaram algum problema odontológico não têm problema com a alimentação.

A frequência de problemas odontológicos difere também quanto a prática de exercício físico e esta diferença é estatisticamente significativa, ( $p=0,003$ ) apenas, entre as mulheres que praticam ou não atividade física. Observa-se, ainda, que a maioria (87,0%) não pratica atividade e tem problema odontológico.

Souza,<sup>159</sup> em seu trabalho sobre bucalidade na sociedade em geral afirma que a ausência de dentes como fenômeno social histórico interfere na aceitação da pessoa, pois predispõe à exclusão. Em razão das dores, do sangramento e principalmente da ausência de dentes, a própria pessoa se exclui do convívio social, e as impede de praticar atividades físicas. No estudo atual, entretanto, possivelmente não é o problema com os dentes que impede a atividade física.

A Tabela 29 mostra, ainda, que houve diferença estatisticamente significativa entre problema odontológico e uso de bebida alcoólica ( $p=0,013$ ) entre as mulheres que bebem e que nunca beberam. A maior frequência (93,0%) foi de mulheres que referiram não serem usuárias de bebida alcoólica e terem problema bucal.

Carrard et al.<sup>160</sup> mostram que há uma relação entre o uso de álcool e o câncer bucal. Afirmando também que determinadas concentrações de álcool podem causar aumento da permeabilidade da mucosa bucal, potencializando a penetração de carcinógenos. Vale ressaltar que problemas médicos, psíquicos e sociais que afetam esses pacientes tendem a ofuscar a saúde oral<sup>161</sup>.

**Tabela 30.** Associação entre alergia e uso de medicação sem prescrição. São Paulo, 2011.

| Variáveis     | Alergia |    |     |    |       |     | P-valor |       |
|---------------|---------|----|-----|----|-------|-----|---------|-------|
|               | Sim     |    | Não |    | Total |     |         |       |
|               | N       | %  | N   | %  | N     | %   |         |       |
| Automedicação | Sim     | 91 | 66% | 95 | 54%   | 186 | 59%     | 0,032 |
|               | Não     | 47 | 34% | 81 | 46%   | 128 | 41%     |       |

( $p<0,05$ ) Diferença significativa.

Não houve associação estatisticamente significativa entre alergia e as variáveis: idade, qualidade do sono, alimentação, atividade física, hábito vesical, hábito intestinal, uso de bebida alcoólica e tabagismo, autoavaliação da saúde, medicação com prescrição médica e tempo de prisão.

A Tabela 30 demonstra que houve diferença estatisticamente significativa ( $p=0,032$ ) entre as mulheres que se dizem alérgica e se automedicam e aquelas que não têm alergia e não tomam medicamentos por conta própria.

A maior frequência (66,0%) foi de mulheres que referiram alergia e que se automedicam.

As alergias são reações do sistema imunológico em que o tecido corporal normal fica lesionado<sup>143</sup>. Essa reação por hipersensibilidade pode ser estimulada por picadas de insetos, ingestão de certos alimentos, medicamentos, contato com pólen de flores, frio, calor, pó, umidades no ambiente entre outros. Vale ressaltar que a reação alérgica pode se tornar grave se comprometer o sistema respiratório desencadeado por anafilaxia, expondo o indivíduo a risco de morte<sup>143</sup>.

Na penitenciária muitos desses fatores estão presentes e as detentas convivem com eles diuturnamente, o que pode justificar a frequência das alergias. Outro fator que pode desencadear alergia é a medicação recebida pelas mulheres sem controle médico.

Arrais et al.<sup>162</sup> demonstram que no Brasil a automedicação é praticada principalmente por mulheres, entre 16 e 45 anos. Os autores afirmam que 51,% escolhem o medicamento com base, principalmente, na recomendação de pessoas leigas e 40,% por influência de prescrições anteriores. O mesmo estudo demonstra que 3,0% das pessoas se automedicam por causa de problemas de alergia.

A frequência elevada de automedicação deve-se, provavelmente, à dificuldade das detentas passarem pelo médico e à facilidade de receberem medicação sem prescrição das "faxinas". As medicações recebidas pelas presas são apenas para amenizar os sintomas da alergia.

A automedicação pode ser uma prática agravada na penitenciária, uma vez que nem sempre a mulher tem acesso rápido aos serviços de saúde para resolver suas necessidades.

**Tabela 31.** Associação entre problemas do sistema respiratório e tempo de prisão, uso de medicação com prescrição e autoavaliação da saúde. São Paulo, 2011.

| Variáveis                |             | Problemas do sistema respiratório |     |     |     |       |     | P-valor |
|--------------------------|-------------|-----------------------------------|-----|-----|-----|-------|-----|---------|
|                          |             | Sim                               |     | Não |     | Total |     |         |
|                          |             | N                                 | %   | N   | %   | N     | %   |         |
| Tempo de prisão          | ≥1 a 4 anos | 118                               | 88% | 142 | 78% | 260   | 82% | 0,015   |
|                          | ≥5 a 8 anos | 3                                 | 2%  | 19  | 10% | 22    | 7%  |         |
|                          | < 1 ano     | 13                                | 10% | 18  | 10% | 142   | 45% |         |
| Medicação com prescrição | Sim         | 73                                | 54% | 68  | 38% | 175   | 55% | 0,003   |
|                          | Não         | 61                                | 46% | 114 | 62% | 88    | 28% |         |
| Autoavaliação da saúde   | Ótima       | 14                                | 10% | 35  | 19% | 49    | 15% | 0,008   |
|                          | Boa         | 22                                | 16% | 51  | 28% | 73    | 23% |         |
|                          | Regular     | 65                                | 49% | 68  | 37% | 133   | 42% |         |
|                          | Ruim        | 15                                | 11% | 15  | 8%  | 30    | 9%  |         |
|                          | Péssima     | 18                                | 13% | 14  | 8%  | 32    | 10% |         |

(p<0,05) Diferença significativa.

Não houve associação estatisticamente significativa entre problema respiratório e as variáveis: idade, qualidade do sono, alimentação, ingestão hídrica, hábito intestinal, eliminação vesical, automedicação, medicação sem prescrição médica e uso de bebida alcoólica.

A Tabela 31 demonstra que houve diferença estatisticamente significativa ( $p=0,015$ ) entre as mulheres que mencionaram problemas do sistema respiratório e que estão presas entre 1 e 4 anos e aquelas detidas entre 5 e 8 anos. A maior frequência (88,0%) foi de mulheres que apresentam o problema e estão presas por tempo  $\geq 1$  a 4 (quatro) anos.

Pesquisa realizada por Damas,<sup>163</sup> em unidades prisionais de Santa Catarina, mostra que problemas respiratórios foram citados pelos administradores como frequentes. Essa constatação deve merecer maior atenção por parte das instituições, pois muitos presos adquirem esse problema na comunidade e pioram quando ingressam no sistema prisional.

Outra pesquisa<sup>164</sup> realizada em presídio feminino demonstra que problemas respiratórios foram detectados em 43,1% das mulheres presas em penitenciárias rurais e em 34,7% das detentas em instituições urbanas.

A situação precária e a insalubridade das instalações das penitenciárias estimulam o aparecimento de problemas respiratórios. A umidade, a falta de ventilação e higiene ambiental comprometida<sup>15,18</sup> são fatores que propiciam este

tipo de morbidade.

Houve diferença estatisticamente significativa ( $p=0,003$ ) apenas, entre as mulheres com problema respiratório que tomam medicação com prescrição e aquelas que não têm o problema e não usam medicação.

A maior frequência (62,0%) foi de mulheres que não possuem esta morbidade e não tomam medicação.

Em relação à autoavaliação da saúde, houve diferença estatisticamente significativa ( $p=0,008$ ) entre as mulheres que avaliaram a saúde como regular e boa. A maior frequência (49,9%) foi de detentas que têm problemas respiratórios e avaliaram a saúde como regular.

Problemas respiratórios causam desconforto, dor, coriza, tosse, dispneia, indisposição para realizar não só atividades diárias como também prática de exercícios físicos, portanto, avaliar a saúde como regular é justificável.

**Tabela 32.** Associação entre problemas vasculares e faixa etária e uso de bebida alcoólica. São Paulo, 2011.

| Variáveis               |         | Problemas vasculares |     |     |     |       |     | P-valor |
|-------------------------|---------|----------------------|-----|-----|-----|-------|-----|---------|
|                         |         | Sim                  |     | Não |     | Total |     |         |
|                         |         | N                    | %   | N   | %   | N     | %   |         |
| Idade                   | 18 a 24 | 13                   | 10% | 38  | 21% | 51    | 16% | 0,009   |
|                         | 25 a 29 | 24                   | 18% | 39  | 21% | 63    | 20% |         |
|                         | 30 a 34 | 26                   | 20% | 41  | 22% | 67    | 21% |         |
|                         | 35 a 45 | 42                   | 32% | 49  | 26% | 91    | 29% |         |
|                         | 46 a 60 | 21                   | 16% | 17  | 9%  | 38    | 12% |         |
|                         | + de 60 | 6                    | 5%  | 1   | 1%  | 7     | 2%  |         |
| Uso de bebida alcoólica | Sim     | 8                    | 6%  | 5   | 3%  | 13    | 4%  | 0,022   |
|                         | Não     | 113                  | 86% | 175 | 95% | 288   | 91% |         |
|                         | Parou   | 11                   | 8%  | 5   | 3%  | 16    | 5%  |         |

( $p<0,05$ ) Diferença significativa.

Não houve associação estatisticamente significativa entre problema vasculares e as variáveis: qualidade do sono, alimentação, atividade física, ingesta hídrica, hábito intestinal, eliminação vesical, tabagismo, uso de drogas ilícitas, automedicação, medicação com ou sem prescrição médica, autoavaliação da saúde e tempo de prisão.

Observa-se na Tabela 32 que houve diferença estatisticamente significativa entre problemas vasculares e idade ( $p=0,009$ ) apenas entre aquelas na

faixa etária entre 18 e 24 e entre 35 e 45 anos. A maior frequência (32,0%) foi de mulheres com idade entre 35 e 45 anos.

Varizes em membros inferiores são mais prevalentes em mulheres e tendem a aparecer a partir de 30 anos de idade sendo pouco frequente entre pessoas mais jovens. Segundo a Sociedade Brasileira de Angiologia,<sup>165</sup> a prevalência média é de 38,0% na população brasileira e encontrada em 45,0% das mulheres em todas as faixas etárias. Os maiores fatores de risco são: predisposição familiar, obesidade e número de gestações<sup>165</sup>.

A Tabela 32 mostra, ainda, que houve diferença estatisticamente significativa entre problemas vasculares e uso de bebida alcoólica ( $p=0,022$ ) nas mulheres que nunca beberam e que pararam. A maior frequência (95,0%) foi de mulheres que referiram nunca terem bebido e não terem este problema. Não foram encontrados estudos que associassem problemas vasculares com uso de álcool.

**Tabela 33.** Associações entre problema de musculoesquelético e tempo de prisão, alimentação, uso de medicação com prescrição, tabagismo e autoavaliação da saúde. São Paulo, 2011.

| Variáveis                       |             | Problemas musculoesqueléticos |     |     |     |       |     | P-valor |
|---------------------------------|-------------|-------------------------------|-----|-----|-----|-------|-----|---------|
|                                 |             | Sim                           |     | Não |     | Total |     |         |
|                                 |             | N                             | %   | N   | %   | N     | %   |         |
| Tempo de prisão                 | ≥1 a 4 anos | 107                           | 86% | 153 | 79% | 260   | 82% | 0,040   |
|                                 | ≥5 a 8 anos | 3                             | 2%  | 19  | 10% | 22    | 7%  |         |
|                                 | < 1 ano     | 12                            | 10% | 19  | 10% | 31    | 10% |         |
| Alimentação                     | Bem         | 61                            | 49% | 125 | 65% | 186   | 59% | 0,006   |
|                                 | Mal         | 63                            | 51% | 68  | 35% | 131   | 41% |         |
| Uso de medicação com prescrição | Sim         | 71                            | 57% | 71  | 37% | 142   | 45% | 0,000   |
|                                 | Não         | 53                            | 43% | 122 | 63% | 175   | 55% |         |
| Tabagismo                       | Sim         | 74                            | 60% | 132 | 68% | 206   | 65% | 0,032   |
|                                 | Não         | 44                            | 35% | 44  | 23% | 88    | 28% |         |
|                                 | Parou       | 6                             | 5%  | 17  | 9%  | 23    | 7%  |         |
| Autoavaliação saúde             | Ótima       | 11                            | 9%  | 38  | 20% | 49    | 15% | 0,030   |
|                                 | Boa         | 24                            | 19% | 49  | 25% | 73    | 23% |         |
|                                 | Regular     | 59                            | 48% | 74  | 38% | 133   | 42% |         |
|                                 | Ruim        | 15                            | 12% | 15  | 8%  | 30    | 9%  |         |
|                                 | Péssima     | 15                            | 12% | 17  | 9%  | 32    | 10% |         |

( $p<0,05$ ) Diferença significativa.

