

FACULDADE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORO

TIAGO JOSÉ DE OLIVEIRA MORAIS

**PERCEPÇÃO DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE ACERCA DAS
CONDIÇÕES DE SAÚDE**

MOSSORÓ/RN

2018

TIAGO JOSÉ DE OLIVEIRA MORAIS

**PERCEPÇÃO DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE ACERCA DAS
CONDIÇÕES DE SAÚDE**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem da Faculdade Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Ma. Rúbia Mara Maia Feitosa.

MOSSORÓ/RN
2018

M827p

Morais, Tiago José de Oliveira.

Percepção das mulheres privadas de liberdade
acerca das condições de saúde/ Tiago José de Oliveira
Morais. – Mossoró, 2018.

56f.

Orientador: Prof. Me Rúbia Mara Maia Feitosa

Monografia (Graduação em Enfermagem) –
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de
Mossoró.

1. Presídio. 2. Saúde da mulher. 3. Enfermagem.
I. Título. II. Feitosa, Rubia Mara Maia.

CDU 616-083

TIAGO JOSÉ DE OLIVEIRA MORAIS

**PERCEPÇÃO DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE ACERCA DAS
CONDIÇÕES DE SAÚDE**

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Ms. Rúbia Mara Maia Feitosa (FACENE/RN)

Orientadora

Prof^o.Ms. Diego Henrique Jales Benevides (FACENE/RN)

Membro Examinador

Prof. Esp. Evilamilton Gomes de Paula (FACENE/RN)

Membro Examinador

AGRADECIMENTO

Por isso não tema, pois estou com você; não tenha medo, pois sou o teu Deus. Eu o fortalecerei e o ajudarei; Eu segurarei com a minha mão direita vitoriosa. (Isaías 41; 10).

Evidenciando essa máxima, agradeço primeiramente a Deus que me guiou durante este longo caminho, me dando força e coragem, que me deu o Seu folego de vida e me sustenta, sem Ele não teria forças e não seria nada.

Agradeço com muito carinho aos meus pais (Maria José e José Bento) in memoriam, que não estão mais aqui, mas foram fontes de muito incentivo e dedicação para comigo em minha trajetória escolar, também dedico a minha mãe biológica (Helena) pelo apoio e carinho. A minha tia Zulmira, que também é enfermeira, e teve uma grande contribuição para a escolha da minha profissão, aos meus irmãos, primos, cunhados e amigos que de certa forma me deu algum apoio para essa jornada.

Dedico também aos meus filhos, Lucas, Pedro e Iago, que ao olhar para eles mesmos cansado minhas forças renovavam, a minha esposa Veruska, por ter me acompanhado nesta etapa da minha vida acadêmica, que fiquei ausente por um longo período, mesmo assim me apoiando, incentivando, renunciando...valeu a pena esperar.... Hoje estamos colhendo, juntos os frutos do nosso empenho. Essa vitória é muito mais sua do que minha.

Agradeço também a todos os professores que me acompanharam durante a graduação, em especial a professora Rúbia Mara Feitosa, com quem compartilhei o que era o broto daquilo que veio a ser esse trabalho, nossas conversas durante e para além dos grupos e estudos, que teve paciência e me ajudou bastante a concluir esse trabalho. E não poderia deixar de expressar a minha gratidão ao meu patrão Sr. Valter Anunciato da Silveira, pelo apoio constante em toda a minha vida acadêmica. O meu muito obrigado a todos que compartilharam essa etapa da minha vida, que Deus com sua infinita sabedoria abençoe cada um.

