

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Lidiane Castro Duarte de Aquino

**Autoavaliação do estado de saúde em mulheres privadas de liberdade em Juiz
de Fora - MG**

Juiz de Fora
2020

Lidiane Castro Duarte de Aquino

Autoavaliação do estado de saúde em mulheres privadas de liberdade em Juiz de Fora - MG

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de concentração: Processo saúde-adoecimento e seus determinantes.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Danielle Teles da Cruz

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Isabel Cristina Gonçalves Leite

Juiz de Fora

2020

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Aquino, Lidiane Castro Duarte de.

Autoavaliação do estado de saúde em mulheres privadas de liberdade em Juiz de Fora - MG / Lidiane Castro Duarte de Aquino. -- 2020.

145 f. : il.

Orientadora: Danielle Teles da Cruz

Coorientadora: Isabel Cristina Gonçalves Leite

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2020.

1. Prisões. 2. Mulheres. 3. Autoavaliação. 4. Saúde. 5. Estudos transversais. I. Cruz, Danielle Teles da, orient. II. Leite, Isabel Cristina Gonçalves, coorient. III. Título.

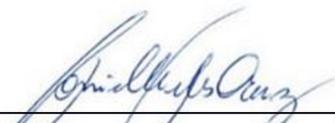
Lidiane Castro Duarte de Aquino

Autoavaliação do estado de saúde em mulheres privadas de liberdade em Juiz de Fora - MG

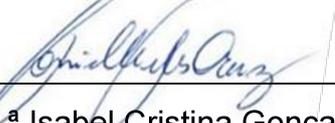
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de concentração: Processo saúde-adoecimento e seus determinantes.

Aprovada em 30 de julho de 2020.

BANCA EXAMINADORA



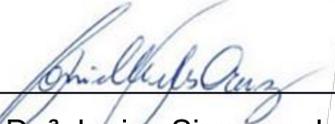
Prof.^a Dr.^a Danielle Teles da Cruz - Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora



Prof.^a Dr.^a Isabel Cristina Gonçalves Leite
Universidade Federal de Juiz de Fora



Prof.^a Dr.^a Patrícia Constantino
FIOCRUZ



Prof.^a Dr.^a Janice Simpson de Paula
Universidade Federal de Minas Gerais

Ao Caio... meu companheiro, amigo e
maior incentivador.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, o qual todos os dias me abençoa, por ter me concedido a força e persistência necessárias para realizar minhas atividades neste período de aprendizado e dificuldades.

Ao meu marido Caio, por acreditar mais em mim do que eu mesma, pelo incentivo, pelas palavras de conforto quando mais precisei, pelo amor, paciência e compreensão nos momentos que estive ausente.

À minha mãe, a quem muito tenho a agradecer, pois sempre me ensinou a persistir nos meus objetivos, a superar as dificuldades da vida.

Aos meus amigos que souberam entender minha ausência e me passaram muita força para concluir esse processo.

À minha companheira de todas as horas, Luna, por nunca ter me deixado estudar sozinha.

À minha orientadora, professora Dr.^a Danielle Teles da Cruz, por ter aceitado este desafio, por ter acreditado na proposta e pelos ensinamentos compartilhados ao longo dessa trajetória.

À professora Dr.^a Isabel Cristina Gonçalves Leite, minha coorientadora, pela atenção, colaboração e sugestões essenciais para o desenvolvimento e aperfeiçoamento deste trabalho.

À Ludmila, anjo que Deus colocou no meu caminho, por ter trabalhado duro na coleta de dados, pela dedicação e comprometimento com a pesquisa, pela amizade construída. Lud, não sei o que seria de mim sem você!

A todos meus colegas de trabalho na Penitenciária José Edson Cavalieri, que de alguma forma contribuíram para o bom andamento da pesquisa, e em especial ao diretor geral, Marcos Adriano Francisco, à diretora adjunta, Sibely Cristina, ao Diretor de Segurança Giovane Schaefer e à policial penal Marielly Crispim pelo esforço despendido nos dias de coleta de dados.

A todas as mulheres encarceradas que participaram do estudo, pela confiança depositada e contribuição prestada. Sem a adesão e colaboração de cada uma de vocês, esse trabalho não teria sido viável.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pela valorosa contribuição na minha formação acadêmica, e aos funcionários do NATES pela atenção e cordialidade.

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a materialização desse sonho, meu muito obrigada!

RESUMO

Aproximadamente 5% da população prisional brasileira é composta por mulheres e a taxa de encarceramento feminino tem crescido exponencialmente nos últimos anos, tornando-se proporcionalmente maior quando comparada à taxa de encarceramento masculino. A maior parte das mulheres privadas de liberdade apresenta situação prévia de vulnerabilidade social, que repercute no processo de adoecimento, e o encarceramento tende a potencializar essas questões, refletindo de forma prejudicial nas condições de saúde, seja no aspecto do bem-estar físico, mental ou social. A autoavaliação do estado de saúde é um preditor de morbi-mortalidade e importante indicador de saúde e qualidade de vida das populações. Por ser um avaliador robusto e multidimensional, sua aplicação no contexto do encarceramento parece particularmente útil. Assim sendo, o objetivo do presente estudo foi verificar a prevalência da autoavaliação ruim do estado de saúde e os fatores associados em mulheres acauteladas em uma unidade prisional de Juiz de Fora – MG. Trata-se de um estudo transversal, realizado por meio de censo, com participação de 99 mulheres acauteladas no Anexo Feminino Eliane Betti, em Juiz de Fora – MG. A coleta de dados foi realizada entre os meses de setembro de 2019 e fevereiro de 2020. Foram elegíveis todas as mulheres com no mínimo 30 dias de reclusão, independente do regime penal. O instrumento de coleta de dados foi composto por questões semiestruturadas e por escalas padronizadas, sendo organizado em três grandes blocos temáticos: Bloco 1 – Características socioeconômicas e demográficas; Bloco 2 – Condições de saúde e Bloco 3 – Condições de vida na unidade prisional. Os dados foram processados em um banco de dados criado por meio do *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 15.0, sendo o nível de significância do estudo de 5%. As participantes foram classificadas de acordo com a autoavaliação do estado de saúde. Para a análise dos fatores associados ao desfecho, foi construído um modelo teórico de determinação com três blocos hierarquizados de variáveis. Foram estimadas razões de prevalência brutas, por meio do teste *Qui-quadrado* (χ^2), e ajustadas por regressão de Poisson. A prevalência de autoavaliação ruim da saúde foi de 31,3% (IC_{95%} = 22,8% - 40,9%). Configuraram-se como fatores de risco para autoavaliação ruim da saúde, a pior expectativa em relação às condições de saúde pós-encarceramento (RP ajustada = 4,82; IC_{95%} 1,50–15,47), morbidade referida (RP ajustada = 4,11; IC_{95%} 1,33–

12,65) e a presença de sintomas de ansiedade (RP ajustada = 15,20; IC95% 1,79-128,92). Os dados revelam a ocorrência da autoavaliação ruim da saúde em aproximadamente um terço das detentas. Variáveis relacionadas às condições de saúde e do encarceramento mantiveram-se associadas ao desfecho. Estes resultados confirmam que a autopercepção da saúde está sob influência de diferentes aspectos, e reforçam que a saúde das mulheres encarceradas deve ser compreendida sob a ótica do conceito ampliado de saúde. Os achados deste estudo podem colaborar para o direcionamento de estratégias que contribuam para enfrentamento e minimização dos impactos sociais e à saúde física e mental, e que atendam de forma integral as mulheres encarceradas.

Palavras-chave: Prisões. Mulheres. Saúde da Mulher. Autoavaliação. Saúde. Estudos transversais.

ABSTRACT

Approximately 5% of Brazilian prison population consists of women and the rate of female incarceration has grown exponentially in recent years, becoming proportionally higher when compared to the rate of male incarceration. The majority of women deprived of liberty hold a background of social vulnerability, which has an impact on the illness process, and incarceration tends to intensify these issues, affecting health conditions harmfully, whether in the aspect of physical, mental or social welfare. Self-assessment of health status is a predictor of morbidity and mortality rates and an important indicator of health and quality of life for populations. As it is a robust and multidimensional evaluator, its application in the context of incarceration seems particularly useful. Therefore, the aim of this study was to verify the prevalence of poor self-rated health status and associated factors on incarcerated women in a prison unit in Juiz de Fora - MG. This is a cross-sectional study, carried out by means of a census, with the participation 99 women deprived of liberty in the Female Annex Eliane Betti, in Juiz de Fora - MG. Data collection was carried out from the month of September 2019 to February 2020. All women with at least 30 days in prison were eligible, regardless of penal regime. The data collection instrument was composed of semi-structured questions and standardized scales, being organized into three major thematic blocks: Block 1 - Socioeconomic and demographic characteristics; Block 2 - Health conditions and Block 3 - Living conditions in the prison unit. The data were processed in a database created using the *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, version 15.0, with a significance level of 5%. Participants were classified according to the self-assessment of health status. For the analysis of the factors associated to the outcome, a theoretical model of determination was built with three hierarchical blocks of variables. Crude prevalence ratios were estimated using the Chi-square test (χ^2), and adjusted by Poisson regression. The prevalence of poor self-rated health was 31.3% (CI_{95%} = 22.8% - 40.9%). Risk factors for poor self-rated health were taken as, the worst perspective regarding post-incarceration health conditions (adjusted PR = 4.82; 95% CI 1.50–15.47), reported morbidity (adjusted PR = 4.11; 95% CI 1.33–12.65) and the presence of anxiety symptoms (adjusted PR = 15.20; 95% CI 1.79–128.92). The data reveal the occurrence of poor self-rated health in approximately one third of the inmates. Variables related to health conditions and incarceration

remained associated with the outcome. These results confirm that self-noticed health is under the influence of different aspects, and reinforce that the health of incarcerated women must be conceived from the perspective of an expanded concept of health. The findings of this study may contribute to the direction of strategies that lead to coping with and minimizing social impacts, as well as physical and mental health, and that fully assist incarcerated women.

Keywords: Prisons. Woman. Women's Health. Self-Assessment. Health. Cross-Sectional Studies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	– Déficit total e vagas por ano no sistema prisional brasileiro – valores absolutos	21
Figura 2	– Evolução das mulheres privadas de liberdade entre 2000 e 2017 (população em milhar)	28
Figura 3	– Evolução da distribuição dos crimes tentados/consumados entre os registros das mulheres privadas de liberdade, por tipo penal, entre 2005 e 2017	29
Figura 4	– Faixa etária das mulheres privadas de liberdade no Brasil	30
Figura 5	– Etnia/cor das mulheres privadas de liberdade no Brasil e da população total	31
Figura 6	– Escolaridade das mulheres privadas de liberdade no Brasil	31
Figura 7	– Esquema da definição da amostra de estudo	45
Figura 8	– Modelo teórico de investigação dos efeitos das variáveis independentes sobre a autoavaliação ruim do estado de saúde em blocos hierarquizados	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características demográficas e socioeconômicas de 99 mulheres encarceradas. Juiz de Fora, MG, 2020	83
Tabela 2 – Características relacionadas à saúde de 99 mulheres encarceradas. Juiz de Fora, MG, 2020	85
Tabela 3 – Morbidades auto-referidas por 99 mulheres encarceradas e classificadas segundo a CID-10. Juiz de Fora, MG, 2020	86
Tabela 4 – Características relacionadas ao aprisionamento de 99 mulheres encarceradas. Juiz de Fora, MG, 2020	87
Tabela 5 – Assistência prestada na unidade prisional, de acordo com 99 mulheres encarceradas. Juiz de Fora, MG, 2020	88
Tabela 6 – Nível de satisfação com a estrutura da unidade prisional e serviços, de acordo com 99 mulheres encarceradas. Juiz de Fora, MG, 2020	89
Tabela 7 – Tratamento discriminatório recebido na unidade prisional, de acordo com 99 mulheres encarceradas. Juiz de Fora, MG, 2020	90
Tabela 8 – Riscos que correm na unidade prisional, de acordo com 99 mulheres encarceradas. Juiz de Fora, MG, 2020	91
Tabela 9 – Vitimização na unidade prisional, no último ano, de acordo com 99 mulheres encarceradas. Juiz de Fora, MG, 2020	92
Tabela 10 – Expectativas pós-encarceramento de 99 mulheres encarceradas. Juiz de Fora, MG, 2020	93
Tabela 11 – Variáveis demográficas e socioeconômicas associadas à autoavaliação ruim do estado de saúde. Juiz de Fora, MG, 2020	94
Tabela 12 – Variáveis relacionadas ao encarceramento associadas à autoavaliação ruim do estado de saúde. Juiz de Fora, MG, 2020	95
Tabela 13 – Variáveis referentes à saúde da mulher encarcerada associadas à autoavaliação ruim do estado de saúde. Juiz de Fora, MG, 2020	99
Tabela 14 – Resultado da análise de regressão multivariada em blocos hierarquizados para a ocorrência de autoavaliação ruim do estado de saúde em mulheres encarceradas. Juiz de Fora, MG, 2020	100

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CERESP	Centro de Remanejamento do Sistema Prisional
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CP	Código Penal
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
DEPEN	Departamento Penitenciário Nacional
EAP	Equipes de Atenção Básica Prisional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INFOPEN	Informações Penitenciárias
km	Quilômetros
LEP	Lei de Execução Penal
MG	Minas Gerais
NAS	Núcleo de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PHQ – 4	<i>Patient Health Questionnaire – 4</i>
PIR	Programa de Inclusão e Ressocialização
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNAMPE	Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional
PNSSP	Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário
<i>PROs</i>	<i>Patient Reported Outcomes</i>
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RISP	Região Integrada de Segurança Pública
SIGPRI	Sistema Integrado de Gestão Prisional
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE SÍMBOLOS

\geq	maior ou igual
\leq	menor ou igual
$>$	maior
$<$	menor
\pm	mais ou menos
$\%$	por cento
χ^2	Qui-quadrado

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	A EMERGÊNCIA DA PENA PRIVATIVA DE LIBERDADE	18
2.1	O SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO.....	20
2.2	AS MULHERES NO CONTEXTO PRISIONAL.....	23
2.2.1	Dados gerais do encarceramento feminino no Brasil	26
2.3	POLÍTICAS DE SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL	33
2.4	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE PRIVAÇÃO DE LIBERDADE E EGRESSAS DO SISTEMA PRISIONAL.....	37
2.5	AUTOAVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE	39
3	OBJETIVO	42
3.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	42
4	METODOLOGIA	43
4.1	LOCAL DO ESTUDO	43
4.2	POPULAÇÃO DE ESTUDO	44
4.3	VARIÁVEIS DO ESTUDO	45
4.3.1	Variável dependente	46
4.3.2	Variáveis independentes	46
4.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	48
4.4.1	Escala MacArthur de Status Social Subjetivo	49
4.4.2	<i>Patient Health Questionnaire – 4 (PHQ-4)</i>	50
4.5	ESTUDO PILOTO	50
4.6	COLETA DE DADOS	52
4.7	ANÁLISE DE DADOS	54
5	RESULTADOS	56
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
	REFERÊNCIAS	59

APÊNDICE A – Artigo submetido a periódico científico.....	67
APÊNDICE B – Complementação dos resultados obtidos	83
APÊNDICE C – Instrumento de coleta de dados	101
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	115
ANEXO A – Termo de concordância da Secretaria de Estado de Administração Prisional	117
ANEXO B – Termo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF	119

1 INTRODUÇÃO

O Brasil tem a terceira maior população carcerária do mundo, ficando atrás apenas dos Estados Unidos e China. Com mais de 755.000 pessoas privadas de liberdade (DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL, 2020), a população prisional brasileira é representada majoritariamente por homens, jovens, negros, pobres, e com baixa escolaridade, características que evidenciam a seletividade do sistema prisional brasileiro a partir da criminalização de uma parcela historicamente marginalizada (FILHO; BUENO, 2016; MONTEIRO; CARDOSO, 2013).

Aproximadamente 5% da população carcerária brasileira é composta por mulheres (DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL, 2020). Apesar de representarem uma pequena porcentagem da população prisional, a taxa de crescimento do encarceramento feminino tem sido maior quando comparada ao grupo masculino. No período de 2000 a 2016 a população prisional feminina aumentou em 656% no país (SANTOS et al., 2017). A maioria das mulheres apresenta situação prévia de vulnerabilidade social, sendo: jovens, negras, solteiras, com filhos, com baixo nível de escolaridade e renda familiar precária (SANTOS et al., 2017; LIMA et al., 2013). Este perfil confirma que a associação entre os marcadores de raça, gênero e classe convergem para diferentes formas de opressão nas quais as mulheres negras estão em maior desvantagem na hierarquia social (BIROLI; MIGUEL, 2015; HERNANDES, 2017).

Grande parte das unidades prisionais do país apresenta condições precárias de funcionamento, sendo frequentemente encontradas situações de superlotação de celas, insegurança estrutural, insalubridade, alimentação inadequada, sedentarismo e uso de drogas (BRASIL, 2015). Além desses fatores, a assistência à saúde nos estabelecimentos prisionais é insatisfatória, sendo agravada pela falta de recursos humanos e financeiros (FILHO; BUENO, 2016; MARTINS et al., 2014). Desta forma, a exposição às precárias condições estruturais e de acesso ao serviço de saúde representam um desafio para a garantia do direito à saúde das pessoas privadas de liberdade, sobretudo na perspectiva do conceito ampliado de saúde.

Diversos estudos ressaltaram a influência negativa do encarceramento na saúde de mulheres privadas de liberdade, seja no aspecto do bem-estar físico, mental ou social (AUDI et al., 2016; LEAL et al., 2016; ANDREOLI et al., 2014; FAZEL; SEEWALD, 2012; CANAZARO; ARGIMON, 2010). Tais condições podem

contribuir para uma trama de vínculos e associações que predispõe a autoavaliação negativa do estado de saúde.

A autoavaliação do estado de saúde é um indicador recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para verificar a saúde das populações. (BRUIN; PICAVEST; NOSSIKOV, 1996). Trata-se de um importante preditor de morbi-mortalidade que expressa a percepção que os indivíduos possuem de sua própria saúde (JYLHÄ, 2009; DeSALVO et al., 2006). Tal percepção está relacionada a aspectos físicos, emocionais, de bem-estar e de satisfação com a própria vida (PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013), sustentando a ideia de que as pessoas vivem a experiência da saúde relacionada a várias dimensões da vida (LANGDON; WIJK, 2010). Esse indicador é amplamente utilizado em pesquisas científicas e já foi aplicado em diferentes grupos populacionais, no entanto é um desfecho pouco explorado na população privada de liberdade.

Considerando a robustez da autoavaliação como indicador de saúde, o contexto apresentado e a importância de tomar as condições de saúde da população carcerária feminina como um problema de saúde pública, o presente estudo foi elaborado com o objetivo de verificar a prevalência da autoavaliação ruim do estado de saúde e os fatores associados em mulheres acauteladas em uma unidade prisional na cidade de Juiz de Fora- MG.

O município apresenta apenas um estabelecimento prisional destinado ao acautelamento de mulheres. Trata-se do Anexo Feminino Eliane Betti, unidade inaugurada em outubro de 2018 e vinculada à Penitenciária José Edson Cavalieri. A unidade prisional é uma referência para o acautelamento feminino de municípios no entorno de Juiz de Fora, que compõem a 4ª Região Integrada de Segurança Pública do estado de Minas Gerais (4ª RISP).

Acredita-se que a realização desse estudo é de fundamental importância para elaboração de estratégias e/ou direcionamento de medidas que visem à minimização dos agravos à saúde no ambiente carcerário, e melhores condições de saúde e de vida nas unidades prisionais, buscando minimizar os impactos gerados pelo encarceramento. A pesquisa representa ainda uma potente ferramenta pela busca da efetivação do direito à saúde das mulheres privadas de liberdade, estando, portanto, em consonância com o compromisso pela luta pelos direitos humanos e sociais, preceito inerente à Saúde Coletiva.

2 A EMERGÊNCIA DA PENA PRIVATIVA DE LIBERDADE

As teorias penais e criminológicas são tão diversas quanto complexas, e estão inseridas de forma predominante no amplo campo das Ciências do Direito. Assim, ao levar em consideração a vasta temática e a possibilidade de tratá-la de forma rasa e inadequada, verificou-se a importância do esclarecimento de que não se pretende fazer neste trabalho uma análise aprofundada dos conceitos criminológicos e da evolução das penas, mas apenas ilustrar que os sistemas punitivos, inclusive na perspectiva de gênero, estão intimamente relacionados com os ordenamentos político, econômico e social próprios de cada momento da história da humanidade.

Nesse sentido, de acordo com Lucena (2017), a proposta de Rusche e Kirchheimer, inserida na criminologia marxista, é de que não se deve ter a ilusão de que os sistemas penais representam meramente uma maneira de reprimir os delitos, mas sim que são fenômenos sociais que devem ser compreendidos em relação aos modos de produção particulares, que são os principais determinantes para a escolha da introdução de certos métodos penais. Foucault exemplifica:

[...] numa economia servil, os mecanismos punitivos teriam como papel trazer mão de obra suplementar – e constituir uma escravidão “civil” ao lado da que é fornecida pelas guerras ou pelo comércio; com o feudalismo, e numa época em que a moeda e a produção estão pouco desenvolvidas, assistiríamos a um brusco crescimento dos castigos corporais – sendo o corpo na maior parte dos casos o único bem acessível; a casa de correção – o Hospital Geral, o Sphinhuis ou Rasphuis – o trabalho obrigatório, a manufatura penal apareceriam com o desenvolvimento da economia de comércio. Mas como o sistema industrial exigia um mercado de mão de obra livre, a parte do trabalho obrigatório diminuiria no século XIX nos mecanismos de punição, e seria substituída por uma detenção de fim corretivo. (FOUCAULT, 2014, p.28).

De fato, constata-se que foi a partir do final do século XVIII, no cenário histórico de consolidação do sistema capitalista e difusão dos ideais iluministas, que novos códigos penais foram elaborados, as penas bárbaras gradativamente banidas e a privação da liberdade incorporada no rol de punições (DAVIS, 2018; GUIMARÃES, 2006; FOUCAULT, 2014), ilustrando a influência do capitalismo no processo pelo qual o encarceramento passou a representar o principal método punitivo do Estado.

Com a consolidação deste sistema de produção, o Estado através de suas instituições jurídicas, passou a reprimir toda a criminalidade que viesse a ocorrer na sociedade dentro de uma perspectiva moldada pelos interesses econômicos e políticos da burguesia, mantendo as desigualdades sociais e garantindo a livre circulação do capital (RIO, 2012). Guimarães (2006) corrobora tais constatações ao reconhecer que a pena privativa de liberdade exerceu, ao longo do tempo, um papel voltado para implantação, desenvolvimento e manutenção do sistema de produção capitalista.

O fato é que, desde que a pena privativa de liberdade ascendeu como forma de punição, observou-se, obviamente, o aumento do número de estabelecimentos prisionais ao redor do mundo. E embora o encarceramento, dentro do contexto histórico das punições, representasse a possibilidade de uma execução penal mais humana, inclusive com o pressuposto de recuperação e reintegração dos indivíduos, ao longo do tempo ele se tornou uma técnica para dar invisibilidade às questões sociais. Na visão de Loïc Wacquant (2004, p.4):

A penalidade neoliberal apresenta o seguinte paradoxo: pretende remediar com um "mais Estado" policial e penitenciário o "menos Estado" econômico e social que é a *própria causa* da escalada generalizada da insegurança objetiva e subjetiva em todos os países, tanto do Primeiro como do Segundo Mundo.

Nessa lógica, Angela Davis afirma que “a prisão se tornou um buraco no qual são depositados os detritos do capitalismo contemporâneo”, (DAVIS, 2018, p.17). Inclusive, ao abordar a problemática do encarceramento americano, a autora aponta que, além da hierarquia de classes, a discriminação racial é um fator estruturante na questão carcerária. O caso americano é um importante exemplo nesse sentido, uma vez que o país está em primeiro lugar no *ranking* mundial de quantitativo de pessoas privadas de liberdade. Com mais de 2 milhões de pessoas encarceradas, a população prisional americana é representada majoritariamente por negros pertencentes a estratos sociais desfavorecidos (DAVIS, 2018), demonstrando o caráter seletivo da aplicação da pena, o que também é característica marcante no sistema prisional brasileiro (SILVA, 2019a; MONTEIRO; CARDOSO, 2013).

2.1. O SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO

Antes da emancipação política, o Brasil utilizava os métodos de punição propostos pelo Livro das Ordenações Filipinas¹, e as penas bárbaras só foram banidas, mesmo que parcialmente, a partir da Constituição de 1824. Em 1830, a pena de prisão foi regulamentada no Código Criminal do Império, que trazia novas percepções acerca das punições. No entanto, foi apenas em 1890, após a abolição da escravatura, que um novo Código penal ingressou no ordenamento jurídico nacional, eliminando as penas cruéis ainda restantes (DI SANTIS; ENGBRUCH; D'ELIA, 2012; PEDROSO, 1997). O novo código penal estava relacionado com a realidade brasileira pós-período escravocrata, e representava uma forma de criminalizar a cultura negra e favorecer o controle social daqueles que permaneceram sem inserção na sociedade:

Art. 399 Deixar de exercitar profissão, officio, ou qualquer mister em que ganhe a vida, não possuindo meios de subsistencia e domicilio certo em que habite; prover a subsistencia por meio de occupação prohibida por lei, ou manifestamente offensiva da moral e dos bons costumes: Pena - de prisão cellullar por quinze a trinta dias.

§ 1º Pela mesma sentença que condemnar o infractor como vadio, ou vagabundo, será elle obrigado a assignar termo de tomar occupação dentro de 15 dias, contados do cumprimento da pena. (BRASIL, 1890).

Art. 402 Fazer nas ruas e praças publicas exercicios de agilidade e destreza corporal conhecidos pela denominação capoeiragem; andar em correrias, com armas ou instrumentos capazes de produzir uma lesão corporal, provocando tumultos ou desordens, ameaçando pessoa certa ou incerta, ou incutindo temor de algum mal: Pena - de prisão cellullar por dous a seis mezes.

Paragrapho unico. E' considerado circumstancia aggravante pertencer o capoeira a alguma banda ou malta. Aos chefes, ou cabeças, se imporá a pena em dobro. (BRASIL, 1890).

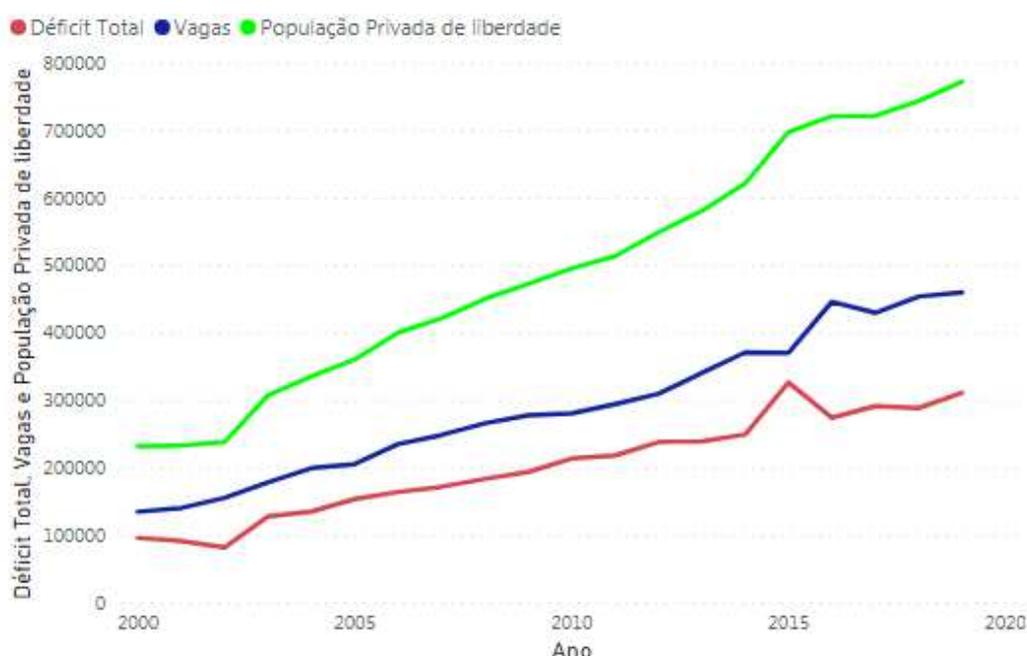
Desde então, os interesses políticos e econômicos, a segregação de classes fundamentada na discriminação racial e a criminalização dos excluídos, foram fatores que favoreceram para que as prisões no Brasil se tornassem símbolo de repressão e punição do Estado, sobretudo em relação à população negra e carente

¹ Código de leis portuguesas que em seu livro V trazia o rol de crimes e penas que seriam aplicados no Brasil. Entre as penas, previam-se as de morte, degrado para as galés e outros lugares, penas corporais (como açoite, mutilação, queimaduras), confisco de bens e multa e humilhação pública do réu (DI SANTIS; ENGBRUCH; D'ELIA, 2012).

(PEDROSO, 1997). Verifica-se que a prisão se tornou monumento máximo de construção da exclusão social e que as mazelas do sistema prisional brasileiro se aprofundaram ao longo do tempo.

De acordo com os dados do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), no segundo semestre de 2019 a população carcerária brasileira era de 755.274, dos quais 748.099 compunham o sistema penitenciário e 7.265 estavam em outras carceragens, como nas delegacias de polícia. O déficit de vagas alcançou o número de 312.925 no período supracitado conforme mostra a Figura 1.

Figura 1 – Déficit total e vagas por ano no sistema prisional brasileiro – valores absolutos



Fonte: Departamento Penitenciário Nacional (2020).²

Considerando o número bruto da população carcerária, o Brasil ocupa a terceira colocação dentre os países com maior número de pessoas encarceradas, sendo superado apenas por Estados Unidos e China (WORLD PRISION BRIEF, 2020). Do total de presos, 48,47% encontram-se em regime fechado, 29,75% ainda não foram julgados, 17,84% estão em regime semiaberto e 3,36 encontram-se no regime aberto (DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL, 2020).

Conforme o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias é possível dizer que a maior parte da população carcerária brasileira é composta por jovens,

² Disponível em: www.depen.gov.br

sendo que o percentual de encarcerados na faixa etária de 18 a 29 anos é de 54%. Quanto ao quesito cor/etnia verifica-se que, somados, os pretos e pardos totalizam 63,6% das pessoas presas, evidenciando a representação dessa população no sistema prisional brasileiro. No que concerne ao grau de escolaridade das pessoas privadas de liberdade no Brasil, constata-se que 51,3% destas possuem o ensino fundamental incompleto e 14,9% o ensino médio incompleto. O percentual de presos que possuem ensino superior completo é de 0,5% (SILVA, 2019a).

Os dados acima apontam para a seletividade do sistema prisional e a reprodução da desigualdade na esfera penal, como confirma Adorno (1996), ao constatar que a intimidação policial, as sanções punitivas e a maior severidade no tratamento dispensado àqueles que se encontram sob tutela e guarda nas prisões recaem preferencialmente sobre os mais jovens, os mais pobres e os negros.

Observa-se que as classes marginalizadas permanecem controladas pelo aparato repressivo estatal, tendo seus comportamentos e estereótipos criminalizados pelo senso comum e absorvidos facilmente pelo sistema penal, no qual são estigmatizados e remarcados pela invisibilidade social. Esta realidade dialoga com a difusão do estado neoliberal punitivo, com a retração de investimentos estatais em políticas sociais e com a adoção do aprisionamento seletivo como controle de classe. Desta forma, a seletividade do sistema prisional reforça a percepção de que o aumento da população carcerária se deve mais a uma política de repressão e criminalização de uma parcela historicamente excluída da sociedade, do que uma política capaz de diminuir a criminalidade (DAVIS, 2018; MONTEIRO; CARDOSO, 2013; GUIMARÃES, 2006; WACQUANT, 2004).

É relevante acrescentar ainda que, embora o cumprimento da pena privativa de liberdade implique apenas na perda temporária de alguns direitos e liberdades pessoais, habitualmente os estabelecimentos prisionais brasileiros impõem circunstâncias que ferem os direitos das pessoas em cumprimento de pena, sobretudo o princípio da dignidade humana. Algumas dessas situações são: precárias condições físicas e estruturais das prisões, superlotação, insalubridade, violência, más condições de saúde e negação de acesso à assistência jurídica, médica, odontológica e psicológica (FILHO; BUENO, 2016; BRASIL, 2015).

A realidade do sistema prisional brasileiro caminha em desacordo com o preconizado pelos dispositivos legais que garantem e protegem os direitos das pessoas em situação de privação de liberdade, tais como a Constituição Federal da

República, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, as Regras Mínimas para Tratamento do Preso e as Regras para o Tratamento de Mulheres Presas e Medidas não Privativas de Liberdade para Mulheres Infratoras - Regras de Bangkok. O Brasil é apontado no cenário internacional como país violador de regras estabelecidas pelas Nações Unidas para tratamento de reclusos (ZACKSESKI; MACHADO; AZEVEDO, 2016), o que também foi apontado no relatório de 2019 da *Human Rights Watch*, que fez um alerta para as condições desumanas das prisões brasileiras. A omissão do Estado em concretizar os dispositivos nacionais e internacionais previstos para a garantia e proteção dos direitos dos presos e a indiferença predominante na população no que diz respeito à questão carcerária favorecem o agravamento dos problemas do sistema prisional no Brasil (MACHADO; SOUZA; SOUZA, 2013).