Não houve associação estatisticamente significativa entre problema musculoesquelético e as variáveis: idade, qualidade do sono, atividade física, ingestão hídrica, hábito intestinal, eliminação vesical, uso de bebida alcoólica,

automedicação e uso de droga ilícita.

A Tabela 33 demonstra que houve diferença estatisticamente significativa ( $p=0,040$ ) entre as reeducandas presas de 1 a 4 anos e as que cumprem pena de 5 a 8 anos. A maior frequência foi mulheres que apresentam o problema (86,0%) e estão presas de 1 a 4 anos.

Os principais problemas do sistema musculoesquelético referidos pelas mulheres foram: artrite, reumatismo, problemas na coluna, esporão, calcificação errada de fratura, osteoporose, reumatismo, tendinite, dor nas costas, ombros e articulações, hérnia de disco e bico de papagaio.

Estudos<sup>129,131</sup> realizados nos EUA, em presídios femininos, enfatizam problemas musculoesqueléticos nas mulheres. Em um deles, 20,2% referiram artrite e em outro 33,8%, reumatismo, artrite, problemas nas costas e pescoço (38,4%).

Neste estudo, a relação entre problema musculoesquelético e alimentação apresentou diferença estatisticamente significativa ( $p=0,006$ ) entre aquelas que se alimentam bem e mal. A maior frequência (65,0%) foi de mulheres que referiram se alimentar bem e não ter morbidade nessa área.

Se, por um lado a alimentação balanceada colabora na manutenção do peso corporal, por outro lado, o excesso de peso pode desencadear como dito anteriormente, o diabetes e a hipertensão.

Observa-se na Tabela 33 que houve diferença estatisticamente significativa ( $p=0,000$ ) apenas entre as mulheres com problema músculo-esquelético que tomam medicação com prescrição ou não.

A maior frequência (63,0%) foi de mulheres que não têm problema musculoesquelético e não tomam nenhuma medicação com prescrição.

No que se refere à associação entre problema musculoesquelético e tabagismo, observa-se diferença estatisticamente significativa entre as tabagistas e aquelas que não fumam ( $p=0,032$ ) e a maior frequência (68,0%) foi de detentas tabagistas que não têm problemas musculoesqueléticos.

Em relação à autoavaliação da saúde, houve diferença estatisticamente significativa ( $p=0,030$ ) entre as mulheres que avaliaram a saúde como regular e boa. A maior frequência (48,0%) foi de mulheres que têm problemas músculo-esquelético e avaliaram a saúde como regular.

**Tabela 34.** Associação entre depressão e sono, uso de medicação com prescrição, hábito intestinal e autoavaliação da saúde. São Paulo, 2011

| Variáveis                       |                | Depressão |     |     |     |       |     | P-valor |
|---------------------------------|----------------|-----------|-----|-----|-----|-------|-----|---------|
|                                 |                | Sim       |     | Não |     | Total |     |         |
|                                 |                | N         | %   | N   | %   | N     | %   |         |
| Sono                            | Bem            | 40        | 44% | 132 | 59% | 172   | 55% | 0,016   |
|                                 | Mal            | 50        | 56% | 90  | 41% | 140   | 45% |         |
| Uso de medicação com prescrição | Sim            | 57        | 63% | 82  | 37% | 139   | 45% | 0,000   |
|                                 | Não            | 33        | 56% | 140 | 63% | 173   | 55% |         |
| Frequência do hábito intestinal | 1X/dia         | 37        | 41% | 125 | 56% | 162   | 52% | 0,030   |
|                                 | 1 X/semana     | 16        | 18% | 38  | 17% | 54    | 17% |         |
|                                 | 2X/semana      | 14        | 16% | 23  | 10% | 37    | 12% |         |
|                                 | 3X/semana      | 12        | 13% | 27  | 12% | 39    | 13% |         |
|                                 | A cada 15 dias | 6         | 7%  | 3   | 1%  | 9     | 3%  |         |
| Autoavaliação da saúde          | Ótima          | 5         | 6%  | 44  | 20% | 49    | 16% | 0,002   |
|                                 | Boa            | 19        | 21% | 54  | 24% | 73    | 23% |         |
|                                 | Regular        | 39        | 43% | 90  | 41% | 129   | 41% |         |
|                                 | Ruim           | 11        | 12% | 18  | 8%  | 29    | 9%  |         |
|                                 | Péssima        | 16        | 18% | 16  | 7%  | 32    | 10% |         |

( $p < 0,05$ ) Diferença significativa.

Não houve associação estatisticamente significativa entre depressão e as variáveis: idade, alimentação, ingestão hídrica, eliminação vesical, uso de bebida alcoólica, tabagismo, autoavaliação da saúde, automedicação, medicação com prescrição e tempo de prisão.

A Tabela 34 mostra que, em relação ao sono, a maior frequência (59%) foi de mulheres que não tinham depressão e referiram dormir bem. Observa-se que houve diferença estatística significativa entre as mulheres que dormem bem e aquelas que dormem mal ( $p=0,016$ ).

Os transtornos do sono são relacionados a diversas condições clínicas, entre elas a depressão. A insônia é caracterizada como o sono inadequado e/ou não restaurador, com consequências no decorrer do dia como irritabilidade, fadiga, déficit de concentração e de memória<sup>166</sup>.

Estudo<sup>43</sup> realizado com 100 presas mostrou que, de 82% das mulheres com depressão, 32% referiam alteração no sono e 16% acordar durante o sono.

Na associação entre depressão e uso de medicamento prescrito, houve diferença estatisticamente significativa ( $p=0,000$ ) entre as mulheres com depressão

que tomam medicação com prescrição e aquelas que não possuem depressão e não usam medicação.

O percentual de detentas que refere depressão e recebe alguma medicação foi idêntico ao de mulheres sem depressão e que não tomam medicações (63%).

A Tabela 34 demonstra ainda que houve diferença estatística entre as que mencionaram que evacuam *uma vez por semana* e têm depressão e aquelas que referiram ter hábito intestinal normal e não ter depressão ( $p=0,030$ ).

A frequência maior foi de mulheres com hábito intestinal normal (1 vez ao dia) que não mencionaram depressão.

Parece haver relação entre hábito intestinal e efeitos adversos de determinados medicamentos, isto porque a maioria dos fármacos é ingerida por via oral e as queixas gastrointestinais representam uma percentagem elevada do total das reações conhecidas, entre elas a obstinação e a diarreia<sup>143</sup>.

A frequência de depressão difere de acordo com a autoavaliação da saúde. Houve diferença estatisticamente significativa ( $p= 0,002$ ) apenas entre as mulheres que avaliaram a saúde como regular e boa. A maior frequência (43,0%) foi de mulheres com depressão que avaliaram a saúde como regular.

Pesquisa<sup>43</sup> realizada, também, com detentas identificou 82,2% de presas com sinais indicativos de depressão.

A depressão assim como problemas psiquiátricos é um assunto que tem alta prevalência nas penitenciárias<sup>36,43</sup>. Existem vários fatores que estão relacionados com problemas de saúde mental, além de dependência química e história de problemas mentais na família, história de abuso sexual ou físico, uso de substâncias psicoativas, baixo nível socioeconômico, desemprego entre outros<sup>36,43</sup>.

**Tabela 35.** Associação entre as doenças sexualmente transmissíveis e alimentação, hábito intestinal, vesical, uso de drogas ilícitas, medicação prescrita e autoavaliação da saúde. São Paulo, 2011.

| Variáveis                       |                  | DST |     |     |     |       |     | P-valor |
|---------------------------------|------------------|-----|-----|-----|-----|-------|-----|---------|
|                                 |                  | Sim |     | Não |     | Total |     |         |
|                                 |                  | N   | %   | N   | %   | N     | %   |         |
| Alimentação                     | Bem              | 28  | 46% | 158 | 62% | 186   | 59% | 0,022   |
|                                 | Mal              | 33  | 54% | 97  | 38% | 130   | 41% |         |
| Frequência do hábito intestinal | 1X/dia           | 21  | 34% | 142 | 56% | 163   | 52% | 0,031   |
|                                 | 1 X/semana       | 16  | 26% | 37  | 15% | 53    | 17% |         |
|                                 | 2X/semana        | 10  | 16% | 27  | 11% | 37    | 12% |         |
|                                 | 3X/semana        | 9   | 15% | 33  | 13% | 42    | 13% |         |
|                                 | A cada 15 dias   | 1   | 2%  | 9   | 4%  | 10    | 3%  |         |
| Frequência do hábito vesical    | 1 X/dia          | 5   | 8%  | 6   | 2%  | 11    | 3%  | 0,016   |
|                                 | 2X/dia           | 11  | 18% | 28  | 11% | 39    | 12% |         |
|                                 | 3X/dia           | 3   | 5%  | 36  | 14% | 39    | 12% |         |
|                                 | Mais que 4 X/dia | 42  | 69% | 185 | 73% | 227   | 72% |         |
|                                 | Sim              | 17  | 28% | 62  | 24% | 79    | 25% |         |
| Uso de droga ilícita            | Não              | 9   | 15% | 95  | 37% | 104   | 33% | 0,002   |
|                                 | Parou            | 35  | 57% | 98  | 38% | 133   | 42% |         |
| Medicação com prescrição        | Sim              | 38  | 62% | 103 | 40% | 141   | 45% | 0,002   |
|                                 | Não              | 23  | 38% | 152 | 60% | 175   | 55% |         |
| Autoavaliação da saúde          | Ótima            | 7   | 11% | 42  | 16% | 49    | 16% | <0,001  |
|                                 | Boa              | 6   | 10% | 67  | 26% | 73    | 23% |         |
|                                 | Regular          | 25  | 41% | 107 | 42% | 132   | 42% |         |
|                                 | Ruim             | 9   | 15% | 21  | 8%  | 30    | 9%  |         |
|                                 | Péssima          | 14  | 23% | 18  | 7%  | 32    | 10% |         |

(p<0,05) Diferença significativa.

Não houve associação estatisticamente significativa entre as DSTs e as variáveis: idade, qualidade do sono, prática de atividade física, ingestão hídrica, uso de bebida alcoólica, hábito de fumar, automedicação e tempo de prisão.

Observa-se, na Tabela 35, que a maioria das mulheres que se alimenta mal (54%) tem alguma DST e que a maioria das mulheres que se alimenta bem (62%) não referiu esta morbidade. Houve diferença estatisticamente significativa entre as que se alimentam bem ou não ( $p=0,022$ ).

A alimentação saudável e equilibrada está relacionada à saúde, uma vez que fortalece o sistema imunológico. A alimentação no sistema prisional é pobre em qualidade e pouco aceita pelos detentos<sup>10,136,136</sup>, fato que pode influir em sua saúde, agravando problemas já existentes ou contribuindo para a instalação de morbidades.

A UNAIDS<sup>167</sup> alerta que a desnutrição pode acentuar os efeitos do HIV

e acelerar doenças a ele relacionadas. As mulheres que referiram esta morbidade e que se alimentam mal, portanto, apresentam maior risco de apresentar comorbidades ao longo do tempo.

Observa-se, na Tabela 35 que a maioria das mulheres que não referiu DST (56%) tem hábito intestinal normal (evacua uma vez ao dia). Observa-se, ainda, que houve diferença estatística significativa entre as mulheres que referiram DST e evacuam uma vez por semana ( $p=0,031$ ) e as que não tem DST e evacuam regularmente.

A função intestinal está ligada à alimentação, como comprova pesquisa<sup>142</sup> que recomenda, para o bom funcionamento do trato gastrointestinal, a ingestão de líquidos, frutas, legumes, verduras, alimentos integrais e iogurtes probióticos, além da prática regular de atividade física. Há que se admirar que, mesmo com a alimentação precária oferecida na prisão, a maioria das mulheres tenha função intestinal normal.