RESUMO

Verifica-se que grande parte dos ambientes penitenciários não possuem consultórios e equipes médicas especializadas para o seu cuidado e que o vínculo com o sistema público de saúde é frágil. Dessa forma, o principal objetivo dessa pesquisa é analisar a percepção das mulheres privadas de liberdade sobre as condições de saúde na penitenciária feminina do município de Mossoró. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório com abordagem quanti-qualitativa. O estudo foi realizado no Complexo Penal Estadual Agrícola Doutor Mario Negócio. Participaram da pesquisa 20 mulheres que se encontravam privadas de liberdade. Foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados, o formulário e a entrevista. Após a leitura analítica, os dados obtidos dos formulários foram agrupados em tabelas e a distribuição analisada através de estatística descritiva simples. As falas das entrevistas foram analisadas por meio do discurso do sujeito coletivo. A pesquisa foi aprovada pela avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE, localizado no município de João Pessoa, Paraíba. As idades que prevaleceram no estudo foram: 15% das mulheres com 22 anos, 15% delas apresentam 30 anos, seguidamente, de 10% com 23 anos e 10% com 40 anos de idade. Quanto ao estado civil, 50% das mulheres são solteiras, 40% delas são casadas, 10% são divorciadas. Em relação a raça/cor, 45% consideravam-se da cor preta, 35% referiram-se da cor branca, 25% mencionaram ser pardos. Quanto a forma de regime, 80% das mulheres encontra-se em regime fechado. 65% das mulheres apresentam o tráfico de drogas como principal motivo para a prisão. Posteriormente, encontra-se como causas para a detenção, o homicídio com 25% do total e assalto representando 20%. As mulheres privadas de liberdade necessitaram de atendimento pela equipe de saúde do sistema prisional. Observa-se que, durante o período de reclusão, 75% das mulheres requisitaram atendimento de saúde acima de três vezes. Do total de mulheres, 20% alegaram terem usufruído de serviços de enfermagem e odontológicos, respectivamente, 10% mencionaram terem requisitado serviços dos assistentes sociais e 10% recorreram aos cuidados médicos. Quanto as principais doenças referidas pelas mulheres têm-se que 25% apresentam infecções sexualmente transmissíveis; 20% delas não referiram nenhum tipo de doença; 10% mencionaram ter infecção urinária, HIV/AIDS, dermatite e problemas psiquiátricos, respectivamente. Além dessas patologias, 5% tem tuberculose e 5% policistos ovarianos. Como relatado por algumas entrevistadas essa realidade ainda persiste. Isso pode ser evidenciado pela categoria “condições de saúde no sistema penitenciário” apresentando duas ideais centrais: “(1) ambiente precário”; (2) alimentação inadequada”. Na segunda categoria foi possível identificar duas ideias centrais: (1) “escolta penal”; (2) “medicamentos e escolta penal”. Por fim, vemos a necessidade de estratégias para a criação e implementação de ações de saúde no ambiente prisional, sendo esse através de gestores, profissionais e as próprias mulheres assistidas, para que juntos possam somar saberes e dividir responsabilidades, especialmente quando os sujeitos que necessitam de cuidado encontram-se em situação de encarceramento e aumento das suas vulnerabilidades

Palavras-chaves: Saúde da Mulher. Presídio. Enfermagem

ABSTRACT

This verified that most of the prisons do not have specialized doctors' offices and medical staff for their care and that the link with the public health system is fragile. Thus, the main objective of this research is to analyze the perception of women deprived of freedom on health conditions in the female prison in the municipality of Mossoró. This is a descriptive, exploratory study with a quati-qualitative approach. The study was carried out in the State Agricultural Criminal Complex Doctor Mario Business. Twenty women who were deprived of their liberty participated in the study. Two data collection instruments were used, namely the form and the interview. After the analytical reading, the data obtained from the forms were grouped into tables and the distribution analyzed through simple descriptive statistics. The speeches of the interviews were analyzed through the discourse of the collective subject. The research was approved by the FACENE Ethics Committee in Research, located in the municipality of João Pessoa, Paraíba. The ages that prevailed in the study were: 15% of 22-year-old women, 15% of them presented 30 years, then 10% with 23 years and 10% with 40 years of age. As for marital status, 50% of women are single, 40% of them are married, 10% are divorced. Regarding race / color, 45% were considered black, 35% referred to white, 25% mentioned being brown. As for the regime, 80% of the women are in a closed regime. 65% of women report drug trafficking as the main reason for their arrest. Subsequently, it is found as causes for detention, homicide with 25% of the total and assault representing 20%. Women deprived of their freedom required care by the prison health team. During the period of incarceration, 75% of the women requested health care more than three times. Of the total number of women, 20% claimed to have used nursing and dental services, respectively, 10% mentioned having requested services from social workers and 10% had recourse to medical care. Regarding the main diseases reported by women, 25% have sexually transmitted infections; 20% of them did not report any type of disease; 10% mentioned having urinary infection, HIV / AIDS, dermatitis and psychiatric problems, respectively. In addition to these pathologies, 5% have tuberculosis and 5% have ovarian polycystans. As reported by some interviewees, this reality still persists. "This can be evidenced by the category" health conditions in the penitentiary system "presenting two central ideals:" (1) precarious environment "; (2) inadequate feeding ". In the second category it was possible to identify two central ideas: (1) "criminal escort"; (2) "medicines and criminal escort". Finally, we see the need for strategies for the creation and implementation of health actions in the prison environment, through managers, professionals and women themselves, so that together they can add knowledge and share responsibilities, especially when the subjects who need it are in a situation of imprisonment and increase their vulnerabilities.