Cabe aqui, a citação do Código Penal brasileiro, que por intermédio do artigo 59, diz que a aplicação das penas deve ser necessária e suficiente para a reprovação e a prevenção do crime (LEI 2848/1940). Aliado a este dispositivo, a Lei de Execução Penal brasileira, estabelece já em seu artigo 1º, que o objetivo da execução penal é “efetivar as disposições da sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado” (LEI 7210/1984). Todavia, o aumento significativo da criminalidade nos últimos anos e a elevada taxa de reincidência dos egressos do sistema prisional evidenciam a dissonância entre a realidade carcerária e a legislação penal. Seguindo esta lógica é importante acrescentar que o atual discurso de endurecimento penal não se mostra coerente enquanto solução para os problemas da violência, da criminalidade, tampouco para os desafios carcerários.

Apesar da ampliação das discussões sobre o esgotamento do sistema prisional, fatores como a pressão da sociedade e o sensacionalismo midiático por mais segurança ainda contribuem para a propagação da política do encarceramento em massa, sem que haja, contudo, problematização desta ação, bem como reflexão de suas causas (DAVIS, 2018; ANDRADE; FERREIRA, 2014).

2.2 AS MULHERES NO CONTEXTO PRISIONAL

O encarceramento feminino deve ser visto na lógica da ideologia punitiva construída pela sociedade capitalista, mas, também pela perspectiva das relações

de gênero e poder, que ao longo da história reservou às mulheres lugares inferiores nas relações sociais. Enquanto os criminosos do sexo masculino eram considerados indivíduos que tinham simplesmente violado o contrato social, as criminosas eram vistas como mulheres que haviam transgredido princípios morais fundamentais da condição e do papel imposto a essas (DAVIS, 2018, p. 75).

Tais perspectivas relacionam-se com os papéis de gênero socialmente construídos, que, sinteticamente, atribuíram ao homem o local de privilégio na hierarquia social, e minimizaram a mulher ao espaço doméstico e familiar. Isso permitiu a estereotipagem das mulheres que desfaziam os arranjos esperados de esposas devotadas, boas mães e bons exemplos sociais, e a criminalização dos “desvios” femininos (ANDRADE, 2011; SOARES; ILGENFRITZ, 2002). A exemplo, no início do século XX, a maioria das mulheres encarceradas no Rio de Janeiro era de prostitutas, detidas sob o qualificativo de vadias ou desocupadas (SOARES; ILGENFRITZ, 2002, p. 54).

Foi nessa lógica, que o encarceramento passou a representar uma oportunidade de inserir nas mulheres “transgressoras” comportamentos e posturas atribuídas ao ideal de imagem feminina, de forma que pudessem ser “corrigidas” e reintegradas ao papel de exímias esposas e mães. Este caráter de punição ao mesmo tempo em que reflete, consolida ainda mais a construção do gênero na sociedade. Na visão de Angela Davis, além da questão de gênero, é necessário considerar também o impacto dos fatores de classe e raça na finalidade do encarceramento feminino:

O treinamento que era, aparentemente, projetado para produzir boas esposas e mães, na verdade conduzia as mulheres pobres (e especialmente as mulheres negras) para trabalhar no “mundo livre” executando serviços domésticos. Em vez de esposas e mães qualificadas, muitas prisioneiras, depois da libertação, se tornavam empregadas, cozinheiras e lavadeiras de mulheres mais ricas. (DAVIS, 2018, p.76).

Mesmo que fundamentada nos preceitos de uma sociedade machista e patriarcal, a criação de estabelecimentos prisionais específicos para o recolhimento de mulheres ocorreu de forma tardia no Brasil em comparação com outros países do mundo, inclusive da América Latina. A pena privativa de liberdade passou a ser o principal método punitivo a partir da metade do século XIX, e utilizado em maior escala após a abolição da escravidão. No entanto, durante aproximadamente meio

século, a situação das mulheres no ambiente carcerário foi deixada de lado, o que pode ser percebido, por exemplo, pelo fato de serem recolhidas junto aos homens e expostas a diferentes tipos de violência, principalmente a sexual (ANDRADE, 2011; SOARES; ILGENFRITZ, 2002).

As discussões acerca da necessidade de um tratamento específico para a mulher encarcerada ganharam força no Brasil em meados da década de 1920, sobretudo na voz de Lemos Britto. Nos relatórios dirigidos ao Conselho Penitenciário, no final da década de 1920, o penitenciário apontava a necessidade da criação de presídios só para mulheres com o propósito de dar mais dignidade a essas durante o cumprimento de pena, mas, sobretudo para garantir a paz e a tranquilidade desejada nas prisões masculinas, até então compartilhadas por homens e mulheres. Para Lemos Britto a presença de mulheres nas prisões masculinas aumentava o sofrimento dos apenados, devido ao martírio da forçada abstinência (SOARES; ILGENFRITZ, 2002, p.57).

Contudo, os primeiros estabelecimentos prisionais exclusivos para mulheres só foram surgir no Brasil a partir da década de 1940, sob influência do novo Código Penal (CP). A promulgação do CP/1940 contribuiu para a ampliação dos debates sobre a criação das unidades prisionais femininas bem como impulsionou a construção dos mesmos, uma vez que estabelecia que as mulheres deveriam cumprir pena em estabelecimentos especiais, ou, na falta destes, em seção adequada.

O encargo pela administração dos primeiros presídios femininos foi atribuído à Irmandade Nossa Senhora da Caridade do Bom Pastor d'Angers, que recebeu a responsabilidade de corrigir as mulheres apontadas como transgressoras. Esse período foi marcado pela vinculação do discurso moral e religioso nas formas de aprisionamento da mulher, tendo como plano de fundo as concepções moldadas sobre os papéis de gênero. Cabia às freiras cuidar da moral e dos bons costumes dos estabelecimentos penais femininos, a fim de que as mulheres se reintegrassem à vida familiar, na função de boas esposas e mães, ou fossem engajadas na vida religiosa. De acordo com as Irmãs, este objetivo poderia ser alcançado através dos ensinamentos morais e do investimento em educação e trabalho (SOARES; ILGENFRITZ, 2002; ANDRADE, 2011).

Esse período não foi muito longo e seu fim ocorreu em momentos distintos nas prisões femininas. As freiras deixaram a penitenciária de mulheres do Rio de

Janeiro no ano de 1955, enquanto estiveram presentes em uma unidade em Porto Alegre até 1981. Apesar do lapso temporal, as justificativas para a saída das religiosas da administração das unidades eram as mesmas: limitações na articulação com o Estado (responsável pelos estabelecimentos prisionais), dificuldades encontradas em manter a ordem e a disciplina nos estabelecimentos prisionais, o crescente aumento no número de mulheres presas e a dificuldade das freiras em conciliarem suas obrigações religiosas com a gestão das unidades prisionais (ANDRADE, 2011, p.244). Com a saída das religiosas, o Estado passou a administrar todas as unidades prisionais do país, sem, contudo, considerar a necessidade de um projeto penitenciário adequado para as mulheres acauteladas (SOARES; ILGENFRITZ, 2002).

Gradativamente o encarceramento feminino foi se evidenciando no cenário brasileiro a partir do século XXI com destaque para o ano de 2006 em diante (SANTOS et al., 2017). Dentre as diversas abordagens inseridas nesse contexto, sobretudo os estudos acerca da criminalidade feminina, Almeida (2001) pontua que o crescimento do índice de criminalidade feminina começou a ser observado à medida que as conquistas sociais das mulheres foram tomando forma, o que, entretanto, não significou maior visibilidade de suas demandas específicas no contexto prisional.

É possível constatar que embora os dispositivos legais tenham avançado no que tange à proteção dos direitos das mulheres privadas de liberdade, a realidade encontrada no sistema prisional brasileiro ainda está distante das normativas preconizadas (LEAL et al., 2016; VENTURA; SIMAS; LAROUZÉ, 2015; CERNEKA, 2009). Cabe acrescentar ainda que a desigualdade de gênero persiste até os dias atuais, mantendo as mulheres em posições inferiores nas relações sociais, e, nesta perspectiva, Miyamoto e Krohling (2012) consideram que o encarceramento contribui para acentuar a invisibilidade das mulheres na sociedade.

2.2.1 Dados gerais do encarceramento feminino no Brasil

Segundo a *World Female Imprisonment List*, publicada na *World Prison Brief*, da *University of London*, atualmente o Brasil é o país com a quarta maior população carcerária feminina no mundo, ficando atrás dos Estados Unidos, China e Rússia. O relatório aponta que a proporção da população carcerária feminina brasileira

aumentou de forma acentuada nos últimos anos, enquanto países como México, Rússia e Tailândia apresentaram redução neste indicador (WORLD PRISON BRIEF, 2020).

Em 2014, o Ministério da Justiça e Segurança Pública, através do DEPEN, ao reconhecer o expressivo aumento do encarceramento feminino, e a invisibilidade das mulheres nas análises sobre o sistema de justiça criminal passou a produzir uma análise centrada na inserção das mulheres no sistema prisional através do INFOPEN – Mulheres. Foram publicadas três edições do levantamento, sendo a última no ano de 2019.

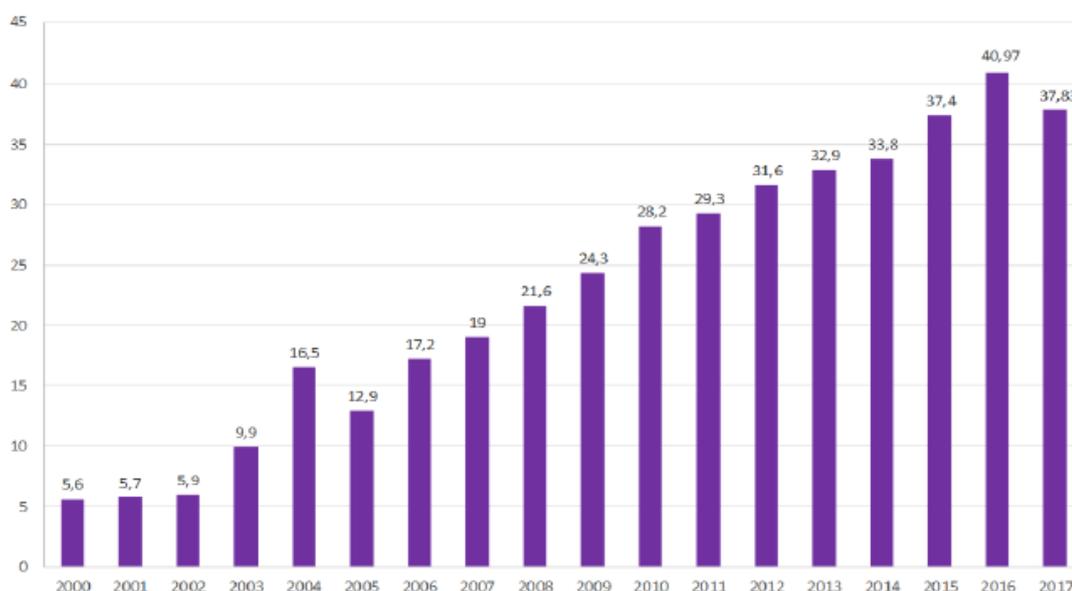
Embora as mulheres representem aproximadamente 5% da população carcerária brasileira, a taxa de encarceramento feminino cresceu de forma significativa ao longo dos anos. Entre 2000 e 2016, a população prisional feminina aumentou em 656%, enquanto, no mesmo período, o encarceramento masculino cresceu 293% (SANTOS et al., 2017). Os dados mais atuais do DEPEN demonstram que, entre o segundo semestre de 2016 e o primeiro de 2017, houve uma redução de 7,66% no total de mulheres encarceradas (Figura 2).

Conforme o Levantamento de Informações Penitenciárias, em junho de 2017 havia 37.828 mulheres privadas de liberdade no Brasil, sendo que 36.612 estavam custodiadas em unidades administrados pelas Secretarias Estaduais e 1.216 encontravam-se em carceragens de delegacias de polícia ou outros espaços de custódia administrados pelos Governos Estaduais. Em relação ao número total de vagas, o levantamento aponta para um déficit de 5.991 vagas, perfazendo uma taxa de ocupação de 118,8% mulheres presas no país. Os estados com maiores percentuais de mulheres encarceradas são: São Paulo, com 31,6% da população prisional feminina do país, seguido por Minas Gerais, com 10,6%, e Rio de Janeiro com 7,3% (SILVA, 2019b).

Quanto ao tipo de regime ao qual as mulheres estão submetidas, aquelas em regime provisório, ou seja, que ainda aguardam julgamento, representam 37,67% das mulheres presas no país, as que estão em regime fechado correspondem a 36,21% e 16,87% são sentenciadas em regime semiaberto (SILVA, 2019b). Assim, constata-se que houve uma redução no percentual de mulheres em regime provisório, em comparação com o ano de 2016, quando o número era de 45% (SANTOS et al., 2017; SILVA, 2019b), o que pode estar relacionado com a expansão da implementação das audiências de custódia no país, instituídas a partir

da Resolução nº 213/2015 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). No entanto o número de mulheres presas sem condenação ainda é elevado, e pode ser ainda mais significativo dependendo do Estado da Federação. No estado do Amazonas, por exemplo, verifica-se que 70% das mulheres encarceradas encontram-se em regime provisório (SILVA, 2019b).

Figura 2 – Evolução das mulheres privadas de liberdade entre 2000 e 2017 (população em milhar)



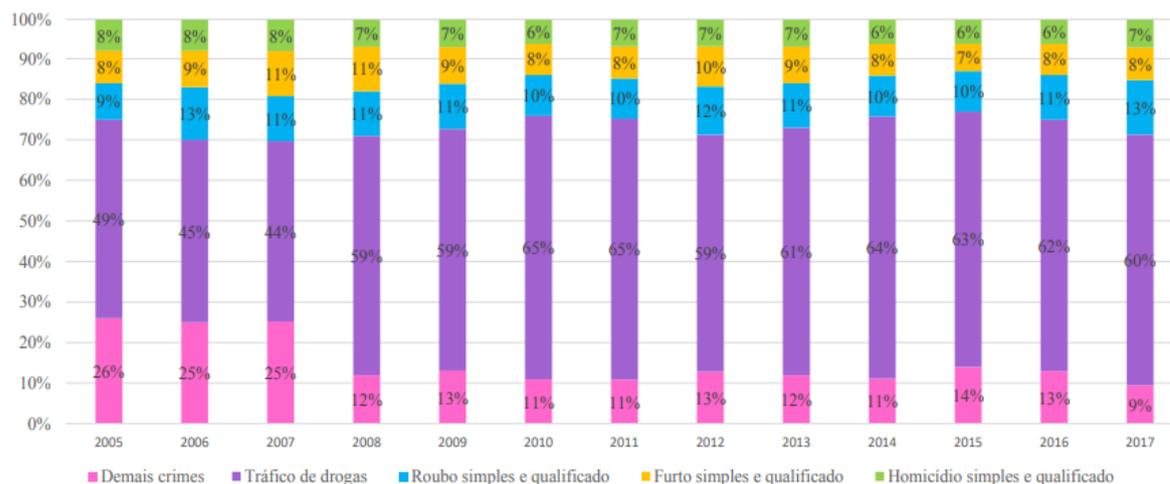
Fonte: SILVA (2019b).

Cabe destacar que a redução do encarceramento feminino provisório é reconhecida como prioridade pelas Regras de Bangkok - Regras das Nações Unidas para o tratamento de mulheres presas e medidas não privativas de liberdade para mulheres infratoras. De acordo com a normativa internacional, deve ser priorizada solução judicial que facilite a utilização de alternativas penais ao encarceramento, principalmente para as hipóteses em que ainda não haja decisão condenatória transitada em julgado (BRASIL, 2016).

No que diz respeito à frequência dos crimes tentados/consumados entre os registros das mulheres custodiadas no país, observa-se que o crime de tráfico de drogas continua como o principal responsável pela maior parte das prisões, perfazendo um total de aproximadamente 60% das prisões, seguido por crimes contra o patrimônio, como roubo e furto (Figura 3). Neste quesito nota-se uma diferença significativa na comparação com o grupo masculino, uma vez que, entre

os homens os crimes ligados à lei de drogas correspondem a aproximadamente 20% dos motivos de prisão (DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL, 2020).

Figura 3 – Evolução da distribuição dos crimes tentados/consumados entre os registros das mulheres privadas de liberdade, por tipo penal, entre 2005 e 2017



Fonte: SILVA (2019b).

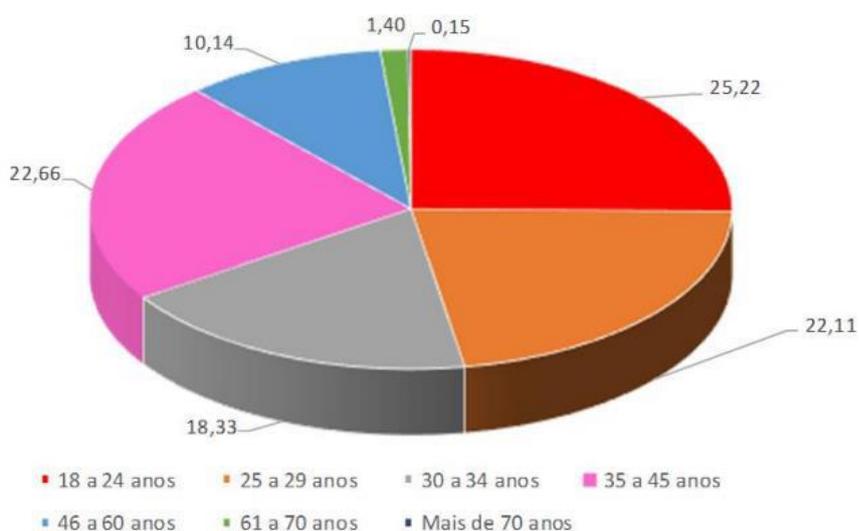
Dentre as motivações que as levam a se envolverem com o tráfico de drogas, destaca-se a busca por melhores condições financeiras, seja como alternativa de trabalhos precarizados, ao desemprego, ou à dificuldade de se manter no mercado formal de trabalho em decorrência do cuidado com os filhos (CORTINA, 2015; HELPES, 2014). Cabe destacar que a maioria das mulheres presas pelo crime de tráfico de drogas desempenha papéis subordinados na atividade ou são presas quando estão em casa no momento da apreensão da droga, que na maioria das vezes é de propriedade dos parceiros ou filhos. Nesse sentido, Minayo e Constantino (2015) destacam a importância de analisar a exploração das mulheres pelo tráfico de drogas pela ótica da opressão e dominação patriarcal que se acirra com as exigências dos homens que elas se envolvem.

Da totalidade de estabelecimentos prisionais, apenas 7% destinam-se exclusivamente ao público feminino e 18% ainda são mistos, ou seja, são adaptações de um estabelecimento originalmente masculino (SILVA, 2019b). Na maior parte destes estabelecimentos a infraestrutura é inadequada e contaria a Lei de Execução Penal (LEI nº 7210/84) no que diz respeito aos direitos das mulheres privadas de liberdade. A falta de estrutura adequada para visitação e banho de sol, de celas para gestantes, ausência de berçário e/ou centro de referência materno-

infantil são alguns dos exemplos da inadequação dos estabelecimentos prisionais destinados ao público feminino (SILVA, 2019b). Além disso, embora a educação, a qualificação e trabalho sejam pontos relevantes para o processo de ressocialização, apenas 26% da população prisional feminina está envolvida em algum tipo de atividade educacional, e apenas 34% em atividades laborais, em sua maioria sem remuneração (SILVA, 2019b).

Em relação ao perfil da população carcerária feminina, as figuras 4, 5 e 6, revelam características importantes deste grupo, que de forma sintetizada, é formado por jovens, predominantemente negras, solteiras, com no mínimo um filho, responsáveis pela provisão do sustento familiar, de baixa escolaridade, oriundas de estratos sociais desfavorecidos economicamente e que exerciam atividades de trabalho informal em período anterior ao aprisionamento (SILVA, 2019b; SANTOS; VITTO, 2014).

Figura 4 – Faixa etária das mulheres privadas de liberdade no Brasil



Fonte: SILVA (2019b).

Figura 5 – Etnia/cor das mulheres privadas de liberdade no Brasil e da população total

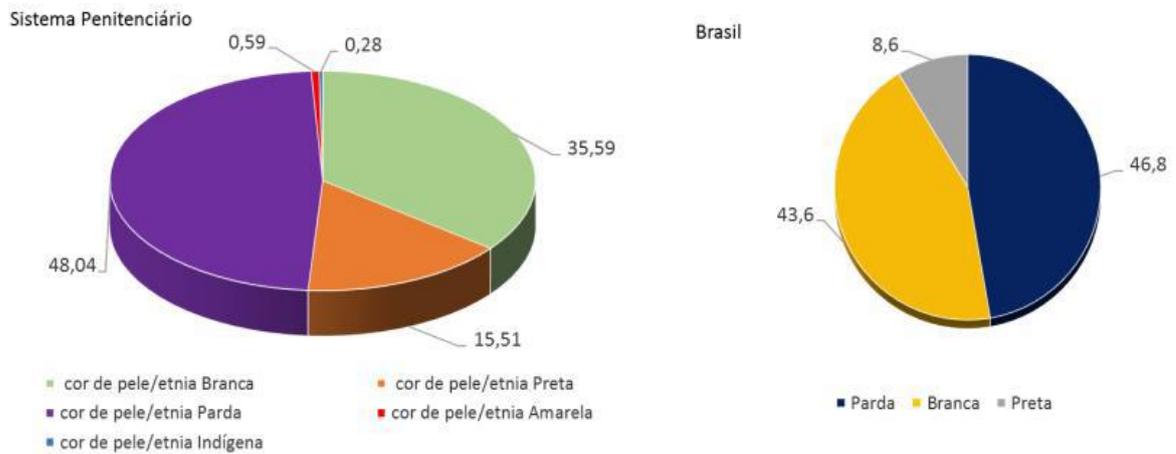
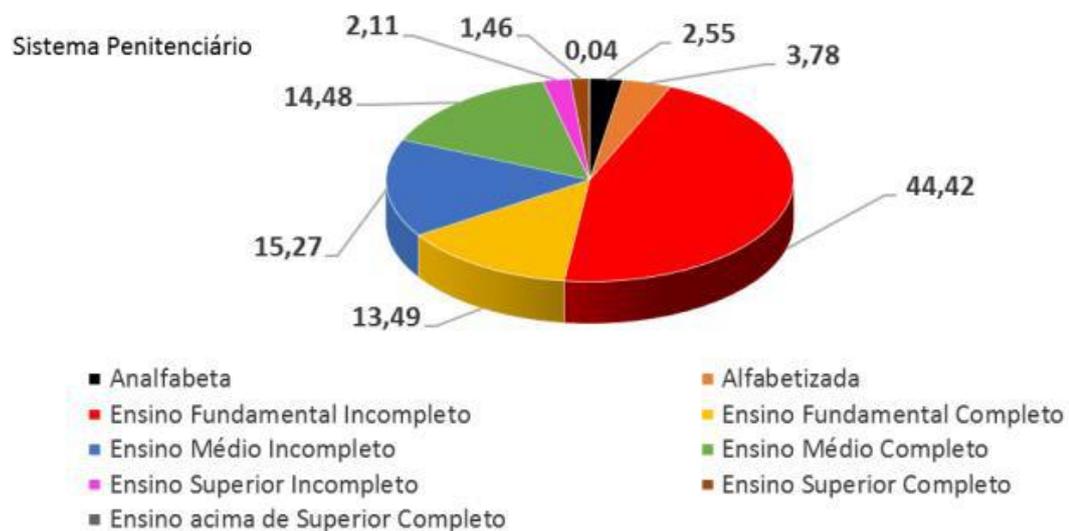


Figura 6 – Escolaridade das mulheres privadas de liberdade no Brasil



É indispensável ressaltar a convergência das questões de classe, gênero e raça para a focalização da punibilidade. Diversos estudos demonstram que a associação entre esses três marcadores conflui para múltiplas formas de opressão, discriminação e desigualdade, de forma que as mulheres pobres e negras estão, em diferentes perspectivas, em situação de extrema desvantagem na hierarquia social (BIROLI; MIGUEL, 2015; HERNÁNDEZ, 2017).

Outra temática de relevância no contexto do encarceramento feminino diz respeito à precariedade do serviço de saúde nas unidades prisionais. De acordo com o DEPEN, 75% das mulheres privadas de liberdade estão em unidades que contam com estrutura prevista no módulo de saúde (SILVA, 2019b). Apesar disso, estudos demonstram que a atenção à saúde nas unidades prisionais é insuficiente para garantir o direito à saúde da mulher em situação de encarceramento, bem como não está inserida na lógica dos princípios básicos do Sistema Único de Saúde (MARTINS et al., 2014; FERNANDES et al., 2014). Isso contribui para que as mulheres privadas de liberdade fiquem mais vulneráveis a diferentes tipos de doenças (BEZERRA; FERNANDES, 2015; AUDI et al., 2016). Nesse sentido, Almeida e colaboradores (2015) concluem que as mulheres privadas de liberdade são, de fato, mais acometidas por agravos à saúde do que a população geral feminina.

Uma extensa revisão de literatura feita em 24 países revelou taxas de depressão de cerca de 14% em mulheres encarceradas (FAZEL; SEEWALD, 2012), número significativamente maior quando comparado à prevalência mundial da doença, que é de 4,4% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). As pesquisas descrevem ainda que essas mulheres tem um elevado grau de comorbidades psicopatológicas e são também mais propensas a apresentar doenças mentais, quando comparadas com a população carcerária masculina (CANAZARO; ARGIMON, 2010).

A vivência da maternidade por mulheres encarceradas é também discutida de forma abrangente na literatura. Verifica-se na maior parte dos estudos, a violação dos direitos sexuais e reprodutivos; piores condições da atenção à gestação e ao parto; assistência de pré-natal precária; atos arbitrários e uso da violência por parte da autoridade penitenciária, o que expõe as mulheres e seus filhos a sofrimentos psíquicos e morais; e discursos e práticas que tendem a deslegitimar a maternidade e os direitos reprodutivos das mulheres encarceradas (DIUANA; CORRÊA; VENTURA, 2017; DIUANA et al., 2016; LEAL et al., 2016; VENTURA; SIMAS; LAROUZÉ, 2015).

O encarceramento representa, portanto, um retrato da exclusão social e de múltiplas formas de violências e discriminação a que grande parte das mulheres foram submetidas antes do ingresso na prisão e que tendem a se aprofundar com o aprisionamento. As vulnerabilidades sociais e estigmas decorrentes do

encarceramento podem impactar negativamente na vida das egressas do sistema prisional, contribuindo inclusive, para a reincidência. Assim sendo, os estudos com mulheres privadas de liberdade tornam-se extremamente importantes, sobretudo quando contribuem para o direcionamento de estratégias que visem a minimização dos agravos a que estão frequentemente expostas.

2.3 POLÍTICAS DE SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL³

A Constituição Federal de 1988 assumiu a saúde como dever do Estado e direito de todos, o que inclui também aqueles em privação de liberdade (BRASIL, 1988). A garantia de direitos das pessoas privadas de liberdade é também preconizada pelo artigo 3º da Lei nº 7.210/84 – Lei de Execução Penal (LEP) –, que estende aos condenados e aos internados todos os direitos previstos na Constituição Federal de 1988, exceto aqueles atingidos pela sentença ou pela lei. No que tange à garantia do direito à saúde no sistema prisional, a LEP contempla ações pontuais, como a assistência médica, farmacêutica e odontológica aos encarcerados (BRASIL, 1984).

Apesar dos aparatos legais, a supressão de investimento na saúde da população privada de liberdade e a falta de operacionalização das ações no ambiente carcerário, contribuíram para a fragilidade da assistência à saúde dessa população, comprometendo a garantia do acesso ao serviço e o cuidado integral à saúde.

Um importante avanço para a mudança deste cenário foi o estabelecimento da primeira política de saúde para a população prisional. Com foco nos princípios do SUS, a Portaria Interministerial nº 1.777/2003, dos Ministérios da Saúde e da Justiça, instituiu o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP). O Plano foi elaborado a partir de uma perspectiva pautada na assistência e na inclusão das pessoas privadas de liberdade com base em princípios básicos que asseguravam a eficácia das ações de promoção, prevenção e atenção integral à saúde. Seu principal objetivo era de aproximar a população penitenciária ao SUS, e

³ A discussão sobre o tema pode ser verificada em: AQUINO, L.C.D.; CRUZ, D.T. **Encarceramento feminino e bases legais da atenção à saúde da mulher privada de liberdade no Brasil** (Apêndice A) Artigo submetido para avaliação em periódico científico. Aguardando parecer.

previa ações que deveriam ser realizadas por equipes interdisciplinares de saúde (BRASIL, 2005).

O PNSSP apresentava um caráter avançado ao levar em consideração o que a LEP/1984 previa quanto à assistência à saúde. Para Martinho (2015), o Plano se diferenciava positivamente da LEP visto que dava maior ênfase na prevenção em saúde e na inclusão da promoção de saúde como parte importante. Ao final de 2013, existiam 235 equipes de saúde ativas, correspondendo a uma cobertura de aproximadamente 30% da população penitenciária, com equipes análogas às do SUS (com médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista, auxiliar de dentista, psicólogo e assistente social), porém a maioria dependente das secretarias de justiça (BRASIL, 2014a). Apesar do progresso em relação às ações em saúde voltadas para o sistema prisional, algumas limitações apontavam para a necessidade de uma política pública de saúde efetiva para o contexto carcerário. Após dez anos de aplicação do Plano, o contexto do encarceramento ganhou nova proporção. O aumento expressivo de pessoas reclusas resultou na superlotação de grande parte dos estabelecimentos penais do país. Além disso, o Plano não contemplava a todo o itinerário carcerário (delegacias, cadeias públicas e penitenciárias federais), deixando assim de incluir a totalidade de pessoas em privação de liberdade. Martinho (2015) aponta ainda que o baixo quantitativo de equipes de saúde habilitadas no Sistema Penitenciário era uma importante limitação para efetividade do Plano. Desta forma, constatou-se o esgotamento do modelo e a necessidade de promover a inclusão efetiva das pessoas privadas de liberdade ao SUS, cumprindo os princípios da universalidade e equidade (BRASIL, 2014a).

Assim, foi aprovada em 2014, através da Portaria nº 482, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), cujo principal objetivo é garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS (BRASIL, 2014a). Em sua concepção obedece aos princípios básicos do SUS da universalização do acesso à saúde, da integralidade da atenção e da equidade em saúde, além dos princípios normativos de descentralização e participação popular. A política foi construída de forma democrática e participativa com a presença de gestores, de trabalhadores em serviços penais, da academia e da sociedade civil organizada, tendo sido pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e deliberada pelo Conselho Nacional de Saúde. São objetivos específicos da PNAISP:

Promover o acesso das pessoas privadas de liberdade à Rede de Atenção à Saúde, visando ao cuidado integral;
Garantir a autonomia dos profissionais de saúde para a realização do cuidado integral das pessoas privadas de liberdade;
Qualificar e humanizar a atenção à saúde no sistema prisional por meio de ações conjuntas das áreas da saúde e da justiça;
Promover as relações intersetoriais com as políticas de direitos humanos, afirmativas e sociais básicas, bem como com as da Justiça Criminal;
Fomentar e fortalecer a participação e o controle social (BRASIL, 2014^a, p.13).

Diferentemente do PNSSP, A PNAISP propõe ações de promoção da saúde e prevenção de agravos em todo o itinerário carcerário bem como para os profissionais que atuam nos estabelecimentos prisionais, familiares e outras pessoas relacionadas ao sistema, ampliando o acesso às políticas de saúde no cárcere. A política reconhece ainda que a superlotação das unidades e as condições precárias de confinamento podem potencializar os agravos em saúde na população carcerária, admitindo a importância da transversalidade das políticas públicas, de forma a atender a todos em todas as suas especificidades (BRASIL, 2014a). De acordo com Lermen e colaboradores (2015), outra evolução que pode ser notada na política é em relação às terminologias utilizadas, tais como “pessoas privadas de liberdade”, “sob custódia do Estado temporariamente” e “beneficiários”, consolidando a palavra “pessoas” ao invés de “presos”, sendo este um ponto importante para minimizar os estereótipos relacionados à população carcerária.

Nesse sentido, em relação às diretrizes gerais da Política, é relevante destacar o foco dado à humanização nas práticas de saúde, enfatizando o respeito às diferenças, sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais por parte dos profissionais (BRASIL, 2014a). Além desta diretriz, a PNAISP segue os princípios do SUS ao pontuar como diretrizes: a integralidade, prevendo que as equipes de saúde no sistema prisional devem primar por ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e de recuperação, referenciando as ações de maior complexidade para atenção especializada na Rede de Atenção à Saúde (RAS); a descentralização, pontuando que a atenção à saúde da população privada de liberdade é responsabilidade dos três níveis de gestão, de acordo com as competências de cada um; a hierarquização, afirmando que os serviços de saúde prisional constituem unidades básicas de saúde que devem se articular com os demais serviços da rede, seguindo os fluxos de referência e contrarreferência de

forma a garantir o acesso integral aos serviços e ações do SUS; e por fim, a intersetorialidade, assinalando a importância de parcerias com setores governamentais e não governamentais (BRASIL, 2014a).