Embora a DST referida não seja exclusivamente a Aids, na literatura foi identificada a associação entre problemas com as eliminações intestinais e os portadores de HIV. No início do tratamento os portadores podem apresentar diarreia, constipação e prisão de ventre entre outros sintomas. A orientação para essas pessoas é para ingerirem fibras, saladas de folhas, beberem pelo menos três litros de água por dia, praticarem atividade física e usarem azeite ou óleo em verduras cruas<sup>167</sup>. O sistema prisional inviabiliza a prática de qualquer uma destas orientações.

Houve diferença estatisticamente significativa entre as mulheres que informaram DST e urinam duas vezes por dia (18,0%) e aquelas que não têm DST (73,0%) e urinam quatro vezes ao dia ( $p=0,016$ )

Os adultos saudáveis produzem cerca de 600 ml a dois litros de urina por dia e, quanto à frequência, a maior parte das pessoas urina aproximadamente de quatro a seis vezes por dia<sup>143</sup>. Portanto, a função vesical é normal na maioria das detentas, o que não dispensa um olhar cuidadoso para aquelas com DST e pouca frequência miccional.

Em relação ao uso de drogas ilícitas, a maioria das mulheres que tem DST (85%) já foi ou ainda é usuária. Observa-se que o cenário não é diferente para as que não refeririam DST, pois a maioria (62%) já usou ou usa drogas ilícitas.

Houve diferença estatisticamente significativa ( $p=0,002$ ) na associação entre as mulheres que já foram usuárias e tem DST (57%) e aquelas que nunca foram usuárias e não tem a morbidade (37%).

As DSTs podem estar relacionadas a comportamento promíscuo e ao uso de drogas. Estudos<sup>92, 24</sup> mostram que dentre os fatores de risco para adquirir DST está o uso de droga. Um deles mostra que 17,0% das mulheres positivas para o HIV utilizavam drogas ilícitas e demonstrou associação estatisticamente significativa entre HIV e esta variável ( $p=0,04$ ).

A Tabela 35 mostra, ainda, que 62% das reeducandas que mencionaram alguma DST tomam medicação com prescrição médica. Ressalta-se, entretanto, que a medicação mencionada não é específica para a morbidade em questão.

Houve diferença estatisticamente significativa ( $p=0,002$ ) na associação entre as mulheres que informaram DST e tomam medicação (62%) e aquelas que não referiram DST e não tomam medicação (60%).

Em relação à autoavaliação da saúde, 79% das mulheres que referiram DST avaliaram sua saúde entre regular e péssima. Entretanto, mesmo não tendo a morbidade, 57,0 não estão satisfeitas com a saúde, pois atribuíram conceito entre regular e péssimo.

Houve diferença estatística significativa ( $p<0,001$ ) entre as mulheres que têm DST e avaliaram sua saúde como péssima (23,0%) e aquelas que não têm a morbidade e avaliaram a saúde como regular (42,0%).

**Tabela 36.** Associação entre hipertensão arterial e idade, alimentação, ingestão hídrica, uso de drogas ilícitas, uso de medicação com prescrição e autoavaliação da saúde. São Paulo, 2011.

| Variáveis                | Hipertensão      |    |     |     |       |     | P-valor |        |
|--------------------------|------------------|----|-----|-----|-------|-----|---------|--------|
|                          | Sim              |    | Não |     | Total |     |         |        |
|                          | N                | %  | N   | %   | N     | %   |         |        |
| Idade                    | 18 a 24          | 3  | 4%  | 46  | 19%   | 49  | 16%     | <0,001 |
|                          | 25 a 29          | 8  | 12% | 53  | 22%   | 61  | 20%     |        |
|                          | 30 a 34          | 12 | 18% | 49  | 21%   | 61  | 20%     |        |
|                          | 35 a 45          | 23 | 34% | 67  | 28%   | 90  | 29%     |        |
|                          | 46 a 60          | 17 | 25% | 21  | 9%    | 38  | 12%     |        |
|                          | + de 60          | 5  | 7%  | 2   | 1%    | 7   | 2%      |        |
| Alimentação              | Bem              | 33 | 49% | 147 | 62%   | 180 | 59%     | 0,050  |
|                          | Mal              | 35 | 51% | 91  | 38%   | 126 | 41%     |        |
| Ingestão hídrica         | menos de 1 litro | 14 | 21% | 89  | 37%   | 103 | 34%     | 0,012  |
|                          | mais de 1 litro  | 14 | 21% | 51  | 21%   | 65  | 21%     |        |
|                          | mais de 2 litros | 40 | 59% | 94  | 39%   | 134 | 44%     |        |
| Uso de drogas ilícitas   | Sim              | 12 | 18% | 64  | 27%   | 76  | 25%     | <0,001 |
|                          | Não              | 36 | 53% | 65  | 27%   | 101 | 33%     |        |
|                          | Parou            | 20 | 29% | 109 | 46%   | 129 | 42%     |        |
| Medicação com prescrição | Sim              | 52 | 76% | 84  | 35%   | 136 | 44%     | 0,000  |
|                          | Não              | 16 | 24% | 154 | 65%   | 170 | 56%     |        |
| Autoavaliação da saúde   | Ótima            | 5  | 7%  | 44  | 18%   | 49  | 16%     | 0,003  |
|                          | Boa              | 8  | 12% | 64  | 27%   | 72  | 24%     |        |
|                          | Regular          | 36 | 53% | 90  | 38%   | 126 | 41%     |        |
|                          | Ruim             | 10 | 15% | 19  | 8%    | 29  | 9%      |        |
|                          | Péssima          | 9  | 13% | 21  | 9%    | 30  | 10%     |        |

(p<0,05) Diferença significativa.

Não foi observada associação estatisticamente significativa entre hipertensão arterial e as variáveis: qualidade do sono, atividade física, hábito intestinal, eliminação vesical, uso de bebida alcoólica e tabaco, automedicação e tempo de prisão.

A Tabela 36 evidencia que a maior frequência de hipertensão observada foi nas mulheres na faixa etária entre 35 e 60 anos (59%). Observou-se diferença estatisticamente significativa ( $p<0,001$ ) apenas entre as mulheres que referiram hipertensão e se encontravam na faixa etária entre 35 e 45 anos e aquelas que não mencionaram esta morbidade e tinham entre 18 e 24 anos.

Estudo<sup>136</sup> realizado em uma prisão feminina no Reino Unido mostra que mulheres com idade a partir dos 35 anos têm maior probabilidade de desenvolver hipertensão do que as presas mais jovens. Esses dados que corroboram os

identificados no estudo atual.

No que se refere à alimentação, verifica-se que a maior frequência foi de mulheres que referiram não ter hipertensão e se alimentarem bem (62%).

Observou-se diferença estatística significativa ( $p=0,050$ ) entre as hipertensas que se alimentam mal e as não hipertensas que se alimentam bem.

Castro et al<sup>168</sup>, em pesquisa com trabalhadores, identificaram que 60% não tinham dieta balanceada, o que favorece a obesidade e/ ou o sobrepeso. Os mesmos autores enfatizam a importância da alimentação adequada, hipossódica e balanceada, bem como a ingestão de frutas e a redução de bebida alcoólica e gorduras saturadas para prevenir a hipertensão ou manter os níveis pressóricos adequados.

Nas prisões do Reino Unido<sup>136</sup> a alimentação das mulheres presas melhorou em comparação ao período anterior ao encarceramento. Nesse país, a alimentação oferecida aos presos é saudável porque conforme as orientações do governo, a dieta inclui: leite desnatado, frutas, verduras a fim de evitar morbidades, entre elas a hipertensão.

Esta realidade está muito distante da dos presídios no Brasil. Há que se mencionar, entretanto, que na Penitenciária Feminina, onde o estudo foi desenvolvido, há uma nutricionista responsável pelas dietas prescritas pelo médico. As mulheres enfatizam, porém, que são insuportáveis.

Observou-se diferença estatisticamente significativa ( $p=0,012$ ) apenas entre as detentas que tomam mais de 2 litros de líquido /dia comparadas àquelas que bebem menos de 1 litro.

A maior frequência de hipertensão (59%) foi das reeducandas que ingerem mais de 2 litros por líquido/dia.

Uma pessoa bebe exatamente a quantidade necessária de líquido para normalizar os líquidos extracelulares, isto é, até atingir o estado de saciedade. A sede está relacionada ao processo de desidratação e à concentração de sódio, isto é, após saciar a sede este processo é reativado e estas ações se repetem indefinidamente<sup>144</sup>.

A Tabela 36 demonstra, também, que a maior frequência de hipertensão (53%) está entre as mulheres que não usam drogas.

Houve diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ) apenas entre as mulheres hipertensas que não usam drogas e as não hipertensas que já foram usuárias.

O aumento da pressão arterial decorrente de causas secundárias também pode ser relacionada ao uso de drogas ilícitas. O uso de cocaína, maconha, anfetaminas e seus derivados podem causar elevação da pressão arterial aguda, reduzir a eficácia das drogas hipertensivas ou o agravamento da hipertensão<sup>169,170</sup>. Entretanto, neste estudo, a hipertensão não foi relacionada ao uso de drogas.

Em relação ao uso de medicação, a maior frequência (76%) foi de mulheres hipertensas que tomam alguma medicação prescrita pelo médico.

Houve diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,000$ ) entre as mulheres hipertensas que tomam algum tipo de medicação com prescrição e as não hipertensas que não fazem uso de remédios.

Observa-se, ainda na Tabela 31, que a maioria das mulheres que tem hipertensão (53%) avaliou sua saúde como regular.

Houve diferença significativa ( $p = 0,003$ ) apenas entre as mulheres hipertensas que avaliaram a saúde como regular e as normotensas que a consideraram como boa. É justificável que a maioria das mulheres com hipertensão tenha atribuído um conceito baixo à sua saúde.

A hipertensão depende de diversos fatores para seu equilíbrio e estas mulheres estão expostas a inúmeras situações que podem representar risco de desequilíbrio dos valores pressóricos, o que causa desconforto ou até outras consequências mais graves<sup>170</sup>.

A hipertensão arterial, segundo a VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão,<sup>171</sup> é um dos mais importantes problemas de saúde pública por ter alta prevalência e baixa taxa de controle. Além de desencadear a doença cardiovascular quando ocorre aumento significativo dos níveis pressóricos, esta elevação pode ter como consequência a mortalidade por DCV. Os fatores de riscos estão onde há a maior prevalência, isto é, idade acima dos 40 anos, indivíduos não brancos, excesso de peso e obesidade, ingestão excessiva de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores genéticos e ambientais<sup>171</sup>.

Outros estudos<sup>172,173</sup> com presas relataram alterações pressóricas nesta

população, identificando 21,9% e 27,0% de mulheres com esta morbidade respectivamente.

Existem formas de prevenção primária e detecção precoce da hipertensão. Entre as recomendações estão: adotar alimentação saudável, combater o sedentarismo, evitar a ingestão de álcool e o tabagismo, além de controlar o consumo de sódio e de potássio. Mudanças de estilo de vida reduzem a PA bem como a morbi mortalidade decorrentes de alterações cardiovasculares<sup>171</sup>.

Entretanto, estudo<sup>171</sup> aponta que a operacionalização destes hábitos no sistema penitenciário ainda está longe de ser uma realidade.