Keywords: Women's Health. Presidio. Nursing

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
2 OBJETIVOS	11
2.1 Objetivo geral.....	11
2.2 Objetivos específicos.....	04
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	12
3.1 CONTEXTO HISTÓRICO DO SISTEMA PRISIONAL	12
3.2 SISTEMA PRISIONAL NO BRASIL E SUAS CONDIÇÕES DE SAÚDE	13
3.3 INSERÇÃO DA MULHER NO SISTEMA PRISIONAL.....	14
3.4 AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DA MULHER NO SISTEMA PRISIONAL.....	16
4 METODOLOGIA.....	22
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	22
4.2 LOCAL DA PESQUISA.....	23
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DA PESQUISA.....	24
4.4 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	24
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	26
4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA.....	27
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	29
5.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA E PENAL DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE	29
5.2 CARACTERIZAÇÃO GERAL DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E DAS PATOLOGIAS.....	32
6 PERCEPÇÕES DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE SOBRE AS NECESSIDADES DE SAÚDE.....	37
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
REFERÊNCIAS.....	45
APÊNDICES.....	51

1 INTRODUÇÃO

O aumento expressivo da população carcerária vem sendo observado em vários países, inclusive no Brasil. Observa-se, ainda, a multiplicação das mulheres envolvidas com a criminalidade e a conseqüente elevação da população carcerária feminina (RIBEIRO et al, 2013). Publicações recentes em diversas áreas como, por exemplo, da saúde, judicial e sociologia vem realizando reflexões sobre o crescimento da população feminina no sistema penitenciário.

Ao realizar um panorama histórico percebe-se que as mulheres encarceradas representavam, em dezembro de 2007, 6,12% da população total de presos no Brasil. Já em 2009, esse número teve um crescente, saltando para 11% (BRASIL, 2009). Para os anos de 2007 a 2012, período compreendido por 5 anos e apontando um aumento alarmante com relação ao encarceramento feminino, sendo esse número segundo o DEPEN de 42% (BRASIL, 2014).

No entanto, o ritmo de crescimento da taxa de mulheres privadas de liberdade na população brasileira chama atenção. De 2005 a 2014, essa taxa cresceu numa média de 10,7% ao ano. Em termos absolutos, a população feminina saltou de 12.925 presas em 2005 para 33.793 em 2014. Em junho de 2014 foram registradas pelos gestores de unidades prisionais 37.380 mulheres no sistema prisional e 579 mil homens (DEPEN, 2014).

Desta forma, tem-se que em um período de 14 anos, sendo esse de 2000 a 2014 (5.601), são mostrados em número que a média do crescimento da população feminina foi de 567,4%, enquanto a média de crescimento masculino, no mesmo período, foi de 220,20%, refletindo, assim, a curva ascendente do encarceramento em massa de mulheres (BRASIL, 2014).