Em relação aos serviços e equipes de saúde no sistema prisional, a PNAISP define que a atenção básica será ofertada por meio das equipes de atenção básica de Unidade Básica de Saúde definida no território ou por Equipes de Atenção Básica Prisional (EAP). A oferta das demais ações e serviços de saúde deverá ser prevista e pactuada na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Os critérios elencados para caracterização das equipes em Equipe de Atenção Básica Prisional (EAPs) tipo I, II ou III são: o número de pessoas privadas de liberdade na unidade prisional, a vinculação dos serviços de saúde a uma unidade básica de saúde no território e a existência de demandas referentes à saúde mental (BRASIL, 2014a). As equipes de atenção básica prisional tipos I, II e III contam com uma equipe multidisciplinar composta por cirurgião dentista, enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, técnico de higiene bucal, podendo ser acrescida, dependendo dos tipos anteriormente citados, de outros profissionais como médico psiquiatra, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional e nutricionista (BRASIL, 2014a).

Para adesão e habilitação das equipes de saúde, a Política prevê:

1. Pactuação das Secretarias Estaduais de Saúde e Justiça através da assinatura do Termo de Adesão do estado à PNAISP;
2. A instituição de um Grupo Condutor constituído minimamente por representantes das Secretarias Estaduais de Saúde, Justiça e de Administração Penitenciária e do Conselho de Secretários Municipais (CONSEM), cujas competências são: mobilizar os dirigentes do SUS e dos sistemas prisionais em cada fase da implementação, apoiar a organização dos processos de trabalho voltados para a implantação e implementação da PNAISP no estado e no DF; identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase de implantação e implementação da PNAISP e monitorar e avaliar o processo de implantação e implementação da PNAISP;
3. Elaboração e o cadastramento do Plano de Ação;
4. Cadastramento das equipes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (após aprovação de adesão pelo Ministério da Saúde);
5. Habilitação das equipes no Sistema de Implementação de Políticas Públicas. (BRASIL, 2014a)

Após o seguimento das etapas e a aprovação da habilitação das equipes pelo Ministério da Saúde, as equipes de saúde fazem jus ao repasse de recursos. O valor do incentivo financeiro é calculado de acordo com o porte da unidade prisional e o número de serviços e equipes habilitados à PNAISP, sendo que a previsão de financiamento da PNAISP é maior do que a proposta pelo PNSSP (BRASIL, 2014a). De acordo com dados do Ministério da Saúde, o município de Juiz de Fora ainda não aderiu à PNAISP (BRASIL, 2020).

É inegável que houve um importante progresso em relação à estrutura das políticas de saúde no sistema prisional. No entanto, muito ainda precisa ser feito a fim de se efetivar o direito a saúde da população privada de liberdade, tendo em vista o alto grau de iniquidade e vulnerabilidades em saúde da população carcerária (FILHO; BUENO, 2016). Nesse sentido, considerando que a instituição dessa política ainda é recente, é imprescindível a produção e divulgação de informações a respeito dos processos de adesão, execução, monitoramento e avaliação da política nos estabelecimentos prisionais, a fim de se verificar sua aplicação e efetividade.

2.4 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE PRIVAÇÃO DE LIBERDADE E EGRESSAS DO SISTEMA PRISIONAL (PNAMPE)

A Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE) foi instituída através da Portaria Interministerial nº 210, de 16 de janeiro de 2014, entre o Ministério da Justiça e a Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República. Pautada na Constituição Federal da República, na Lei de Execução Penal, no Estatuto da Criança e do Adolescente, nas Regras de Bangkok e outros normativos afetos às mulheres privadas de liberdade, egressas e seus filhos, em âmbito nacional e internacional. Tem como princípios basilares a cidadania, a dignidade da pessoa humana, a equidade e a humanização do cumprimento da pena. São objetivos da Política:

- I - fomentar a elaboração das políticas estaduais de atenção às mulheres privadas de liberdade e egressas do sistema prisional, com base nesta Portaria;
- II - induzir para o aperfeiçoamento e humanização do sistema prisional feminino, especialmente no que concerne à arquitetura

prisional e execução de e rotinas carcerárias, com atenção às diversidades e capacitação periódica de servidores;

III - promover, pactuar e incentivar ações integradas e intersetoriais, visando à complementação e ao acesso aos direitos fundamentais, previstos na Constituição Federal e Lei de Execução Penal, voltadas às mulheres privadas de liberdade e seus núcleos familiares; e

IV - aprimorar a qualidade dos dados constantes nos bancos de dados do sistema prisional brasileiro, contemplando a perspectiva de gênero; e

V - fomentar e desenvolver pesquisas e estudos relativos ao encarceramento feminino (BRASIL, 2014b).

A Pnampe representa um dos primeiros esforços, em âmbito nacional, para a melhoria das condições do encarceramento feminino, com o intuito de proporcionar às mulheres acauteladas uma execução penal menos estigmatizante e violadora de direitos, ao ser direcionada às necessidades e realidades específicas das mulheres em privação de liberdade e egressas do sistema prisional (FAVILLI, 2016).

Com um olhar ampliado sobre a população prisional feminina inclui, dentre outras ações, a prevenção de todos os tipos de violência contra essas mulheres. Abrange ainda o fomento à adoção de normas e procedimentos adequados às especificidades das mulheres no que tange às questões de gênero, idade, etnia, cor ou raça, sexualidade, orientação sexual, nacionalidade, escolaridade, maternidade, religiosidade, deficiências física e mental e outros aspectos relevantes, bem como o incentivo à construção e adaptação de unidades prisionais para o público feminino (BRASIL, 2014b).

No que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde, a Pnampe trouxe uma abordagem mais ampla acerca das questões de saúde da mulher, quando comparada ao Pnssp. Preconiza o acesso à saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS bem como em consonância com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema (Pnaisp) e a Política Nacional de Atenção de Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2014b). Até 2013, na vigência do Pnssp, os serviços em saúde para a população prisional feminina eram voltados ao controle dos cânceres cérvico-uterino e de mama, tratamento das DST/AIDS, assistência à anticoncepção, assistência ao pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2005), reduzindo as necessidades de saúde da mulher às questões reprodutivas e sexuais.

A PNAME ainda traz em seu texto o incentivo à realização de pesquisas assim como a organização e divulgação de dados relativos ao encarceramento feminino. Tais aspectos encontram-se elencados na Política com o objetivo de contribuir com a consolidação de informações penitenciárias sob a perspectiva de gênero (BRASIL, 2014b). Assim, observa-se que a PNAME representa um grande avanço para a garantia de direitos e busca por condições dignas no cumprimento da pena de mulheres privadas de liberdade.

No entanto, verifica-se o desconhecimento e difusão insuficiente dessa política pelos profissionais e instituições que compõem o sistema prisional. Tais aspectos aliados aos problemas já instalados nos cárceres brasileiros, como a superlotação, a estrutura precária, falta de recursos humanos e materiais, a escassez de investimento estatal e a priorização da segurança sobre os demais serviços nas unidades prisionais são fatores que dificultam a implantação de políticas no sistema prisional e contribuem para que as mulheres privadas de liberdade permaneçam na invisibilidade.

2.5 AUTOAVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

A avaliação da saúde pode ser mensurada por três domínios: a saúde “testada”, avaliada por meio de exames laboratoriais e testes funcionais; a “observada”, baseada em avaliações clínicas feitas por profissionais; e a “percebida”, pautada na autoavaliação da saúde, nos conhecimentos e nas crenças pessoais de cada indivíduo (SADANA et al., 2002). Dentre esses domínios, a autoavaliação da saúde vem sendo amplamente utilizada em estudos epidemiológicos, tanto pela sua facilidade de captação, quanto por sua validade enquanto medida de saúde (FRANKS; GOLD; FISCELLA, 2003; SZWARCOWALD et al., 2005; DeSALVO, 2006; JYLHÄ, 2009).

Por ser uma medida de autorreferência, a autoavaliação da saúde pode ser incluída no grupo dos *PROs - Patient Reported Outcomes*, termo genérico aplicável a qualquer dado relacionado à saúde relatado diretamente pelo paciente, sem a necessidade de interpretação médica (BANSAL et al., 2015). De acordo com Black (2013) os relatos dos pacientes são capazes de trazer melhores e reais resultados quanto à influência na qualidade de vida dos indivíduos frente a determinado agravo

ou a prestação de determinado serviço de saúde, o que pode resultar em transformações efetivas na atenção à saúde.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a autoavaliação do estado de saúde representa um dos principais indicadores para o monitoramento da saúde e da qualidade de vida da população, sendo, portanto, de grande utilidade para a saúde pública (BRUIN; PICAVEST; NOSSIKOV, 1996). O indicador está associado a uma concepção individual e subjetiva acerca da saúde, sob influência de aspectos biológicos, psicológicos e sociais (SADANA et al., 2002; JYLHÄ, 2009; PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013), aproximando-se, portanto, de uma concepção mais ampliada da saúde. Nesse sentido, a percepção da saúde deve ser analisada sob uma ótica multidimensional, levando em consideração os diferentes entendimentos individuais da saúde, além do contexto cultural e psicossocial existente, fatores que modificam a maneira como a vida de cada pessoa é afetada pelo problema experimentado (BEZERRA et al., 2011).

A autoavaliação da saúde tem sido utilizada como um marcador de desigualdades entre subgrupos populacionais, para descrever o estado de saúde das populações, estabelecer diferenças de morbidade em subgrupos populacionais, comparar necessidade por serviços de saúde e recursos, além de ser um bom preditor de morbi-mortalidade (IDLER; BENYANIMI, 1997; JYLHÄ, 2009; DeSALVO, 2006; FILHA; SZWARCOWALD, JUNIOR, 2008).

Trata-se de uma avaliação relativamente simples, na qual o indivíduo deve avaliar o seu estado de saúde, através de perguntas como: “Em geral, como é sua saúde?”, ou “Quão bom você considera seu atual estado de saúde?” ou “Como você julgaria sua condição de saúde em comparação com outras pessoas da sua idade?”. No entanto, quando se analisa os estudos que utilizaram este indicador, verifica-se que além da variação na forma de se fazer a pergunta, pesquisadores utilizam distintas categorias de resposta e de análise, o que limita a comparação entre os resultados dos estudos (PAGOTTO; BACHION; SILVEIRA, 2013; SADANA et al., 2002).

No Brasil, estudos de base populacional confirmaram forte associação entre condições socioeconômicas desfavoráveis e a pior percepção do estado de saúde (PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013; DACHS; SANTOS, 2006; SZWARCOWALD et al., 2005). Outras pesquisas nacionais demonstraram que diferenças entre gêneros, faixas etárias, estilo de vida e condições ambientais também influenciam a

autoavaliação da saúde (MALTA et al., 2018; MEIRELES et al., 2015; SZWARCOWALD et al., 2015; PAGOTTO; BACHION; SILVEIRA, 2013; PERES et al., 2010; BARROS et al., 2009; SANTOS et al. 2007), corroborando resultados da literatura internacional (FRANCK; GOLD; FISCELLA, 2003; MOLARIUS et al., 2006).

Cabe destacar que embora a maior parte dos estudos investiguem as características individuais relacionadas à autoavaliação da saúde, é importante o reconhecimento e a compreensão da influência do ambiente físico e social na percepção da saúde. Nessa perspectiva, Jylhä (2009) afirma que a autoavaliação do estado de saúde está inserida no ambiente social e cultural e faz uso dos recursos conceituais e padrões de representações proporcionados por esse ambiente. Assim sendo, as condições peculiares que o aprisionamento impõe revelam o uso potencial desse indicador. Apesar disso, a utilização da autoavaliação da saúde na população privada de liberdade ainda é incipiente, sendo escassos os estudos que abordam essa variável como desfecho, analisando os fatores associados.

Diante do exposto e considerando a robustez da autoavaliação como indicador de saúde e as especificidades encontradas no ambiente carcerário, acreditamos ser esse um elemento de análise importante para a compreensão do processo saúde-adoecimento das mulheres privadas de liberdade. Além disso, outras questões são fundamentais para essa análise, o que inclui os fatores associados à autoavaliação ruim da saúde, caracterização das condições em que vivem durante o acautelamento, perfil de saúde, perspectivas após o encarceramento, entre outros. A elucidação ou o melhor entendimento dessas questões poderão auxiliar no apontamento de estratégias que contribuam para a redução dos agravos à saúde durante o período do encarceramento.

3 OBJETIVO

Verificar a prevalência da autoavaliação ruim do estado de saúde e os fatores associados em mulheres acauteladas em uma unidade prisional de Juiz de Fora – MG.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico da população de estudo.
- Descrever as mulheres segundo a autoavaliação de saúde.
- Verificar as condições de saúde das mulheres privadas de liberdade.
- Caracterizar as condições em que as mulheres vivem na unidade prisional.
- Descrever os fatores associados à autoavaliação ruim do estado de saúde.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico de delineamento transversal, observacional, realizado por meio de censo com mulheres privadas de liberdade em uma unidade prisional de Juiz de Fora, Minas Gerais.

4.1 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo está inserido no projeto “Condições de vida e de saúde de mulheres privadas de liberdade em Juiz de Fora – MG”, aprovado pela Secretaria de Estado de Administração Prisional (Anexo A) de acordo com o termo de concordância expedido em 25 de março de 2019 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora em 30 de abril de 2019 conforme o Parecer n.º 3.294.253 (Anexo B).

A pesquisa foi realizada com as mulheres acauteladas no Anexo Feminino Eliane Betti, localizado na cidade de Juiz de Fora – MG. O município está na região da Zona da Mata mineira, e, de acordo com os dados de 2019 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apresenta uma população estimada de 568.873 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020).

Juiz de Fora é sede da 4ª Região Integrada de Segurança Pública (RISP), que engloba mais de 80 municípios, no entanto, desses, apenas 14 possuem estabelecimentos prisionais. Dentre esses municípios, Juiz de Fora é o que apresenta o maior número de unidades prisionais (Centro de Remanejamento do Sistema Prisional – CERESP, Penitenciária Professor Ariosvaldo de Campos Pires, Penitenciária José Edson Cavalieri e Casa do Albergado José de Alencar Rogêdo) e, conseqüentemente, a maior concentração de indivíduos acautelados. De acordo com os dados disponibilizados pelas unidades prisionais da cidade, atualmente, o número de indivíduos privados de liberdade no município é de aproximadamente 2.230.

Em toda 4ª RISP, há apenas duas unidades destinadas ao acautelamento feminino: Presídio de Eugenópolis e o Anexo Feminino Eliane Betti. O Anexo está sob administração da Penitenciária José Edson Cavalieri, foi inaugurado em outubro de 2018 e dispõe de 180 vagas para atender a demanda de Juiz de Fora e região. Antes de sua criação, as mulheres eram recebidas em um dos quatro pavilhões da

Penitenciária Professor Ariosvaldo de Campos Pires, que funcionava como uma unidade mista e apresentava condições inadequadas para o acautelamento feminino.

No que diz respeito à assistência à saúde, a unidade aderiu ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) em 2007, e desde então, conta com uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista, auxiliar de dentista, psicólogo e assistente social. O atendimento é realizado no Núcleo de Saúde da unidade prisional, que opera como uma unidade básica de saúde, atendendo às demandas referentes ao nível primário da atenção. As ações de média e alta complexidade são referenciadas na Rede de Atenção à Saúde (RAS) conforme diretrizes do PNSSP (NERES, 2008).

Os atendimentos são agendados, principalmente, através das demandas provenientes dos próprios acautelados (as), que diariamente encaminham seus pedidos ao Núcleo de Saúde, tendo como elo a equipe de segurança. Assim, quase que a totalidade dos atendimentos realizados na unidade prisional são oriundos de demandas espontâneas, tendo como objetivo a intervenção em comorbidades já instaladas, sendo poucas as ações que visam à prevenção e promoção de saúde.

4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Pesquisa realizada por meio de censo. Assim, a população acessível foi constituída por mulheres privadas de liberdade, com idade mínima de 18 anos, nos regimes provisório, fechado e semiaberto, no período de setembro de 2019 a fevereiro de 2020 e que completaram no mínimo 30 dias de reclusão ao longo do estudo.

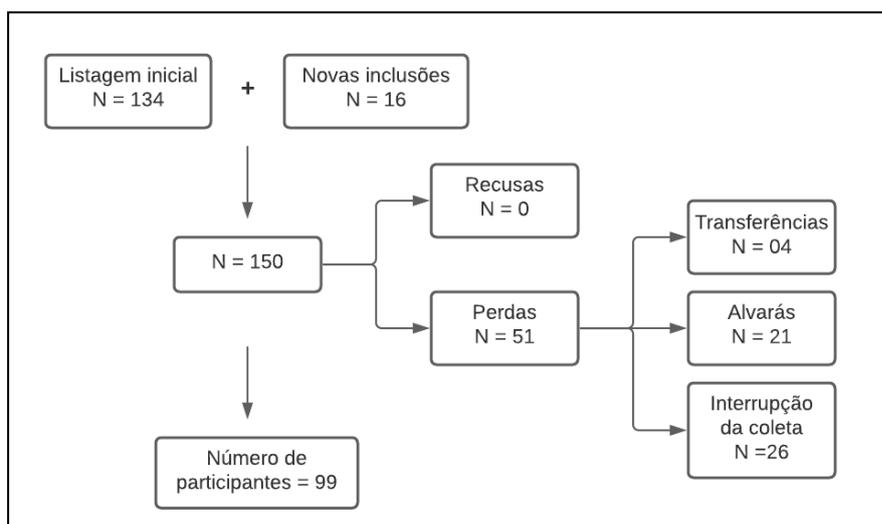
No primeiro dia de coleta de dados, foi disponibilizada pela unidade prisional uma listagem nominal das acauteladas matriculadas conforme o Sistema Integrado de Gestão Prisional – SIGPRI da unidade. De acordo com esta listagem, haviam 134 mulheres matriculadas no Anexo Feminino. Assim, a coleta de dados foi planejada de forma a assegurar que todas as mulheres participassem do estudo. Novas listagens foram emitidas mensalmente a fim de acompanhar o dinamismo de admissões e desligamentos, e conseqüentemente a possibilidade de inclusão de novas participantes ao estudo e monitoramento de possíveis perdas. No decorrer da coleta de dados, 16 mulheres foram incluídas no estudo.

Os critérios de exclusão estabelecidos foram: acauteladas que não se comunicassem através da língua padrão portuguesa; impossibilidade de compreensão e/ou resposta ao questionário; presença de distúrbios severos que afetassem a comunicação; e aquelas que a critério da Direção da unidade não pudessem participar por colocar em risco a integridade física da pesquisadora de campo.

Quando não foi possível a abordagem da acautelada no primeiro agendamento conforme o cronograma de coleta de dados, foram realizadas 3 novas tentativas em dias e horários distintos.

Não houve recusas ao longo do estudo. As perdas perfizeram um total de 51 e foram constituídas por detentas que receberam alvará de soltura, que foram transferidas para outras unidades prisionais e aquelas que não foram acessadas em decorrência da interrupção da coleta de dados devido à pandemia da Covid-19 (Figura 7).

Figura 7 – Esquema da definição da amostra do estudo



Fonte: Elaborado pela autora (2020).

4.3 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis deste estudo subdividem-se em variável dependente e variáveis independentes.

4.3.1 Variável dependente:

Autoavaliação do estado de saúde:

- Categorizada em: muito boa, boa, regular, ruim e muito ruim para análise da classificação da autoavaliação de saúde (DACH; SANTOS, 2006; SZWARCOWALD et al., 2005; BRUIN; PICAVEST; NOSSIKOV, 1996)
- Como variável dicotômica para análise da prevalência da autoavaliação ruim e fatores associados: ruim (regular, ruim e muito ruim) e boa – muito boa e boa (MEIRELES et al., 2015).

4.3.2 Variáveis independentes:

- Idade: como variável contínua corresponde à idade em anos completos. Foi também categorizada em: 20 a 29 anos; 30 a 39 anos e 40 a 59 anos.
- Cor auto declarada: branca, preta, parda e amarela/indígena (categorizada em branca, negra e amarela/indígena).
- Gênero: categorizado em cisgênero, transgênero e não-binário.
- Orientação afetiva sexual: homens; mulheres; homens e mulheres; homens, mas atualmente com mulheres (outra acautelada). Categorizada em heterossexual e homossexual/bissexual.
- Situação conjugal: solteira, companheira, casada, separada, viúva ou outro. Categorizado em: casada/companheiro(a) e solteira/divorciada/viúva.
- Arranjo domiciliar: variável coletada em campo aberto. Categorizada em: residia com a família, residia sozinha ou pessoa em situação de rua.
- Escolaridade: Categorizada conforme anos completos de escolaridade: 0 a 4 anos; 5 a 8 anos ou mais de 8 anos.
- Renda mensal antes do aprisionamento: valores em reais declarado em campo aberto. Categorizada em salários mínimos⁴, sendo: de 0 a 1 salário mínimo; >1 e ≤2 salários mínimos e > 2 salários mínimos.
- Status social subjetivo mensurado através da Escala de MacArthur de Status Social Subjetivo: como variável contínua com *score* variando de 1 a 10. Dicotomizada em pior e melhor status social subjetivo, que representam,

⁴ Com base no valor vigente de R\$1045,00.

respectivamente, as categorias: “muito ruim” (degraus 1 e 2), “ruim” (3 e 4) e “regular” (5 e 6); e “bom” (7 e 8) e “muito bom” (9 e 10) (SANCHÓN-MACIAS et al., 2013).

- Morbidades referidas: presença ou não de morbidades auto-referidas, quando presente a informação foi coletada em campo aberto e categorizada posteriormente de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID – 10).
- Uso contínuo e quantidade diária de medicamentos para fins de: diabetes, pressão arterial, depressão, ansiedade, colesterol e outros. Categorizado em uso contínuo de: nenhum medicamento, 1 a 3 medicamentos ou 4 ou mais.
- Aborto: como variável categórica sim (induzido ou espontâneo) ou não. Como variável contínua para quantificar o número de abortos.
- Sintomas de ansiedade mensurado através da subescala de ansiedade do *Patient Health Questionnaire – 4* (PHQ – 4): categorizados em positivo quando ≥ 3 (LÖWE et al., 2010; KROENKE et al., 2009).
- Sintomas depressivos mensurado através da subescala de depressão do *Patient Health Questionnaire – 4* (PHQ – 4) categorizado em: positivo quando ≥ 3 (LÖWE et al., 2010; KROENKE et al., 2009).
- Fumante ativo: como variável categórica sim ou não.
- Tempo de encarceramento: variável coletada em campo aberto e dicotomizada a partir do cálculo da mediana, sendo: ≤ 15 meses e > 15 meses.
- Sentença recebida: como variável categórica sim ou não e como variável contínua para verificar o tempo da sentença, que foi dicotomizado a partir do valor da mediana em: ≤ 7 anos e > 7 anos.
- Regime penal: categorizado em provisório, fechado ou semiaberto.
- Recebimento de visita social e agendada: categorizada em sim ou não. Como variável contínua para verificar a frequência com que ocorrem.
- Atividades laborais e de estudo realizadas na unidade prisional: categorizado em sim ou não.
- Participação em celebração religiosa: categorizada em sim ou não.
- Recebimento de assistência jurídica: categorizado em sim ou não.
- Recebimento de assistência à saúde: categorizado em sim ou não.

- Prática de atividade física: categorizado em sim (de duas a três vezes na semana ou quatro ou mais vezes por semana) e não (não pratico, poucas vezes por ano, de duas a três vezes por mês, uma vez por semana).
- Recebimento de tratamento preconceituoso por outras detentas em decorrência da condição de detenta, cor da pele, condição social, orientação sexual, tipo de crime cometido e aparência física: muitas vezes, poucas vezes ou nunca. Categorizado em sim (muitas ou poucas vezes) e não (nunca).
- Riscos a que está exposta no presídio: agressão física, violência sexual, violência psicológica, ser ferida por arma branca, ser ferida por arma de fogo, sofrer queimadura, risco de explosão ou outros; categorizados em sim ou não.
- Situações sofridas nos últimos 12 meses: agressão física, agressão verbal, assédio ou agressão sexual, perfuração por arma de fogo, perfuração por arma branca, queda, tentativa de suicídio e tentativa de homicídio; categorizados em sim ou não.
- Expectativa quando sair da unidade prisional em relação à vida pessoal, vida familiar, vida profissional, padrão de vida, condições de trabalho e condições de saúde: boa, regular e ruim. Categorizado em boa e regular/ruim.

As variáveis independentes acima elencadas correspondem àquelas que foram utilizadas no modelo teórico de determinação adotado para análise dos fatores associados ao desfecho. Contudo, cabe reportar que uma série de outras variáveis foram exploradas para a análise do perfil da amostra estudada e também por reconhecer as potencialidades dessas para outros trabalhos do projeto “Condições de vida e de saúde de mulheres privadas de liberdade em Juiz de Fora – MG”. O Apêndice B apresenta a descrição dessas variáveis de forma detalhada.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados (Apêndice C) foi composto por questões semiestruturadas, elaboradas a partir do instrumento utilizado por Minayo e Constantino (2015) na pesquisa “Estudo das condições de saúde e qualidade de vida dos presos e das condições ambientais das unidades prisionais do Estado do Rio de Janeiro” e por escalas padronizadas e de ampla utilização em pesquisas científicas.

O questionário foi organizado em três grandes blocos temáticos, assim constituídos:

Bloco 1 – Características socioeconômicas e demográficas: idade; etnia/cor; gênero; orientação afetiva sexual; situação conjugal; número de filhos; situação de moradia antes da prisão, escolaridade; profissão; renda; e status social subjetivo (Escala MacArthur de Status Social Subjetivo).

Bloco 2 – Condições de saúde: autoavaliação do estado de saúde (variável dependente); presença de morbidades; uso de medicamentos; aborto; sintomas de ansiedade e depressão (através do PHQ-4); tabagismo; doenças infectocontagiosas, autopercepção da saúde bucal (através do OHIP-14) e uso de drogas.

Bloco 3 - Condições de vida na unidade prisional: motivo e tempo da prisão; regime penal; vínculo familiar; recebimento de visitas; assistência religiosa, jurídica e médica; trabalho e estudo; número de consultas/atendimentos recebidos; perda dentária; cirurgias e internações; nível de satisfação com as condições da unidade prisional; exposição à violência e preconceitos; e perspectivas ao sair da prisão.

As escalas para averiguar o status social subjetivo e os sintomas depressivos e de ansiedade que estão inseridas, respectivamente, nos Blocos 1 e 2, e que serão contempladas como objeto de análise dessa pesquisa serão apresentadas a diante.

Quanto à variável desfecho, é relevante destacar que sua aplicação seguiu as orientações da OMS, sendo utilizada a pergunta “Em geral, você diria que sua saúde é?”; com cinco categorias de resposta, sendo elas: “muito boa”, “boa”, “regular”, “ruim” e “muito ruim”; a pergunta foi posicionada no início do bloco sobre as condições de saúde; foi priorizada a resposta espontânea da participante e as opções de resposta só foram lidas nos casos da resposta não corresponder com as categorias adotadas (BRUIN; PICAVEST; NOSSIKOV, 1996).

4.4.1 Escala MacArthur de Status Social Subjetivo

A Escala MacArthur de Status Social Subjetivo foi validada no Brasil por Ferreira e colaboradores (2018) e é dos instrumentos mais utilizados nos estudos epidemiológicos para avaliação do status social subjetivo. A escala foi desenvolvida com o objetivo de capturar a percepção de senso comum de status social, tendo como referência indicadores socioeconômicos, como escolaridade, ocupação e renda (ADLER; STEWART, 2007). O menor status social subjetivo mensurado por

essa escala tem sido associado à maior ocorrência de morbidades, além da pior autoavaliação de saúde, mesmo após ajuste por indicadores socioeconômicos objetivos (OPERARIO; ADLER; WILLIAMS, 2004; FERREIRA et al., 2018).

O instrumento mede o status subjetivo em uma escala de 10 pontos, formada visualmente como uma escada com 10 degraus. Perguntado *“Considere que a escada que estou lhe mostrando representa o lugar que as pessoas ocupam na sociedade. No topo desta escada estão as pessoas que possuem mais dinheiro, maior escolaridade e os melhores empregos. Na parte mais baixa da escada, estão as pessoas que possuem menos dinheiro, menor escolaridade e piores empregos (empregos com menos reconhecimento) ou estão desempregadas. Quanto mais alto se considerar nesta escada, mais próximo estará das pessoas que estão no topo da escada e quanto mais baixo, mais próximo das pessoas que se encontram na parte mais baixa. Onde você se colocaria nesta escada?”*, o entrevistado deve marcar com uma cruz o degrau que considera representar o seu lugar na sociedade. Quanto menor a posição referida, menor o status social subjetivo.

4.4.2 Patient Health Questionnaire – 4 (PHQ-4)

Consiste em um instrumento que permite rastrear sintomas de depressão e ansiedade nas duas semanas anteriores à aplicação. É composto por quatro itens pontuados em uma escala de *likert* de zero (nenhuma vez) a 3 (quase todos os dias). Quanto maior a soma, maior a sintomatologia. O escore total varia de 0 a 12 e sugere-se a seguinte análise para compreensão do sofrimento psíquico: 0 a 2 nenhum; 3 a 5 leve; 6 a 8 moderado; 9 a 12 grave. As duas primeiras questões correspondem à subescala de ansiedade e as outras à subescala de depressão. A soma dos itens de cada subescala variam de zero a 6, escore maior ou igual a 3 é considerado positivo (LÖWE et al., 2010; KROENKE et al., 2009).

4.5 ESTUDO PILOTO

A etapa de coleta de dados foi precedida por um estudo piloto, realizado no Presídio Feminino de Eugenópolis – MG, que teve como objetivo testar o instrumento de coleta e detectar possíveis dificuldades das acauteladas na compreensão do questionário, aperfeiçoar o instrumento, treinar as pesquisadoras e

possibilitar a elaboração de estratégias para otimização do processo de coleta de dados. O estudo seguiu orientações da banca avaliadora do processo de qualificação, composta por professores com experiência em estudos epidemiológicos e na temática de interesse.

O estudo piloto foi realizado em agosto de 2019, com 15 detentas, o que representava aproximadamente 10% da amostra esperada. Utilizamos a sala de aula da unidade prisional para execução do mesmo. A escolha das participantes foi feita pela coordenadora da equipe de segurança, de acordo com a forma de condução da entrevista, que foi previamente informada à mesma.

Com o intuito de testar diferentes possibilidades de aplicação do instrumento de coleta, garantir a qualidade dos dados e também a adequação à estrutura disponível na unidade prisional para a realização da pesquisa, trabalhamos com 3 grupos formados cada um por 5 mulheres, nos quais adotamos diferentes estratégias para a aplicação do instrumento de coleta de dados:

- Grupo 1: Todas as participantes foram acomodadas na sala de aula da unidade, cada uma recebeu um modelo autoaplicável do instrumento, sem intervenção das pesquisadoras na condução da leitura do mesmo. As pesquisadoras se mantiveram neutras e se colocaram à disposição para sanar possíveis dúvidas.
- Grupo 2: As participantes foram submetidas a coleta face a face, individualmente.
- Grupo 3: As participantes preencheram os dados simultaneamente, à medida que as pesquisadoras conduziam a leitura das questões do instrumento.

Para cada forma de aplicação foi feito o registro dos aspectos observados, como tempo de aplicação do instrumento, comportamento das acauteladas, questões que geraram dúvidas, bem como as vantagens e desvantagens de cada método segundo a percepção das pesquisadoras. O estudo piloto também contribuiu para que as pesquisadoras fossem sensibilizadas com relação às questões comportamentais da população de estudo, principalmente no que diz respeito à exteriorização de emoções/sentimentos durante a aplicação do instrumento.

Posteriormente, todas as observações foram discutidas com a equipe envolvida na pesquisa, que concluiu que para melhor atender os objetivos deste

trabalho o instrumento deveria ser aplicado de forma individual, por uma única pesquisadora de campo, conforme descrito a seguir.

4.6 COLETA DE DADOS

Em conformidade com o estabelecido no termo de anuência expedido pela Secretaria responsável pela administração prisional do Estado, a coleta de dados foi organizada diretamente com a Direção da unidade prisional, por meio da Diretora Adjunta do Anexo Feminino Eliane Betti, que estabeleceu que essa etapa deveria ser iniciada com as detentas que trabalhavam internamente na unidade prisional e com aquelas que já seriam retiradas para atendimentos (como naqueles realizados no Núcleo de Saúde e também nas salas da própria carceragem). Cabe ressaltar que a proposta não estava de acordo com a metodologia inicial da pesquisa, mas que tal adequação precisou ser feita a fim de não comprometer o processo de trabalho da unidade.

Uma semana antes da data acordada para o início da coleta foi realizada uma visita à unidade prisional, que teve como objetivo expor para as detentas os principais aspectos do estudo e também sensibilizá-las com vistas à participação. Na ocasião, a abordagem foi feita de frente para cada uma das oito celas, de forma que todas pudessem ouvir e sanar suas dúvidas, e foram expostas as principais informações da pesquisa, como: objetivos, relevância para o contexto do encarceramento feminino e os aspectos metodológicos e de organização das entrevistas. Além dessa abordagem inicial, foram realizados outros dois momentos de sensibilização da população alvo.

Considerando a complexidade da rotina diária a ser estabelecida para o desenvolvimento da pesquisa e a importância das policiais penais como elo entre as pesquisadoras e a população do estudo, foi realizada uma sensibilização também voltada para essas profissionais. Nesse processo, a participação da Diretora Adjunta do Anexo Feminino foi fundamental no sentido de homogeneizar os aspectos acordados para garantir a participação das reclusas.

A coleta de dados foi realizada por uma única pesquisadora de campo, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, que recebeu

treinamento teórico e prático⁵. Na etapa teórica foram revisados todos os itens do instrumento de coleta, a forma adequada de preenchimento e aspectos éticos e metodológicos que envolvem a condução de uma boa entrevista. Na teórica-prática trabalhamos com simulação de entrevistas, que envolveu a equipe do projeto de pesquisas e alunos de graduação que se disponibilizam voluntariamente. E o treinamento piloto foi realizado no Presídio de Eugenópolis, conforme já descrito.