**Tabela 37.** Associação entre problema urinário e sono, hábito intestinal, bebida alcoólica e autoavaliação da saúde. São Paulo, 2011.

| Variáveis                       |                | Problemas urinários |     |     |     |       |     | P-valor |
|---------------------------------|----------------|---------------------|-----|-----|-----|-------|-----|---------|
|                                 |                | Sim                 |     | Não |     | Total |     |         |
|                                 |                | N                   | %   | N   | %   | N     | %   |         |
| Sono                            | Bem            | 28                  | 42% | 145 | 58% | 173   | 55% | 0,026   |
|                                 | Mal            | 38                  | 58% | 106 | 42% | 144   | 45% |         |
| Frequência do hábito intestinal | 1X/dia         | 25                  | 38% | 138 | 55% | 163   | 51% | 0,036   |
|                                 | 1 X/semana     | 17                  | 26% | 37  | 15% | 54    | 17% |         |
|                                 | 2X/semana      | 10                  | 15% | 27  | 11% | 37    | 12% |         |
|                                 | 3X/semana      | 7                   | 11% | 35  | 14% | 42    | 13% |         |
|                                 | A cada 15 dias | 4                   | 6%  | 6   | 2%  | 10    | 3%  |         |
| Uso de bebida alcoólica         | Sim            | 1                   | 2%  | 12  | 5%  | 13    | 4%  | 0,007   |
|                                 | Não            | 57                  | 86% | 231 | 92% | 288   | 91% |         |
| Autoavaliação da saúde          | Parou          | 8                   | 12% | 8   | 3%  | 16    | 5%  | 0,013   |
|                                 | Ótima          | 5                   | 8%  | 44  | 18% | 49    | 15% |         |
|                                 | Boa            | 8                   | 12% | 65  | 26% | 73    | 23% |         |
|                                 | Regular        | 35                  | 53% | 98  | 39% | 133   | 42% |         |
|                                 | Ruim           | 9                   | 14% | 21  | 8%  | 30    | 9%  |         |
|                                 | Péssima        | 9                   | 14% | 23  | 9%  | 32    | 10% |         |

(p<0,05) Diferença significativa.

Não houve associação estatisticamente significativa entre problema urinário e as variáveis: idade, alimentação, atividade física, ingesta hídrica, eliminação vesical, tabagismo, uso de drogas ilícitas, uso de medicação com ou sem prescrição médica e tempo de prisão.

A Tabela 37 mostra que a frequência das mulheres sem problema urinário que referiram dormir bem (58,0%) é a mesma daquelas que não têm o

problema e dormem mal (58,0%). Observa-se que houve diferença estatística significativa entre as mulheres que dormem e mal ( $p=0,026$ ).

Os problemas urinários mais relatados foram: dor e ardor ao urinar, eliminação de pouca quantidade de urina, Infecção do Trato Urinário (ITU), nefrite, cólica renal, “bexiga baixa”, ter apenas um rim e cálculo renal. Esses desconfortos não permitem que a pessoa tenha uma boa noite de repouso e interfere na qualidade do sono e de vida.

A Tabela 37 demonstra, ainda, que houve diferença estatisticamente significativa ( $p=0,036$ ) entre as mulheres que referiram evacuar uma vez ao dia e aquelas que evacuam uma vez por semana. A maior frequência nesta associação foi de mulheres que referiram não ter problema urinário (55,0%).

Estudo<sup>142</sup> associou o mau funcionamento do intestino a problemas de humor, função sexual e de sono e registrou que em 62% dos casos, houve influência na qualidade de vida em geral.

A Tabela 37 evidencia que houve diferença estatisticamente significativa entre problema urinário e o uso de bebida alcoólica ( $p=0,007$ ) entre as mulheres que nunca beberam ou pararam. A maior frequência (92,0%) foi de mulheres que referiram não beber e não ter o problema.

Em relação à autoavaliação da saúde, houve diferença estatisticamente significativa ( $p=0,013$ ) entre as mulheres que avaliaram a sua saúde como regular e boa. A maior frequência (53,0%) de problema urinário está entre as mulheres que avaliaram a saúde como regular e tinham o problema.

Estudo<sup>174</sup> realizado em uma Instituição Correcional para Mulheres, em Kentucky, relatou que 34,7% tinham problemas urinários cujo início ocorreu no período do encarceramento



**CONCLUSÕES**

## 5. CONCLUSÕES

Considerando os objetivos propostos para este estudo, **o perfil social das mulheres apenadas pode ser assim delineado:**

- Idade média de 34,7 anos (DP 10,57);
- 47,9% brancas, a maioria (66,9%) solteira;
- 50,5% com ensino fundamental incompleto;
- 36% evangélicas;
- A maioria (82,7%) proveniente da região sudeste;
- A maioria (70,0%) heterossexual;
- 44,8% trabalham na prisão e a maioria (62,8%) ganha até um salário mínimo;
- A maioria (53,0%) trabalhava antes de ser presa e a maioria (67,0%) cometeu delito contra a Lei de Drogas;
- 57,1% não tinham sido presas anteriormente;
- Das reincidentes 20,2% já haviam cumprido de dois a quatro anos de prisão anteriormente;
- 46,4% receberam pena de quatro a oito anos de reclusão;
- 45,7% não recebem visita social;
- A maioria (90,0%) não recebe visita íntima;
- A maioria possui tatuagem (72,9%) e piercing (21,8%);

**O perfil obstétrico e ginecológico demonstra que:**

- A maioria (86,8%) é mãe, 36,5% possuem filhos entre zero e nove anos e, 32,0% informaram que os filhos ficam com as avós;
- A maioria (91,8%) sofreu pelo menos um tipo de violência em sua vida;
- 29,5% sofreram violência física, psicológica e moral, 25,4% violência física, psicológica, sexual e moral;
- A maioria (50,3%) possui problemas relacionados à menstruação;
- 32,1% realizaram mamografia e 89,9% colpocitologia oncótica;
- O autoexame da mama é prática habitual de 66,6%;
- 14,4% mencionaram DST e 22,5% serem portadoras de sífilis;

**O perfil de saúde evidenciou que:**

- As morbidades mais referidas foram: problemas odontológicos (84,2%), alergias (43,5%), problemas respiratórios (42,2%), vasculares (41,6%) e depressão e problema musculoesquelético (39,1%);
- 56,2% já foram submetidas a algum tipo de cirurgia;

**Os hábitos de saúde revelaram que:**

- A maioria (54,6%) dorme bem e se alimenta bem (58,7%);
- 84,2% não pratica atividade física;
- A maioria tem hábito intestinal e vesical normais;
- 65,0% são tabagistas;
- 67,2% já utilizaram drogas ilícitas antes da prisão;
- As drogas mais utilizadas na prisão são a maconha (43,0%) e a cocaína (14,0%);
- A maioria (70,7%) se automedica e 55,2% recebem medicação prescrita por médico;
- 61,5% avaliaram a saúde de regular a péssima.
- O teste AUDIT indicou que 95,3% não beberam no último ano e 5,6% obtiveram pontuação que indica algum risco.

**A associação entre as doenças referidas e as variáveis preestabelecidas demonstrou que:**

Houve associação estatisticamente significativa entre:

- Problema odontológico e alimentação ( $p=0,037$ ), atividade física ( $p=0,003$ ) e uso de bebida alcoólica ( $p=0,013$ );
- DST e alimentação ( $p=0,022$ ), hábito intestinal ( $p=0,031$ ), hábito vesical ( $p=0,016$ ), uso de drogas ilícitas ( $p=0,002$ ), medicação prescrita ( $p=0,002$ ), e autoavaliação da saúde ( $p<0,001$ );
- Alergia e uso de medicação sem prescrição ( $p=0,032$ );
- Problema no sistema respiratório e tempo de prisão ( $p=0,015$ ), uso de medicação com prescrição ( $p=0,003$ ) e autoavaliação da saúde ( $p=0,008$ );
- Problema vascular e idade ( $p=0,009$ ) e uso de bebida alcoólica ( $p=0,022$ );

- Problema no sistema músculo esquelético e tempo de prisão ( $p=0,040$ ), alimentação ( $p=0,006$ ), medicação prescrita ( $p=0,000$ ), tabagismo ( $p=0,032$ ) e autoavaliação da saúde ( $p=0,030$ );
- Depressão e: sono ( $p=0,016$ ), medicação prescrita ( $p=0,000$ ), frequência do hábito intestinal ( $p= 0,030$ ) e autoavaliação da saúde ( $p=0,002$ );
- Hipertensão Arterial e idade ( $p\geq 0,001$ ), alimentação ( $p=0,050$ ), ingesta hídrica ( $p=0,012$ ), uso de droga ilícita ( $p\leq 0,001$ ), medicação prescrita ( $p=0,000$ ) e autoavaliação da saúde ( $p=0,003$ );
- Problemas urinários e sono ( $p=0,026$ ), frequência do hábito intestinal ( $p=0,036$ ), uso de bebida alcoólica ( $p= 0,007$ ) e autoavaliação da saúde ( $p=0,013$ ).



## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permite verificar que o perfil social e de morbidade das mulheres encarceradas que participaram do estudo revela fragilidades sociais e de saúde, uma dura realidade que parece estar longe de ser solucionada.

Percebe-se que os problemas de saúde referidos pelas mulheres antecedem à situação de cárcere. A prisão, em termos de saúde, nada mais é do que a extensão da situação em que se encontram as mulheres em sua comunidade.

A análise dos resultados mostraram que não há muita diferença entre o perfil sociodemográfico das mulheres encarceradas no Brasil e em outros países. De modo geral, trata-se de mulheres com baixa escolaridade, baixo nível financeiro, que vivem na periferia e realizam trabalho informal para o sustento da família. Essas mulheres são excluídas antes, durante e após o encarceramento.

O perfil social das detentas e seu relacionamento com os parceiros caracterizam a situação de domínio do homem sobre a mulher, o que propicia o envolvimento delas com o tráfico de drogas. Isto porque muitas se envolvem no crime em busca da fidelização da relação com o companheiro e também como um meio de subsistência da família.

As morbidades referidas pelas mulheres, neste estudo, apontam uma diversidade de doenças não transmissíveis e transmissíveis, a maioria das quais adquirida na comunidade e que agravam com o confinamento.

Na prisão as mulheres têm acesso aos programas de prevenção e promoção à saúde, disponibilizados pelo Ministério da Saúde e veiculados pela mídia televisiva e por meio de alguns pôsteres colocados em lugares onde há maior trânsito das presas. Entretanto, essas informações são apenas um alerta para um assunto específico e não constroem os conhecimentos necessários para modificar comportamentos e incorporar novos hábitos de saúde.

Para essa população, é necessário que haja estratégias que as motivem para as boas práticas de saúde e bem-estar. Para tanto uma educação continuada enquanto presas se faz necessária, tendo em vista que o que elas mais têm é tempo para aprender e apreender os conhecimentos.

A mulher que esteve presa é estigmatizada pela sociedade e só lhe resta, após o encarceramento, a opção de trabalho informal ou a reincidência no crime, estabelecendo um círculo vicioso e, o que é pior, envolvendo a família. O exemplo facilita a entrada de outros membros da família no crime, gerando novos infratores. Essa exclusão é reforçada pela indiferença com que as mulheres são tratadas no sistema penitenciário, que falha não só em relação aos cuidados de saúde como na reinserção dessas mulheres na sociedade.

O Estado tem responsabilidade com os indivíduos que se encontram sob sua guarda e os direitos constitucionais de cidadãos, em relação à educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia e lazer, devem estar resguardados.

O Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Justiça criou o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário, no qual a atenção à saúde está fundamentada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, esse plano precisa ser operacionalizado e, para isso, há necessidade de mais entrosamento entre todos os ministérios do governo.

A atenção à saúde integral da mulher deveria ter início quando de sua entrada no sistema carcerário. A consulta de enfermagem seria um instrumento importante nesta atenção. Esse procedimento poderia contribuir para detectar as necessidades individuais de saúde das mulheres, além de dar subsídios para efetivar a prevenção, promoção e reabilitação das reeducandas.

A penitenciária, na qual este estudo foi realizado, necessita de estrutura física e humana para realizar estratégias de saúde para as presas e suas famílias (ESPF) de modo que elas sejam objeto de atenção no ambiente em que vivem e entendam e compreendam o processo saúde/doença.

A estrutura deveria ser como o programa de saúde da família implantado pelo Ministério da Saúde, com atividades de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. O programa também deveria ser extensivo às famílias, pois há necessidade de continuidade da assistência extramuros, para reforçar as orientações e estimular mudanças de hábitos e, desse modo, reafirmar os princípios básicos do Sistema Único de Saúde em conformidade com o Projeto Saúde na Prisão da OMS.

Finalmente, sugere-se a reativação da estrutura do hospital que já existe no complexo penitenciário onde foi realizada a presente pesquisa, o que iria

contribuir para a qualidade da assistência à saúde das detentas. Vale salientar que essa proposta se justifica pela capacidade dessa penitenciária (2400 mulheres) em regime fechado.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. Fernandes RAQ (Org.); Narchi NZ (Org). Saúde da Mulher. Santana do Parnaíba: Manole, 2007. v. 1. 200 p.