Com relação aos delitos cometidos, os dados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias, mostram que 68% delas tem algum tipo de vínculo penal por associação ao tráfico de drogas e estão ligadas diretamente às grandes facções criminosas do País (DEPEN, 2014).

Segundo Mendes (2014), a prisão por tráfico de entorpecentes tem crescido de maneira alarmante, nos últimos 12 anos o aumento foi de 256% sendo esse delito um dos principais fatores por detrás do encarceramento em massa do Brasil.

As mulheres privadas de liberdade no Brasil são, em sua maioria, jovens (18 a 30 anos de idade), negras (67%), de baixa renda, têm pouca escolaridade, possuem filhos e em muitos casos são as principais responsáveis pelo sustento familiar. São ainda em grande parte heterossexuais e sexualmente ativas, assim é normal que muitas vivenciem a gestação e a maternidade dentro da unidade de reclusão (BRASIL, 2015).

De acordo com Ramos (2011), o sistema punitivo só começou a privar as mulheres de liberdade após uma mudança de atitude que não atribuía mais ao sexo feminino apenas uma figura vitimada do crime, mas o colocava também como sujeito ativo dessas práticas.

As investigações sobre as condições de vida e saúde dos presos são relativamente recentes, sobretudo influenciadas pelo “Projeto de Saúde no Sistema Prisional”, iniciado pela Organização Mundial de Saúde, em 1995, que inclui o “Guia Saúde nas Prisões” segundo o qual, os presos não devem sair do cárcere em pior situação de saúde do que quando nele entraram (MINAYO; M.C.S, 2014).

Dessa forma, a questão da atenção à saúde nas prisões abrange tanto os aspectos epidemiológicos quanto humanitários. É importante ressaltar que o direito à saúde é preconizado na Constituição Federal de 1988 e deveria ser usufruído por toda população, privada ou não de liberdade. No entanto, apesar desse direito ser assegurado por lei, existe uma contradição entre o que está escrito e o que realmente é vivenciado pela sociedade, persistindo em um grande descaso e abandono assistencial por parte do Estado (BRASIL, 1988).

Acerca das condições de saúde das mulheres em presídios brasileiros, existem estudos os quais constataam que essa situação é preocupante. Verifica-se que grande parte dos ambientes penitenciários não possui consultórios e equipes médicas especializadas para o seu cuidado e que o vínculo com o sistema público de saúde é frágil (MIRANDA, 2004).

Diante disso, em 2003 foi instituído o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) por meio da parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça, o qual determinou que as comunidades penitenciárias passassem a ser tutela do Estado e, portanto, a atenção integral à saúde dessa clientela seria de responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) (RAMOS, 2010).

Para Oliveira (2014), o debate acerca do cenário de integralidade da saúde da mulher privada de liberdade torna-se essencial para que sejam identificadas as situações

de maior vulnerabilidade dessa população, a fim de se instituir as medidas de atenção necessárias a esse grupo.

Essa vulnerabilidade se intensifica quando exploramos questões de gênero concernente ao nosso público alvo a mulher. Estas são caracterizadas por ser maioria da população brasileira e também as principais usuárias do SUS. Apesar disso, são as mais afetadas pelos agravos em saúde, isso porque a mulher tem maior vulnerabilidade não a fatores biológicos e sim as situações discriminatórias em que vivem frente a sociedade como a desigualdade de gênero (BRASIL, 2004).

Portanto, vemos que as necessidades das mulheres privadas de liberdade têm recebido pouca atenção e continuam a ser negligenciadas pelos sistemas de saúde e as autoridades penitenciárias. Uma das possíveis razões para isso, é que mulheres privadas de liberdade compõem um grupo minoritário dentro das prisões em todo o mundo (BRASIL, 2008).

Assim a escolha sobre esta temática surgiu a partir da curiosidade com relação à saúde da mulher no sistema prisional, visto que a sociedade de uma forma geral ver o presídio como um símbolo masculino. Segundo Martins (2012), os presídios femininos foram construídos a partir de uma readaptação de unidades de detenção masculinas, ou seja, em geral são ambientes pensados para os homens e que não abrangem, em sua maioria, as especificidades das mulheres presas, como por exemplo, alas especiais para as gestantes ou puérperas e seus filhos.