A coleta de dados teve início no dia 26 de setembro e término em 03 de fevereiro de 2020⁶, em dias previamente marcados e autorizados junto à Direção da unidade. Foi realizada uma vez por semana, através de entrevista face a face, por uma única entrevistadora, nas salas de atendimento da unidade prisional, no Núcleo de Assistência à Saúde – NAS e nas dependências da fábrica onde algumas detentas trabalham. Durante os dias de aplicação do questionário, as policiais penais garantiram o procedimento de trânsito das detentas e a supervisão do lado externo das salas. As mulheres entrevistadas eram as previamente selecionadas para demandas do atendimento de saúde, do serviço social, do Programa de Inclusão e Ressocialização – PIR, e também especificamente para a entrevista.

Diariamente, após a coleta, os questionários foram revisados a fim de se identificar possíveis erros de preenchimento e/ou dados omissos, bem como a necessidade de reciclagem da pesquisadora de campo.

Quanto aos aspectos éticos, foram obedecidas as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, conforme a Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde, atendendo o preconizado em relação à pesquisa com grupos com limitação de autonomia.

Apenas mediante consentimento e assinatura pela participante do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice D) tinha início a aplicação do questionário. Uma via do TCLE está arquivada em setor próprio para o armazenamento de pertences das acauteladas e a outra com as pesquisadoras responsáveis.

⁵ Uma das componentes da equipe de pesquisa exerce o cargo de policial penal na unidade, e, para minimizar vieses, não foi envolvida na coleta de dados.

⁶ O término da coleta de dados estava previsto para 26 de março, no entanto houve a necessidade de interrupção das atividades em decorrência das medidas adotadas pela unidade prisional para prevenção da Covid-19.

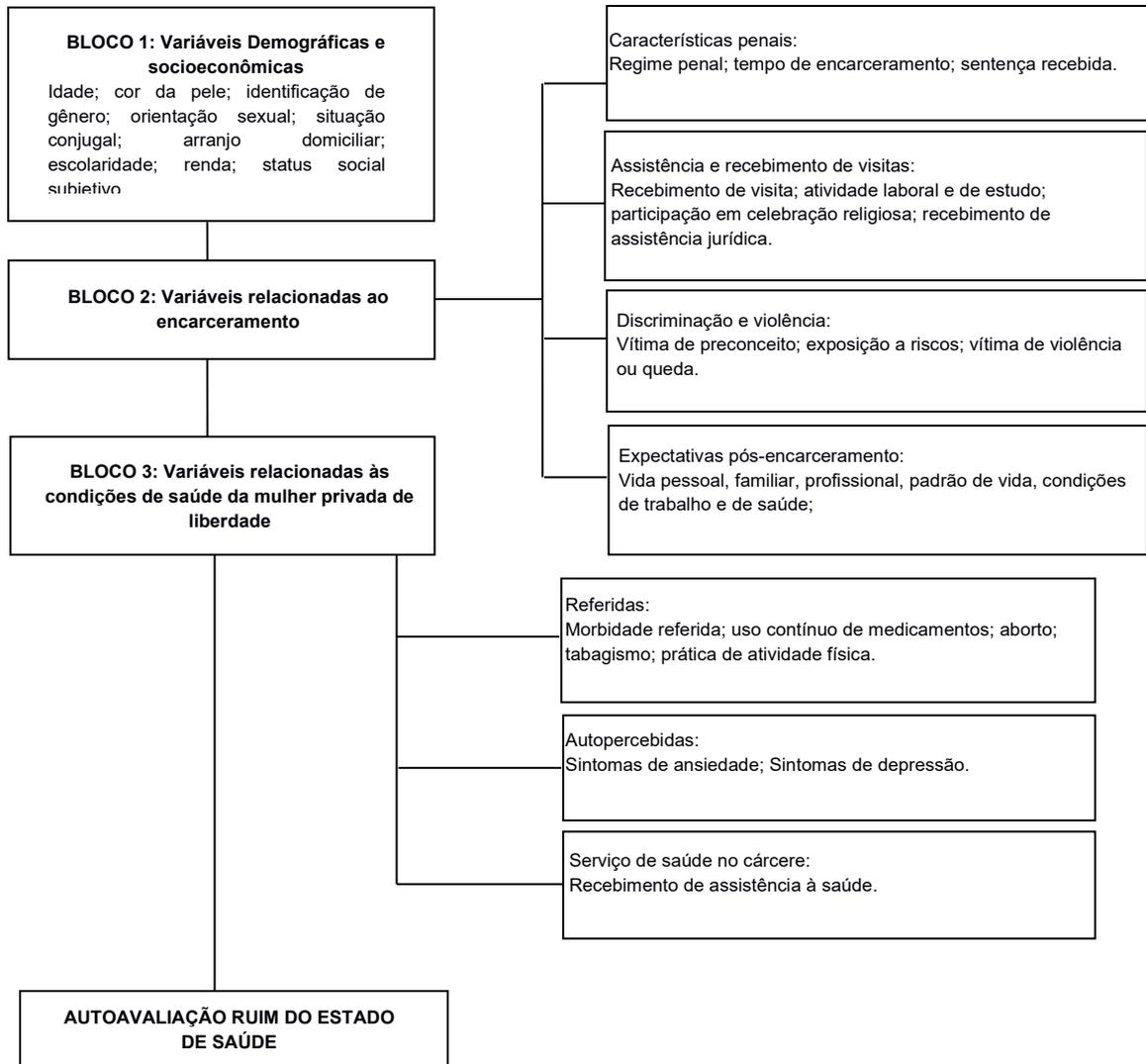
4.7 ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados foram digitados e organizados em um banco de dados utilizando o *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 15.0. O tratamento estatístico incluiu a codificação, digitação e edição dos dados. Para minimizar possíveis inconsistências, a digitação dos dados foi realizada por dois pesquisadores e confrontada posteriormente.

Os dados foram submetidos à análise descritiva para obtenção das frequências absolutas e relativas das variáveis analisadas, assim como a prevalência da autoavaliação do estado de saúde, com seu respectivo intervalo de confiança. O teste Qui-quadrado (χ^2) foi utilizado para analisar a associação da variável dependente com as independentes, na análise bivariada. Na análise multivariada, utilizou-se a regressão de Poisson, para verificar as variáveis independentes associadas ao desfecho, controladas por possíveis fatores de confusão (razão de prevalência ajustada).

Para a análise dos fatores associados à autoavaliação ruim, foi construído um modelo teórico de determinação (VICTORA et al., 1997) com três blocos hierarquizados de variáveis (Figura 8). Os três blocos foram constituídos da seguinte forma: Bloco 1, variáveis referentes às características demográficas e socioeconômicas; Bloco 2, variáveis relacionadas ao encarceramento (dividido em quatro subníveis: 2.1 características penais; 2.2 assistência e recebimento de visitas; 2.3 discriminação e violência; e 2.4 expectativas pós-encarceramento); Bloco 3, com as variáveis referentes às condições de saúde da mulher privada de liberdade, dividido em 3 subníveis: 3.1 variáveis de saúde referidas; 3.2 variáveis de saúde autopercebidas; e 3.3 serviço de saúde no cárcere.

Figura 8 – Modelo teórico de investigação dos efeitos das variáveis independentes sobre a autoavaliação ruim do estado de saúde em blocos hierarquizados



Fonte: Elaborado pela autora (2020).

As variáveis independentes foram ajustadas entre si dentro de cada bloco. As variáveis com nível de significância $\leq 0,20$ foram incluídas no modelo de regressão de Poisson e ajustadas ao nível superior ao seu. O nível de significância adotado foi de 5%.

5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados no artigo que se segue, com complementação dos mesmos no Apêndice B.

Artigo - AUTOAVALIAÇÃO NEGATIVA DA SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS EM MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE⁷.

⁷ O artigo segue as orientações de apresentação fornecidas pela revista a que foi submetido.

AUTOAVALIAÇÃO NEGATIVA DA SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS EM MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE

AUTOAVALIAÇÃO DA SAÚDE EM MULHERES ENCARCERADAS

AQUINO, Lidiane Castro Duarte de. Universidade Federal de Juiz de Fora, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPgSC). Campus Universitário Martelos, CEP 36036-900 – Juiz de Fora, MG – Brasil.

LEITE, Isabel Cristina Gonçalves. Universidade Federal de Juiz de Fora. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPgSC). Bolsista de produtividade em pesquisa pelo CNPq. Departamento de Saúde Coletiva Campus Universitário Martelos, CEP 36036-900 – Juiz de Fora, MG – Brasil.

CRUZ, Danielle Teles da. Universidade Federal de Juiz de Fora. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPgSC). Departamento de Saúde Coletiva. Campus Universitário Martelos, CEP 36036-900 – Juiz de Fora, MG – Brasil.

Endereço para correspondência:

Lidiane Castro Duarte de Aquino

Rua José Estevão, 115. Juiz de Fora – MG – CEP: 36085-570

Tel.: (31) 99578 1724 / e-mail: lili_castro21@hotmail.com

Artigo baseado em dissertação de mestrado:

Lidiane Castro Duarte de Aquino. Autoavaliação do estado de saúde em mulheres privadas de liberdade em Juiz de Fora, Minas Gerais. 2020. Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF.

RESUMO

OBJETIVO: Verificar a prevalência da autoavaliação ruim do estado de saúde em mulheres privadas de liberdade e analisar fatores associados. **MÉTODOS:** Estudo transversal com 99 mulheres acauteladas em uma unidade prisional de Juiz de Fora – MG, entre os anos de 2019 e 2020. Foi realizado por meio de inquérito e as mulheres classificadas de acordo com a autoavaliação do estado de saúde. Para análise dos fatores associados ao desfecho, foi construído um modelo teórico de determinação com três blocos hierarquizados de variáveis: bloco 1, com características demográficas e socioeconômicas; bloco 2 com questões relacionadas ao encarceramento (dividido em quatro subníveis: 2.1 características penais; 2.2 assistência e recebimento de visitas; 2.3 discriminação e violência; 2.4 expectativas pós-encarceramento); e o bloco 3 contendo variáveis relacionadas à saúde das mulheres, dividido em 3 subníveis: 3.1 variáveis de saúde referidas; 3.2 variáveis de saúde autopercebidas; e 3.3 serviços de saúde no cárcere. As variáveis foram ajustadas entre si dentro de cada bloco; aquelas com nível de significância $\leq 0,20$ foram incluídas no modelo de regressão de Poisson e ajustadas ao nível superior ao seu, considerando o nível de 5% de significância. **RESULTADOS:** A prevalência da autoavaliação ruim da saúde foi de 31,3% (IC_{95%} = 22,8%-40,9%). Morbidade referida, presença de sintomas de ansiedade e a pior perspectiva em relação às condições de saúde pós-encarceramento foram as variáveis associadas com a autoavaliação ruim da saúde. **CONCLUSÕES:** A autoavaliação ruim da saúde foi relatada por aproximadamente um terço das mulheres encarceradas e está associada a variáveis relacionadas às condições de saúde e do encarceramento. Os fatores associados à ocorrência do evento investigado poderão direcionar medidas que visem à redução dos impactos à saúde durante o período de encarceramento.

DESCRITORES: Prisões. Mulheres. Saúde da Mulher. Autoavaliação. Saúde. Estudos transversais.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To verify the prevalence of poor self-rated health status among women deprived of liberty and analyze associated factors. **METHODS:** Cross-sectional study on 99 imprisoned women in a prison unit in Juiz de Fora – MG, along the years of 2019 and 2020. It was carried out through a survey and the women were classified according to the self-assessment of their health status. In order to analyze the factors associated to the outcome, a theoretical model of determination was developed based on three hierarchical blocks of variables: block 1, demographic and socioeconomic characteristics; block 2, incarceration related issues (divided into four sub-levels: 2.1 criminal characteristics; 2.2 assistance and visitation; 2.3 discrimination and violence; 2.4 post-incarceration expectations); and block 3 containing variables related to women's health, divided into three sub-levels: 3.1 referred health variables; 3.2 self-noticed health variables; and 3.3 health services in prison. The variables were adjusted to each other within each block; those with significance level ≤ 0.20 were included in the Poisson regression model and adjusted to a level higher than theirs, considering a 5% level of significance. **RESULTS:** The prevalence of poor self-rated health was 31.3% (IC_{95%} = 22.8% - 40.9%). Reported morbidity, presence of anxiety symptoms and the worst perspective regarding post-incarceration health conditions were the variables associated with poor self-rated health. **CONCLUSIONS:** Poor self-rated health was reported by approximately one third of the incarcerated women and is associated with variables related to health conditions and incarceration. The factors associated to the occurrence of the investigated event may conduct to measures aimed to reduce health impacts during the incarceration period.

DESCRIPTORS: Prisons. Women. Women's Health. Self-Assessment. Health. Cross-Sectional Studies.

INTRODUÇÃO

Embora as mulheres representem aproximadamente 5% da população carcerária brasileira, a taxa de encarceramento feminino cresceu de forma significativa ao longo dos anos. Entre 2000 e 2016, a população prisional feminina aumentou em 656%, enquanto, no mesmo período, o encarceramento masculino cresceu 293%¹.

A maioria das mulheres encarceradas apresenta situação prévia de vulnerabilidade social, sendo: jovens, negras, solteiras, com filhos, baixo nível de escolaridade e renda familiar precária¹. Além disso, diversos estudos ressaltaram a influência negativa do encarceramento na saúde de mulheres privadas de liberdade, seja no aspecto do bem-estar físico, mental ou social^{2,3,4}. Tais condições podem contribuir para uma trama de vínculos e associações que predispõe a autoavaliação ruim do estado de saúde.

A autoavaliação da saúde vem sendo amplamente utilizada em estudos epidemiológicos, tanto pela sua facilidade de captação, quanto por sua validade e relevância enquanto medida de saúde. O indicador está associado a uma concepção individual e subjetiva acerca da saúde, sob influência de aspectos biológicos, psicológicos e sociais⁵, aproximando-se, portanto, de uma concepção mais ampliada da saúde. Tem sido utilizado como um marcador de desigualdades entre subgrupos populacionais, para descrever o estado de saúde das populações, estabelecer diferenças de morbidade em subgrupos populacionais, comparar necessidade por serviços de saúde e recursos, além de ser um bom preditor de morbimortalidade^{5,6,7,8}

Estudos realizados no Brasil confirmam forte associação entre condições socioeconômicas desfavoráveis e a pior percepção do estado de saúde^{7,9,10}. Além disso, diferenças entre gêneros, faixas etárias, estilo de vida e condições ambientais também são variáveis que influenciam a autoavaliação da saúde^{11,12,13,14}.

Embora a autoavaliação do estado de saúde já tenha sido explorada em diversos grupos, seu uso na população privada de liberdade ainda é incipiente. No entanto, levando em consideração a robustez do indicador bem como as especificidades que o aprisionamento impõe, acreditamos ser esse um elemento de

análise importante para a compreensão do processo saúde-adoecimento das mulheres privadas de liberdade.

Desta forma, o objetivo do presente estudo foi estimar a prevalência e os fatores associados à autoavaliação ruim do estado de saúde em mulheres reclusas em uma unidade prisional de Juiz de Fora, Minas Gerais.

METODOLOGIA

Estudo epidemiológico de delineamento transversal, observacional, realizado por meio de inquérito, entre setembro de 2019 e fevereiro de 2020, com 99 mulheres reclusas no Anexo Feminino Eliane Betti em Juiz de Fora, Minas Gerais. Este estudo está inserido em um projeto mais amplo, denominado “Condições de Vida e de Saúde de Mulheres Privadas de Liberdade em Juiz de Fora, Minas Gerais”.

O município de Juiz de Fora é sede da 4ª Região Integrada de Segurança Pública (RISP) do Estado de Minas Gerais, que engloba mais de 80 municípios. No entanto, desses, apenas 14 possuem estabelecimentos prisionais. Dentre esses municípios, Juiz de Fora é o que apresenta o maior número de unidades prisionais, e uma população carcerária de aproximadamente 2.230 indivíduos. Além do município de Juiz de Fora, há em toda a 4ª RISP, apenas mais uma unidade prisional destinada exclusivamente ao acautelamento feminino, sendo esta localizada na cidade de Eugenópolis, Minas Gerais.

Foram incluídas no estudo todas as mulheres privadas de liberdade, com idade mínima de 18 anos, independente do regime penal que se encontravam e com tempo de reclusão de no mínimo 30 dias ou que viessem a completar 30 dias no decorrer da pesquisa. Os critérios de exclusão estabelecidos foram: acauteladas que não se comunicassem através da língua padrão portuguesa; impossibilidade de compreensão e/ou resposta ao questionário, presença de distúrbios severos que afetassem a comunicação, e aquelas que de acordo com a Direção da unidade pudessem oferecer risco à segurança da pesquisadora.

No primeiro dia de entrevistas, foi disponibilizada pela unidade prisional uma listagem na qual constavam 134 mulheres matriculadas na unidade. A rotina da coleta de dados foi planejada de forma a assegurar que todas essas mulheres

participassem do estudo. Quando não foi possível a abordagem da acautelada no primeiro agendamento, foram realizadas 3 novas tentativas em dias e horários distintos. Novas listagens foram emitidas mensalmente a fim de acompanhar o dinamismo de admissões e desligamentos, e conseqüentemente a possibilidade de inclusão de novas participantes ao estudo e monitoramento de possíveis perdas. No decorrer do período da coleta de dados, 16 mulheres foram incluídas no estudo, o que totalizou uma amostra de 150 participantes.

As perdas perfizeram um total de 51: sendo 21 por motivo de alvará de soltura, 4 por transferências para outras unidades prisionais e 26 não puderam participar em decorrência da interrupção da coleta devido à pandemia da Covid-19. Não houve recusas. Assim sendo, a amostra final foi composta por 99 mulheres.

A coleta de dados foi realizada uma vez por semana, através de entrevista face a face, nas salas de atendimento da unidade prisional, no Núcleo de Assistência à Saúde – NAS e nas dependências de uma fábrica de trabalho. As policiais penais garantiram o procedimento de trânsito das detentas e a supervisão do lado externo das salas.

O questionário utilizado foi composto por questões semiestruturadas, elaboradas a partir do instrumento utilizado na pesquisa “Estudo das condições de saúde e qualidade de vida dos presos e das condições ambientais das unidades prisionais do Estado do Rio de Janeiro”¹⁵ e por escalas padronizadas e de ampla utilização em pesquisas científicas, sendo elas: o *Patient Health Questionnaire-4* (PHQ-4), para rastreio dos sintomas de ansiedade e depressão e a Escala MacArthur de Status Social Subjetivo para avaliação do status social subjetivo. O instrumento de coleta foi padronizado e pré-testado em estudo piloto realizado no Presídio de Eugenópolis com cerca de 10% da amostra prevista.

O PHQ-4 consiste em um instrumento para avaliação do sofrimento psíquico, sendo composto por quatro itens pontuados em uma escala de *likert* de zero (nenhuma vez) a 3 (quase todos os dias). Maior pontuação total reflete maior sintomatologia. Os dois primeiros itens correspondem a subescala de ansiedade e os outros a subescala de depressão. A soma dos itens de cada subescala variam de zero a 6, escore ≥ 3 é considerado positivo. Quanto à Escala de MacArthur, ela é apresentada visualmente por uma escada com 10 degraus e foi desenvolvida com o objetivo de capturar a percepção de senso comum de status social, tendo como referência indicadores socioeconômicos. Nela, o entrevistado indica o degrau que

considera representar o seu lugar na sociedade. Quanto menor a posição referida, menor o status social subjetivo. Para análise, as categorias foram agrupadas em pares: “muito ruim” (degraus 1 e 2), “ruim” (3 e 4), “regular” (5 e 6), “bom” (7 e 8) e “muito bom” (9 e 10) e posteriormente categorizadas em pior status social subjetivo (considerando as categorias muito ruim, ruim e regular) e melhor status social subjetivo – agrupando as categorias muito bom e bom.

A variável dependente foi a autoavaliação da saúde, obtida por meio da pergunta: “Em geral, você diria que sua saúde é?”. As opções de resposta apresentadas foram: “muito boa”, “boa”, “regular”, “ruim” e “muito ruim”. Para a análise do desfecho autoavaliação ruim da saúde, a variável foi dicotomizada em ruim (regular, ruim e muito ruim) e boa (boa e muito boa).

Os dados foram processados em um banco de dados criado por meio do software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 15.0 e submetidos à análise descritiva para a obtenção de frequências absoluta e relativa, assim como da prevalência do desfecho investigado. O teste qui-quadrado foi utilizado para análise da associação da variável dependente com as independentes na análise bivariada. Na análise multivariada foi utilizada a regressão de Poisson para a análise das variáveis independentes associadas ao desfecho, controladas por possíveis fatores de confusão (RPajustada). O nível de significância do estudo foi de 5% ($p \leq 0,05$).

Para a análise dos fatores associados à autoavaliação ruim do estado de saúde, foi construído um modelo teórico de determinação com três blocos hierarquizados de variáveis (Figura 1), às quais foram ajustadas entre si dentro de cada bloco, num primeiro momento. Aquelas variáveis que alcançaram um nível de significância $\leq 0,20$ foram incluídas no modelo de regressão de Poisson e ajustadas ao nível superior ao seu¹⁶.

As variáveis independentes foram agrupadas nos três blocos: Bloco 1, com características demográficas e socioeconômicas; Bloco 2 composto por questões relacionadas ao encarceramento (dividido em quatro subníveis: 2.1 características penais; 2.2 assistência e recebimento de visitas; 2.3 discriminação e violência; 2.4 expectativas pós-encarceramento); e o Bloco 3 com variáveis relacionadas à saúde das mulheres, dividido em 3 subníveis: 3.1 variáveis de saúde referidas; 3.2 variáveis de saúde autopercebidas; e 3.3 serviços de saúde no cárcere.

Foram obedecidas as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, conforme a Resolução 466 do Conselho Nacional de

Saúde. O Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora aprovou o estudo (Parecer nº 3.294.253). O termo de consentimento livre e esclarecido foi lido e assinado por todas as participantes..

RESULTADOS

Participaram do estudo 99 mulheres. A média de idade foi de 33,21 anos (DP \pm 9,26). Entre as participantes da pesquisa, 74,7% se declararam pretas ou pardas, 77,8% concluiu, no máximo, o ensino fundamental, 66,7% recebia um salário mínimo ou menos antes da prisão e 81,8% foram classificadas com status social subjetivo ruim.

Aproximadamente 30% das acauteladas eram presas provisórias, ou seja, aguardando julgamento. A maior parte (60,6%) referiu recebimento de visita social. Nenhuma participante relatou o recebimento de visita íntima. Apenas 12,1% das acauteladas estudavam e 40,4% estavam inseridas em atividades laborais. Todas as participantes relataram ter sofrido algum tipo de discriminação na unidade prisional.

Morbidade foi referida por 52,5% das mulheres e 70,7% declararam uso contínuo de medicações. Sintomas de ansiedade e depressão foram observados em, respectivamente, 75,8% e 65,7% das participantes (tabela 1).

A prevalência da autoavaliação ruim do estado de saúde foi de 31,3% (IC_{95%} = 22,8%-40,9%). Dentre as categorias utilizadas, 10,1% autoavaliaram a saúde como muito boa, 58,6% como boa, 23,2% como regular, 5,1% ruim e 3,0% como muito ruim.

A autoavaliação negativa da saúde esteve associada ao recebimento de tratamento preconceituoso por outras detentas, relato do risco de explosão da unidade prisional e ocorrência de queda. Foi frequente também entre aquelas que possuem pior perspectiva em relação às condições de saúde após o encarceramento ($p < 0,001$), entre as que referiram morbidades ($p < 0,002$), e entre aquelas que apresentam sintomas de ansiedade ($p < 0,002$) e depressão ($p < 0,005$).

No modelo de regressão múltipla, três variáveis permaneceram associadas à autoavaliação ruim do estado de saúde (Tabela 3). Das variáveis relacionadas ao

encarceramento (bloco 2), configurou-se como fator de risco a pior perspectiva em relação às condições de saúde após o cumprimento da pena (RP ajustada = 4,82;IC95% 1,50–15,47). Entre as variáveis do nível mais proximal (bloco 3), se configuraram como fatores de risco a morbidade referida (RP ajustada = 4,11;IC95% 1,33–12,65) e a presença de sintomas de ansiedade (RP ajustada = 15,20;IC95% 1,79-128,92). As variáveis do nível mais distal (bloco 1) não apresentaram significância estatística na análise bivariada.

DISCUSSÃO

A prevalência de autoavaliação ruim da saúde na população estudada (31,3%), foi significativamente inferior aos 61,5% encontrado entre mulheres acauteladas em uma unidade prisional do estado de São Paulo¹⁷ e superior à observada entre homens encarcerados na Noruega, onde 23% informaram estado de saúde ruim ou razoável¹⁸. Na comparação por sexo, estudos indicam que a pior autopercepção da saúde é mais frequente entre as mulheres do que entre os homens^{10,12,19}. No entanto, no contexto das prisões, são escassos os estudos que objetivaram investigar a autopercepção da saúde e fatores associados entre privados de liberdade, o que limita a comparação neste grupo. É possível que características intrínsecas à organização das instituições penais, que são diferentes entre os locais dos estudos, o porte das cidades e as diferenças nas leis de execução penal – quando analisamos a diferença com outros países, também influenciem na autopercepção da saúde dos indivíduos sob custódia.

Na população geral feminina, há pesquisas que identificam prevalências de autoavaliação negativa da saúde em torno de 40%^{9,20}, no entanto utilizaram categorias para o desfecho diferentes da empregada neste trabalho. Dentre aqueles que utilizaram categorias semelhantes, destacam-se importantes estudos de base populacional. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2003 apontou que 28,54% das mulheres autoavaliaram a saúde como regular, ruim ou muito ruim¹⁰. Na Pesquisa Mundial de Saúde esse percentual foi de 52,5%⁷ e na Pesquisa Nacional de Saúde de 37,6%¹². Considerando a soma das categorias supracitadas para o desfecho autoavaliação ruim da saúde, a prevalência

encontrada no presente estudo, foi, de forma geral, menor do que a identificada na população geral. No entanto, o percentual de acauteladas que referiu saúde ruim ou muito ruim foi maior do que o encontrado em alguns estudos^{10,12,21}.

A falta de padronização na utilização e análise do indicador prejudica a comparação entre os estudos. As diferenças entre os achados estão, em parte, relacionadas às diferentes denominações das categorias de respostas à pergunta de autoavaliação da saúde, aos distintos agrupamentos das categorias de resposta, às características da população estudada e à localização da pergunta nos instrumentos utilizados^{13,21}.

Em relação às variáveis sociodemográficas – idade, status social subjetivo, nível de escolaridade e de renda – diferentemente dos resultados de estudos nacionais^{7,10} e internacionais^{18,19,22,23}, esse estudo não encontrou associações com a autoavaliação ruim da saúde. É possível que isso tenha ocorrido devido ao tamanho reduzido da amostra.

Dentre as variáveis relacionadas ao encarceramento, a pior percepção do estado de saúde foi mais frequente entre aquelas que declararam ter sofrido tratamento inferior por outras detentas devido à aparência física, entre as que acreditam no risco de explosão da unidade prisional, as que foram vítimas de queda durante o cumprimento da pena e entre aquelas que relataram pior perspectiva em relação à sua condição de saúde após o período do encarceramento. Esses achados atestam que a autopercepção da saúde está, dentre outros aspectos, sob influência do ambiente físico e social, corroborando outros estudos^{5,11,24} e evidenciam a influência do encarceramento na percepção de saúde das acauteladas.

Pesquisa realizada nas prisões do estado do Rio de Janeiro mostrou que as mulheres relataram sofrer mais discriminação por parte de outras detentas do que os homens por outros encarcerados¹⁵. Também foi observada maior proporção de quedas entre as mulheres presas, sendo esse percentual de 21,7% enquanto entre os homens foi de 12,9%¹⁵. Não há na literatura estudos que analisem a associação entre as variáveis supracitadas e a autopercepção de saúde no âmbito das prisões. No entanto, a maior ocorrência de quedas entre mulheres e sua associação com a pior percepção de saúde já foi descrita na população idosa²⁵.

O encarceramento tem influência direta e indireta nos problemas de saúde física e mental dos indivíduos privados de liberdade^{2,3,15,26}. Sendo assim, é aceitável

que os efeitos deletérios do cárcere influenciem na perspectiva de vida após o período de acautelamento, principalmente no que tange às condições de saúde futuras. Os resultados deste estudo revelaram associação entre pior perspectiva em relação às condições de saúde futuras e a autoavaliação negativa da saúde, no entanto tal relação ainda não foi descrita na literatura.

O relato de morbididades associou-se à pior percepção de saúde, ratificando apontamentos da literatura^{9,12,21,22}. Shooshtari et al.²² (2007), confirma que autoavaliação de saúde é dinâmica e multidimensional, contudo reforça a importância da dimensão física, o que inclui as questões de bem-estar psicológico e saúde mental, no processo de autoavaliação do estado de saúde.

Um elevado percentual de mulheres referiu sintomas de ansiedade e depressão, correspondendo a, respectivamente, 75,8% e 65,7% da população estudada. Altas prevalências de transtornos mentais na população carcerária, e especialmente entre as mulheres, já foram encontradas por outros autores^{3,27,28}. Pesquisas anteriores encontraram associações entre a saúde mental e o bem-estar psicológico e a autoavaliação da saúde^{29,30} e nossos resultados confirmam a importância do sofrimento psíquico em relação a este desfecho.

Os resultados desse estudo devem ser interpretados dentro do contexto de suas limitações. Entre elas, está o desenho metodológico, que não permite que se façam inferências de causa e efeito sobre as associações encontradas. A população estudada apresenta peculiaridades, como receio de retaliações por funcionários e/ou outras detentas, insegurança emocional e medo de interferências negativas no cumprimento da pena, que podem interferir em resultados mais fidedignos. Assim, é necessário considerar a possibilidade de respostas que não correspondem à realidade mesmo diante do rigor metodológico adotado. Além disso, a coleta de dados foi interrompida em decorrência da pandemia da Covid-19, reduzindo o tamanho da amostra. Cabe ressaltar ainda que o local de condução do estudo foi inaugurado a menos de dois anos e conta com uma melhor infra-estrutura e condições assistenciais quando comparado ao local onde as acauteladas cumpriam a pena anteriormente, o que pode ter influenciado positivamente as respostas sobre alguns dados pesquisados.

Ainda assim, destaca-se a importância deste trabalho cujos resultados apresentados trazem, sob a ótica do conceito ampliado de saúde, informações relevantes sobre a saúde das mulheres em privação de liberdade e possibilitou

também a identificação dos fatores associados à autoavaliação ruim da saúde nessa parcela negligenciada da população. A atenção à saúde da mulher privada de liberdade se apresenta como um grande desafio para a Saúde Pública na atualidade, tornando necessária a compreensão das questões que permeiam a realidade do grupo.

Meireles et al.¹¹ (2015) reforçam a necessidade de inclusão de variáveis do ambiente físico e social dos indivíduos para análise da autoavaliação da saúde, assim o uso do indicador no contexto carcerário parece ser um componente de análise importante, mas que requer, para fins de comparação, de padronização. Sugerimos a realização de outros estudos epidemiológicos que contemplem uma amostra representativa desta população e que aprofundem as análises aqui propostas, haja vista que se constituem em um importante elemento de investigação para os desfechos de saúde.

Diante do crescimento exponencial da população carcerária feminina, emerge a necessidade de compreensão da dinâmica de saúde desse grupo, cujo perfil confirma o processo de vulnerabilização pelo qual vem sendo expostas ao longo dos anos e que tendem a se intensificar com o encarceramento. Pesquisas que explorem as especificidades do cotidiano das mulheres em privação de liberdade podem colaborar para o direcionamento de estratégias que contribuam para enfrentamento e minimização dos impactos sociais e à saúde física e mental, e que atendam de forma integral as mulheres encarceradas.