2. Braunstein HR. Mulher Encarcerada: trajetória entre a indignação e o sofrimento por atos de humilhação e violência. [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, 2007. Acesso em julho de 2011. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/48/48134/tde-19042007-163930/pt-br.php>

3. Carvalho M L de, Valente JG, Assis SG de, Vasconcelos AGG. Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social. Ciênc. saúde coletiva. 11(2): 461-471. 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000200023&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000200023&lng=en). doi: 10.1590/S1413-81232006000200023.

4. Brasil. Ministério da Justiça. Código Penal TÍTULO V, DAS PENAS, CAPÍTULO I DAS ESPÉCIES DE PENA, Art 32- As penas são: (Redação dada pela Lei nº 7.209 de 11.7.1984). Acesso em fevereiro de 2011. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm)

5. Brasil. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN). Execução Penal. Conceituação e Classificação de conceitos de pena estabelecimento. Acesso em Abril de 2011. Disponível em [www.sap.sp.gov.br](http://www.sap.sp.gov.br)

6. Brasil. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN). InfoPen- Formulário de Categorias e Indicadores Preenchidos- Todas UFs.12/2011. Acesso em Março 2012. Disponível <http://portal.mj.gov.br/data/Pages/MJD574E9CEITEMIDC37B2AE94C6840068B1624D28407509CPTBRNN.htm>

7. Brasil. Ministério da Justiça. Secretária da Administração Penitenciária de São Paulo. Acesso em Maio de 2012. Disponível em [http://www.sap.sp.gov.br/common/unidades\\_cro.html](http://www.sap.sp.gov.br/common/unidades_cro.html)

8. UNODC. OPAS. OMS. Guia sobre Gênero, HIV/AIDS, coinfeções no sistema prisional. 2012. Acesso set de 2012. Disponível em [http://www.unodc.org/documents/southerncone//Topics\\_aids/Publicacoes/GUIA\\_SOBRE\\_GENERO\\_2012\\_1.pdf](http://www.unodc.org/documents/southerncone//Topics_aids/Publicacoes/GUIA_SOBRE_GENERO_2012_1.pdf)

---

9. Centro Pela Justiça e pelo Direito Internacional (CEJIL) et al. Relatório sobre mulheres encarceradas no Brasil.2007. Acesso em maio de 2010. Disponível em: [http://www.asbrad.com.br/conte%C3%BAdo/relat%C3%B3rio\\_oea.pdf](http://www.asbrad.com.br/conte%C3%BAdo/relat%C3%B3rio_oea.pdf)

10. Centro Pela Justiça e pelo Direito Internacional (CEJIL) et al. Relatório sobre mulheres encarceradas no Brasil.2007. Acesso em maio de 2010. Disponível em: [http://www.asbrad.com.br/conte%C3%BAdo/relat%C3%B3rio\\_oea.pdf](http://www.asbrad.com.br/conte%C3%BAdo/relat%C3%B3rio_oea.pdf)

11. Brasil. Ministério da Justiça. Secretária da Administração Penitenciária de São Paulo. Notícias SAP. Acesso Abril de 2012. Disponível em <http://www.sap.sp.gov.br/common/noticias/0500-0599/not588.html>

12. Brasil, Ministério da Justiça, Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), Mulheres Encarceradas, Diagnóstico Nacional, 2008. Acesso em outubro de 2011. Disponível em <http://portal.mj.gov.br/main.asp?ViewID=%7BE7CD13B5-D38A-44D1-8020-EB9BF0F41E93%7D&params=itemID=%7B2FEEC93D-DE63-45B4-B1E4-5071A0091908%7D;&UIPartUID=%7B2868BA3C-1C72-4347-BE11-A26F70F4CB26%7D>

13. Van den Bergh BJ, Gatherer A, Møller LF. Women's health in prison: urgent need for improvement in gender equity and social justice. Bull World Health Organ. Rev. Saúde Pública. vol.87. nº6. Genebra. jun 2009. Acesso maio, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S004296862009000600002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004296862009000600002&lng=en&nrm=iso)

14. Bessa LS. O sistema prisional brasileiro e os direitos fundamentais da mulher encarcerada: Proposta de coexistência. (Mestrado). UNIFOR.Fortaleza. 2007. Acesso em setembro de 2011. Disponível em: <http://uol01.unifor.br/oul/ObraBdtdSiteTrazer.do?method=trazer&obraCodigo=74967&programaCodigo=84&ns=true>

15. UNODC. OPAS. OMS. Guia sobre Gênero, HIV/AIDS, coinfeções no sistema prisional. 2012. Acesso set de 2012. Disponível em [http://www.unodc.org/documents/southerncone//Topics\\_aids/Publicacoes/GUIA\\_SOBRE\\_GENERO\\_2012\\_1.pdf](http://www.unodc.org/documents/southerncone//Topics_aids/Publicacoes/GUIA_SOBRE_GENERO_2012_1.pdf)

---

16. Brasil. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN). InfoPen- Quadro Geral.UFs 12/2011. Acessado em em 12 de julho de 2012. Disponível:<http://portal.mj.gov.br/data/Pages/MJD574E9CEITEMIDC37B2AE94C6840068B1624D28407509CPTBRNN.htm>

17. World Prison Brief.King`s College London. International Centre for Prison Studies. Entire world - Female prisoners (percentage the prison population). Acesso em Setembro de 2012. Disponível em [http://www.prisonstudies.org/info/worldbrief/wpb\\_stats.php?area=all&category=wb\\_fem](http://www.prisonstudies.org/info/worldbrief/wpb_stats.php?area=all&category=wb_fem)

18. Makki SH, Santos ML dos. Gênero e criminalidade: Um olhar sobre a mulher encarcerada no Brasil. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XIII, n. 78, jul 2010. Acesso em fev 2013. Disponível em: [http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=8080](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8080).

19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégias. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário 2 ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. Acesso em junho de 2010. Disponível em [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_nacional\\_saude\\_sistema\\_penitenciario\\_2ed.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pdf)

20. Dorfey ES, Meneses RS, Viana LM, Oliveira GN. Infecções sexualmente transmissíveis: um estudo entre as mulheres encarceradas de uma cidade do oeste baiano. Revista Digital de Pesquisa CONQUER da Faculdade São Francisco de Barreiras. Vol 3. 2008. América do Sul.Acesso em novembro de 2011. Disponível em <http://www.fasb.edu.br/revista/index.php/conquer/article/viewFile/89/66>

21. Strazza L, Azevedo RS, Carvalho HB, Massad E. The vulnerability of Brazilian female prisoners to HIV infection. Braz J Med Biol Res. 2004,37(5):771-776. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-879X2004000500020&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-879X2004000500020&lng=pt).

---

22. CDC. Centers for Disease Control and Centers for Disease Control and Prevention in HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STDs, and TB. Acessado em 22 de jan de 2011. <http://www.cdc.gov/nchhstp/healthdisparities/>

23. Lopes F, Latorre MR, Campos PAC, Buchala CM. HIV, HPV e sífilis na Penitenciária Feminina , na cidade de São Paulo, 1997-1998. *Saúde Pública Cad.* 17 (6):1473-80. Nov-Dez. 2001. Acesso em março de 2010. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2001000600031](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000600031)

24. Strazza L, Massad E, Azevedo RS, Carvalho HB. Estudo do comportamento associado à infecção pelo HIV e HCV em detentas de um presídio de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro. 23(1); 197-205. jan2007. Acesso em fevereiro de 2011. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000100021&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000100021&script=sci_arttext)

25. Miranda AE, Vargas PM, St Luis ME, MC Viana. Sexually transmitted diseases among female prisoners in Brazil: prevalence and riskfactors. *Rev Sex Trans Dis.* 2000, 27 (9): 491-5. Acesso em dezembro de 2010. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11034522>

26. Berra JAP, Bacetti LB, Buzo AA, Soroprevalência de HIV, sífilis, hepatite B e C em mulheres do Centro de Ressocilaização Feminino, Rio Claro, São Paulo. *Ver. Inst. Adolfo Lutz:* 65 (2): 133-136, maio-agos. 2006. Acesso em setembro de 2011. Disponível em [http://biblioteca.ial.sp.gov.br/index.php?option=com\\_remository&Itemid=27&func=select&id=20&orderby=4](http://biblioteca.ial.sp.gov.br/index.php?option=com_remository&Itemid=27&func=select&id=20&orderby=4)

27. Hellard ME, Aitken CK. Hiv in prison: what are risk and what can be done? *Sex Health.* 2004; 1(2): 107-13. Melbourne, Austrália. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16334992>. Acesso em Março de 2010

28. Giordani AT, Bueno SMV. Tatuagens e a vulnerabilidade as DST- Aids em mulheres detentas. *DST- J brs Doenças Transm.* 14(5): 4-10, 2002. Acesso em março de 2010. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista14-5-2002/Artigo1%20-%20Tatuagens%20e%20a%20vulnerabilidade%20as%20DST-AIDS.pdf>

29. CDC. Centers for disease control and prevetion CDC. Data and Statistics .EUA. 2009. Acesso em outubro de 2010. Disponível em

---

<http://www.cdc.gov/tb/statistics/default.htm>.

30. Baussano I, Williams BG, Nunn P, Beggiato M, Fedeli U. et al. Incidence of tuberculosis in prisons: A systematic review. *Plos Med* 7 (12): e1000381. doi:10.1371/journal.pmed.1000381. Acessado em 20 de abril de 2011. <http://www.plosmedicine.org/article/citationList.action?articleURI=info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000381>

31. Harzke AJ, Baillargeon JG, Pruitt SL, Pulvino JS, Paar DP, Kelley MF. Prevalence of Chronic Medical Conditions among Inmates in the Texas Prison System. *Urban health J.* 87 (3): 486-503. May 2010. Acesso em agosto de 2011. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2871081/>

32. Bianchini A. Tráfico ilícito de drogas praticado por mulheres no momento do ingresso em estabelecimentos prisionais. Brasília, 2007. Acesso em Julho de 2010. Disponível em [http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/54/docs/artigo\\_-\\_mulheres,\\_trafico\\_de\\_drogas\\_e\\_sua\\_maior\\_vulnerabilidade.pdf](http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/54/docs/artigo_-_mulheres,_trafico_de_drogas_e_sua_maior_vulnerabilidade.pdf)

33. Van den Bergh BJ. Gatherer A. Møller LF. Fraser A. Imprisonment and women's health: concerns about gender sensitivity, human rights and public health. *Bulletin of the World Health Organization* 2011; 89:689-694. Acesso em setembro de 2012. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/9/10-082842/en/>

34. WHO. Regional Office Europe. Health in Prisons Programme (HIPP). Prisons and health. Acesso em jan de 2010. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/who-health-in-prisons-programme-hipp>.

35. BRASIL, Presidência da Republica, Casa Civil, Sub Chefia para assuntos Jurídicos. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Acesso em AGOSTO DE 2010. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>

- 
36. Canazaro D, Argimon II de Lima. Características, sintomas depressivos e fatores associados em mulheres encarceradas no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2010, vol.26, n.7. Acesso em junho de 2011. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000700011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000700011&script=sci_arttext)
37. Babor TF, Higgins- Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Dependence. AUDIT Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. 2 ed. 2001.
38. Jomar RT, Paixão LAR, Abreu AMM. Alcohol use Disorders Identification Test (AUDIT) e sua aplicabilidade na atenção primária a saúde. *Rev APS*. 2012 jan/mar; 15(1): 113-117. Juiz de Fora. MG.
39. Mendéz EB. Uma versão brasileira do AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) [dissertação]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas – Faculdade de Medicina; 1999.
40. BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. MULHERES ENCARCERADAS- DIAGNÓSTICO NACIONAL. 2008. Acesso em fevereiro de 2010. Disponível em [2008pesq\\_MulheresEncarceradas.pdf](#)
41. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo Demográfico 2010.Características da população e dos domicílios Resultados do universo. Rio de Janeiro, 2011. [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas\\_da\\_populacao/resultados\\_do\\_universo.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf)
42. Binswanger IA. Merrill OJ. Krueger PM. White MC. Booth RE and Joann G. Elmore GJ. Gender Differences in Chronic Medical, Psychiatric, and Substance-Dependence Disorders Among Jail Inmates. *American Journal of Public Health*: March 2010, Vol. 100, No. 3, pp. 476-482. Acesso em novembro de 2011. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2820077/>
43. Pinese CSV. Identificação da depressão em mulheres no sistema prisional. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. (Dissertação de Mestrado). Ribeirão Preto, 2008. Acesso em julho de 2010. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-03092008-104736/pt-br.php>

---

44. Fontes A. 5º Fórum Urbano Mundial. Assembléia de Ação pela Igualdade de Gênero. Governo municipal e o papel das mulheres no governo local. Rio de Janeiro, 19-20 março de 2010. Disponível em <http://www.generoracaetnia.org.br/publicacoes/ForumUrbano.pdf>. Acessado em 14 de Abril de 2012.