Com esse intuito, este estudo apresenta a seguinte questão norteadora: quais as condições de saúde das mulheres privadas de liberdade em Mossoró/RN?

Conhecer as características e fatores associados à autopercepção de saúde na população privada de liberdade é extremamente importante, pois permite identificar o perfil desta população ainda pouco estudada, o que pode, assim, auxiliar no planejamento de medidas de prevenção de doenças e promoção de saúde, bem como subsidiar estratégias necessárias para o maior alcance destas mulheres em termos de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar as condições de saúde das mulheres privadas de liberdade em Mossoró/RN.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e penal da população carcerária feminina;
- Perceber as principais doenças e necessidades de saúde das mulheres privadas de liberdade em Mossoró;
- Identificar as principais dificuldades enfrentadas pelas mulheres a fim de exercerem o direito da saúde no âmbito prisional.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 CONTEXTO HISTÓRICO DO SISTEMA PRISIONAL

O aprisionamento é uma penalidade imputada ao indivíduo que cometeu atos criminosos contra a sociedade, deve seguir uma série de princípios e garantias legais, para assegurar a possibilidade de reparação ao dano cometido, sem prejuízo a sua integridade física, mental e social (BRITO et al, 2013).

Nesse sentido, Foucault (2012), destaca que o ambiente prisional surgiu a partir das transformações das formas de punir e é representado pela punição do corpo e da alma e sua manifestação se deu a partir do fortalecimento do sistema capitalista disciplinador. Já para Oliveira (2014), e ressaltado por vários autores que relacionam as origens dos presídios com as consolidações do capitalismo, sua maneira de disciplinar e sua capacidade de modificar as condutas dos indivíduos.

Informação essa reforçada por Almeida (2001), o qual destaca o surgimento do sistema prisional, a partir do final do século XVIII como parte do processo de reprodução das relações capitalistas de produção e da regulação da classe trabalhadora. Desta forma, com a extinção dos suplícios públicos que foram utilizados ainda após a era colonial no Brasil como forma de castigo, tem-se a introdução do sistema penal.

Esse novo modelo disciplinador surge com o processo de urbanização e consequente crescimento desordenado em grande escala de centros urbanos. O aumento acelerado da população urbana acabou contribuindo também para o aumento da criminalidade (FROTA, 2014).

Portanto, diante do contexto carcerário brasileiro, notamos que tais divergências podem ser encontradas nas próprias políticas estatais voltadas à população prisional. O que se observa é que, ao longo da história, ocorreu um distanciamento entre as propostas da política social e da política prisional, como se fossem incompatíveis. A postura do Estado foi a de priorizar ações repressivas, não educativas, pouco integradoras para as pessoas em conflito com a lei (CARDOSO, 2009).

3.2 SISTEMA PRISIONAI NO BRASIL E SUAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

O Brasil convive com um abandono do sistema prisional, o que deveria ser um instrumento de ressocialização, muitas vezes, funciona como escola do crime, devido à forma como é tratado pelo estado e pela sociedade (ASSIS, 2007).

As preocupações relacionadas à situação de saúde da população privada de liberdade surgem diante do aumento da violência urbana e do acréscimo no contingente prisional, que não é suportado devido às mínimas condições de ocupação oferecidas pelo sistema penitenciário, acarretando em superlotação e na disseminação de uma diversidade de doenças (RIBEIRO et al., 2013).

Machado; Souza & Souza (2013), relata que são muitos os diversos fatores que fizeram com que o sistema carcerário brasileiro se encontra em tal precariedade, entre esses fatores estão: o abandono, a falta de investimento e o descaso do poder público.

Assim vemos que o sistema penitenciário no Brasil apresenta diversos problemas, dentre os quais se destacam o déficit de vagas e, principalmente, a falta de uma assistência médica e jurídica adequada e suficiente. O país conta hoje com a quarta maior população carcerária a nível mundial onde é visto que o número de presos aumentou consideravelmente nos últimos 14 anos (DEPEN, 2014).