REFERÊNCIAS

1. Santos, T. Levantamento nacional de informações penitenciárias: INFOPEN mulheres – 2ª edição. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional; 2017 [acesso em 18 nov 2018]. Disponível em: http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen-mulheres/infopenmulheres_arte_07-03-18.pdf
2. Audi CAF, Santiago SM, Andrade MGG, Francisco PMSB. Inquérito sobre condições de saúde de mulheres encarceradas. *Saúde debate*. 2016;40(109):112-124.<http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201610909>

3. Andreoli SB, dos Santos MM, Quintana MI, Ribeiro WS, Blay SL, Taborda JGVT, et al. Prevalence of Mental Disorders among Prisoners in the State of Sao Paulo, Brazil. *PLOS ONE*. 2014;9(2):e88836. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0088836>
4. Lima GMB, Neto AFP, Amarante PDC, Dias MD, Filha MOF. Mulheres no cárcere: significados e práticas cotidianas de enfrentamento com ênfase na resiliência. *Saúde em Debate*. 2013;37(98):446-56. <https://doi.org/10.1590/S0103-11042013000300008>
5. Jylhä, M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med*. 2009;69(3):307-316. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.013>
6. DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2006;21(3):267-275. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.00291.x>
7. Szwarcwald CL Souza-Júnior PRB, Esteves MAP, Damacena GN, Viacava F. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21(Supl 1):S54-64. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000700007>
8. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav*. 1997;38:21–37. DOI: 10.2307 / 2955359.
9. Pavão ALB, Werneck GL, Campos MR. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. *Cad. Saúde Pública*. 2013;29(4):723-734. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000400010>
10. Dachs NW, Santos APR. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise de dados da PNAD / 2003. *Ciênc. saúde coletiva*. 2006;11(4):887-894. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000400012>
11. Meireles AL, Xavier CC, Andrade ACS, Friche AAL, Proietti FA, Caiaffa WT. Autoavaliação da saúde em adultos urbanos, percepção do ambiente físico e social e relato de comorbidades: Estudo Saúde em Beagá. *Cad. Saúde Pública*. 2015; 31(Supl1): S1-17. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00076114>
12. Szwarcwald CL, Damacena GN, Junior PRBS, Almeida WS, Lima LTM, Malta DC, et al . Determinantes da autoavaliação de saúde no Brasil e a influência dos comportamentos saudáveis: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev. bras. epidemiol*. 2015;18(Suppl 2):33-44. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500060004>
13. Pagotto V, Bachion MM, Silveira EA. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(4):302-310. DOI 10.1590 / s1020-49892013000400010

14. Peres MA, Masiero AV, Longo GZ, Rocha GC, Matos IB, Najnie K, et al . Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2010;44(5):901-11. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000500016>
15. Minayo, MCS, Constanino, P. Deserdados Sociais: condições de vida e saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2015.
16. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MTA. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol*. 1997;26(1):224-7. <https://doi.org/10.1093/ije/26.1.224>
17. Bezerra RCC, Fernandes RAC. Perfil social e de saúde de mulheres apenadas de uma penitenciária da cidade de São Paulo. *Perspectivas Médicas*.2015;26(2):21-30. DOI: 10.6006/perspectmed.20150203.7233250448
18. Friestad C. Socio-economic status and health in a marginalized group: the role of subjective social status among prison inmates. *Eur J Public Health*. 2010;20(6):653–658. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckp242>
19. Franks P, Gold MR, Fiscella K. Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US. *Soc Sci Med*. 2003;56(12):2505–2514. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00281-2](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00281-2)
20. Silva VH, Rocha JSB, Caldeira AP. Fatores associados à autopercepção negativa de saúde em mulheres climatéricas. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018;23(5):1611-1620. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.17112016>
21. Barros MBA, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev. Saúde Pública*. 2009;43(Supl 2):27-37. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000900005>
22. Shooshtari S, Menec V, Tate R. Comparing Predictors of Positive and Negative Self-Rated Health Between Younger (25-54) and Older (55+) Canadian Adults: A Longitudinal Study of Well-Being. *Res Again*. 2007; 29(6):512-554. <https://doi.org/10.1177/0164027507305729>
23. Operario D, Adler NE, Williams DR. Subjective Social Status: reliability and predictive utility for global health. *Psychol Health*. 2004;19(2):237–246. <https://doi.org/10.1080/08870440310001638098>
24. Santos SM, Chor D, Werneck GL, Coutinho ESF. Associação entre fatores contextuais e auto-avaliação de saúde: uma revisão sistemática de estudos multinível. *Cad. Saúde Pública*. 2007;23(11):2533-2554. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001100002>
25. Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. *Rev Saude Publica*. 2007;41(5):749-56. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000500009>

26. Freudenberg N. Jails, Prisons and the health of urban population: a review of the impact of the correctional system on community health. *J Urban Health*. 2001; 78(2):214-235. <https://doi:10.1093/jurban/78.2.214>
27. Constantino P, Assis SG, Pinto LW. O impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2016;21(7):2089-2099. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.01222016>
28. Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and metaregression analysis. *Br J Psychiatry*. 2012;200(5): 364-373. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096370>
29. Idler EL, Hudson SV, Leventhal H. The Meanings of Self-Ratings of Health. Qualitative and Quantitative Approach. *Res. Aging*. 1999;21(3):458-476. <https://doi.org/10.1177/0164027599213006>
30. Benyamini Y, Leventhal EA, Leventhal H. Gender Differences in Processing Information in Making Self-Assessments of Health. *Psychosom Med*. 2000;62(3):354-364. <https://doi.org/10.1097/00006842-200005000-00009>

Tabela 1. Características da amostra segundo variáveis independentes. Juiz de Fora, MG, 2020.

Variável	Autoavaliação ruim da saúde		Autoavaliação boa da saúde	
	n	%	n	%
Bloco 1 – Variáveis demográficas e socioeconômicas				
<i>Idade</i>				
20 – 29 anos	11	35,5	25	36,8
30 – 39 anos	12	38,7	27	39,7
40 – 59 anos	8	25,8	16	23,5
<i>Raça/Cor da pele</i>				
Branca	8	25,8	14	20,6
Negra	22	71,0	52	76,5
Amarela/indígena	1	3,2	2	2,9
<i>Escolaridade</i>				
0 – 4 anos	7	22,6	13	19,1
5 – 8 anos	20	64,5	37	54,4
Mais de 8 anos	4	12,9	18	26,5
<i>Renda (salários mínimos)</i>				
0 a 1	19	61,3	47	69,1
> 1 e ≤ 2	10	32,3	16	23,5
>2,0	2	6,5	5	7,4
<i>Situação conjugal</i>				
Casada/companheiro (a)	14	45,2	39	57,4
Solteira/divorciada/viúva	17	54,8	29	42,6
<i>Arranjo domiciliar</i>				
Residia com a família	26	83,9	60	88,2
Residia sozinha	3	9,7	5	7,4
Pessoa em situação de rua	2	6,5	3	4,4
<i>Identidade de gênero</i>				
Cisgênero	29	93,5	62	91,2
Transgênero	0	0,0	3	4,4
Não-binário	2	6,5	3	4,4
<i>Orientação sexual</i>				
Heterossexual	26	83,9	52	76,5
Homossexual/Bissexual	5	16,1	16	23,5
<i>Status Social Subjetivo (SSS)</i>				
Melhor	7	22,6	11	16,2
Pior	24	77,4	57	83,8
Bloco 2.1 – Variáveis relacionadas ao encarceramento: características penais				
<i>Regime penal</i>				
Provisório	10	32,3	19	27,9

Variável	Autoavaliação ruim da saúde		Autoavaliação boa da saúde	
	n	%	n	%
Fechado	15	48,4	31	45,6
Semiaberto	6	19,4	18	26,5
<i>Tempo de encarceramento</i>				
≤15 meses	17	54,8	36	52,9
>15 meses	14	45,2	32	47,1
<i>Sentença recebida</i>				
≤7 anos	11	55,0	25	54,3
>7 anos	9	45,0	21	45,7
Bloco 2.2 – Variáveis relacionadas ao encarceramento: assistência e recebimento de visitas				
<i>Visita social</i>				
Sim	16	51,6	44	64,7
Não	15	48,4	24	35,3
<i>Visita agendada</i>				
Sim	7	22,6	18	26,5
Não	24	77,4	50	73,5
<i>Atividade laboral</i>				
Sim	10	32,3	30	44,1
Não	21	67,7	38	55,9
<i>Estudo</i>				
Sim	3	9,7	9	13,2
Não	28	90,3	59	86,8
<i>Assistência religiosa</i>				
Sim	22	71,0	53	77,9
Não	9	29,0	15	22,1
<i>Assistência jurídica</i>				
Sim	23	74,2	55	80,9
Não	8	25,8	13	19,1
2.3 – Variáveis relacionadas ao encarceramento: discriminação e violência				
<i>Tratamento inferior por outras detentas devido à condição de detenta</i>				
Sim	12	38,7	19	27,9
Não	19	61,3	49	72,1
<i>Tratamento inferior por outras detentas devido à cor da pele</i>				
Sim	2	6,5	3	4,4
Não	29	93,5	65	95,6
<i>Tratamento inferior por outras detentas devido à condição social</i>				
Sim	12	38,7	14	20,6

Variável	Autoavaliação ruim da saúde		Autoavaliação boa da saúde	
	n	%	n	%
Não	19	61,3	54	79,4
<i>Tratamento inferior por outras detentas devido à orientação sexual</i>				
Sim	7	22,6	9	13,2
Não	24	77,4	59	86,8
<i>Tratamento inferior por outras detentas devido ao tipo de crime cometido</i>				
Sim	7	22,6	11	16,2
Não	24	77,4	57	83,8
<i>Tratamento inferior por outras detentas devido à aparência física</i>				
Sim	12	38,7	12	17,6
Não	19	61,3	56	82,4
<i>Risco de agressão física</i>				
Sim	18	58,1	31	45,6
Não	13	41,9	37	54,4
<i>Risco de violência sexual</i>				
Sim	0	0,0	1	1,5
Não	31	100,0	67	98,5
<i>Risco de violência psicológica</i>				
Sim	20	64,5	43	63,2
Não	11	35,5	25	36,8
<i>Risco de ferimento por arma branca</i>				
Sim	8	25,8	17	25,0
Não	23	74,2	51	75,0
<i>Risco de ferimento por arma de fogo</i>				
Sim	7	22,6	13	19,1
Não	24	77,4	55	80,9
<i>Risco de queimadura</i>				
Sim	9	29,0	13	19,1
Não	22	71,0	55	80,9
<i>Risco de explosão</i>				
Sim	16	51,6	17	25,0
Não	15	48,4	51	75,0
<i>Vítima de agressão física</i>				
Sim	8	25,8	8	11,8
Não	23	74,2	60	88,2
<i>Vítima de agressão verbal</i>				
Sim	17	54,8	29	42,6

Variável	Autoavaliação ruim da saúde		Autoavaliação boa da saúde	
	n	%	n	%
Não	14	45,2	39	57,4
<i>Vítima de assédio ou agressão sexual</i>				
Sim	0	0,0	1	1,5
Não	31	100,0	67	98,5
<i>Vítima de queda</i>				
Sim	10	32,3	5	7,4
Não	21	67,7	63	92,6
<i>Tentativa de suicídio</i>				
Sim	2	6,5	5	7,4
Não	29	93,5	63	92,6
<i>Tentativa de homicídio</i>				
Sim	1	3,2	0	0,0
Não	30	96,8	68	100,0

2.4 – Variáveis relacionadas ao encarceramento: expectativa pós-encarceramento

<i>Vida pessoal</i>				
Boa	22	71,0	49	72,1
Regular/Ruim	9	29,0	19	27,9
<i>Vida familiar</i>				
Boa	25	80,6	58	85,3
Regular/Ruim	6	19,4	10	14,7
<i>Vida profissional</i>				
Boa	17	54,8	44	64,7
Regular/Ruim	14	45,2	24	35,3
<i>Padrão de vida</i>				
Boa	11	35,5	37	54,4
Regular/Ruim	20	64,5	31	45,6
<i>Condição de trabalho</i>				
Boa	17	54,8	41	60,3
Regular/Ruim	14	45,2	27	39,7
<i>Condição de saúde</i>				
Boa	16	51,6	59	86,8
Regular/Ruim	15	48,4	9	13,2

3.1 – Variáveis relacionadas à saúde da mulher privada de liberdade: referidas

<i>Morbidade referida</i>				
Sim	24	77,4	28	41,2
Não	7	22,6	40	58,8
<i>Uso contínuo de medicamentos</i>				
1 a 3 medicamentos	12	38,7	28	41,2

Variável	Autoavaliação ruim da saúde		Autoavaliação boa da saúde	
	n	%	n	%
4 ou mais medicamentos	12	38,7	18	26,5
Nenhum	7	22,6	22	32,4
<i>Aborto</i>				
Espontâneo	3	9,7	13	19,1
Provocado	6	19,4	6	8,8
Nenhum	22	71,0	49	72,1
<i>Tabagismo</i>				
Sim	25	80,6	47	69,1
Não	6	19,4	21	30,9
<i>Atividade física</i>				
Sim	7	22,6	13	19,1
Não	24	77,4	55	80,8
3.2 – Variáveis relacionadas à saúde da mulher privada de liberdade: autopercebidas				
<i>Sintomas de ansiedade</i>				
Presente	30	96,8	45	66,2
Ausente	1	3,2	23	33,8
<i>Sintomas de depressão</i>				
Presente	27	87,1	38	55,9
Ausente	4	12,9	30	44,1
3.3 – Variáveis relacionadas à saúde da mulher privada de liberdade: serviço de saúde				
<i>Assistência à saúde</i>				
Sim	29	93,5	61	89,7
Não	2	6,5	7	10,3

Fonte: dados da pesquisa

Tabela 2. Razões de prevalência brutas e ajustadas entre os blocos hierárquicos para a ocorrência de autoavaliação ruim do estado de saúde em mulheres encarceradas. Juiz de Fora, MG, 2020.

Variável	%	RP bruta (IC95%)	p	RP ajustada (IC95%)	p
2.3 – Variáveis relacionadas ao encarceramento: discriminação, violência ou queda					
<i>Tratamento inferior por outras detentas devido à aparência física</i>			0,044		0,324
Não	25,3	1		1	
Sim	50,0	2,95 (1,14 – 7,66)		1,75 (0,58 – 5,34)	
<i>Risco de explosão</i>			0,018		0,282
Não	22,7	1		1	
Sim	48,5	3,20 (1,31 – 7,82)		1,79 (0,62 – 5,09)	
<i>Vítima de queda</i>			0,004		0,021
Não	25,0	1		1	
Sim	66,7	6,00 (1,84 – 19,56)		4,78 (1,27 – 18,03)	
2.4 – Variáveis relacionadas ao encarceramento: expectativa pós-encarceramento					
<i>Condição de saúde</i>			< 0,001		0,003
Boa	21,3	1		1	
Regular/Ruim	62,5	6,15 (2,27 – 16,61)		5,29 (1,78 – 15,66)	
3.1 – Variáveis relacionadas à saúde da mulher privada de liberdade: referidas					
<i>Morbidade referida</i>			0,002		0,001
Não	14,9	1		1	
Sim	46,2	4,90 (1,86 – 12,93)		6,22 (2,18 – 17,75)	
3.2 – Variáveis relacionadas à saúde da mulher privada de liberdade: autopercebidas					
<i>Sintomas de ansiedade</i>			0,002		0,032
Ausente	4,2	1		1	
Presente	40,0	15,33 (1,97 – 119,67)		11,05 (1,23 – 99,26)	
<i>Sintomas de depressão</i>			0,005		0,101
Ausente	11,8	1		1	
Presente	41,5	5,33 (1,68 – 16,90)		3,04 (0,80 – 11,51)	

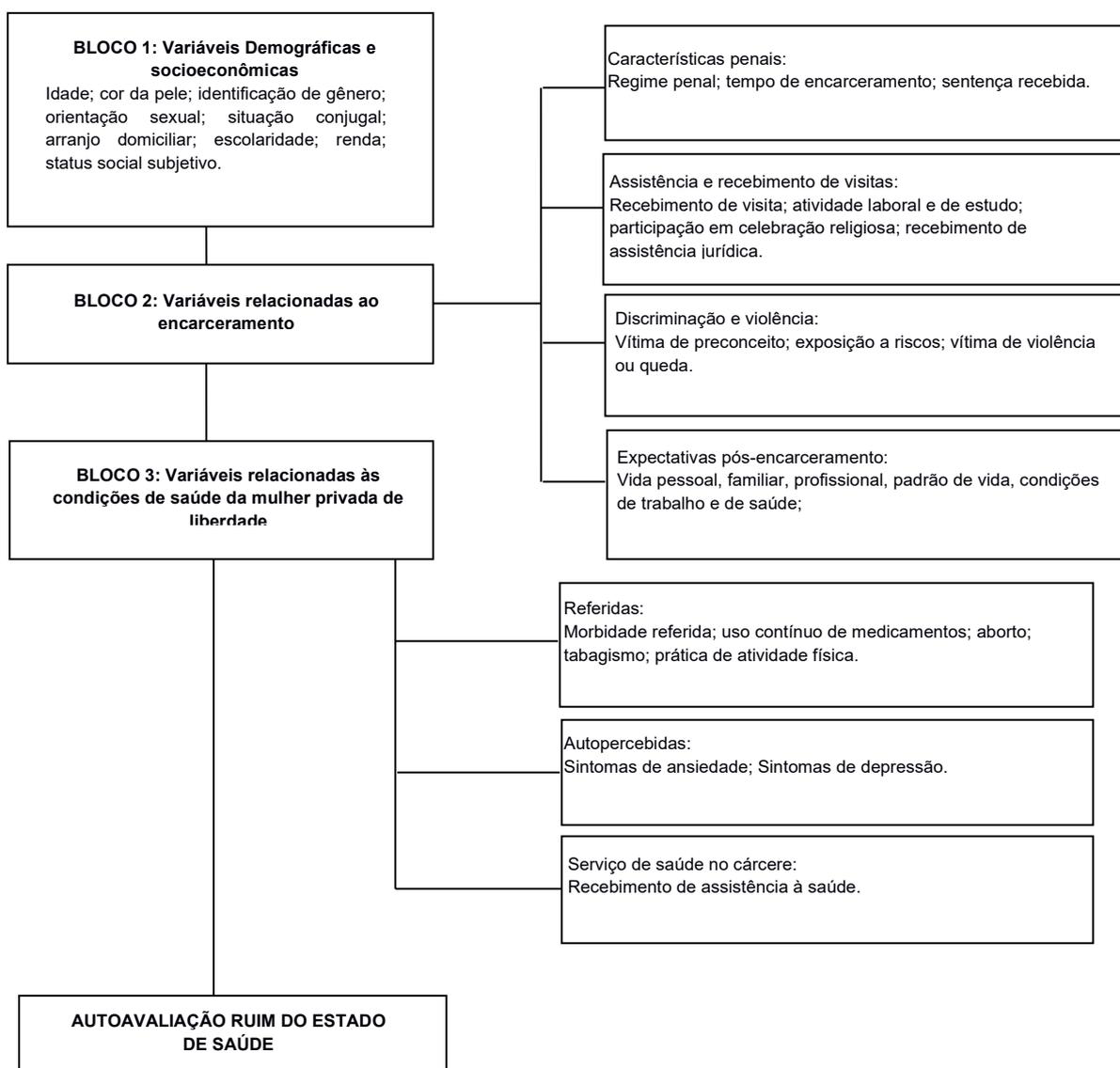
Fonte: dados da pesquisa

Tabela 3. Análise de regressão múltipla em blocos hierarquizados para a ocorrência de autoavaliação ruim do estado de saúde em mulheres encarceradas. Juiz de Fora, MG, 2020.

Variável	%	RP bruta (IC95%)	p	RP ajustada (IC95%)	p
2.3 – Variáveis relacionadas ao encarceramento: discriminação e violência					
<i>Vítima de queda</i>			0,004		0,051
Não	25,0	1		1	
Sim	66,7	6,00 (1,84 – 19,56)		4,22 (1,00 – 17,92)	
2.4 – Variáveis relacionadas ao encarceramento: expectativa pós-encarceramento					
<i>Condição de saúde</i>			< 0,001		0,008
Boa	21,3	1		1	
Regular/Ruim	62,5	6,15 (2,27 – 16,61)		4,82 (1,50 – 15,47)	
3.1 – Variáveis relacionadas à saúde da mulher privada de liberdade: referidas					
<i>Morbidade referida</i>			0,002		0,014
Não	14,9	1		1	
Sim	46,2	4,90 (1,86 – 12,93)		4,11 (1,33 – 12,65)	
3.2 – Variáveis relacionadas à saúde da mulher privada de liberdade: autopercebidas					
<i>Sintomas de ansiedade</i>			0,002		0,013
Ausente	4,2	1		1	
Presente	40,0	15,33 (1,97 – 119,67)		15,20 (1,79 – 128,92)	

Fonte: dados da pesquisa

Figura 1 - Modelo teórico de investigação dos efeitos das variáveis independentes sobre a autoavaliação ruim da saúde em blocos hierarquizados.



Fonte: A autora.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A população carcerária feminina cresceu de forma exponencial nos últimos anos, o que não implicou na adequação do sistema prisional para atender tal demanda, sobretudo no que tange à garantia de direitos dessas mulheres. A maior parte das mulheres encarceradas apresenta situação prévia de vulnerabilidade social que tende a se potencializar ao longo e após o período do encarceramento, contribuindo para o fortalecimento das iniquidades em saúde.

A autoavaliação da saúde é um preditor de morbi-mortalidade e importante indicador para o monitoramento da saúde e qualidade de vida da população, e as condições peculiares que o encarceramento impõe indicam que o mesmo pode ser uma importante ferramenta na investigação das condições de saúde da população privada de liberdade. A identificação dos fatores associados à pior percepção da saúde nesse grupo pode ser útil na elaboração de estratégias ou no direcionamento de medidas que visem a redução dos impactos causados pelo aprisionamento.

De acordo com a metodologia utilizada e com a análise dos resultados obtidos, pode-se concluir que a prevalência da autoavaliação ruim da saúde na população estudada foi de 31,3%, e como fatores associados ao desfecho, encontrou-se a pior perspectiva em relação às condições de saúde pós-encarceramento $RP_{ajustada}$ (IC95%) = 4,82 (1,50–15,47); morbidade referida $RP_{ajustada}$ (IC95%) = 4,11 (1,33–12,65) e a presença de sintomas de ansiedade $RP_{ajustada}$ (IC95%) = 15,20 (1,79-128,92).

Os estudos que objetivaram investigar a autoavaliação da saúde na população privada de liberdade são incipientes, limitando assim a comparação dos achados. Os dados apresentados corroboram os achados da literatura que apontam a autopercepção da saúde como um constructo subjetivo que está sob influência de aspectos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais.

A análise de todos os dados explorados nesta pesquisa, bem como da revisão de literatura realizada, indica a necessidade premente de compreender a saúde das mulheres encarceradas sob a ótica do conceito ampliado de saúde e do respeito à dignidade humana. No entanto, para que isso ocorra, é necessário o envolvimento de uma equipe multiprofissional, que inclua principalmente as policiais penais – peças-chaves no dinamismo do aprisionamento –, e também a tomada de uma agenda de saúde que faça cumprir o estabelecido pelas políticas públicas

voltadas para o segmento. Nesse sentido, cabe ressaltar que o serviço de saúde prestado pela unidade prisional, cuja organização ainda segue as diretrizes do Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário, não se mostra eficaz quanto às ações de promoção, prevenção e atenção integral à saúde do público feminino.

É plausível considerar o tamanho final da amostra como uma limitação deste estudo, o que pode ter implicado na ausência de associação entre outros fatores investigados e o desfecho. Isso envolve tanto as variáveis que já estão bem descritas na literatura, como as características sociodemográficas e de status social subjetivo, quanto àquelas que foram investigadas de forma inédita, relativas às condições do encarceramento (como maior tempo de reclusão, não recebimento de visitas, não inserção em atividade de estudo ou trabalho, entre outras). Ainda assim, os resultados do presente estudo são úteis para o planejamento e execução de outros trabalhos que envolvam a temática da autoavaliação de saúde na população carcerária, haja vista que nas bases de dados consultadas não foram encontrados estudos semelhantes.

Espera-se também que os achados desta pesquisa possam subsidiar estratégias de saúde para as mulheres encarceradas no município de Juiz de Fora, bem como beneficiar práticas e medidas de saúde para a população prisional feminina como um todo.

REFERÊNCIAS

- ADLER N, STEWART J. **The MacArthur Scale of Subjective Social Status [Internet]**. San Francisco, 2007. Disponível em: <https://www.macses.ucsf.edu>. Acesso: 08 out. 2018.
- ADORNO, S. Racismo, criminalidade violenta e justiça penal: réus brancos e negros em perspectiva comparativa. **Revista Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v.9, n.18, dez. 1996.
- ALMEIDA, P.R.C. et al. Condição de Saúde de Mulheres Privadas de Liberdade: Uma Revisão Integrativa. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, Campina Grande, v.19, n.1, p. 73-80, 2015.
- ALMEIDA, R.O. **Mulheres que matam: universo imaginário do crime feminino**. Rio de Janeiro: Relume Dumará : UFRJ, Núcleo de Antropologia da Política, 2001.
- ANDRADE, B.S.A.B. **Entre as leis da Ciência, do Estado e de Deus: o surgimento dos presídios femininos no Brasil**. 2011. 317f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Departamento de Antropologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.
- ANDRADE, U.S; FERREIRA, F.F. Crise no sistema penitenciário brasileiro: capitalismo, desigualdade social e prisão. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador, v. 2, n.1, p.24-38, abr. 2014.
- ANDREOLI, S.B. et al. Prevalence of Mental Disorders among Prisoners in the State of Sao Paulo, Brazil. **PLOS ONE**, San Francisco, v.9, n.2, Feb. 2014.
- AUDI, C.A.F. et al. Inquérito sobre condições de saúde de mulheres encarceradas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 112-124, abr./jun. 2016.
- BANSAL, D. et al. Role of patient-reported outcomes and other efficacy endpoints in the drug approval process in Europe (2008–2012). **Journal of Epidemiology and Global Health**, v.5, n.4, p. 385-395, May 2015.
- BARROS, M.B.A. et al. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, supl. 2, p. 27-37, nov. 2009.
- BEZERRA, C.; FERNANDES, R.A.Q. Perfil social e de saúde de mulheres apenadas de uma penitenciária da cidade de São Paulo. **Perspectivas Médicas**. São Paulo, v. 26, n.2, p. 21-30, maio 2015.
- BEZERRA, P.C.L. et al. Percepção de saúde e fatores associados em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2008. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.12, p.2441-2451, dez. 2011.

BIROLI, F.; MIGUEL, L.F. Gênero, raça, classe: opressões cruzadas e convergências na reprodução das desigualdades. **Mediações**, Londrina, n. 2, v.20, p.27-55, nov. 2015.

BLACK, N. Patient reported outcome measures could help transform healthcare. **BMJ**, Londres, v. 346, Jan. 2013.

BRASIL. Decreto nº 847, de 11 de outubro de 1890. **Código Penal**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1851-1899/D847.htm. Acesso em: 05 mar. 2019.

_____. Decreto-Lei n.2848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm. Acesso em: 05 mar. 2019.

_____. Lei número 7210, de 11 de julho de 1984. **Lei de Execução Penal**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7210.htm. Acesso em: 11 mar. 2019.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 06 mar. de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde e Ministério da Justiça. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional**. 1ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

_____. Ministério da Justiça e Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Atenção às mulheres em situação de privação de liberdade e egressas do sistema prisional**. Brasília. 2014b. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_25232895_PORTARIA_INTERMINISTERIAL_N_210_D_E_16_DE_JANEIRO_DE_2014.aspx. Acesso em: 07 jan. 2019.

_____. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. Comissão Parlamentar de Inquérito do Sistema Carcerário. **CPI sistema carcerário brasileiro**. Brasília: Câmara dos Deputados, ago. 2015. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/parlamentar-de-inquerito/55a-legislatura/cpi-sistema-carcerario-brasileiro/documentos/outros-documentos>. Acesso em: 11 fev. 2019.

_____. Conselho Nacional de Justiça. **Regras de Bangkok: Regras das Nações Unidas para o tratamento de mulheres presas e medidas não privativas de liberdade para mulheres infratoras**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2016/03/a858777191da58180724ad5caa6086.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Municípios aderidos à PNAISP**. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pnaisp>. Acesso em 03 de abril de 2020.

BRUIN, A.; PICAVEST, H.S.J.; NOSSIKOV, A., editors. **Health interview surveys: toward international harmonization of methods and instruments**. Copenhagen: WHO, 1996. (Regional Publication European Series, 58).

CANAZARO D., ARGIMON I.I.L. Características, sintomas depressivos e fatores associados em mulheres encarceradas no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n.7, p.1323-1333, jul. 2010.

CERNEKA, H.A. Homens que menstruam: considerações acerca do sistema prisional às especificidades da mulher. **Veredas do Direito**, Belo Horizonte, v. 6, n. 11, p. 61-78, jan./jun. 2009.

CORTINA, M.O.C. Mulheres e tráfico de drogas: aprisionamento e criminologia feminista. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 23, n.3, p. 761- 778, set./dez. 2015.

DACHS, N.W.; SANTOS, A.P.R. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.4, p.887-894, dez. 2006.

DAVIS, A. **Estarão as prisões obsoletas?** Tradução: Marina Vargas. 1 ed. Rio de Janeiro: Difel, 2018.

DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – Junho de 2019**. Painel Interativo. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiZTIkZGJjODQtNmJlMi00OTJhLWFiMDktNzRlNmFkNTMOMWI3liwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MWYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9>. Acesso em: 09 jun. 2020.

DESALVO, K.B. et al. Mortality prediction with a single general self-rated health question: a meta-analysis. **Journal of General Internal Medicine**, Alexandria, v.21, n.3. p. 267-75, Mar. 2006.

DI SANTIS, B.M.; ENGBRUCH, W.; D'ELIA, F.S. A evolução histórica do sistema prisional e a Penitenciária do Estado de São Paulo. **Revista Liberdades**, São Paulo, n. 11, set./dez. 2012.

DIJANA, V.; CORRÊA, M.C.D.V.; VENTURA, M. Mulheres nas prisões brasileiras: tensões entre a ordem disciplinar punitiva e as prescrições da maternidade. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.27, n. 3, p.727-747, jan. 2017.

DIJANA, V. et al. Direitos reprodutivos das mulheres no sistema penitenciário: tensões e desafios na transformação da realidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v, 21, n.7, p. 2041-2050, jul. 2016.

FAVILLI, F. Direitos humanos, mulheres e tutela da saúde no cárcere: breve estudo sobre as políticas sociais e saúde voltadas prioritariamente à população carcerária feminina. **Seminário da pós-graduação 2016 - diálogos de pesquisa: teoria, direito e estado em perspectiva crítica**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, 2016. Disponível em: <https://seminariopg.jur.puc-rio.br/index.php/cadernoseminariopos/issue/view/3>. Acesso em: 02 maio 2019.

FAZEL, S.; SEEWALD, K. Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and metaregression analysis. **The British Journal of Psychiatry**, Cambridge, v.200, n.5, p. 364-373, May 2012.

FERNANDES, L.H. et al. Necessidade de aprimoramento do atendimento à saúde no sistema carcerário. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 275-283, abr. 2014.

FERREIRA, W.A. et al. Validade Concorrente e de Face da Escala de MacArthur para avaliação do status social subjetivo: estudo longitudinal de saúde do adulto (ELSA-Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p.1267-1280, abr. 2018.

FILHA, M.M.T.; SZWARCOWALD, C.L.; JUNIOR, P.R.B.S. Medidas de morbidade referida e inter-relações com dimensões de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.1, p. 73- 8, fev. 2008.

FILHO, M.M.S; BUENO, P.M.M.G. Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 21, v.7, p.1999-2010, jul. 2016.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. Tradução: Raquel Ramalhe. 42 ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

FRANKS, P.; GOLD, M. R.; FISCELLA, K. Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US. **Social Science & Medicine**, Oxford, n.56, v.12, p.2505-2514, June 2003.

GUIMARÃES, C.A.G; **Funções da pena privativa de liberdade no sistema penal capitalista: do que se oculta(va) ao que se declara**. 2016. 381f. Tese (Doutorado em Direito, Estado e Sociedade) – Centro de Ciências Jurídicas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

HELPE, S.S. **Vidas em jogos: um estudo sobre mulheres envolvidas com o tráfico de drogas**. 2014. 194f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2014.

HERNÁNDEZ, T. K. **Subordinação racial no Brasil e na América Latina: o papel do Estado, o Direito Costumeiro e a Nova Resposta dos Direitos Civis**. Tradução: Arivaldo Santos de Souza, Luciana Carvalho Fonseca. Salvador: EDUFBA, 2017.

IDLER, E. L.; BENYAMINI, Y. Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. **Journal of Health and Social Behavior**, Tallahassee, v.38, p.21-37, Mar. 1997.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **O Brasil em síntese**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/juiz-de-fora/panorama>. Acesso em: 25 de fevereiro 2020.

JYLHÄ, M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 69, n.3, p. 307–316, June 2009.

KROENKE, K. et al. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. **Psychosomatics**, Washington, v. 50, n. 6, p. 613-621, Nov./Dec. 2009.

LANGDON, E.J.; WIIK, F.B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.18, n.3, p. 173-181, maio/jun. 2010.

LEAL, M.C. et al. Nascer na prisão: gestação e parto atrás das grades no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n.7, p. 2061-2070, abr. 2016.

LERMEN, H.S. et al. Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 25, v. 3, p.905-924, set. 2015.

LIMA, G.M.B. et al. Mulheres no cárcere: significados e práticas cotidianas de enfrentamento com ênfase na resiliência. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.37, n.98, p.446-56, set. 2013.

LÖWE, B. et al. A 4-item measure of depression and anxiety: validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. **Journal of affective disorders**, Amsterdam, v. 122, n. 1/2, p. 86-95, Apr. 2010.

LUCENA, M.B.N; A criminologia marxista de Rusche e Kirchheimer. **Revista Brasileira de Sociologia do Direito**, Recife, v.4, n.3, p.68-85, set./dez. 2017.

MACHADO, A.E.B.; SOUZA, A.P.R; SOUZA, M.C. Sistema Penitenciário brasileiro – origem, atualidade e exemplos funcionais. **Revista do Curso de Direito da Faculdade de Humanidades e Direito**, São Paulo, v. 10, n. 10, p.201-212, 2013.

MALTA, D. C. et al. Características associadas à autoavaliação ruim do estado de saúde em adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 21, supl.1, nov. 2018.

MARTINHO, S. **Saúde penitenciária no Brasil: Plano e Política**. Brasília: Verbena, 2015.

MARTINS, E.L.C. et al. O contraditório direito à saúde de pessoas em privação de liberdade: o caso de uma unidade prisional de Minas Gerais. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.23, n.4, p.1222-1234, dez. 2014.