45. Stief ACF, Martins RMB, Andrade SMO de, Pompilio MA, Fernandes SM, Murat PG et al . Seroprevalence of hepatitis B virus infection and associated factors among prison inmates in state of Mato Grosso do Sul, Brazil. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. [serial on the Internet]. 2010 Oct [cited 2012 June 02] ; 43(5): 512-515. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0037-86822010000500008&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822010000500008&lng=en). .

46. Brasil. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN). InfoPen- Quadro Geral.UFs 06/2011. Acessado em em 12 de julho de 2011. Disponível em <http://portal.mj.gov.br/data/Pages/MJD574E9CEITEMIDC37B2AE94C6840068B1624D28407509CPTBRNN.htm>

47. Lucena HHR. Biografias de Aprendizagens de Mulheres Encarceradas. Universidade Federal da Paraíba. Centro de Educação.( Dissertação de Mestrado). João Pessoa, PE. 2009. [http://www.ce.ufpb.br/ppge/Dissertacoes/dissert09/HELEN%20HALINNE%20RODRIGUES%20DE%20LUCENA/Disserta%E7%E3o%20Helen\\_Halinne%20-%20Biografias%20de%20Aprendizagens%20de%20M.pdf](http://www.ce.ufpb.br/ppge/Dissertacoes/dissert09/HELEN%20HALINNE%20RODRIGUES%20DE%20LUCENA/Disserta%E7%E3o%20Helen_Halinne%20-%20Biografias%20de%20Aprendizagens%20de%20M.pdf)

48. Moraes PAC. Saúde Mental e religião em mulheres encarceradas: um estudo epidemiológico e de Psiquiatria cultural. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, 2006. Acesso em julho de 2010. Disponível em <http://cutter.unicamp.br/document/?code=000372515>

49. Moraes PAC de, Dalgalarondo P. Mulheres encarceradas em São Paulo: saúde mental e religiosidade. J. bras. psiquiatr. [serial on the Internet]. 2006 [cited 2012 June 02] ; 55(1): 50-56. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852006000100007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852006000100007&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S004720852006000100007>

50. Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Grupo de Trabalho Interministerial - Reorganização e Reformulação do

---

Sistema Prisional Feminino. Relatório Final. Brasília: Presidência da República, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. 2008. Acesso em maio de 2011. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_final\\_reorganizacao\\_prisional\\_feminino.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_final_reorganizacao_prisional_feminino.pdf)

51. Brasil. Ministério da Justiça. Execução Penal. Sistema Prisional. Relatórios Estatísticos - Analíticos do sistema prisional de cada Estado da Federação. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/depen/data/Pages/MJD574E9CEITEMIDC37B2AE94C6840068B1624D28407509CPTBRNN.htm>. Acesso em fevereiro de 2011.

52. Jürgens R, Nowak M, Day M. HIV and incarceration: prisons and detention. J Int AIDS Soc. 2011 May. Acesso em dezembro de 2011. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3123257/>

53. Freudenberg N, Moseley J, Labriola M, Daniels J, Murrill C. Comparison of Health and Social Characteristics of people leaving New York City jails by age, sex and race/ ethnicity: Implications for public health interventions. Public Health Rep. 122(6):733-43. 2007Nov/Dec. Acesso em julho de 2010 Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1997241/>

54. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. LEI Nº 7.210, DE 11 DE JULHO DE 1984. Lei de Execução Penal. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7210.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm) Acesso em dezembro de 2010.

55. Fundação Estadual de Amparo ao Trabalhador Preso "FUNAP. Fundação Prof. Dr. Manoel Pedro Pimentel. Secretária do Estado da Administração Penitenciária. 2008. Acesso em janeiro de 2011. Disponível em <http://www.funap.sp.gov.br/index.html>.

56. FUNAP. "Fundação Estadual de Amparo ao Trabalhador Preso" DASPRE Prêmio da Fundação Banco do Brasil de Tecnologia Social em 2009. Disponível em <http://www.daspre.sp.gov.br/certificado.html>. Acesso em 12 de janeiro de 2011.

57. Brasil. Ministério da Justiça. Execução Penal. Reintegração. Dados do Social Infopen relativos a trabalho, renda e qualificação profissional. Acesso em janeiro de 2012. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/depen/data/Pages/MJDA8C1EA2ITEMID14A647730CFB45A>

---

4BA6FEC41D9AFE2BBPTBRNN.htm.

58. Peixoto. M. Da cidadania homogênea ao reconhecimento das diferenças no sistema prisional feminino paulista. II Seminário Internacional de Educação Intercultural, Gênero e Movimentos Sociais UFSC. 2003. Acesso em jan 2010 Disponível em: <http://www.rizoma.ufsc.br/showprod.php?id=285>.

59. Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners Adopted by the First United Nations Congress on the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders, held in Geneva in 1955, and approved by the Economic and Social Council by its resolutions 663 C (XXIV) of July 31 1957 and 2076 (LXII) of May 13, 1977. Acesso em 11 de Agosto de 2010. Disponível em <http://www2.ohchr.org/english/law/pdf/treatmentprisoners.pdf>

60. Julião EF. O impacto da Educação e do trabalho como programas de reinserção social na política de execução penal do Rio de Janeiro. Revista Brasileira de Educação. v 15. n.45.set/dez. 2010. Acesso em julho de 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v15n45/10.pdf>

61. Douglas N, E Plugge, R Fitzpatrick. The impact of imprisonment on health: what do women prisoners say? J Epidemiol Community Health. 2009; 63: 749-754. Acesso em novembro de 2012. Disponível em: <http://jech.bmj.com/content/63/9/749.full>

62. FUNAP. LEI Nº 1.238 DE 22.12.1976. Autoriza o Poder Executivo a instituir Fundação denominada “Fundação Estadual de Amparo ao Trabalhador Preso” Acesso em: agosto de 2011. Disponível em: <http://www.funap.sp.gov.br/estatuto.html>

63. Cunha LE. Ressocialização: O desafio da Educação no Sistema Prisional Feminino. Cad. Cedes, V 30.n81. p157-178. Campinas. 2010. Acesso em maio de 2011. Disponível em <http://www.cedes.unicamp.br>.

64. Passos TB. Educação prisional no Estado de São Paulo: passado, presente e futuro. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Filosofia e Ciências. Marília. 2012. Acesso em novembro de 2012. Disponível em:

---

[http://www.athena.biblioteca.unesp.br/exlibris/bd/bma/33004110040P5/2012/passos\\_tb\\_me\\_mar.pdf](http://www.athena.biblioteca.unesp.br/exlibris/bd/bma/33004110040P5/2012/passos_tb_me_mar.pdf)

65. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Classificação Brasileira de Ocupações. (CBO). 2002. Acesso em julho 2011. Disponível em <http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/home.jsf>

66. Andrade S, Freitas G. A Seletividade do Sistema Penal e a questão de Gênero como colaboradoras da reincidência feminina. Revista da Faculdade de Direito da UFRP. América do Norte, 43, jan. 2007. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/direito/article/view/7011>. Acesso em: 03 Jun. 2012.

67. Scherer ZAP, Scherer EA. Concepções e vivências de Mulheres encarceradas sobre a violência. Rev. Cogitare Enfermagem. 14(3);435-40. Jul/Set 2009. Disponível em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/16160>. Acesso em 11 de Fevereiro de 2011.

68. MISCIASCI E. Presídio de mulheres, breve introdução. Acesso em julho de 2010. Disponível em: <http://www.eunanet.net/beth/revistazap/topicos/aumentocrime1.htm>

69. Ely A, Cechinel B, Camargo MO. Entre vítimas e criminosas: Estudo sobre o histórico de violência na vida das mulheres em situação de detenção no Presídio Santa Augusta, Criciúma, SC. II Seminário de Ciências Sociais Aplicada. América do Norte. 2010. Disponível em: <http://periodicos.unesc.net/index.php/CSA/article/view/390/398>. Acesso em: 06 Jul. 2012.

70. Araújo MJO, Simonetti MCM, Souza ML, Schiavo F, Araújo MC. Relatório da Missão da Relatoria do Direito à Saúde Sexual e Reprodutiva da Plataforma DhESCA ao Conjunto Penal Feminino em Salvador. Salvador, 2010. Disponível em <http://www.dhescbrasil.org.br> Acesso em 21 de junho de 2011.

71. Barcinski M. Protagonismo e vitimização na trajetória de mulheres envolvidas na rede do tráfico de drogas no Rio de Janeiro. Ciênc. saúde

---

coletiva vol.14 no.2 Rio de Janeiro Mar./Abr. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000200026&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000200026&script=sci_abstract&tlng=pt)

72. Santos CCATM. Um olhar sobre a Colônia Penal Feminina do Recife: Dinâmica e Compreensão do Perfil da Mulher no Cárcere. Recife. 2009 Disponível em [http://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id\\_dh=5475](http://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id_dh=5475). Acesso em janeiro 2010.

73. Araújo MJO, Simonetti MCM, Souza ML, Schiavo F, Araújo MC. Relatório da Missão da Relatoria do Direito à Saúde Sexual e Reprodutiva da Plataforma DhESCA ao Conjunto Penal Feminino em Salvador. Salvador, 2010. Disponível em <http://www.dhescbrasil.org.br> Acesso em 21 de junho de 2011.

74. Minzon CV, Danner GK, Barreto DJ. Sistema Prisional: conhecendo as vivências da mulher inserida neste contexto. Akrópolis Umuarama. v 18. n.1. p 71-81. jan/mar.2010. Acesso dez de 2011. Disponível em <http://revistas.unip.br/akropolis/article/viewFile/3118/2212>

75. Costa ECP. Amor bandido: as teias afetivas que envolvem a mulher no tráfico de drogas. 2a. ed., Maceió, Brasil : EDUFAL, Editora da Universidade Federal de Alagoas, 2008. Acesso em julho de 2011. Disponível em <http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/708.pdf>

76. Souza KOJ. A pouca visibilidade da mulher brasileira no tráfico de drogas. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 14, n. 4, p. 649-657, out./dez. 2009. Acesso março de 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n4/v14n4a05.pdf>

77. Brasil. Ministério da Justiça. DEPEN. Infopen. Quadro Geral. Disponível em <http://portal.mj.gov.br/depen/data/Pages/MJD574E9CEITEMIDC37B2AE94C6840068B1624D28407509CPTBRNN.htm>. Acesso em 02 de fevereiro de 2011

78. Andrade SS, Freitas GC. A seletividade do sistema penal e a questão de gênero como colaboradoras da reincidência feminina. Revista da Faculdade de Direito da UFPR, Vol. 43, No 0 (2005). Disponível em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/direito/article/viewArticle/7011>. Acesso em 28 de fevereiro de 2010.

---

79. Cavalcanti TAS. Crise no Sistema Prisional Brasileiro. João Pessoa. 2009. Acesso em novembro de 2011. Disponível em <http://pt.scribd.com/doc/57319286/MONOGRAFIA-THIAGO>

80. Brasil. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. Comissão Parlamentar de Inquérito do Sistema Carcerário. CPI sistema carcerário. – Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2009. Acesso em abril de 2011. Disponível em <http://bd.camara.gov.br/bd/handle/bdcamara/2701>

81. Graham L. Prison Healthin Scotland. A Healthcare Needs Assessment. 2007. Acesso em setembro de 2012. Disponível em <http://www.sps.gov.uk/Publications/Publication85.aspx>

82. Lima M. Da visita íntima à intimidade da visita: a mulher no sistema prisional (dissertação). São Paulo. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. 2006. Acesso Julho de 2010. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-24032008-085201/>.