A quantidade de pessoas privadas de liberdade no Brasil só cresce. Dados de 2000 mostraram que o país tinha 232.725 presos e, até o segundo semestre de 2014 temos um total de 622.202 presos, um aumento de 167,32% em apenas 14 anos, chegando a uma taxa de mais de 300 presos para cada 100 mil habitantes. Infelizmente a quantidade de celas cresceu de forma desproporcional, temos um déficit de 250.318 vagas no sistema penitenciário, segundo o Departamento Penitenciário (DEPEN,2014).

Entre os tipos criminais atribuídos à população carcerária, segundo as grandes categorias do código penal brasileiro, destacam-se os crimes contra o patrimônio, crimes contra as pessoas e os crimes relacionados às drogas que, juntos, são responsáveis por 87% do encarceramento total (DEPEN, 2014).

Ao olharmos os dados sócio-demográficos da população prisional no país, observamos que a maioria das pessoas é negra (53,63%), jovem (entre 18 e 29 anos), com ensino fundamental incompleto e proveniente de camadas sociais populares

(BRASIL, 2012a). Esse perfil indica que as ações de punição estatal são majoritariamente aplicadas a uma determinada parcela populacional, as pessoas pobres. Assim, salientamos que é justamente essa fatia populacional que costuma ter seus direitos sociais negligenciados.

Com respeito ao gênero é mostrado que a participação de mulheres na população prisional brasileira é, em geral, pouco significativa. A média brasileira é 5,8% de mulheres presas para 94,2% de homens, e o estado de Roraima se destaca, com 10,7% da população prisional composta por mulheres (DEPEN, 2014).

Levando em consideração o número de pessoas privadas de liberdade nas Unidades da Federação é bastante distinto. São Paulo, estado com o maior número de presos, tem 219.053 pessoas privadas de liberdade, montante que corresponde a cerca de 36% da população prisional do país. Minas Gerais, com 61.286 presos, e Rio de Janeiro, com 39.321, ocupam, respectivamente, o segundo e terceiro lugares no ranking. Roraima, que tem 1.610 pessoas presas, é o estado com a menor população carcerária em números absolutos. O estado do Rio Grande do Norte, contava até o ano de 2014 com 7.081 pessoas privadas de liberdade (DEPEN, 2014).

3.3 INSERÇÃO DA MULHER NO SISTEMA PRISIONAL

A violência quando praticada pelo gênero feminino ainda é restrita, uma vez que contrasta com sua representação social de figura afetuosa e que se opõe a uma postura masculina considerada mais violenta. Algumas análises a respeito do assunto apresentam as mulheres como vítimas e mostram que suas ações com relação ao crime partem de um mecanismo de defesa contra alguma agressão feita pelos homens (FROTA, 2014).

O abandono por parte do Estado, com relação à situação da mulher que praticava crimes, permaneceu durante um longo período em diversos países. Apenas a partir do ano de 1920, com o aumento expressivo da quantidade de infratoras, o Estado iniciou ações de intervenção sobre as mulheres privadas de liberdade (FREITAS, 2012).

Até serem construídos presídios femininos, as mulheres privadas de liberdade dividiam a cela com o indivíduo do sexo oposto e viviam no mesmo ambiente prisional. A vigilância também era feita apenas por indivíduos do sexo masculino, não havendo

nenhuma diferença de tratamento para os gêneros feminino e masculino dentro das unidades prisionais (SANTOS 2014).

A adequação de um sistema prisional direcionado para a população feminina é de grande importância, pois mulheres apresentam necessidades e particularidades diferentes das atribuídas aos homens (BRASIL, 2014).

Assim a partir de 1940 foi criado, no Brasil, o Decreto Lei 2848 no qual determinava que a mulher privada de liberdade deveria ter um ambiente especial para cumprir a pena, e que caso não o tivesse, teria que ser transferida para outra divisão da penitenciária que fosse mais apropriada para sua reclusão (BRASIL, 1940).