MEIRELES, A.L. et al. Autoavaliação da saúde em adultos urbanos, percepção do ambiente físico e social e relato de comorbidades: Estudo Saúde em Beagá. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, supl. 1, p. 120-135, nov. 2015.

MINAYO, M.C.S; CONSTANTINO, P. **Deserdados Sociais: condições de vida e saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015.

MIYAMOTO, Y; KROHLING, A. Sistema prisional brasileiro sob a perspectiva de gênero: invisibilidade e desigualdade social da mulher encarcerada. **Direito, Estado e Sociedade**, Rio de Janeiro, n.40, p. 223-241, jan./jun. 2012.

MOLARIUS, A., et al. Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-rated health among men and women in Sweden. **European Journal of Public Health**, Oxford, v. 17, n.2, p. 125-133, June 2006.

MONTEIRO, F.M; CARDOSO, G.R. A seletividade do sistema prisional brasileiro e o perfil da população carcerária. **Civitas**, Porto Alegre, n.1, v.13, p. 93-117, jan./abr. 2013.

NERES, R.A.C. **Ações de saúde na prisão: análise da adesão do estado de Minas Gerais ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. Monografia (Bacharelado em Administração Pública) - Escola de Governo Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2008.

OPERARIO, D.; ADLER, N.E.; WILLIAMS, D.R. Subjective Social Status: reliability and predictive utility for global health. **Psychology and Health**, vol. 19, n. 2, p. 237–246, April 2004.

PAGOTTO, V; BACHION, M.M; SILVEIRA, E.A. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v.33, n.4, p. 302-310, abr. 2013.

PAVÃO, A.L.B.; WERNECK, G.L.; CAMPOS, M.R. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n.4, p.723-734, abr. 2013.

PEDROSO, R.C. Utopias penitenciárias projetos jurídicos e realidade carcerária no Brasil. **Revista de História**, São Paulo, n.136, p.121-137, jan./jun. 1997.

PERES, M.A. et al. Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.44, n.5, p. 901-11, out. 2010.

RIO, J.J. O direito penal, capitalismo e estado: reflexões críticas. **Em Tempo**, Marília, v.11, p.249-266, mai. 2012.

SADANA, R. et al. Comparative analyses of more than 50 household surveys on health status. In: MURRAY, C.J.L. et al. **Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications**. Genebra: WHO, 2002. p.369-386.

SANCHON-MACIAS, M.V. et al. Relação entre status social subjetivo e saúde percebida entre mulheres imigrantes latino-americanas. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 6, p. 1353-1359, dez. 2013.

SANTOS, S.M. et al. Associação entre fatores contextuais e auto-avaliação de saúde: uma revisão sistemática de estudos multinível. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2533-2554, nov. 2007.

SANTOS, T. (Org.) et al. **Levantamento nacional de informações penitenciárias – INFOPEN mulheres**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional, 2017. Disponível em: http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen-mulheres/infopenmulheres_arte_07-03-18.pdf. Acesso em: 18 nov. 2018.

SANTOS, T.; VITTO, R.C.P. **Levantamento nacional de informações penitenciárias – INFOPEN mulheres**. Brasília: Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional, 2014. Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen-mulheres/relatorio-infopen-mulheres.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2018.

SHOOSHTARI, S.; MENEZES, V.; TATE, R. Comparing Predictors of Positive and Negative Self-Rated Health Between Younger (25-54) and Older (55+) Canadian Adults: A Longitudinal Study of Well-Being. **Research on Aging**, v.29, n.6, p.512-554, Nov. 2007.

SILVA, M.V.M. (Org.). **Levantamento nacional de informações penitenciárias: Atualização – Junho de 2017**. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional, 2019a. Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/relatorios-sinteticos/infopen-jun-2017-rev-12072019-0721.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2020.

SILVA, M.V.M. (Org.). **Relatório temático sobre mulheres privadas de liberdade – Junho de 2017**. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional, 2019b. Disponível em: http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen-mulheres/copy_of_Infopenmulheresjunho2017.pdf. Acesso em: 06 maio 2020.

SOARES, B.M; ILGENFRITZ, I. **Prisioneiras: vida e violência atrás das grades**. Rio de Janeiro: Garamond, 2002.

SZWARCWALD, C.L. *et al.* Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, supl.1, p.54-64, Jan. 2005

SZWARCWALD, C. L. *et al.* Determinantes da autoavaliação de saúde no Brasil e a influência dos comportamentos saudáveis: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 33-44, dez. 2015.

VENTURA, M.; SIMAS, L.; LAROUZÉ, B. Maternidade atrás das grades: em busca da cidadania e da saúde. Um estudo sobre a legislação brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.3, p.607-619, mar. 2015.

VICTORA, C. G. *et al.* The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. **International journal of epidemiology**, London, v. 26, n. 1, p. 224-227, Feb. 1997.

ZACKSESKI, C.; MACHADO, B.A.; AZEVEDO, G. Dimensões do encarceramento e desafios da política penitenciária no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, São Paulo, v.126, dez. 2016.

WACQUANT, L. **As prisões da miséria**. Tradução: André Telles. Sabotagem, 2004. Disponível em: http://files.femadireito102.webnode.com.br/200000039-62f056357d/As%20Prisoas_da_Miseria%20Loic_Wacquant.pdf. Acesso em: 06 fev. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates**. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=8267EE016E7EA059E4981BD8DEF58058?sequence=1>. Acesso: 20 Nov. 2018.

WORLD PRISON BRIEF, INSTITUTE FOR CRIME & JUSTICE POLICY RESEARCH . Disponível em: <http://www.prisonstudies.org/about-us>. Acesso em: 06 abr. 2020.

APÊNDICE A – Artigo submetido a periódico científico⁸

**ENCARCERAMENTO FEMININO E BASES LEGAIS DA ATENÇÃO À SAÚDE DA
MULHER PRIVADA DE LIBERDADE NO BRASIL**

**FEMALE INCARCERATION AND LEGAL BASIS OF HEALTH CARE FOR
WOMEN DEPRIVED OF LIBERTY IN BRAZIL**

ENCARCERAMENTO FEMININO E ATENÇÃO À SAÚDE

AQUINO, Lidiane Castro Duarte de. Universidade Federal de Juiz de Fora, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPgSC). Campus Universitário Martelos, CEP 36036-900 – Juiz de Fora, MG – Brasil.

CRUZ, Danielle Teles da. Universidade Federal de Juiz de Fora. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPgSC). Departamento de Saúde Coletiva. Campus Universitário Martelos, CEP 36036-900 – Juiz de Fora, MG – Brasil.

Endereço para correspondência:

Lidiane Castro Duarte de Aquino

Rua José Estevão, 115. Juiz de Fora – MG – CEP: 36085-570

Tel.: (31) 99578 1724 / e-mail: lili_castro21@hotmail.com

⁸ O artigo segue as orientações de apresentação fornecidas pela revista a que foi submetido.

RESUMO

O artigo objetivou realizar uma revisão crítica sobre as bases legais da atenção à saúde das mulheres em privação de liberdade no Brasil, tendo como plano de fundo o conceito ampliado de saúde. Foram traçados os principais marcos no que tange à garantia do direito à saúde das mulheres privadas de liberdade. Também foram apontados aspectos relevantes do encarceramento feminino no Brasil bem como reflexões acerca das particularidades encontradas no sistema prisional que culminam na negação do direito à saúde das mulheres acauteladas, contexto este que se configura como um grande desafio para a Saúde Pública contemporânea. Com base nesta análise, podemos verificar que mesmo diante dos dispositivos legais, a saúde da mulher privada de liberdade vem sendo duramente negligenciada, o que aponta para a necessidade de mudanças de caráter emergencial nos modelos assistenciais das unidades prisionais, em consonância com princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: Prisões. Mulheres. Saúde da mulher. Políticas de saúde.

ABSTRACT

The article aimed to carry out a critical review of the legal basis of health care for women in deprivation of liberty in Brazil, having as a background the expanded concept of health. The main milestones regarding the rights to health care of incarcerated women were traced. Relevant aspects of female incarceration in Brazil were also outlined, as well as reflections on the particularities found on the prison system that culminate in the denial of health care rights to imprisoned women, a context regarded as a great challenge to the current Public Health Care. Based on this analysis, we can notice that even in the face of legal provisions, the health of women in deprivation of liberty has been severely neglected, which leads to the need for emergency changes in the care models of prison facilities, in line with the principles and guidelines of the Unified Health System (Sistema Único de Saúde - SUS).

Keywords: Prisons. Women. Women's health. Health Policies.

INTRODUÇÃO

Embora apresentem como princípios básicos a recuperação e reintegração dos indivíduos à sociedade, habitualmente os estabelecimentos prisionais impõem circunstâncias que ferem os direitos das pessoas em cumprimento de pena, sobretudo o princípio da dignidade da pessoa humana^{1,2}. Esta realidade reforça a percepção de que o encarceramento em massa se deve mais a uma política de repressão e criminalização de uma parcela historicamente excluída, do que uma política capaz de diminuir a criminalidade^{3,4,5,6}.

Esta realidade é ainda mais dura quando consideramos o encarceramento feminino, uma vez que a construção dos papéis historicamente impostos às mulheres é reproduzida, de maneira ainda mais perversa, no sistema prisional⁷, como fruto da estrutura machista e patriarcal.

Segundo dados de 2017 do *World Female Imprisonment List*, relatório produzido pelo *Institute for Criminal Policy Research da Birkbeck*, da Universidade de Londres, existem mais de 714.000 mulheres presas em estabelecimentos penais ao redor do mundo⁸. Em números absolutos, o Brasil aparece na quarta posição quanto ao número de mulheres encarceradas, ficando atrás dos Estados Unidos (211.870 mulheres presas), China (107.131 mulheres) e Rússia (53.304).

De acordo com levantamento realizado pelo Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), do Ministério da Justiça, a população carcerária feminina no Brasil passava de 42.000 mulheres no ano de 2016. E embora representem cerca de 6% da população carcerária brasileira, o contingente de mulheres encarceradas está aumentando expressivamente nos últimos anos. O crescimento do encarceramento feminino, entre 2000 e 2016, foi de 656%, enquanto, no mesmo período, o encarceramento masculino cresceu 293%⁹.

Conforme o mesmo relatório, as mulheres privadas de liberdade no Brasil são jovens, predominantemente negras, solteiras, com no mínimo um filho, responsáveis pela provisão do sustento familiar, com baixa escolaridade, oriundas de estratos sociais desfavorecidos economicamente e que exerciam atividades de trabalho informal em período anterior ao aprisionamento^{9,10}. Aproximadamente 45% dessas mulheres não haviam sido julgadas, e a maior parte havia sido condenada ou aguardava julgamento por delitos menores, como a posse de drogas e furtos⁹.

Da totalidade dos estabelecimentos prisionais, apenas 7% destinam-se ao público feminino e 16% ainda são mistos, ou seja, adaptações de um estabelecimento originalmente masculino⁹. Na maior parte destes estabelecimentos a infraestrutura é inadequada e contaria as políticas prisionais no que tange à garantia dos direitos das mulheres em privação de liberdade.

As principais políticas prisionais que ampliaram o olhar sobre a mulher privada de liberdade no Brasil datam do ano de 2014: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) e a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE). Contudo observa-se baixa difusão e implementação de tais dispositivos, e, com isso, a atenção à saúde nas unidades prisionais se mantém insuficiente para garantir o direito à saúde desse grupo^{11,12}.

Essas informações sinalizam que as mulheres privadas de liberdade no Brasil sofrem constantemente com a violação dos seus direitos, e que as questões inerentes ao encarceramento feminino têm sido tradicionalmente negligenciadas, contrariando os dispositivos legais vigentes no país. Nessa perspectiva, a atenção à saúde da mulher privada de liberdade se apresenta como um grande desafio para a Saúde Pública na atualidade, tornando necessária a compreensão das questões que permeiam a realidade dessas mulheres e o entendimento do contexto legal da atenção à saúde às mulheres privadas de liberdade, sobretudo na lógica do conceito ampliado de saúde.

REFERENCIAL TEÓRICO

▪ Encarceramento feminino no Brasil

A criação de estabelecimentos prisionais específicos para o recolhimento de mulheres ocorreu de forma tardia no Brasil em comparação com outros países do mundo. Mesmo após a implantação do encarceramento como medida penal, por muitas décadas as mulheres foram recolhidas junto aos homens nos estabelecimentos prisionais brasileiros e expostas a diferentes tipos de violência, principalmente a sexual^{13,14}.

Soares e Ilgenfritz¹⁴ (2002), ao expor as origens do encarceramento feminino no Brasil, apontam que as discussões acerca da necessidade de um tratamento

específico para as mulheres encarceradas ganharam força no Brasil somente em meados da década de 1920, sobretudo na voz do penitenciário Lemos Britto.

Contudo, os primeiros estabelecimentos prisionais exclusivos para mulheres só foram surgir no Brasil a partir da década de 1940, sob influência do novo Código Penal, que contribuiu para a ampliação dos debates sobre a criação das unidades prisionais femininas bem como impulsionou a construção dos mesmos, uma vez que estabelecia que as mulheres deveriam cumprir pena em estabelecimentos especiais, ou, na falta destes, em seção adequada¹⁵.

O encargo pela administração dos primeiros presídios femininos foi atribuído à Irmandade Nossa Senhora da Caridade do Bom Pastor d'Angers, que recebeu a responsabilidade de corrigir as mulheres apontadas como transgressoras. Esse período foi marcado pela vinculação do discurso moral e religioso nas formas de aprisionamento da mulher, tendo como plano de fundo as concepções moldadas sobre os papéis de gênero. O fim deste período ocorreu na segunda metade do século XX com a saída das freiras da administração das unidades prisionais, que passaram então a ser administradas pelo Estado, mas sem considerar a necessidade de um projeto penitenciário adequado para as mulheres acauteladas^{13,14}.

Gradativamente o encarceramento feminino foi se evidenciando no cenário brasileiro. Para Almeida¹⁶ (2001), o crescimento do índice de criminalidade feminina começou a ser observado à medida que as conquistas sociais das mulheres foram tomando forma, o que, entretanto, não significou maior visibilidade de suas demandas específicas no contexto prisional. Cortina¹⁷ (2015), em análise do aprisionamento feminino sob a perspectiva da criminologia feminina, afirma que os fatores relativos à feminização da pobreza, tais como apresentar baixa escolaridade, ser mãe, jovem, desempregada, relatar histórico de abuso de drogas e não possuir companheiro são fundamentais para compor o conjunto de critérios da seletividade que o sistema penal emprega, o que contribui para as altas taxas do encarceramento feminino no Brasil sobretudo relacionado ao crime de tráfico de drogas.

É relevante evidenciar que a ótica masculina tem prevalecido no contexto prisional e deixado em segundo plano as diversidades que compõem o universo das mulheres^{18,19}. Para Cortina¹⁷ (2015) o tratamento dado às mulheres nas prisões brasileiras é o cenário caótico de múltiplas violações de direitos humanos e espaço

de aprofundamento de desigualdades, o que na perspectiva de Miyamoto e Krohling²⁰ (2012) contribui para acentuar a invisibilidade das mulheres na sociedade.

▪ Principais agravos à saúde da mulher privada de liberdade

Diversos estudos conduzidos no Brasil demonstraram que as mulheres privadas de liberdade constituem um grupo potencialmente vulnerável para o desenvolvimento de doenças e agravos à saúde ^{21,22}.

No Brasil, um estudo conduzido com a população carcerária no estado de São Paulo, no ano de 2014, revelou altas taxas de transtornos mentais entre as mulheres reclusas e com maior prevalência quando comparada ao grupo masculino²³. No Rio de Janeiro, a pesquisa que avaliou o impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado mostrou que 57,9% das mulheres privadas de liberdade apresentavam sintomas de estresse, e 7,5% sintomas depressivos graves ²⁴. Estudo realizado com 287 mulheres recolhidas em uma penitenciária no Rio Grande do Sul encontrou alta prevalência de sintomatologia grave de depressão, representando quase a metade da amostra²⁵.

Um inquérito realizado em uma unidade prisional de São Paulo com 1013 mulheres constatou baixas prevalências de realização de exames ginecológicos, mamografia e de vacinação, e altas prevalências de obesidade e Transtorno Mental Comum²⁶. Os resultados da pesquisa “Saúde materno-infantil nas prisões” mostraram que mulheres encarceradas, quando comparadas às mães livres, apresentaram maior prevalência de sífilis e infecção pelo HIV durante a gravidez e menor qualidade do atendimento pré-natal, contribuindo para alta incidência de sífilis congênita nesse grupo²⁷.

No que diz respeito à vivência da maternidade, pesquisas apontam para situações como: violação dos direitos sexuais e reprodutivos; piores condições da atenção à gestação e ao parto; assistência de pré-natal precária; atos arbitrários e uso da violência por parte da autoridade penitenciária, o que expõe as mulheres e seus filhos a sofrimentos psíquicos e morais; e discursos e práticas que tendem a deslegitimar a maternidade e os direitos reprodutivos das mulheres encarceradas ²⁸⁻³¹.

Cabe acrescentar ainda, considerando a multiplicidade do que é ser mulher, as violações graves de direitos humanos e as diversas formas de violências

discriminatórias sofridas por pessoas da população LGBT, principalmente as mulheres transexuais, em situação de privação de liberdade³².

Almeida et al.²² (2016) afirmam que as mulheres privadas de liberdade são mais acometidas por agravos à saúde do que a população geral feminina, o que pode contribuir para que as mesmas saiam da prisão em estado geral de saúde pior do quando entraram. Somam-se a isso as vulnerabilidades sociais e estigmas decorrentes do encarceramento que podem impactar negativamente na vida dessas mulheres, inclusive após o cumprimento da pena.

BASES LEGAIS DA ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE

As mulheres privadas de liberdade apresentam necessidades que lhes são específicas, o que implica na necessidade de um modelo assistencial que contemple sua saúde de forma integral e em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, a atenção à saúde nas unidades prisionais se mantém distante da lógica do SUS e insuficiente para garantir o direito à saúde da mulher em situação de encarceramento^{11,12}.

Apesar disso, a legislação brasileira assegura a assistência à saúde de todas as pessoas privadas de liberdade através da Lei de Execução Penal e de estratégias como o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional e de maneira específica às mulheres encarceradas e egressas, a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional. A exploração e a análise dessa trajetória legislativa possibilitam a compreensão de como vem sendo tratadas as necessidades de saúde das mulheres encarceradas e suas implicações dentro de uma abordagem crítica e reflexiva.

A Lei de Execução Penal representa o primeiro marco fundamental para a garantia dos direitos da população carcerária, incluindo a assistência à saúde. Em seu texto, preconiza no artigo 14 que “a assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico” e no que tange às mulheres complementa apenas que a elas será assegurado acompanhamento médico, principalmente nos períodos de pré-natal e no pós-parto, extensivo ao recém-nascido¹⁸. Cabe destacar que, embora a lei

indique a assistência à saúde, esse atendimento era de interesse e responsabilidade da pasta da segurança pública, e não da saúde, o que só foi alterado em 2003, com a primeira política de saúde para a população prisional.

Com foco nos princípios do Sistema Único de Saúde, a Portaria Interministerial nº 1.777/2003, dos Ministérios da Saúde e da Justiça, instituiu o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP). O Plano foi elaborado a partir de uma perspectiva pautada na assistência e na inclusão das pessoas privadas de liberdade com base em princípios básicos que asseguravam a eficácia das ações de promoção, prevenção e atenção integral à saúde. Seu principal objetivo era de aproximar a população penitenciária ao SUS, e previa ações que deveriam ser realizadas por equipes interdisciplinares de saúde¹⁹. Apesar do caráter avançado em relação a LEP/1984, o PNSSP focalizou a assistência à saúde das mulheres para as questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, traçando como uma de suas metas a atenção à saúde da mulher no pré-natal e puerpério e no controle dos cânceres cérvico-uterino e de mama¹⁹.

Após dez anos de aplicação do Plano, o contexto do encarceramento ganhou nova proporção. O aumento expressivo de pessoas reclusas resultou na superlotação de grande parte dos estabelecimentos penais do país. Além disso, o Plano não contemplava todo o itinerário carcerário, como as delegacias, cadeias públicas e penitenciárias federais, deixando assim de incluir a totalidade de pessoas em privação de liberdade. Martinho³³ (2015) aponta também que o baixo quantitativo de equipes de saúde habilitadas no Sistema Penitenciário era uma importante limitação para efetividade do Plano. Desta forma, constatou-se o esgotamento do modelo e a necessidade de promover a inclusão efetiva das pessoas privadas de liberdade ao SUS, cumprindo os princípios da universalidade e equidade³⁴.

Assim, foi aprovada em 2014, através da Portaria nº 482, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), cujo principal objetivo é garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS³⁴. Em sua concepção obedece aos princípios básicos do SUS da universalização do acesso à saúde, da integralidade da atenção e da equidade em saúde, além dos princípios normativos de descentralização e participação popular³⁴.

Diferentemente do PNSSP, A PNAISP propõe ações de promoção da saúde e prevenção de agravos em todo o itinerário carcerário bem como para os

profissionais que atuam nos estabelecimentos prisionais, familiares e outras pessoas relacionadas ao sistema, ampliando o acesso às políticas de saúde no cárcere. A política reconhece ainda que a superlotação das unidades e as condições precárias de confinamento podem potencializar os agravos em saúde na população carcerária, admitindo a importância da transversalidade das políticas públicas, de forma a atender a todos em todas as suas especificidades³⁴. Conforme observado por Lermen et al.³⁵ (2015), outra evolução que pode ser notada na política é em relação às terminologias utilizadas, tais como “pessoas privadas de liberdade”, “sob custódia do Estado temporariamente” e “beneficiários”, consolidando a palavra “pessoas” ao invés de “presos”, sendo este um ponto importante para minimizar os estereótipos relacionados à população carcerária.

Em relação às diretrizes gerais da Política, é relevante destacar o foco dado à humanização nas práticas de saúde, enfatizando o respeito às diferenças, sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais por parte dos profissionais³⁴. Além desta, a PNAISP segue os princípios do SUS ao pontuar como diretrizes: a integralidade, prevendo que as equipes de saúde no sistema prisional devem primar por ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e de recuperação, referenciando as ações de maior complexidade para atenção especializada na Rede de Atenção à Saúde (RAS); a descentralização, pontuando que a atenção à saúde da população privada de liberdade é responsabilidade dos três níveis de gestão, de acordo com as competências de cada um; a hierarquização, afirmando que os serviços de saúde prisional constituem unidades básicas de saúde que devem se articular com os demais serviços da rede, seguindo os fluxos de referência e contrarreferência de forma a garantir o acesso integral aos serviços e ações do SUS; e por fim, a intersetorialidade, assinalando a importância de parcerias com setores governamentais e não governamentais³⁴.

Em relação aos serviços e equipes de saúde no sistema prisional, a PNAISP define que a atenção básica será ofertada por meio das equipes de atenção básica de Unidade Básica de Saúde definida no território ou por Equipes de Atenção Básica Prisional (EAP). A oferta das demais ações e serviços de saúde deverá ser prevista e pactuada na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Os critérios elencados para caracterização das equipes em Equipe de Atenção Básica Prisional (EAPs) tipo I, II ou III são: o número de pessoas privadas de liberdade na unidade prisional, a vinculação dos serviços de saúde a uma unidade básica de saúde no território e a

existência de demandas referentes à saúde mental³⁴. As equipes de atenção básica prisional tipos I, II e III contam com uma equipe multidisciplinar composta por cirurgião dentista, enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, técnico de higiene bucal, podendo ser acrescida, dependendo dos tipos anteriormente citados, de outros profissionais como médico psiquiatra, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional e nutricionista³⁴.

Apesar dos avanços alcançados, até aqui nenhum dos dispositivos citados demonstrou clareza no que diz respeito à assistência integral das mulheres no sistema prisional, considerando as especificidades de gênero. Esse marco só foi alcançado com a instituição da Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE).

A Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE) foi instituída através da Portaria Interministerial nº 210, de 16 de janeiro de 2014, entre o Ministério da Justiça e a Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República. Pautada na Constituição Federal da República, na Lei de Execução Penal, no Estatuto da Criança e do Adolescente, nas Regras de Bangkok e outros normativos afetos às mulheres privadas de liberdade, egressas e seus filhos, em âmbito nacional e internacional³⁶.

A PNAMPE representa o primeiro grande esforço, em âmbito nacional, para a melhoria das condições do encarceramento feminino, com o intuito de proporcionar às mulheres acauteladas uma execução penal menos estigmatizante e violadora de direitos, ao ser direcionada às necessidades e realidades específicas das mulheres em privação de liberdade e egressas do sistema prisional^{35,37}.

A política preconiza, dentre outras ações, a prevenção de todos os tipos de violência contra essas mulheres. Fomenta a adoção de normas e procedimentos adequados às especificidades das mulheres no que tange às questões de gênero, idade, etnia, cor ou raça, sexualidade, orientação sexual, nacionalidade, escolaridade, maternidade, religiosidade, deficiências física e mental e outros aspectos relevantes, bem como o incentivo à construção e adaptação de unidades prisionais para o público feminino³⁶.

A Política ratifica o direito à saúde e preconiza a assistência à saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS bem como em consonância com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade

no Sistema (PNAISP) e a Política Nacional de Atenção de Integral à Saúde da Mulher³⁶.

Embora a PNAME não se configure como uma política de saúde, não se pode desconsiderar que todos os aspectos tratados na normativa convergem para a garantia do direito à saúde, sobretudo sob a ótica do seu conceito ampliado. Desta forma, a Política foi tratada como um dos (principais) aparatos legais no contexto da atenção à saúde das mulheres privadas de liberdade, conforme exposto na Figura 1.

Partindo da perspectiva de análise desta trajetória legislativa, podemos observar que houve grandes avanços no que diz respeito as normativas que visam a garantia da assistência à saúde da população prisional, mas que o principal desafio continua sendo o de assegurar de maneira efetiva o direito constitucional à saúde das pessoas privadas de liberdade^{35,38}.

Já no contexto da assistência à saúde da mulher, cabe ressaltar que antes de 2014, o serviço de saúde era preferencialmente voltado para ações de cunho sexual, reprodutivo e materno-infantil. O principal avanço ocorreu com a instituição da Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAME), cujos princípios fundamentais são a cidadania, a dignidade da pessoa humana, a equidade e a humanização do cumprimento da pena³⁶.

Não foram encontrados estudos ou informações sobre o processo de implantação e efetivação das ações previstas nessa política, bem como sobre seu impacto tanto para o público alvo quanto para a sociedade. Inclusive, observa-se a baixa difusão da Política pelos órgãos públicos e, conseqüentemente, o desconhecimento de profissionais e instituições que compõem o sistema prisional. Tais aspectos, aliados aos problemas já instalados nos cárceres brasileiros, como a superlotação, a estrutura precária, falta de recursos humanos e materiais, a escassez de investimento estatal e a priorização da segurança sobre os demais serviços nas unidades prisionais são fatores que dificultam a implantação de políticas no sistema prisional e contribuem para não seja assegurado a essas mulheres o direito universal à saúde.

É necessário chamar atenção para o atraso na agenda de saúde do país quanto à priorização dessa população, o que contribui para que as condições de saúde e de vida dessas mulheres continuem sendo negligenciadas, o que resulta em grande desafio para a Saúde Pública na atualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mulheres em situação de prisão têm demandas, necessidades e peculiaridades que são específicas. Ao compreender as nuances do encarceramento feminino no Brasil verifica-se que o cárcere impõe uma série de condições que além de ferirem os direitos das mulheres encarceradas contribuem para que os agravos à saúde sejam potencializados nesse grupo.

Embora os dispositivos legais tenham avançado no que tange à proteção dos direitos das mulheres privadas de liberdade, o que se opera no plano jurídico não necessariamente se efetiva dentro do sistema prisional. Assim, a realidade encontrada nos estabelecimentos penais femininos ainda está distante das normativas legais.

Há uma necessidade urgente de difusão e efetivação das estratégias de saúde voltadas às mulheres privadas de liberdade no Brasil, a fim de que essas mulheres não permaneçam na invisibilidade e sendo constantemente submetidas à violação de direitos fundamentais, como a saúde.

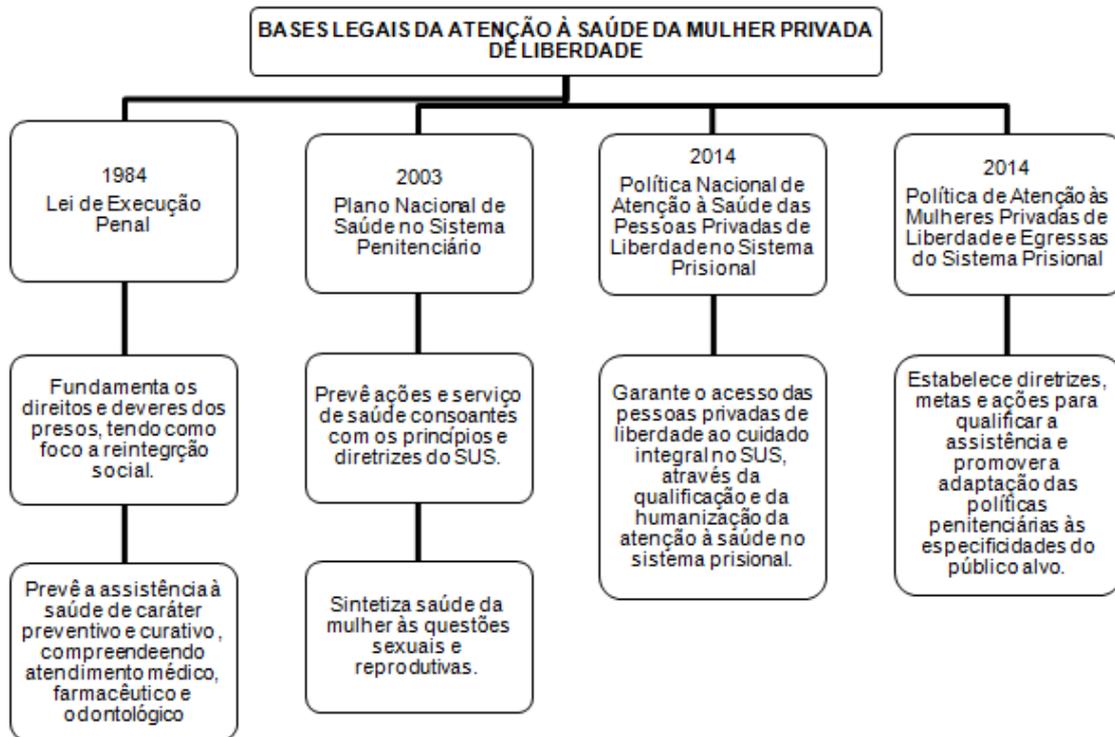


Figura 1 – Organograma de resumo das principais bases legais da atenção à saúde das mulheres privadas de liberdade no Brasil.

Fonte: dados da pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Filho MMS, Bueno PMMG. Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2016; 21(7):1999-2010.
2. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. Comissão Parlamentar de Inquérito do Sistema Carcerário. CPI sistema carcerário brasileiro. Brasília: Câmara dos Deputados. Ago 2015.
3. Davis A. *Estarão as prisões obsoletas?* Tradução: Marina Vargas. 1 ed. Rio de Janeiro: Difel. 2018.
4. Monteiro FM, Cardoso GR. A seletividade do sistema prisional brasileiro e o perfil da população carcerária. *Civitas*. 2013; 13(1):93-117.
5. Guimarães CAG. *Funções da pena privativa de liberdade no sistema penal capitalista: do que se oculta(va) ao que se declara*. Tese de Doutorado em Direito, Estado e Sociedade. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina – Centro de Ciências Jurídicas. 2006.

6. Wacquant L. As prisões da miséria. Tradução: André Telles. Sabotagem, 2004. Disponível em: http://files.femadireito102.webnode.com.br/200000039-62f056357d/As%20Prisoas_da_Miseria%20Loic_Wacquant.pdf.
7. Barcinski M, Cunico SD. Os efeitos (in)visibilizadores do cárcere: as contradições do sistema prisional. Psicologia [Internet]. Dezembro de 2014 [acesso 16 de maio de 2020]; 28(2):63-70. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-20492014000200006&lng=pt&tlng=pt.
8. World Prison Brief [homepage na internet]. Instituto de Pesquisa em Políticas Criminais [acesso em: 03 fev. 2019]. Disponível em: <http://www.prisonstudies.org/about-us>.
9. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento nacional de informações penitenciárias – INFOPEN mulheres. Ministério da Justiça e Segurança Pública. 2ª ed. Brasília. 2018.
10. Brasil, INFOPEN. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias. Brasília: Departamento Penitenciário Nacional - Ministério da Justiça. 2014.
11. Martins ELC, Martins LG, Silveira AM, Melo EM. O contraditório direito à saúde de pessoas em privação de liberdade: o caso de uma unidade prisional de Minas Gerais. Revista Saúde e Sociedade. 2014; 23(4):1222-1234.
12. Fernandes LH, Alvarenga CW, Santos LL, Pazin FA. Necessidade de aprimoramento do atendimento à saúde no sistema carcerário. Revista de Saúde Pública. 2014; 48(2):275-283.
13. Andrade BSAB. Entre as leis da Ciência, do Estado e de Deus: o surgimento dos presídios femininos no Brasil. 2011. 317f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). São Paulo: Departamento de Antropologia, Universidade de São Paulo, 2011.
14. Soares BM, Ilgenfritz I. Prisioneiras: vida e violência atrás das grades. Rio de Janeiro: Garamond; 2002.
15. Brasil. Decreto-Lei n.2848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União. 31 dez 1940.
16. Almeida RO. Mulheres que matam: universo imaginário do crime feminino. Rio de Janeiro: RelumeDumará : UFRJ, Núcleo de Antropologia da Política, 2001.
17. Cortina MOC. Mulheres e tráfico de drogas: aprisionamento e criminologia feminista. Estudos Feministas. 2015; 23(3)761- 778.
18. Carvalho ML, Valente JG, Assis SG, Vasconcelos AGG. Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social. Ciência & Saúde Coletiva. 2006; 11(2):461-471.