83. WHO Regional Office for Europe .Women's health in prison. Correcting the gender inequity in prison health. Kyiv Declaration on Women's Health in Prison.2009. Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/76513/E92347.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/76513/E92347.pdf). Acesso em junho de 2010

84. Biondi K.. Junto e misturado: imanência e transcendência no PCC. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de São Carlos. UFSCar. 2009. Acesso em setembro de 2011. Disponível em [http://www.academia.edu/1143370/Junto\\_e\\_misturado\\_imanencia\\_e\\_transcendencia\\_no\\_PCC](http://www.academia.edu/1143370/Junto_e_misturado_imanencia_e_transcendencia_no_PCC)

85. Brasil. Ministério da Justiça. Secretária da Administração Penitenciária. Resolução SAP 096, de 27 de setembro de 2001: Regulamenta a visita íntima para mulheres que cumprem pena em estabelecimentos prisionais de regime fechado e de semi aberto, subordinados à Secretaria da Administração Penitenciária.

86. Prison Arrested HIV / AIDS .Acesso em outubro de 2012. Disponível em <http://www.avert.org/aids-hiv-charity-avert.htm>

87. Hellard ME, Aitken CK. HIV in prison: what are the risks and what can be done?

---

Sex Health. 2004;1(2):107-13. Disponível em:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16334992> Acesso em junho de 2010

88. CDC. Centers for Disease Control and Prevention. Department of Health and Human Services. Acesso. Fevereiro 2012. Disponível em <http://www.cdc.gov/hiv/resources/qa/transmission.htm>

89. Portugal. Relatório do Grupo de Trabalho Justiça/Saúde. Plano de Ação Nacional para Combate à Propagação de Doenças Infecciosas em Meio Prisional. Despacho conjunto n.º 72/2006. [http://www.dgpj.mj.pt/sections/politica-legislativa/anexos/legislacao-avulsa/plano-de-accao-nacional/downloadFile/attachedFile\\_f0/Relat\\_Plano\\_Combate\\_Doencas\\_Infecciosas\\_Prisoes.pdf?nocache=1205856345.98](http://www.dgpj.mj.pt/sections/politica-legislativa/anexos/legislacao-avulsa/plano-de-accao-nacional/downloadFile/attachedFile_f0/Relat_Plano_Combate_Doencas_Infecciosas_Prisoes.pdf?nocache=1205856345.98). Acesso em Junho de 2006.

90. Penna LHG, Santos NC. Violência contra a mulher. In: Fernandes RAQ, Narchi NZ. Enfermagem e saúde da mulher. Barueri (SP). Manole; p.127-49. Capítulo 9.

91. *Quitete B et al.* Transtorno de estresse pós-traumático e uso de drogas ilícitas em mulheres encarceradas no Rio de Janeiro. *Rev Psiq Clín.* 2012; 39(2): 43-7. Acesso em novembro de 2012. Disponível em <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol39/n2/43.htm>

92. Nicolau AIO, Ribeiro SG, Lessa PRA, Monte AS, Bernardo EBR, Pinheiro AKB. Conhecimento, atitude e prática do uso de preservativos por presidiárias: prevenção das DST/HIV no cenário prisional. *Rev. esc. enferm. USP* vol.46 no.3 .São Paulo June 2012. Acesso em novembro de 2012. Disponível em:[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342012000300025&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342012000300025&script=sci_arttext)

93. Soares BM. Retrato das mulheres presas no estado do Rio de Janeiro. 1999/2000. Boletim de segurança e cidadania. Ano 01. n.º 01 - julho de 2002. Acesso em outubro de 2012. Disponível em: <http://www.ucamcesec.com.br/arquivos/publicacoes/boletim01.pdf>

---

94. Guedes RN, Fonseca RMGS. A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(Esp. 2):1731-5. Acesso em novembro de 2012. Disponível em: [www.ee.usp.br/raeeusp/](http://www.ee.usp.br/raeeusp/)

95. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2012. Atualização: Homicídio de mulheres no Brasil. FLACSO Brasil. Área de Estudos sobre a Violência. Agosto de 2012 [http://mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012\\_atual\\_mulheres.pdf](http://mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_atual_mulheres.pdf)

96. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. Ciênc. saúde coletiva vol.11 suppl.0. Rio de Janeiro 2006. Acesso outubro de 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000500007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500007)

97. Liu J. Early Health Risk Factors for Violence: Conceptualization, Review of the Evidence, and Implications Aggress Violent Behav. 2011; 16(1): 63–73. Acesso em novembro de 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3052794/>

98. OMS. Regional Office for Africa. Facts about women`s health. Acesso em Março de 2012. Disponível em: <http://www.who.int/features/factfiles/women/en/index.html>

99. Praça NS. Saúde da mulher e HIV/AIDS: Aspectos preventivos. In: Fernandes RAQ, Narchi NZ. Enfermagem e saúde da mulher. Barueri (SP). 2º ed. Manole; p.183-208. Capítulo 8. 2013

100. Watkins RE, Mak DB, Connelly C. Identifying groups at high risk for sexually transmitted infections and blood-borne viruses on admission to prison in Western Australia. Rural Remote Health. 2011 Apr-Jun; 11 (2): 1621. <http://www.rrh.org.au/home/defaultnew.asp>

101. Scottish Prison Service. Female Offenders. 12th Survey Bulletin Offender Case Management. March 2010. Acesso em outubro de 2012. Disponível em <http://www.sps.gov.uk/Publications/Publication-3276.aspx>

102. Brasil. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. Comissão Parlamentar de Inquérito do Sistema Carcerário. CPI sistema carcerário. – Brasília. Câmara

---

dos Deputados, Edições Câmara, 2009.n 620 p. – (Série ação parlamentar. n. 384). Acesso em dezembro de 2011. Disponível em [http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/2701/cpi\\_sistema\\_carcerario.pdf?sequence=1](http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/2701/cpi_sistema_carcerario.pdf?sequence=1)

103. Brasil. LEI Nº 11.942, DE 28 DE MAIO DE 2009. Dá nova redação aos arts. 14, 83 e 89 da Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984 – Lei de Execução Penal, para assegurar às mães presas e aos recém-nascidos condições mínimas de assistência. Acesso em novembro de 2012. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2009/Lei/L11942.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L11942.htm)

104. Magalhães AT. Criminalidade feminina: um estudo sobre as particularidades do crime praticado por mulheres. De Jure: revista jurídica do Ministério Público do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, n. 11, p. 117-143, jul./dez. 2008. Disponível em: <<http://bdjur.stj.jus.br/dspace/handle/2011/28110>>. Acesso em: 22 mar. 2010.

105. Howard C, Oliveira M. Direitos humanos e mulheres Instituto Terra, Trabalho e Cidadania e Pastoral Carcerária. 2005. Acesso: Maio de 2010. Disponível em <http://www.ittc.org.br/web/downloads/direitos-humanos-e-mulheres-encarceradas.pdf>

106. WHO Regional Office for Europe. Women's health in prison. Correcting gender inequity in prison health. DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark. 2009. Disponível em [http://www.unodc.org/documents/commissions/CND-Session51/Declaration\\_Kyiv\\_Women\\_60s\\_health\\_in\\_Prison.pdf](http://www.unodc.org/documents/commissions/CND-Session51/Declaration_Kyiv_Women_60s_health_in_Prison.pdf) Acesso: Jan de 2010.

107. Núcleo de especializado da infância e juventude. Mães no cárcere. Observações técnicas para atuação profissional em espaços de convivência de mulheres e seus filhos. Acesso em outubro de 2011. Disponível em: [http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/33/documentos/outros/Cartilha%20M%C3%A3es%20no%20C%C3%A1rcere%20\\_%20Leitura.pdf](http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/33/documentos/outros/Cartilha%20M%C3%A3es%20no%20C%C3%A1rcere%20_%20Leitura.pdf)

108. Allsworth JE, Clarke J, Peipert JF, Hebert MR, Cooper CRNP, Boardman LA. Womens Health Issues. 2008. Acesso em junho de 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2170522/>

---

109. Sousa-Rodrigues CF, Gusmão LCB, Gerson Odilon Pereira, Bárbara GHS, Júnior DLB, Jesus SRR. Prevalência e gravidade de sintomas da síndrome pré-menstrual em reeducandas condenadas por crimes. J. bras. psiquiatr. vol.55 no.1 Rio de Janeiro 2006. Acesso em novembro de 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852006000100008&lang=pt&tlng=violentos](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852006000100008&lang=pt&tlng=violentos)

110. Biblioteca Virtual da Saúde. Descritores em Ciência da Saúde. Desch. Disponível em: [ecs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/?IscScript=../cgi-bin/decserver/decserver.xis&previous\\_page=homepage&](http://ecs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/?IscScript=../cgi-bin/decserver/decserver.xis&previous_page=homepage&)

111. Nahas EAP, Nahás-Neto J, Pontes A, Dias R, Fernandes CE. Estados hiperprolactinêmicos- inter relações com o psiquismo. Disponível em Rev. Psiq. Clín. 33 (2); 68-73, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n2/a06v33n2.pdf> Acesso em dez 2010.

112. Silva de Sá MF, Halbe HW, Tratado de Ginecologia. 3º ed. São Paulo: Roca 2000.

113. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Vigitel. 2010 Acesso em outubro de 2012. Disponível <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabnet.exe?vigitel/vigitel10.def>

114. Nijhawan AE, Salloway R, Nunn AS, Poshkus M, Clarke JG. Preventive health for underserved women: results of a survey PrisonJ Womens Health (Larchmt). Janeiro de 2012. 19 (1): 17-22. Acesso em outubro de 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2828235/>

115. Bergamasco RB, Tsunehiro MA. Câncer de mama e auto exame. In: Fernandes RAQ, Narchi NZ. Enfermagem e saúde da mulher. Barueri (SP). Manole; p.116-26. Capítulo 6.

116. Monteiro APS, Arraes EPPA, Pontes LB, Campos MSS, Ribeiro RT, Gonçalves REB. Auto-exame das Mamas: Frequência do Conhecimento, Prática e Fatores Associados. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.25 nº3. Rio de Janeiro Apr. 2003. Acesso em novembro de 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010072032003000300009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010072032003000300009&script=sci_arttext)

---

117. Miranda AE, Merçon-de-Vargas PR, Viana MC. Saúde sexual e reprodutiva em penitenciária feminina, Espírito Santo, Brasil. Rev Saúde Pública 2004; 38 (2):255-60. Acesso em fevereiro de 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n2/19786.pdf>

118. Zonta MA, Monteiro J, Santos Jr G, Pignatari ACC. A infecção oral pelo vírus do papiloma humano em mulheres com lesões cervicais em uma prisão em São Paulo, Brasil. Braz. j. Otorhinolaryngol. vol.78 no.2 São Paulo Mar. / Apr. 2012 [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S180886942012000200011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S180886942012000200011&script=sci_arttext)

119. Narchi NZ, Janicas RCSV, Fernandes RAQ. Prevenção e controle do câncer cérvico uterino. In: Fernandes RAQ, Narchi NZ. Enfermagem e saúde da mulher. Barueri (SP). Manole; p.127-49. Capítulo 7.