19. Cerneka HA. Homens que menstruam: considerações acerca do sistema prisional às especificidades da mulher. *Veredas do Direito*. 2009; 6(11):61-78.
20. Miyamoto Y, Krohling A. Sistema prisional brasileiro sob a perspectiva de gênero: invisibilidade e desigualdade social da mulher encarcerada. *Direito, Estado e Sociedade*. 2012; n.40:223-241.
21. Silva E, Ribeiro E. Atenção à Saúde da mulher em situação prisional. *Revista Saúde e Desenvolvimento*. 2013; 4(2):160-172.
22. Almeida PRC, Soares RSC, Coura AS, Cavalcanti AL, Dutra MOM, Lima TMA. Condição de Saúde de Mulheres Privadas de Liberdade: Uma Revisão Integrativa. *RBCS [Internet]*. 16º de março de 2016 [acesso 16 de maio de 2020];19(1):73-0. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/23890>
23. Andreoli, SB, Santos MM, Quintana MI, Ribeiro WS, Blay SL, Taborda JG, et al. Prevalence of Mental Disorders among Prisoners in the State of Sao Paulo, Brazil. *PLoS One*. 2014; 9(2):e88836.
24. Constantino P, Assis SG, Pinto LW. O impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21(7):2089-2099.
25. Canazaro D, Argimon ILL. Características, sintomas depressivos e fatores associados em mulheres encarceradas no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(7):1323-1333.
26. Audi, CAF, Santiago SM, Andrade MGG, Francisco PMSB. Inquérito sobre condições de saúde de mulheres encarceradas. *Saúde em Debate [Internet]*. Junho de 2016 [acesso 16 de maio de 2020]; 40(109): 112-124. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000200112&lng=en.
27. Domingues RMSM, Leal MC, Pereira APE, Ayres B, Sánchez AR, Larouzé B. Prevalence of syphilis and HIV infection during pregnancy in incarcerated women and the incidence of congenital syphilis in births in prison in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2017; 33(11):1-15.
28. Diuana V, Correia MCDV, Ventura M. Mulheres nas prisões brasileiras: tensões entre a ordem disciplinar punitiva e as prescrições da maternidade. *PhysisRevista de Saúde Coletiva*. 2017; 27(3):727-747.
29. Diuana V, Ventura M, Simas L, Larouzé B, Correa M. Direitos reprodutivos das mulheres no sistema penitenciário: tensões e desafios na transformação da realidade. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2016; 21(7):2041-205.
30. Leal MC, Ayres BVS, Esteves-Pereira AP, Sánchez AR, Larouzé B. Nascer na prisão: gestação e parto atrás das grades no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2016; 21(7):2061-2070.

31. Ventura M, Simas L, Larouzé B. Maternidade atrás das grades: em busca da cidadania e da saúde. Um estudo sobre a legislação brasileira. *Cadernos de Saúde Pública*. 2015; 31(3):607-619.
32. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. LGBT nas prisões do Brasil: Diagnóstico dos procedimentos institucionais e experiências de encarceramento. Brasília. 2020.
33. Martinho S. Saúde penitenciária no Brasil: Plano e Política. Brasília: Verbena. 2015.
34. Ministério da Saúde e Ministério da Justiça. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. 1ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2014B.
35. Lermen HS, Gil BL, Cúnico SD, Jesus LO. Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2015; 25(3):905-924.
36. Ministério da Justiça e Secretaria de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de Atenção às mulheres em situação de privação de liberdade e egressas do sistema prisional. Brasília. 2014c.
37. Favilli F. Direitos humanos, mulheres e tutela da saúde no cárcere: breve estudo sobre as políticas sociais e saúde voltadas prioritariamente à população carcerária feminina. Seminário da pós-graduação 2016 - diálogos de pesquisa: teoria, direito e estado em perspectiva crítica. 2016; 1(1).
38. Carvalho NGO. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional: Uma análise sobre a evolução normativa. *Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.* 2017; 6(4):112-129.

APÊNDICE B – Complementação dos resultados obtidos

ANÁLISE DESCRITIVA

Perfil sociodemográfico da população de estudo

A Tabela 1 apresenta as variáveis demográficas e socioeconômicas da população estudada. A média de idade foi de 33,21 (DP \pm 9,26), sendo que 75,8% (75/99) das mulheres são jovens na faixa de 20 a 39 anos. As participantes que se autodeclararam pretas ou pardas, totalizam 74,7% (74/99) da amostra. A maior parte das entrevistadas (77,8% - 77/99) possui, no máximo, o ensino fundamental completo. Em relação à renda antes do encarceramento, 66,7% (66/99) recebia um salário mínimo ou menos. Mais da metade das mulheres (53,5% - 53/99) são casadas ou possuem um companheiro (a), aproximadamente 86% (85/99) possui pelo menos um filho e 86,9% (86/99) residia com algum familiar antes da prisão. Quanto à orientação sexual, 78,8% (78/99) declararam ser heterossexuais e 91,9% (91/99) revelaram concordância de sua identidade de gênero com o sexo feminino. Quanto ao status social subjetivo, a maioria das entrevistadas (81,9% - 81/99), considerou estar nos degraus mais baixos de acordo com a escala utilizada.

Tabela 1 – Características demográficas e socioeconômicas de 99 mulheres encarceradas. Juiz de Fora, MG, 2020

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS		
Variável	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
<i>Idade</i>		
20 – 29 anos	36	36,4
30 – 39 anos	39	39,4
40 – 59 anos	24	24,2
<i>Cor da pele</i>		
Branca	22	22,2
Negra	74	74,7
Amarela/indígena	3	3,0
<i>Escolaridade</i>		
0 – 4 anos	20	20,2
5 – 8 anos	57	57,6
Mais de 8 anos	22	22,2
<i>Renda (salários mínimos)</i>		
0 a 1,0	66	66,7

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS		
Variável	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
> 1,0 e ≤ 2,0	26	26,3
> 2,0	7	7,1
<i>Situação conjugal</i>		
Solteira/divorciada/viúva	46	46,5
Casada/companheiro	53	53,5
<i>Filhos</i>		
Nenhum	14	14,1
1 – 2	43	43,5
3 ou mais	42	42,4
<i>Identidade de gênero</i>		
Cisgênero	91	91,9
Transgênero	3	3,0
Não-binário	5	5,1
<i>Orientação sexual</i>		
Heterossexual	78	78,8
Homossexual/Bissexual	21	21,2
<i>Arranjo domiciliar</i>		
Residia com a família	86	86,9
Residia sozinha	8	8,1
Pessoa em situação de rua	5	5,1
<i>Status Social Subjetivo</i>		
Muito ruim (1-2)	28	28,3
Ruim (3-4)	25	25,3
Regular (5-6)	28	28,3
Bom (7-8)	12	12,1
Muito bom (9-10)	6	6,1

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Condições de saúde da população de estudo

O segundo bloco temático, referente às condições de saúde, contempla as questões: autoavaliação da saúde, morbidades referidas, medicamentos de uso contínuo, aborto, sintomas de ansiedade e depressão e tabagismo. A tabela 2 apresenta os dados descritivos referentes às características gerais relacionadas à saúde dessas mulheres.

Tabela 2 – Características relacionadas à saúde de 99 mulheres encarceradas. Juiz de Fora, MG, 2020

CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS À SAÚDE		
Variável	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
<i>Autoavaliação do estado de saúde</i>		
Muito boa	10	10,1
Boa	58	58,6
Regular	23	23,2
Ruim	5	5,1
Muito ruim	3	3,0
<i>Morbidade referida</i>		
Sim	52	52,5
Não	47	47,5
<i>Número de medicações diárias</i>		
1 – 3	40	40,4
4 ou mais	30	30,3
Nenhum	29	29,3
<i>Tabagismo</i>		
Sim	72	72,7
Não	27	27,3
<i>Aborto</i>		
Induzido	12	12,1
Espontâneo	16	16,2
Não	71	71,7
<i>Sintomas de ansiedade</i>		
Ausente	24	24,2
Presente	75	75,8
<i>Sintomas de depressão</i>		
Ausente	34	34,3
Presente	65	65,7

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

A maior parte das entrevistadas (58,6% - 58/99) classificou a saúde como boa; 52,5% (52/99) referiram ter algum problema de saúde (a tabela 3 retrata a distribuição das morbidades referidas); 70,7% (70/99) afirmaram uso diário de medicações de uso contínuo, sendo que aproximadamente 43% (30/70) utilizam pelo menos 4 medicações por dia; 72,7% (72/99) relataram ser fumantes; 28% (28/99) das mulheres declararam a ocorrência de pelo menos um aborto na vida. Foi expressivo o número de mulheres com sintomas indicativos de ansiedade (75,8% - 75/99) e depressão (65,7% - 65/99).

Tabela 3 – Morbidades auto-referidas por 99 mulheres encarceradas e classificadas segundo a CID-10. Juiz de Fora, MG, 2020

PROBLEMAS DE SAÚDE AUTORREFERIDOS		
Categorias	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2	2,0
Neoplasias (tumores)	5	5,1
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	3	3,0
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	8	8,1
Transtornos mentais e comportamentais	12	12,1
Doenças do sistema nervoso	5	5,1
Doenças do olho e anexos	1	1,0
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	1,0
Doenças do aparelho circulatório	16	16,2
Doenças do aparelho respiratório	14	14,1
Doenças do aparelho digestivo	7	7,1
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	5	5,1
Doenças do aparelho geniturinário	3	3,0

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Condições de vida da população de estudo

O último bloco aborda as questões referentes ao encarceramento e às condições de vida na unidade prisional. A tabela 4 retrata o perfil das mulheres encarceradas de acordo com características relacionadas ao aprisionamento. O tráfico de drogas é o responsável por 52,5% (52/99) das prisões; aproximadamente 30% (29/99) das mulheres ainda não foram julgadas. A mediana do tempo de sentença a ser cumprido foi de 7 anos, ou 84 meses (DP \pm 10,04), e dentre as sentenciadas, a maioria relatou pena a cumprir menor ou igual a 7 anos (51,4% - 36/70). A maior parte das entrevistadas (66,7% - 66/99) mantém vínculo familiar com bom relacionamento; 60,6% (60/99) referem o recebimento de visita social e 25% (25/99) o de visita agendada. Embora a unidade prisional disponha de cela para a finalidade, nenhuma acautelada informou receber visita íntima.

Tabela 4 – Características relacionadas ao aprisionamento de 99 mulheres encarceradas. Juiz de Fora, MG, 2020

CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS AO ENCARCERAMENTO		
Categorias	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
<i>Motivo da prisão</i>		
Tráfico de drogas	52	52,5
Crime contra o patrimônio	30	30,3
Crime contra pessoa	12	12,1
Outros	5	5,1
<i>Regime penal</i>		
Provisório	29	29,3
Fechado	46	46,5
Semiaberto	24	24,2
<i>Sentença recebida</i>		
≤ 7 anos	36	51,4
> 7 anos	30	42,9
Não soube informar	4	5,7
<i>Vínculo familiar</i>		
Mantém vínculo com bom relacionamento	66	66,7
Mantém vínculo com relacionamento regular ou ruim	14	14,1
Não mantém vínculo	19	19,2
<i>Visita social</i>		
Sim	60	60,6
Não	39	39,4
<i>Visita agendada</i>		
Sim	25	25,3
Não	74	74,7

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Conforme exposto na tabela 5, apenas 12,1% (12/99) das acauteladas estudam na unidade prisional e 40,4% (40/99) estão inseridas em atividades laborais; 75,8% (75/99) declararam participar de celebrações religiosas; 78,2% (78/99) relataram receber atendimento jurídico. Em relação à assistência a saúde, 90,9% (90/99) responderam que são assistidas neste quesito, sendo que 93,9% (93/99) informaram já ter recebido atendimento médico na unidade, 75,8% (75/99) atendimento psicológico, 94,9% (94/99) com o serviço social e 58,6% (58/99) atendimento odontológico. As médias de atendimentos recebidos com os profissionais de saúde no último ano foram: com o médico 3,45 atendimentos (DP ± 2,792), com psicólogo 2,89 atendimentos (DP ± 3,407), assistente social 3,99 atendimentos (DP ± 3,053) e com o dentista 1,67 atendimentos (DP ± 0,980).

Quanto à prática de atividades físicas, aproximadamente 80% (79/99) informaram não praticar nenhuma atividade física regular na unidade prisional.

Tabela 5 – Assistência prestada na unidade prisional, de acordo com 99 mulheres encarceradas. Juiz de Fora, MG, 2020

ASSISTÊNCIA PRESTADA NA UNIDADE PRISIONAL		
Categorias	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
<i>Estudo</i>		
Sim	12	12,1
Não	87	87,9
<i>Trabalho</i>		
Sim – remunerado	32	32,3
Sim – não remunerado	8	8,1
Não	59	59,6
<i>Celebrações religiosas</i>		
Sim	75	75,8
Não	24	24,2
<i>Assistência jurídica</i>		
Sim	78	78,9
Não	21	21,2
<i>Assistência à saúde</i>		
Sim	90	90,9
Não	9	9,1
<i>Atendimento médico</i>		
Sim	93	93,9
Não	6	6,1
<i>Atendimento psicológico</i>		
Sim	75	75,8
Não	24	24,2
<i>Atendimento com serviço social</i>		
Sim	94	94,9
Não	5	5,1
<i>Atendimento odontológico</i>		
Sim	58	58,6
Não	41	41,4

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Quanto ao nível de satisfação em relação à estrutura e serviços prestados pela unidade prisional, as participantes relataram piores avaliações em relação à alimentação oferecida e ao atendimento odontológico (tabela 6). A categoria “não se aplica” foi referenciada quando a participante não optava por outras classificações por não nunca ter tido acesso ao quesito questionado.

Tabela 6 – Nível de satisfação com a estrutura da unidade prisional e serviços, de acordo com 99 mulheres encarceradas. Juiz de Fora, MG, 2020

NÍVEL DE SATISFAÇÃO COM A ESTRUTURA E SERVIÇOS		
Categorias	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
<i>Tamanho e condições da cela</i>		
Ruim	13	13,1
Regular	30	30,3
Bom	56	56,6
Não se aplica	0	0,0
<i>Atividades desenvolvidas no presídio</i>		
Ruim	15	15,2
Regular	16	16,2
Bom	61	61,6
Não se aplica	7	7,1
<i>Alimentação</i>		
Ruim	65	65,7
Regular	23	23,2
Bom	11	11,1
Não se aplica	0	0,0
<i>Atendimento da psicologia</i>		
Ruim	5	5,1
Regular	13	13,1
Bom	60	60,6
Não se aplica	21	21,2
<i>Atendimento do serviço social</i>		
Ruim	7	7,1
Regular	12	12,1
Bom	77	77,8
Não se aplica	3	3,0
<i>Atendimento médico</i>		
Ruim	18	18,2
Regular	27	27,3
Bom	50	50,5
Não se aplica	4	4,0
<i>Atendimento odontológico</i>		
Ruim	24	24,2
Regular	18	18,2
Bom	22	22,2
Não se aplica	35	35,4
<i>Atendimento jurídico</i>		
Ruim	12	12,1
Regular	17	17,2
Bom	50	50,5
Não se aplica	20	20,2
<i>Relacionamento com outras detentas</i>		
Ruim	4	4,0

NÍVEL DE SATISFAÇÃO COM A ESTRUTURA E SERVIÇOS		
Categorias	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
Regular	16	16,2
Bom	79	79,8
Não se aplica	0	0,0
<i>Relacionamento com as agentes</i>		
Ruim	6	6,1
Regular	20	20,2
Bom	73	73,7
Não se aplica	0	0,0
<i>Relacionamento com a direção da unidade</i>		
Ruim	9	9,1
Regular	9	9,1
Bom	61	61,6
Não se aplica	20	20,2
<i>Transporte (escolta)</i>		
Ruim	15	15,2
Regular	17	17,2
Bom	53	53,5
Não se aplica	14	14,1

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Todas as participantes declararam ter sofrido algum tipo discriminação dentro da unidade prisional, seja por parte dos funcionários ou por outras detentas (tabela 7). A “condição de detenta” foi o motivo mais relatado de discriminação, com 40,4% (40/99) partindo dos funcionários e 31,3% (31/99) das próprias reclusas.

Tabela 7 – Tratamento discriminatório recebido na unidade prisional, de acordo com 99 mulheres encarceradas. Juiz de Fora, MG, 2020

TRATAMENTO DISCRIMINATÓRIO RECEBIDO NA UNIDADE PRISIONAL				
Motivo	Por funcionários		Por outras detentas	
	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
<i>Condição de detenta</i>				
Muitas vezes	19	19,2	14	14,1
Poucas vezes	21	21,2	17	17,2
Nunca	59	59,6	68	68,7
<i>Cor da pele</i>				
Muitas vezes	1	1,0	1	1,0
Poucas vezes	2	2,0	4	4,0
Nunca	96	97,0	94	94,9

TRATAMENTO DISCRIMINATÓRIO RECEBIDO NA UNIDADE PRISIONAL				
Motivo	Por funcionários		Por outras detentas	
	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
<i>Condição social</i>				
Muitas vezes	6	6,1	10	10,1
Poucas vezes	8	8,1	16	16,2
Nunca	85	85,9	73	73,7
<i>Orientação sexual</i>				
Muitas vezes	3	3,0	4	4,0
Poucas vezes	5	5,1	12	12,1
Nunca	91	91,9	83	83,8
<i>Tipo de crime cometido</i>				
Muitas vezes	9	9,1	11	11,1
Poucas vezes	10	10,1	7	7,1
Nunca	80	80,8	81	81,8
<i>Aparência física</i>				
Muitas vezes	8	8,1	11	11,1
Poucas vezes	6	6,1	13	13,1
Nunca	85	85,9	75	75,8

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Em relação aos riscos a que estão expostas dentro da unidade prisional, 63,6% (63/99) relataram risco de sofrer violência psicológica e 49,5% (49/99) risco de sofrer agressão física (tabela 8). No que diz respeito às ações em que foram vítimas, 46,5% (46/99) das participantes declararam ter sofrido agressão verbal na unidade prisional e 16,2% (16/99) agressão física (tabela 9).

Tabela 8 – Riscos que correm na unidade prisional, de acordo com 99 mulheres encarceradas. Juiz de Fora, MG, 2020

RISCOS QUE CORREM NA UNIDADE PRISIONAL		
Categorias	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
<i>Agressão física</i>		
Sim	49	49,5
Não	50	50,5
<i>Violência sexual</i>		
Sim	1	1,0
Não	98	99,0
<i>Violência psicológica</i>		

RISCOS QUE CORREM NA UNIDADE PRISIONAL		
Categorias	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
Sim	63	63,6
Não	36	36,4
<i>Ferimento por arma branca</i>		
Sim	25	25,3
Não	74	74,7
<i>Ferimento por arma de fogo</i>		
Sim	20	20,2
Não	79	79,8
<i>Queimadura</i>		
Sim	22	22,2
Não	77	77,8
<i>Explosão</i>		
Sim	33	33,3
Não	66	66,7
<i>Outro</i>		
Sim	9	9,1
Não	90	90,9

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Tabela 9 – Vitimização na unidade prisional, no último ano, de acordo com 99 mulheres encarceradas. Juiz de Fora, MG, 2020

VITIMIZAÇÃO NA UNIDADE PRISIONAL		
Categorias	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
<i>Agressão física</i>		
Sim	16	16,2
Não	83	83,8
<i>Agressão verbal</i>		
Sim	46	46,5
Não	53	53,4
<i>Assédio ou agressão sexual</i>		
Sim	1	1,0
Não	98	99,0
<i>Queda</i>		
Sim	15	15,2
Não	84	84,8
<i>Tentativa de suicídio</i>		
Sim	7	7,1
Não	92	92,9
<i>Tentativa de homicídio</i>		
Sim	1	1,0

VITIMIZAÇÃO NA UNIDADE PRISIONAL		
Categorias	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
Não	98	99,0

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

De forma geral, as participantes revelaram ter perspectivas positivas para quando saírem da unidade prisional em relação: à vida pessoal (71,7% - 71/99), vida familiar (83,8% - 83/99), vida profissional (61,6% - 61/99), padrão de vida (48,5% - 48/99), condição de trabalho (58,6% - 58/99) e condição de saúde (75,8% - 75/99), conforme exposto na tabela 10.

Tabela 10 – Expectativas pós-encarceramento de 99 mulheres encarceradas. Juiz de Fora, MG, 2020

PERSPECTIVAS PÓS-ENCARCERAMENTO		
Categorias	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
<i>Vida pessoal</i>		
Boa	71	71,7
Regular	26	26,3
Ruim	2	2,0
<i>Vida familiar</i>		
Boa	83	83,8
Regular	15	15,2
Ruim	1	1,0
<i>Vida profissional</i>		
Boa	61	61,6
Regular	32	32,3
Ruim	6	6,1
<i>Padrão de vida</i>		
Boa	48	48,5
Regular	42	42,4
Ruim	9	9,1
<i>Condição de trabalho</i>		
Boa	58	58,6
Regular	23	23,2
Ruim	18	18,2
<i>Condição de saúde</i>		
Boa	75	75,8
Regular	20	20,2
Ruim	4	4,0

Fonte: Elaborado pela autora (2020)

ANÁLISE BIVARIADA E MULTIVARIADA

A associação entre cada uma das variáveis independentes com as variáveis dependentes foi verificada através da utilização do teste Qui-quadrado (χ^2), obtendo a razão de prevalência bruta (RPbruta). Em seguida analisou-se a RPajustada, sendo as variáveis ajustadas entre si dentro de cada bloco hierárquico.

Os dados são apresentados conforme os blocos hierarquizados:

- Bloco 1 – Variáveis demográficas e socioeconômicas (Tabela 11);
- Bloco 2 – Variáveis referentes ao encarceramento, subdivididas em: características penais; assistência e recebimento de visitas; avaliação da estrutura e serviços; discriminação e violência e expectativas pós-encarceramento (Tabela 12).
- Bloco 3 – Variáveis relacionadas à saúde, subdivididas em: referidas, autopercebidas e serviço de saúde (Tabela 13).

As variáveis que alcançaram um nível de significância menor ou igual a 0,20 foram incluídas no modelo de regressão e ajustadas entre os blocos. Na análise multivariada, o nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$) (Tabela 14).

Tabela 11 – Variáveis demográficas e socioeconômicas associadas à autoavaliação ruim do estado de saúde. Juiz de Fora, MG, 2020.

Variável	%	RP bruta (IC95%)	p	RP ajustada (IC95%)	p
AUTOAVALIAÇÃO RUIM DA SAÚDE E VARIÁVEIS DO BLOCO 1					
<i>Idade</i>			0,832		-
20 – 29 anos	30,6	1		-	
30 – 39 anos	30,8	1,01 (0,38 – 2,70)		-	
40 – 59 anos	33,3	1,14 (0,38 – 3,43)		-	
<i>Raça/Cor da pele</i>			0,626		-
Branca	36,4	1		-	
Negra	29,7	0,74 (0,27 – 2,02)		-	
Amarela/indígena	33,3	0,88 (0,07 – 11,24)		-	
<i>Escolaridade</i>			0,230		-
0 – 4 anos	35,0	2,42 (0,59 – 10,03)		-	
5 – 8 anos	35,1	2,43 (0,72 – 8,18)		-	
Mais de 8 anos	18,2	1		-	
<i>Renda (salários mínimos)</i>			0,607		-
0 a 1	28,8	1,01 (0,18 – 5,67)		-	
> 1 e ≤ 2	38,5	1,56 (0,25 – 9,65)		-	
>2,0	28,6	1		-	
<i>Situação conjugal</i>			0,362		-
Casada/companheiro (a)	26,4	1		-	
Solteira/divorciada/viúva	37,0	1,63 (0,69 – 3,84)		-	

Variável	%	RP bruta (IC95%)	p	RP ajustada (IC95%)	p
<i>Arranjo domiciliar</i>			0,556		-
Residia com a família	30,2	1		-	
Residia sozinha	37,5	1,39 (0,31 – 6,23)		-	
Pessoa em situação de rua	40,0	1,54 (0,24 – 9,76)		-	
<i>Identidade de gênero</i>			0,974		-
Cisgênero	31,9	1		-	
Transgênero	0,00	-		-	
Não-binário	40,0	1,42 (0,23 – 9,00)		-	
<i>Orientação sexual</i>			0,568		-
Heterossexual	33,3	1		-	
Homossexual/Bissexual	23,8	0,62 (0,21 – 1,90)		-	
<i>Status Social Subjetivo (SSS)</i>			0,627		-
Melhor	38,9	1		-	
Pior	29,6	0,66 (0,23 – 1,91)		-	

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Tabela 12 – Variáveis relacionadas ao encarceramento associadas à autoavaliação ruim do estado de saúde. Juiz de Fora, MG, 2020

Variável	%	RP bruta (IC95%)	P	RP ajustada (IC95%)	p
AUTOAVALIAÇÃO RUIM DA SAÚDE E VARIÁVEIS DO BLOCO 2					
Bloco 2.1 – Variáveis relacionadas ao encarceramento: características penais					
<i>Regime penal</i>			0,472		-
Provisório	34,5	1		-	
Fechado	32,6	0,92 (0,34 – 2,46)		-	
Semiaberto	25,0	0,63 (0,19 – 2,10)		-	
<i>Tempo de encarceramento</i>			1,000		-
≤15 meses	32,1	1		-	
>15 meses	30,4	0,93 (0,40 – 2,17)		-	
<i>Sentença recebida</i>			1,000		-
≤7 anos	30,0	1		-	
>7 anos	30,6	0,97 (0,34 – 2,80)		-	
Bloco 2.2 – Variáveis relacionadas ao encarceramento: assistência e recebimento de visitas					
<i>Visita social</i>			0,310		-
Sim	26,7	1		-	
Não	38,5	1,72 (0,73 – 4,07)		-	
<i>Visita agendada</i>			0,870		-
Sim	28,0	1		-	
Não	32,4	1,23 (0,45 – 3,35)		-	
<i>Atividade laboral</i>			0,371		-
Sim	25,0	1		-	
Não	35,6	1,65 (0,68 – 4,05)		-	
<i>Estudo</i>			0,864		-
Sim	25	1		-	
Não	32,2	1,42 (0,35 – 5,67)		-	
<i>Assistência religiosa</i>			0,618		-
Sim	29,3	1		-	

Variável	%	RP bruta (IC95%)	P	RP ajustada (IC95%)	p
AUTOAVALIAÇÃO RUIM DA SAÚDE E VARIÁVEIS DO BLOCO 2					
Não	37,5	1,44 (0,55 – 3,79)		-	
<i>Assistência jurídica</i>			0,624		-
Sim	29,5	1		-	
Não	38,1	1,47 (0,54 – 4,02)		-	
<i>Assistência à saúde</i>			0,810		-
Sim	32,2	1		-	
Não	22,2	0,60 (0,12 – 3,08)		-	
Bloco 2.3 – Variáveis relacionadas ao encarceramento: avaliação do serviço					
<i>Tamanho e condições da cela</i>			0,988		-
Bom	30,4	1		-	
Regular/Ruim	32,6	1,11 (0,47 – 2,60)		-	
<i>Atividades desenvolvidas</i>			0,846		-
Bom	27,9	1		-	
Regular/Ruim	32,3	1,23 (0,48 – 3,15)		-	
<i>Alimentação</i>			0,467		-
Bom	45,5	1		-	
Regular/Ruim	29,5	0,50 (0,14 – 1,80)		-	
<i>Atendimento da psicologia</i>			0,545		-
Bom	33,3	1		-	
Regular/Ruim	22,2	0,57 (0,17 – 1,96)		-	
<i>Atendimento do serviço social</i>			0,178		-
Bom	35,1	1		-	
Regular/Ruim	15,8	0,35 (0,93 – 1,30)		-	
<i>Atendimento médico</i>			1,000		-
Bom	30,0	1		-	
Regular/Ruim	31,1	1,05 (0,44 – 2,53)		-	
<i>Atendimento odontológico</i>			1,000		-
Bom		1		-	
Regular/Ruim	31,8 28,6	0,86 (0,28 – 2,63)		-	
<i>Atendimento jurídico</i>			0,507		-
Bom	28,0	1		-	
Regular/Ruim	37,9	1,57 (0,60 – 4,15)		-	
<i>Relacionamento entre detentas</i>			0,504		-
Bom	29,1	1		-	
Regular/Ruim	40,0	1,62 (0,59 – 4,49)		-	
<i>Relacionamento com as agentes penitenciárias</i>			0,860		-
Bom	30,1	1		-	
Regular/Ruim	34,6	1,23 (0,48 – 3,17)		-	
<i>Relacionamento com a direção</i>			0,547		-
Bom	27,9	1		-	
Regular/Ruim	38,9	1,65 (0,55 – 4,95)		-	
<i>Transporte (escolta)</i>			0,729		-
Bom	28,3	1		-	
Regular/Ruim	34,4	1,33 (0,52 – 3,41)		-	
2.4 – Variáveis relacionadas ao encarceramento: discriminação e violência					
<i>Vítima de preconceito por funcionários da unidade devido a condição de detenta</i>			1,000		-

Variável	%	RP bruta (IC95%)	P	RP ajustada (IC95%)	p
AUTOAVALIAÇÃO RUIM DA SAÚDE E VARIÁVEIS DO BLOCO 2					
Não	30,5	1		-	
Sim	32,5	1,10 (0,46 – 2,60)		-	
<i>Vítima de preconceito por funcionários da unidade devido a cor da pele</i>			1,000		-
Não	31,3	1		-	
Sim	33,3	1,10 (0,96 – 12,61)		-	
<i>Vítima de preconceito por funcionários da unidade devido a condição social</i>			1,000		-
Não	31,8	1		-	
Sim	28,6	0,86 (0,25 – 2,99)		-	
<i>Vítima de preconceito por funcionários da unidade devido a orientação sexual</i>			0,997		-
Não	31,9	1		-	
Sim	25,0	0,71 (0,14 – 3,75)		-	
<i>Vítima de preconceito por funcionários da unidade devido ao tipo de crime cometido</i>			0,394		-
Não	28,8	1		-	
Sim	42,1	1,80 (0,64 – 5,06)		-	
<i>Vítima de preconceito por funcionários da unidade devido a aparência física</i>			0,583		-
Não	32,9	1		-	
Sim	21,4	0,56 (0,14 – 2,15)		-	
<i>Tratamento inferior por outras detentas devido à condição de detenta</i>			0,402		-
Não	27,9	1		-	
Sim	38,7	1,63 (0,67 – 3,99)		-	
<i>Tratamento inferior por outras detentas devido à cor da pele</i>			1,000		-
Não	30,9	1		-	
Sim	40,0	1,49 (0,24 – 9,43)		-	
<i>Tratamento inferior por outras detentas devido à condição social</i>			0,098		-
Não	26,0	1		-	
Sim	46,2	2,44 (0,96 – 6,18)		-	
<i>Tratamento inferior por outras detentas devido à orientação sexual</i>			0,380		-
Não	28,9	1		-	
Sim	43,8	1,91 (0,64 – 5,72)		-	
<i>Tratamento inferior por outras detentas devido ao tipo de crime cometido</i>			0,627		-
Não	29,6	1		-	
Sim	38,9	1,51 (0,52 – 4,37)		-	
<i>Tratamento inferior por outras detentas devido à</i>			0,044		0,324

Variável	%	RP bruta (IC95%)	P	RP ajustada (IC95%)	p
AUTOAVALIAÇÃO RUIM DA SAÚDE E VARIÁVEIS DO BLOCO 2					
<i>aparência física</i>					
Não	25,3	1		1	
Sim	50,0	2,95 (1,14 – 7,66)		1,75 (0,58 – 5,34)	
<i>Risco de agressão física</i>			0,350		-
Não	26,0	1		-	
Sim	36,7	1,65 (0,70 – 3,90)		-	
<i>Risco de violência sexual</i>			-		-
Não	31,6	-		-	
Sim	0,0	-		-	
<i>Risco de violência psicológica</i>			1,000		-
Não	30,6	1		-	
Sim	31,7	1,06 (0,44 – 2,56)		-	
<i>Risco de ferimento por arma branca</i>			1,000		-
Não	31,1	1		-	
Sim	32,0	1,04 (0,39 – 2,76)		-	
<i>Risco de ferimento por arma de fogo</i>			0,898		-
Não	30,4	1		-	
Sim	35,0	1,23 (0,44 – 3,48)		-	
<i>Risco de queimadura</i>			0,401		-
Não	40,9	1		-	
Sim	28,6	1,73 (0,65 – 4,63)		-	
<i>Risco de explosão</i>			0,018		0,282
Não	22,7	1		1	
Sim	48,5	3,20 (1,31 – 7,82)		1,79 (0,62 – 5,09)	
<i>Vítima de agressão física</i>			0,143		-
Não	27,7	1		-	
Sim	50,0	2,61 (0,88 – 7,77)		-	
<i>Vítima de agressão verbal</i>			0,362		-
Não	26,4	1		-	
Sim	37,0	1,63 (0,69 – 3,84)		-	
<i>Vítima de assédio ou agressão sexual</i>			-		-
Não	31,6	-		-	
Sim	0,0	-		-	
<i>Vítima de queda</i>			0,004		0,021
Não	25,0	1		1	
Sim	66,7	6,00 (1,84 – 19,56)		4,78 (1,27 – 18,03)	
<i>Tentativa de suicídio</i>			1,000		-
Não	31,5	1		-	
Sim	28,6	0,87 (0,16 – 4,75)		-	
<i>Tentativa de homicídio</i>			0,313		-
Não	30,6	1		-	
Sim	100,	3,27 (2,43 – 4,40)		-	
2.5 – Variáveis relacionadas ao encarceramento: expectativa pós-encarceramento					
<i>Vida pessoal</i>			1,000		-
Boa	31,0	1		-	
Regular/Ruim	32,1	1,06 (0,41 – 2,70)		-	
<i>Vida familiar</i>			0,773		-
Boa	30,1	1		-	
Regular/Ruim	37,5	1,39 (0,46 – 4,25)		-	
<i>Vida profissional</i>			0,476		-

Variável	%	RP bruta (IC95%)	P	RP ajustada (IC95%)	p
AUTOAVALIAÇÃO RUIM DA SAÚDE E VARIÁVEIS DO BLOCO 2					
Boa	27,9	1		-	
Regular/Ruim	36,8	1,51 (0,64 – 3,59)		-	
<i>Padrão de vida</i>			0,126		-
Boa	22,9	1		-	
Regular/Ruim	39,2	2,17 (0,90 – 5,22)		-	
<i>Condição de trabalho</i>			0,771		-
Boa	29,3	1		-	
Regular/Ruim	34,1	1,25 (0,53 – 2,95)		-	
<i>Condição de saúde</i>			< 0,001		0,003
Boa	21,3	1		1	
Regular/Ruim	62,5	6,15 (2,27 – 16,61)		5,29 (1,78 – 15,66)	

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Tabela 13 – Variáveis referentes à saúde da mulher encarcerada associadas à autoavaliação ruim do estado de saúde. Juiz de Fora, MG, 2020

Variável	%	RP bruta (IC95%)	p	RP ajustada (IC95%)	p
AUTOAVALIAÇÃO RUIM DA SAÚDE E VARIÁVEIS DO BLOCO 3					
3.1 – Variáveis relacionadas à saúde: referidas					
<i>Morbidade referida</i>			0,002		0,001
Não	14,9	1		1	
Sim	46,2	4,90 (1,86 – 12,93)		6,22 (2,18 – 17,75)	
<i>Uso contínuo de medicamentos</i>			0,685		-
1 a 3	30,0	1,35 (0,45 – 3,99)		-	
4 ou mais	40,0	2,10 (0,68 – 6,43)		-	
Nenhum	24,1	1		-	
<i>Aborto</i>			0,612		-
Espontâneo	18,8	0,51 (0,13 – 1,99)		-	
Provocado	50,0	2,23 (0,65 – 7,68)		-	
Nenhum	31,0	1		-	
<i>Tabagismo</i>			0,342		-
Sim	34,7	1,86 (0,67 – 5,21)		-	
Não	22,2	1		-	
<i>Atividade física</i>			0,898		-
Sim	35,0	1		-	
Não	30,4	0,81 (0,29 – 2,29)		-	
3.2 – Variáveis relacionadas à saúde: autopercebidas					
<i>Sintomas de ansiedade</i>			0,002		0,032
Ausente	4,2	1		1	
Presente	40,0	15,33 (1,97 – 119,67)		11,05 (1,23 – 99,26)	
<i>Sintomas de depressão</i>			0,005		0,101
Ausente	11,8	1		1	
Presente	41,5	5,33 (1,68 – 16,90)		3,04 (0,80 – 11,51)	
3.3 – Variáveis relacionadas à saúde da mulher privada de liberdade: serviço de saúde					
<i>Consulta com médico</i>			1,000		-
Sim	31,2	1		-	
Nenhuma vez	33,3	1,10 (0,19 – 6,37)		-	
<i>Consulta com psicólogo</i>			0,608		-
Sim	33,3	1		-	

Variável	%	RP bruta (IC95%)	p	RP ajustada (IC95%)	p
AUTOAVALIAÇÃO RUIM DA SAÚDE E VARIÁVEIS DO BLOCO 3					
Nenhuma vez	25,0	0,67 (0,23 – 1,89)		-	
<i>Consulta com assistente social</i>			1,000		-
Sim	30,9	1		-	
Nenhuma vez	40,0	1,49 (0,24 – 9,43)		-	
<i>Consulta com dentista</i>			0,771		-
Sim	29,3	1		-	
Nenhuma vez	34,1	1,25 (0,53 – 2,95)		-	

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Tabela 14 – Resultado da análise de regressão multivariada em blocos hierarquizados para a ocorrência de autoavaliação ruim do estado de saúde em mulheres encarceradas. Juiz de Fora, MG, 2020.