120. Ministério da saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Monitoramento das ações de controle do câncer do colo do útero e de mama. Informativo: Detecção precoce. jan/fev/março de 2010, n(1). <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/inform.deteccao precoce.pdf>

121. International Menopause Society. Promoting education and research on all of adult women`s health. Acesso novembro de 2012. Disponível em [http://www.imsociety.org/menopause\\_terminology.php](http://www.imsociety.org/menopause_terminology.php)

122. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

123. Amaral AD. Incidência de *Gardnerella vaginalis* nas Amostras de Secreção Vaginal em Mulheres Atendidas pelo Laboratório Municipal de Fraiburgo. Rev Ciênc Farm Básica Apl., 2012;33(3):455-458

124. Strazza L, Azevedo RS, Carvalho HB. Prevenção do HIV/AIDS em uma penitenciária- modelo feminina de São Paulo- SP, DST- J bras Doenças Sex Transm 18(4):235-240, 2006

---

125. Kouyoumdjian FG, Leto D, John S, Henein H, Bondy S. A systematic review and meta-analysis of the prevalence of chlamydia, gonorrhoea and syphilis in incarcerated persons. *Int J STD AIDS*; 23(4): 248-54, 2012 Apr. Acesso em novembro de 2012. Disponível em <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/mdl-22581947>

126. Curt G. Beckwith CG. Zaller ND. Fu JJ. Montague BT. Rich JD. Opportunities to Diagnose, Treat, and Prevent HIV in the Criminal Justice System. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2010 December 1; 55(Suppl 1): S49–S55. Acesso em dezembro de 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3017345/>

127. Dumont DM. Brockmann B. Dickman S. Alexander N. Rick DJ. Public Health and the Epidemic of Incarceration *Annu Rev Saúde Pública*. 2012 21 de abril; 33: 325-339. Acesso em setembro de 2012. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3329888/>

128. ONU. UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. Vienna Handbook o Prisoners with special needs. CRIMINAL JUSTICE HANDBOOK SERIES. New York. 2009. Acesso agosto de 2012. Disponível em: <http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Prisoners-with-special-needs.pdf>

129. Graham L. PRISON HEALTH IN SCOTLAND. A Health Care Needs Assessment. 2002. Acesso em agosto de 2011. Disponível em <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2004/02/18868/32855>

130. Colwyn MJ. McCann M. Nugent Z. Scottish Prisons' Dental Health Survey 2002. Acesso em setembro de 2012. Disponível em: <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2004/02/18868/32855>

131. Swartz JA. Chronic Medical Conditions among Jail Detainees in Residential Psychiatric Treatment: A Latent Class Analysis *J Urban Health*. 2011 August; 88(4): 700–717. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3157505/?tool=pubmed>

132. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS. Uma

---

construção coletiva. Plano Nacional de Saúde (PNS). 2008/2009-2011. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Cadernos de Planejamento – v. 9. Brasília- DF. Acesso em jan 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_planejamento\\_sus\\_v9.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_planejamento_sus_v9.pdf)

133. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Um Panorama da saúde no Brasil : acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde : 2008 / IBGE. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro . IBGE. 2010. 256 p. Acesso em outubro de 2011. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnad\\_panorama\\_saude\\_brasil.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnad_panorama_saude_brasil.pdf)

134. Elger BS. Management and evolution of insomnia complaints among non-substance-misusers in a Swiss remand prison S W I S S M E D W K L Y 2 0 0 4 ; 1 3 4 : 4 8 6 – 4 9 9. Acesso em setembro de 2012. Disponível em <http://www.smw.ch/docs/pdf200x/2004/33/smw-10571.pdf>

135. James DJ, Glaze LE. Mental Health Problems of Prison and Jail Inmates. U.S. Department of Justice Office of Justice Programs Bureau of Justice Statistics. Washington, DC. September 2006. Acesso em outubro de 2012. Disponível em: <http://bjs.ojp.usdoj.gov/content/pub/pdf/mhppji.pdf>

136. Plugge EH, Foster CF, Yudkin PL, Douglas N. Cardiovascular risk factors and women prisoners in the UK: impact of prison. *Promot Saúde. Int.* 2009. 24(4): 334-343. Acesso em julho de 2011. Disponível em: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/24/4/334.full>

137. Confalonieri U, Léo Heller L, Azevedo S. ÁGUA E SAÚDE: ASPECTOS GLOBAIS E NACIONAIS. Acesso em outubro de 2012. Disponível em <http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-808.pdf>

138. Carvalho APL, Zanardo VPS. Consumo de água e outros líquidos em adultos e idosos residentes no município de Erechim- Rio Grande do Sul. *Perspectiva, Erechim.* v.34, n.125, p. 117-126, março/2010. Acesso em outubro de 2012. Disponível em: [http://www.uricer.edu.br/new/site/pdfs/perspectiva/125\\_79.pdf](http://www.uricer.edu.br/new/site/pdfs/perspectiva/125_79.pdf)

---

139. Valtin H Drink at least eight glasses of water a day.” Really? Is there scientific evidence for “8 × 8”? “? Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol **283** : R993 - R1004 , 2002.

140. Subcommittee on the Tenth Edition of the Recommended Dietary Allowances, Food and Nutrition Board, Commission on Life Sciences, National Research Council. "Front Matter." *Recommended Dietary Allowances: 10th Edition*. Washington, DC: The National Academies Press, 1989. Acesso em outubro de 2012. Disponível em: <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309046335>

141. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira : promovendo a alimentação saudável / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.210p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Acesso em outubro de 2012. Disponível em [http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/guia\\_alimentar\\_conteudo.pdf](http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/guia_alimentar_conteudo.pdf)

142. Federação Brasileira de gastroenterologia. Saúde intestinal da mulher. Mapeamento da saúde gastrointestinal de mulheres brasileiras e seu impacto sobre a qualidade de vida. Acesso em outubro de 2012. Disponível em [http://www.fbg.org.br/Arquivos/pesquisa\\_VO4D4R.pdf](http://www.fbg.org.br/Arquivos/pesquisa_VO4D4R.pdf)

143. Manual Merck de Medicina. Diagnóstico e tratamento. 16ºed. 1995. São Paulo. Editora Roca.

144. Guyton AC. Tratado de fisiologia médica. 9ºed. Editora Guanabara Koogan. Rio de Janeiro. 1996.

145. Eldridge GD. Cropsey KL. Smoking Bans and Restrictions in U.S. Prisons and Jails. Consequences for Incarcerated Women. Am J Prev Med 2009;37(2S). Acesso em setembro de 2012. Disponível em: [http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/trend/low\\_ses\\_ii/docs/EldridgeCropseyAJPM2009.pdf](http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/trend/low_ses_ii/docs/EldridgeCropseyAJPM2009.pdf)

---

146. Brasil. Ministério da Saúde. INCA. Jovem Mulher e Tabaco. Acesso em julho de 2012. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=jovem&link=namira.htm>.

147. Governo do Estado de São Paulo. LEI Nº 13.541, DE 7 DE MAIO DE 2009 Acesso em setembro de 2012. Disponível em <http://www.leiantifumo.sp.gov.br/usr/share/documents/legislacao.pdf>

148. WHO. About the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Acesso em setembro de 2012. Disponível em: <http://www.who.int/fctc/about/en/index.html>

149. Guimarães A. Restrições ao cigarro nas cadeias paulistas esbarram em questões práticas, diz especialista. Notícias UOL São Paulo. on line. 15 de julho de 2011 Acesso em junho de 2012, Disponível em <http://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2011/07/15/especialistas-apoiam-restricoes-ao-cigarro-nas-cadeias-mas-julgam-a-medida-complexa.htm>

150. Cork K. Public Health Law Center. Tobacco Behind Bars: Policy Options for the Adult Correctional Population (2012). Acesso em outubro de 2012. Disponível em <http://publichealthlawcenter.org/sites/default/files/resources/phlc-policybrief-tobaccobehindbars-adultcorrections-2012.pdf>

151. World Health Organization. Regional Office for Europa. Alcohol in the European Union Consumption, harm and policy approaches. 2012 <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2012/alcohol-in-the-european-union.-consumption,-harm-and-policy-approaches>

152. EUA. Executive Office of the President of the United State. Office of National *Drug Control Strategy* 2012. Acesso Outubro de 2012. Disponível em <http://www.whitehouse.gov/ondcp/2012-national-drug-control-strategy>

153. Gois SM et al. Para além das grades e punições: uma revisão sistemática

---

sobre a saúde penitenciária. Ciênc. saúde coletiva vol.17 no.5 Rio de Janeiro. Maio 2012 Acesso em novembro de 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000500017&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000500017&script=sci_arttext)

154. Babor TH, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT - Teste de Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool: Roteiro para Uso em Atenção Primária. Ribeirão Preto: PAI-PAD; 2008.

155. Caviness CM et al. Three brief alcohol Screens for detecting hazardous drinking of Incarcerated Women. Fonte: J Drogas Álcool Stud. 2009; Janeiro, 70 (1): 50-4. Acesso em maio de 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19118391>

156. Stein MD, Caviness CM, Anderson BJ, Meg Hebert M, Clarke JG. A Brief Alcohol Intervention for Hazardously-Drinking Incarcerated Women. Addiction. 2010 March; 105(3): 466–475. Acesso em março de 2011. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2858363/>

157. MacAskill S, Parkes T, Brooks O, Graham L, McAuley A, Brown A. Assessment of alcohol problems using AUDIT in a prison setting: more than an 'aye or no' question. BMC Public Health. 2011. 11:865. Acesso em outubro de 2012. Disponível em: <http://europepmc.org/abstract/MED/22082009>

158. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

159. Souza ECF. Bucalidade: conceito-ferramenta de religação entre clínica e saúde bucal coletiva. Ciênc. saúde coletiva [serial on the Internet]. 2006 Mar [cited 2013 Mar 17]; 11(1): 24-28. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000100005&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100005&lng=en).

160. Carrard VC, Pires AS, Paiva RL, Chaves ACM, Sant'Ana Filho M. Álcool e Câncer Bucal: Considerações sobre os Mecanismos Relacionados. Revista Brasileira de Cancerologia 2008; 54(1): 49-56. [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_54/v01/pdf/revisao\\_2\\_pag\\_49a56.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_54/v01/pdf/revisao_2_pag_49a56.pdf).

---

161. Khocht A, Schleifer SJ, Janal MN, Keller S. Dental Care and Oral Disease in Alcohol Dependent Persons. *J Subst Abuse Treat.* 2009 September; 37(2): 214–218.

162. Arrais, P.S.D. et al. Perfil da automedicação no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 31(1), 1997. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v31n4/2212.pdf>. Acesso em fevereiro de 2013.

163. Damas FB. Assistência e condições de saúde nas prisões de Santa Catarina, Brasil. *Rev. Saúde Públ. Santa Cat.*, Florianópolis, v. 5, n. 3, p. 6-22, dez. 2012.

164. Staton-Tindall M, Duvall LJ, Leukefeld C, Oser CB. Health, use of health, substance use and mental services among rural and urban incarcerated women. *Health problems of women.* July 2007-August, 17 (4): 183-192.

165. Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascul. Estimativas. Acesso em dezembro de 2012. Disponível em: <http://www.sbacv.com.br/index.php/imprensa/estimativas.html>

166. Chellappa SL, Araújo JF. O sono e os transtornos do sono na depre <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34n6/v34n6a05.pdf>ssão. *Rev. Psiqu. Clín* 34 (6); 285-289, 2007. Acesso em dezembro de 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34n6/v34n6a05.pdf>

167. WHO. UNAIDS Policy Brief: HIV, FOOD SECURITY and NUTRITION. Expanded version. 2008. Acesso em novembro de 2012. Disponível em [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/manual/2008/jc1565\\_policy\\_brief\\_nutrition\\_long\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/manual/2008/jc1565_policy_brief_nutrition_long_en.pdf)

168. Castro et al. Prevenção da hipertensão e sua relação como estilo de vida de trabalhadores. *Acta Paul Enferm.* 18(2):184-9, 2005

169. Plavnik FL. Hipertensão arterial induzida por drogas: como detectar e tratar. *Rev Bras Hipertens* vol 9(2): abril/junho de 2002.

---

170. Frida Liane Plavnik. Hipertensão arterial induzida por drogas: como detectar e tratar. Rev Bras Hipertens vol 9(2): abril/junho de 2002. Acesso em março de 2011. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/9-2/hipertensao4.pdf>

171. Sociedade Brasileira de Hipertensão. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Revista Hipertensão Janeiro, Fevereiro e Março de 2010. Ano 13, Volume 13, Número 1. Acesso em abril de 2011. Disponível em: [http://www.sbh.org.br/pdf/diretrizes\\_final.pdf](http://www.sbh.org.br/pdf/diretrizes_final.pdf)

172. Bingswanger IA. Chronic Medical Diseases Among Jail and Prison Inmates. 2010. Acesso em outubro de 2012. Disponível em <http://www.corrections.com/news/article/26014-chronic-medical-diseases-among-jail-and-prison-inmates#comments>

173. Weiss JJ, Osorio G, Ryan E, Marcus SM, Fishbein AA. Prevalence and patient awareness of medical comorbidities in an Urban AIDS Clinic. AIDS Patient Care STDS. 2010 Jan;24(1):39-48. Acesso em janeiro 2011. Disponível <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20095901>

174. Staton-Tindall M, Duvall JL, Leukefeld C, Oser CB. Health, mental health, substance use, and service utilization among rural and urban incarcerated women. Womens Health Issues. 2007 Jul-Aug;17(4):183-92. Acesso em janeiro 2011 Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17560124>