ANÁLISE DE REGRESSÃO MÚLTIPLA PARA AUTOAVALIAÇÃO RUIM DA SAÚDE					
Variáveis	%	RP bruta (IC95%)	p	RP ajustada (IC95%)	p
Bloco 2					
<i>Vítima de queda</i>			0,004		0,051
Não	25,0	1		1	
Sim	66,7	6,00 (1,84 – 19,56)		4,22 (1,00 – 17,92)	
<i>Condição de saúde pós-encarceramento</i>			< 0,001		0,008
Boa	21,3	1		1	
Regular/Ruim	62,5	6,15 (2,27 – 16,61)		4,82 (1,50 – 15,47)	
Bloco 3					
<i>Morbidade referida</i>			0,002		0,014
Não	14,9	1		1	
Sim	46,2	4,90 (1,86 – 12,93)		4,11 (1,33 – 12,65)	
<i>Sintomas de ansiedade</i>			0,002		0,013
Ausente	4,2	1		1	
Presente	40,0	15,33 (1,97 – 119,67)		15,20 (1,79 – 128,92)	

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

APÊNDICE C – Instrumento de coleta de dados



“CONDIÇÕES DE VIDA E DE SAÚDE DE MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE”

Aplicador: _____ N° quest.: _____ Data: ____ / ____ / ____ Cela: _____

ENTREVISTADOR: Fazer a leitura do quadro abaixo

Prezada,

Este questionário se refere a **algumas questões sobre você, questões relacionadas à sua saúde e à rotina na unidade.**

O questionário é **anônimo**. Desta forma, você estará protegida, isto é, ninguém vai saber quem respondeu cada questionário. Os questionários serão utilizados apenas pela equipe de pesquisa.

Não existem respostas certas ou erradas para as questões, por isso a sua sinceridade é muito importante ao respondê-lo.

Você não é obrigada a participar da pesquisa e tem o direito de desistir a qualquer momento. Caso não queira participar, por favor, se manifeste a qualquer momento.

Agradecemos sua colaboração!

BLOCO 1
NÓS VAMOS COMEÇAR COM ALGUMAS INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE A SENHORA

1. Qual a idade da senhora? _____

2. Como a senhora se vê em relação a cor da sua pele?

- 1. BRANCA
- 2. PRETA
- 3. PARDA
- 4. AMARELA / INDÍGENA

3. Como se identifica em relação ao seu gênero?

- 1. FEMININO (Cisgênero)
- 2. MASCULINO (Transgênero)
- 3. NÃO TOTALMENTE FEMININO E NÃO TOTALMENTE MASCULINO (Não-binário)
- 4. NÃO TENHO UM GÊNERO (Agênero)

4. A senhora se relaciona afetivamente e/ou sexualmente com?

- 1. HOMENS
- 2. MULHERES
- 3. HOMENS E MULHERES
- 4. HOMENS, MAS ATUALMENTE COM MULHERES (outra acautelada)
- 5. OUTRO _____

5. Qual é a sua situação conjugal atual?

- 1. SOLTEIRA
- 2. COMPANHEIRA (O)
- 3. CASADA
- 4. SEPARADA
- 5. VIÚVA
- 6. OUTRO: _____

6. A senhora tem filhos?

- 1. SIM. QUANTOS? [] [] []
- 2. NÃO

7. Com quem morava antes de ser presa? _____

8. Qual é a sua escolaridade?

1. NÃO SEI LER E ESCREVER (analfabeto)
2. ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO (estudei até a 4ª série)
3. ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO (estudei até a 7ª série)
4. ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO (concluí a 8ª série)
5. ENSINO MÉDIO INCOMPLETO (parei entre o 1º e 3º ano do 2º grau)
6. ENSINO MÉDIO COMPLETO (concluí o 3º ano do 2º grau)
7. SUPERIOR INCOMPLETO (estudei curso de graduação na faculdade, mas não concluí)
8. SUPERIOR COMPLETO (me formei em um curso de graduação)

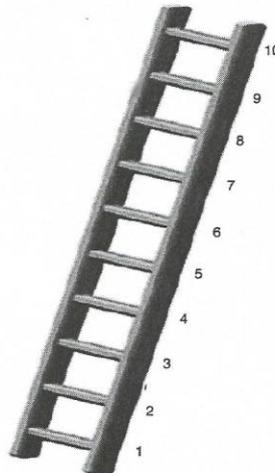
9. Qual profissão exercia antes da prisão? _____

10. Renda mensal antes da prisão _____

11. Escala de Mac Arthur de Status Social Subjetivo

ENTREVISTADOR: Fazer a leitura do texto e marcar com o "X" o degrau indicado pela participante.

Considere que a escada que estou lhe mostrando representa o lugar que as pessoas ocupam na sociedade. No topo desta escada estão as pessoas que possuem mais dinheiro, maior escolaridade e os melhores empregos. Na parte mais baixa da escada, estão as pessoas que possuem menos dinheiro, menor escolaridade e piores empregos (empregos com menor reconhecimento) ou estão desempregadas. Quanto mais alto a senhora se considerar nesta escada, mais próximo estará das pessoas que estão no topo da escada e quanto mais baixo, mais próximo das pessoas que se encontram na parte mais baixa. Onde a senhora se colocaria nesta escada?. **Indique em qual degrau que a senhora considera estar.**



BLOCO 2
NÓS VAMOS FALAR AGORA DE QUESTÕES RELACIONADAS À SUA SAÚDE DE UMA
FORMA GERAL

12. Em geral, você diria que sua saúde é?

ENTREVISTADOR: *Espera por uma resposta espontânea. Caso a resposta não se encaixa em uma das categorias abaixo, leia as opções de resposta para a participante.*

1. MUITO BOA
2. BOA
3. REGULAR
4. RUIM
5. MUITO RUIM

13. A senhora tem algum problema de saúde?

1. SIM. → QUAIS? _____

2. NÃO.

14. A senhora utiliza diariamente medicamentos para:

	SIM	NÃO
1. PRESSÃO ARTERIAL	1. <input type="checkbox"/> → QUANTIDADE POR DIA _____	2. <input type="checkbox"/>
2. DIABETES	1. <input type="checkbox"/> → QUANTIDADE POR DIA _____	2. <input type="checkbox"/>
3. DEPRESSÃO	1. <input type="checkbox"/> → QUANTIDADE POR DIA _____	2. <input type="checkbox"/>
4. COLESTEROL	1. <input type="checkbox"/> → QUANTIDADE POR DIA _____	2. <input type="checkbox"/>
5. OUTROS (especificar a quantidade): _____		

15. A senhora já fez aborto em algum momento da vida?

1. SIM. QUANTOS? _____

2. NÃO

16. Agora eu vou disponibilizar para a senhora quatro cartões que a senhora utilizará para me responder algumas questões. Para cada pergunta que eu fizer aponte o cartão que representa a sua resposta, sem tirá-los da ordem que eu colocar na mesa.

ENTREVISTADOR: Colocar sobre a mesa os cartões com as categorias de resposta referentes a esta escala, de acordo com a ordem estabelecida na própria escala. Leia a pergunta: DURANTE AS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, COM QUE FREQUÊNCIA A SENHORA FOI INCOMODADA COM OS PROBLEMAS ABAIXO? Posteriormente leia, uma a uma, as questões contidas na primeira coluna do quadro. Para cada item a entrevistada deverá mostrar um cartão com a categoria de resposta, e então você marcará um "X" em cada linha, de acordo com a categoria declarada. Não deixe de repetir que as questões se referem a um período de tempo de 2 semanas passadas. Ao término da questão recolha os cartões.

Durante as ÚLTIMAS 2 SEMANAS, com que frequência a senhora foi incomodada com os problemas abaixo?

Patient Health Questionnaire – 4 (PHQ-4)				
	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
Sentir-se nervosa, ansiosa ou muito tensa	0	1	2	3
Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações	0	1	2	3
Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
Se sentir "para baixo", deprimida ou sem perspectiva	0	1	2	3

17. A senhora fuma atualmente?

1. SIM. → Há quanto tempo a senhora fuma? _____
2. NÃO.

18. Já fumou em algum outro momento da vida?

- SIM → Há quanto tempo parou de fumar: _____
- NÃO

19. Quais produtos a senhora fuma atualmente?

1. CIGARROS INDUSTRIALIZADOS.
2. FUMO.
3. OUTROS. ESPECIFIQUE: _____
4. NÃO FUMO

20. Alguém na sua cela fuma?

1. SIM.
2. NÃO

→ NESSE CASO, QUAL O TIPO DE CIGARRO?

CIGARROS INDUSTRIALIZADOS.

FUMO

OUTROS. ESPECIFIQUE: _____

21. Quais das condições abaixo a senhora apresentou ou tratou no último 1 ANO?

1. HANSENÍASE.
2. CALAZAR/ LEISHMANIOSE CUTÂNEA.
3. DENGUE
4. TUBERCULOSE
5. SÍFILIS
6. GONORREIA
7. HIV/AIDS
8. OUTRA DOENÇA? QUAL? _____
9. NENHUMA DOENÇA

22. As perguntas abaixo se referem a sua saúde bucal. Todas as questões que farei dizem respeito a problemas com seus dentes, boca ou dentadura nos último seis meses. Eu vou disponibilizar para a senhora cinco cartões que a senhora utilizará para me responder essas questões. Para cada pergunta que eu fizer aponte o cartão que representa a sua resposta, sem tirá-los da ordem que eu colocar na mesa.

ENTREVISTADOR: Colocar sobre a mesa os cartões com as categorias de resposta referentes a esta escala, de acordo com a ordem estabelecida na própria escala. Comece formulando a frase: NOS ÚLTIMOS SEIS MESES, POR CAUSA DE PROBLEMAS COM SEUS DENTES, SUA BOCA OU DENTADURA...e inicie com as questões numeradas de 1 a 14. Para cada uma das 14 questões a entrevistada deverá mostrar um cartão com a categoria de resposta, e então você marcará um "X" em cada linha, de acordo com a categoria declarada. É importante que se repita à frase formulada no início da aplicação deixando claro que todas as perguntas estão relacionadas a esta frase. Ao término da aplicação recolha os cartões.

Oral Health Impact Profile (OHIP-14)					
NOS ÚLTIMOS SEIS MESES, POR CAUSA DE PROBLEMAS COM SEUS DENTES, SUA BOCA OU DENTADURA	Nunca (0)	Raramente (1)	Às vezes (2)	Repetidamente (3)	Sempre (4)
1. Você teve problemas para falar alguma palavra?					
2. Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado?					
3. Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?					
4. Você se sentiu incomodado(a) ao comer algum alimento?					
5. Você ficou preocupado(a)?					
6. Você se sentiu estressado(a)?					
7. Sua alimentação ficou prejudicada?					
8. Você teve que parar suas refeições?					
9. Você encontrou dificuldade para relaxar?					
10. Você se sentiu envergonhado(a)?					
11. Você ficou irritado(a) com outras pessoas?					
12. . Você teve dificuldade para realizar suas atividades diárias?					
13. Você sentiu que sua vida, em geral, ficou pior?					
14. Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades?					

23. Agora vou fazer perguntas sobre o uso de algumas substâncias.

ENTREVISTADOR: Leia a frase na coluna A “Já usou alguma vez na vida”, e emende com cada uma das substâncias elencadas no quadro, assinalando em “sim” ou “não”, de acordo com a resposta da participante. Posteriormente verifique as substâncias respondidas na coluna A na categoria “SIM” e formule a questão contida na coluna B apenas para essas substâncias. Ao finalizar a coluna B faça o mesmo com a coluna C.

SUBSTÂNCIA	A	B	C
	Já usou alguma vez na vida...	Agora imagine a senhora no último mês antes de ser presa. Com qual frequência utilizava no mês...	E depois de ser presa, com qual frequência utilizou no último mês?
23.1. Álcool?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	___ (dias/mês)	___ (dias/mês)
23.2. Tabaco (cigarro)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	___ (dias/mês)	___ (dias/mês)
23.3. Maconha?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	___ (dias/mês)	___ (dias/mês)
23.4. Cocaína?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	___ (dias/mês)	___ (dias/mês)
23.5. Mesclado, merla, bazuca ou pasta de coca?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	___ (dias/mês)	___ (dias/mês)
23.6. Crack?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	___ (dias/mês)	___ (dias/mês)
23.7. Oxi?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	___ (dias/mês)	___ (dias/mês)
23.8. Produtos para sentir barato, como: lança-perfume, loló, cola, gasolina, benzina, acetona, removedor de tinta, aguarrás, éter, esmalte, tinta?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	___ (dias/mês)	___ (dias/mês)
23.9. LSD (ácido), chá de cogumelo, mescalina, êxtase, Ketamina?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	___ (dias/mês)	___ (dias/mês)
23. 10. Heroína, morfina ou ópio para sentir algum “barato”?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	___ (dias/mês)	___ (dias/mês)
23.11. Remédio para emagrecer ou ficar acordado (ligado) sem receita médica? Exemplos: Hipofagin, Moderex, Glucoenergán, Inibex, Desobesi, Reactivan, Pervitin, Dasten, Isomeride, Moderine, Dualid, Preludin. (NÃO VALE ADOÇANTE NEM CHÁ)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	___ (dias/mês)	___ (dias/mês)
23.12 Tranquilizante, ansiolítico, calmante ou antidistônico sem receita médica? (Exemplos: Diazepam, Dienpax, Lorium, Valium, Librium, Lorax, Rohypnol, Psicosedin, Somalium, Lexotan, Rivotril)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	___ (dias/mês)	___ (dias/mês)
23.13. Alguma dessas drogas você já usou de forma injetável? Qual? _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	___ (dias/mês)	___ (dias/mês)

BLOCO 3
 ESTE ÚLTIMO BLOCO DE PERGUNTAS É SOBRE QUESTÕES RELACIONADAS À
 SENHORA E A ROTINA NA UNIDADE PRISIONAL

24. Por que a senhora foi presa? _____

25. Há quanto tempo está presa? _____

26. Veio transferida de outra unidade prisional?

1. SIM. QUAL? _____

2. NÃO

27. Em qual cidade estão as pessoas que a senhora mais gosta? _____

ENTREVISTADOR: *Na pergunta 27, no caso da participante citar mais de uma cidade, perguntar em qual delas está a referência mais importante e circular.*

28. Como está o seu contato com sua família hoje?

1. MANTÉM VÍNCULO COM A FAMÍLIA, COM BOM RELACIONAMENTO

2. MANTÉM VÍNCULO COM A FAMÍLIA, COM RELACIONAMENTO REGULAR OU RUIM

3. NÃO MANTÉM VÍNCULO

4. NÃO TEM FAMÍLIA

29. A senhora já foi julgada?

1. SIM. Qual foi a sentença? _____ anos _____ meses

2. NÃO

30. Em qual regime de prisão a senhora está atualmente?

1. PROVISÓRIO

1. FECHADO

1. SEMIABERTO

31. Em qual cela se encontra atualmente? _____

32. Quantas pessoas dividem a cela com a senhora? _____

33. A senhora recebe visita social no presídio?

1. SIM → COM QUAL FREQUENCIA? _____
 2. NÃO

34. A senhora recebe visita agendada no presídio?

1. SIM → COM QUAL FREQUENCIA? _____
 2. NÃO

35. A senhora recebe visita íntima no presídio?

1. SIM → COM QUAL FREQUENCIA? _____
 2. NÃO

36. A senhora estuda no presídio?

1. SIM.
 2. NÃO

37. A senhora trabalha no presídio?

1. SIM. → O TRABALHO É: REMUNERADO NÃO REMUNERADO
 2. NÃO.

38. A senhora participa de celebrações religiosas?

1. SIM.
 2. NÃO.

39. A senhora recebe assistência jurídica?

1. SIM → DE QUAL TIPO: ADVOGADO PARTICULAR DEFENSORIA PÚBLICA
 2. NÃO

40. A senhora recebe assistência de saúde?

1. SIM.
 2. NÃO.

41. Nos últimos 1 ANO a senhora teve consultas no presídio:

- | | | | | |
|--------------------------|------------------------------|-------------|-------|--------------------------------------|
| 1. COM MÉDICO | <input type="checkbox"/> SIM | QUANTAS _ _ | VEZES | <input type="checkbox"/> NENHUMA VEZ |
| 2. COM PSICÓLOGO | <input type="checkbox"/> SIM | QUANTAS _ _ | VEZES | <input type="checkbox"/> NENHUMA VEZ |
| 3. COM ASSISTENTE SOCIAL | <input type="checkbox"/> SIM | QUANTAS _ _ | VEZES | <input type="checkbox"/> NENHUMA VEZ |
| 4. COM DENTISTA | <input type="checkbox"/> SIM | QUANTAS _ _ | VEZES | <input type="checkbox"/> NENHUMA VEZ |

42. A senhora perdeu dentes depois que foi presa?

1. SIM → QUANTOS? _____
 2. NÃO

43. A senhora foi internada em hospital por mais de 24 horas durante o tempo que está presa?

1. SIM → QUANTAS VEZES? _____
 2. NÃO

44. A senhora fez cirurgias depois que foi presa?

1. SIM
 2. NÃO
- QUAIS CIRURGIAS A SENHORA FEZ? _____

45. Eu gostaria que a senhora classificasse os itens que eu vou ler de acordo com seu nível de satisfação:

ENTREVISTADOR: Fazer a leitura das categorias de resposta e posteriormente ler cada item e marcar um "X" na categoria respondida.

	RUIM	REGULAR	BOM
1. O TAMANHO E AS CONDIÇÕES DA CELA			
2. AS ATIVIDADES QUE DESENVOLVE NO PRESÍDIO			
3. ALIMENTAÇÃO OFERECIDA PELA UNIDADE			
4. ATENDIMENTO DA PSICOLOGIA			
5. ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL			
6. ATENDIMENTO MÉDICO			
7. ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO			
8. ATENDIMENTO JURÍDICO			
9. RELACIONAMENTO COM OUTROS PRESOS			
10. RELACIONAMENTO COM OS AGENTES			
11. RELACIONAMENTO COM A DIREÇÃO			
12. TRANSPORTE (ESCOLTA)			

46. A senhora pratica, com regularidade, atividades físicas específicas para melhorar sua saúde?
Atenção! Considere atividade física regular aquela praticada pelo menos durante vinte (20) minutos.

1. 4 OU MAIS VEZES POR SEMANA
2. DE 2 A 3 VEZES POR SEMANA
3. UMA VEZ POR SEMANA
4. DE 2 A 3 VEZES POR MÊS
5. POUCAS VEZES POR ANO
6. NÃO PRATICO

47. A senhora já foi tratada de forma preconceituosa pelos funcionários desta unidade por causa de seu(sua):

- | | | | |
|---------------------------|--|--|-----------------------------------|
| 1. CONDIÇÃO DE DETENTA | 1. <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES | 2. <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES | 3. <input type="checkbox"/> NUNCA |
| 2. COR DA PELE | 1. <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES | 2. <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES | 3. <input type="checkbox"/> NUNCA |
| 3. CONDIÇÃO SOCIAL | 1. <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES | 2. <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES | 3. <input type="checkbox"/> NUNCA |
| 4. ORIENTAÇÃO SEXUAL | 1. <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES | 2. <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES | 3. <input type="checkbox"/> NUNCA |
| 5. TIPO DE CRIME COMETIDO | 1. <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES | 2. <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES | 3. <input type="checkbox"/> NUNCA |
| 6. APARÊNCIA FÍSICA | 1. <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES | 2. <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES | 3. <input type="checkbox"/> NUNCA |

48. A senhora já foi tratada de forma inferior pelas outras detentas desta unidade por causa da sua/seu:

- | | | | |
|---------------------------|--|--|-----------------------------------|
| 1. CONDIÇÃO DE DETENTA | 1. <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES | 2. <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES | 3. <input type="checkbox"/> NUNCA |
| 2. COR DA PELE | 1. <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES | 2. <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES | 3. <input type="checkbox"/> NUNCA |
| 3. CONDIÇÃO SOCIAL | 1. <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES | 2. <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES | 3. <input type="checkbox"/> NUNCA |
| 4. ORIENTAÇÃO SEXUAL | 1. <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES | 2. <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES | 3. <input type="checkbox"/> NUNCA |
| 5. TIPO DE CRIME COMETIDO | 1. <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES | 2. <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES | 3. <input type="checkbox"/> NUNCA |
| 6. APARÊNCIA FÍSICA | 1. <input type="checkbox"/> MUITAS VEZES | 2. <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES | 3. <input type="checkbox"/> NUNCA |

49. O que a senhora costuma fazer aqui? Responda sim ou não.

	SIM	NÃO
1. LER		
2. VER TV		
3. PRATICAR ESPORTES		
4. CONVERSAR		
5. FICAR SOZINHO		
6. DORMIR		
7. ESCREVER		
8. COSTUMA FAZER OUTRA ATIVIDADE? ESCREVA:		

50. Quais os riscos a senhora acha que corre no interior do presídio? Responda sim ou não.

	SIM	NÃO
1. SOFRER AGRESSÃO FÍSICA		
2. SOFRER VIOLÊNCIA SEXUAL (ASSÉDIO, ESTUPRO)		
3. SOFRER VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA (AMEAÇAS, HUMILHAÇÕES)		
4. SER FERIDA POR ARMA BRANCA		
5. SER FERIDA POR ARMA DE FOGO		
6. QUEIMADURA POR FOGO OU AÇÃO QUÍMICA		
7. EXPLOSÃO (BOMBA, GRANADA, OUTROS EXPLOSIVOS)		
8. OUTRO? ESCREVA:		

51. Nos últimos 1 ANO, quais das situações abaixo a senhora sofreu dentro da unidade prisional? Responda sim ou não.

	SIM	NÃO
1. AGRESSÃO FÍSICA		
2. AGRESSÃO VERBAL		
3. ASSÉDIO OU AGRESSÃO SEXUAL		
4. PERFURAÇÃO POR ARMA DE FOGO		
5. PERFURAÇÃO POR ARMA BRANCA		
6. QUEDA		
7. TENTATIVA DE SUICÍDIO		
8. TENTATIVA DE HOMICÍDIO		

52. Quando sair do presídio como acha que será?

ENTREVISTADOR: Fazer a leitura das categorias de resposta e posteriormente ler cada item e marcar um "X" na categoria respondida.

	BOA	REGULAR	RUIM
1. SUA VIDA PESSOAL			
2. SUA VIDA FAMILIAR			
3. SUA VIDA PROFISSIONAL			
4. SEU PADRÃO DE VIDA			
5. SUA CONDIÇÃO DE TRABALHO			
5. SUA CONDIÇÃO DE SAÚDE			

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você para participar como voluntária da pesquisa “Condições de vida e de saúde de mulheres privadas de liberdade em Juiz de Fora - MG”. Nesta pesquisa pretendemos verificar o perfil de saúde e as condições de vida em geral. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é a importância da identificação dos principais agravos à saúde relacionados ao encarceramento e contribuir para a criação de políticas públicas destinadas a essa população, considerando que a taxa de encarceramento feminino tem crescido significativamente nos últimos anos.

Caso concorde em participar, você responderá um questionário com perguntas gerais sobre você, sobre suas condições de saúde e sobre as condições em que vive na unidade prisional. Os riscos envolvidos na pesquisa são mínimos e incluem possíveis sentimentos de incômodo, constrangimento, medo e/ou insegurança em relação às respostas na entrevista. Para diminuir a chance desses riscos acontecerem, é importante deixar claro que em momento nenhum da pesquisa haverá identificação do seu questionário e que você não precisa comentar sobre sua participação com nenhuma outra pessoa, sobretudo em relação às respostas dadas. Apesar disso, se você tiver algum dano por causa das atividades que fizermos com você nesta pesquisa, você tem direito a indenização. A pesquisa pode auxiliar no direcionamento de medidas que visem à minimização dos agravos à saúde aos quais estão expostas no ambiente carcerário, contribuindo para o fortalecimento e direcionamento das políticas públicas voltadas para a população prisional, favorecendo o cumprimento da pena em harmonia com condições que permitam a recuperação e a reinserção efetiva à sociedade.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não irá trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendida na unidade prisional. O pesquisador não divulgará seu nome e você não será identificada em qualquer publicação que possa resultar desse trabalho. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Pesquisador Responsável: Lidiane Castro Duarte de Aquino
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
Prédio Nates – Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde
Rua José Lourenço Kelmer, s/n, São Pedro
CEP: 36036-900 – Juiz de Fora – MG
Telefone: (32) 2102 3830
E-mail: lili_castro21@hotmail.com.br

ANEXO A - Termo de concordância da Secretaria de Estado de Administração Prisional



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO PRISIONAL
ACADEMIA DO SISTEMA PRISIONAL

CARTA DE ANUÊNCIA

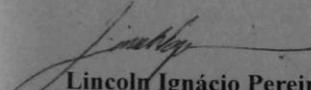
Belo Horizonte, 25 de março de 2019

Em cumprimento ao Processo SEI 1450.01.0006361/2019-14, afeto à solicitação de pesquisa da aluna de mestrado da faculdade de Medicina da UFJF, Lidiane Castro Duarte de Aquino, que deseja realizar na Penitenciária José Edson Cavaliere/Anexo Feminino Eliane Betti, coleta de dados através de entrevistas junto à população carcerária, versando sobre o tema: "Condições de vida e de saúde de mulheres privadas de liberdade em Juiz de Fora - MG", impõe-se esclarecer que, cumpridos os requisitos definidos pela Resolução 059/SEAP/2018, nada temos a opor, **desde que a unidade prisional tenha disponibilidade para recebê-la**. Caso fique autorizada a referida visita, deve ser acordado previamente, data e horário junto à Direção da Penitenciária José Edson Cavaliere/Anexo Feminino Eliane Betti.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento pela pesquisadora, dos requisitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades. O descumprimento de qualquer dos condicionamentos expostos, poderá gerar o direito de retirada da anuência a qualquer momento da pesquisa.

Não haverá a utilização de equipamentos eletrônicos.

Conforme orientações do Subsecretário de Segurança Prisional, ficará ao encargo de cada unidade prisional, a consulta sistêmica e autorização dos pesquisadores, a ser realizada no âmbito da Assessoria de Informação e Inteligência da Unidade Prisional. Caso a Unidade Prisional identifique algum impedimento para o(s) pretenso(s) visitante(s), deverá encaminhar a informação à Agência Central de Inteligência (Assessoria de Informação e Inteligência - AII/SEAP).


Lincoln Ignácio Pereira
Superintendente da Academia do Sistema Prisional



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO PRISIONAL
PENITENCIÁRIA JOSÉ EDSON CAVALIERI

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA E INFRAESTRUTURA

Juiz de Fora, 26 de março de 2019

Informo que a Penitenciária José Edson Cavaliéri/Anexo Feminino Eliane Betti foi notificada através do Despacho nº468/2019/SEAP/SUSEP enviado através do Processo SEI 1450.01.0006361/2019-14 acerca da pesquisa de mestrado a ser conduzida por Lidiane Castro Duarte de Aquino, cujo tema é "Condições de vida e de saúde de mulheres privadas de liberdade em Juiz de Fora – MG". Destarte, declaro que a unidade está de acordo com a realização da pesquisa, e que apresenta infraestrutura adequada e necessária para a execução da mesma.

Todavia, conforme condições expostas na carta de anuência, esta unidade requer que as visitas sejam agendadas com no mínimo 10 dias de antecedência, e que os nomes dos pesquisadores participantes sejam informados no mesmo prazo a fim de que seja realizada consulta sistêmica para autorização de entrada na unidade. Tal consulta ficará a cargo da Assessoria de Informação e Inteligência da Unidade Prisional. Cabe salientar que a Unidade se mantém no dever de cancelar a visitação mediante situações especiais que possam ocorrer, viabilizando, contudo, o reagendamento para outra ocasião.

Marcos Adriano Francisco
Assessoria de Informação e Inteligência
Penitenciária José Edson Cavaliéri

Marcos Adriano Francisco
Diretor Geral
Penitenciária José Edson Cavaliéri

*Ciente e coloco-me
a disposição para a
realização da pesquisa.*

Silvia C. Pereira da Silva
Diretora Adjunta Anexo Eliane Betti
MASP 1221823-4

ANEXO B - Termo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Condições de vida e de saúde de mulheres privadas de liberdade em Juiz de Fora - MG

Pesquisador: LIDIANE CASTRO DUARTE DE AQUINO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 10623019.6.0000.5147

Instituição Proponente: NATEB - NÚCLEO DE AÇESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.294.253

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

Os Objetivos da pesquisa estão claros bem delineados, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação de metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III, III.2 e V.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1192-3788 **E-mail:** cep.propeq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.204.203

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a,b,d,e,f,g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPÉs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: março de 2020.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Endereço: JOSÉ LOURENÇO KELMER S/N
 Bairro: SÃO PEDRÃO CEP: 36.035-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br