No entanto somente em 1941 entrou em vigência o regime penal que garantia às mulheres privadas de liberdade em unidades prisionais únicas, ou seja, separadas dos homens. Após inserção dessas decisões legais, reiterou-se cada vez mais que as mulheres tivessem um sistema carcerário próprio (SANTOS 2014).

As mulheres constituem um percentual cada vez mais significativo na população privada de liberdade. Dados do Departamento Penitenciário Nacional revelaram que a população masculina teve um crescimento de 106% entre os anos 2000 e 2010, enquanto neste mesmo período, a feminina cresceu 261%. No ano de 2000, eram 10.112 mulheres presas (4,3% do total de apenados) e no ano de 2010, o número saltou para 36.573 (7,4%) (DEPEN, 2014).

O INFOPEN (2012), afirma que mais de 60% das mulheres atualmente presas cometeram crimes ligados ao tráfico de drogas, enquanto que os homens têm um percentual menor de 24%.

Nesse sentido Oliveira (2014), evidencia que a porta de entrada para as mesmas no sistema penitenciário se dá muita das vezes por influências de companheiros dos quais a inserem na prática do tráfico de drogas.

Globalmente, o público de mulheres privadas de liberdade em penitenciárias, geralmente possui faixa etária jovem, de baixo nível socioeconômico e educacional, com histórico de prostituição e/ou uso abusivo de drogas ilícitas e/ou álcool. O agrupamento de tais características resulta na configuração de uma população veemente vulnerável, de identificação, abordagem e tratamento, de difícil acesso no seu âmbito de origem, onde, muitas vezes, apresentam estado de saúde deficiente anterior ao encarceramento (RIBEIRO et al., 2013).

3.4 AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DA MULHER NO SISTEMA PRISIONAL

A falta de assistência à saúde é um dos aspectos de gravidade relevante que afeta o sistema prisional brasileiro, frequentemente associada às más condições de vida no ambiente carcerário, onde as celas são predominantemente mal ventiladas e superlotadas (GALVAO; DAVIM, 2013).

No Brasil, a atenção à saúde da pessoa em privação de liberdade, é anterior ao marco internacional, e deve ser compreendido desde a Lei de Execução Penal (1984), que em seu título II, capítulo II, art. 14, trata da atenção, em caráter preventivo e curativo, à saúde do preso e do internado, compreendendo o atendimento médico, farmacêutico e odontológico; devendo esta ser realizada mesmo que o estabelecimento penal não esteja aparelhado para prover tal assistência, sendo prestada em outros locais com a devida autorização da direção da instituição que o interno pertence (BRASIL, 1984).

A Constituição Federal de 1988, segundo a qual, a saúde é tida como direito universal, também deve ser considerada quando se trata da atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade (BRASIL, 1988).

Posteriormente a essa lei, no ano de 2003, em resposta às grandes problemáticas ainda vivenciadas no sistema prisional brasileiro, como o descaso com a saúde destas pessoas, entrou em vigor a Portaria Interministerial (Ministério da Justiça e Ministério da Saúde) nº 1.777, que instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), fundamentado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal Plano objetiva promover atenção integral à população confinada em unidades prisionais (BRASIL, 2003).

Constituem-se alvos do PNSSP o controle de tuberculose, hipertensão, diabetes e hanseníase, promover a saúde bucal, o diagnóstico, aconselhamento e tratamento em IST/HIV/AIDS e fornecer atenção em saúde mental (BRASIL, 2003). Para o desenvolvimento dessas ações, os profissionais de enfermagem possuem papel fundamental, visto que, como integrantes da equipe de atenção básica, o enfermeiro

desenvolve atividades tanto no âmbito individual quanto coletivo, visando desde a promoção da saúde e prevenção de doenças, até ações assistenciais (SILVA et al, 2010).

Para o público das mulheres em situação de privação de liberdade a PNSSP preconiza ações relativas à saúde da mulher, entre elas destacam-se o pré-natal e a garantia do acesso das gestantes ao atendimento de intercorrências, os partos e assistência ao puerpério, o controle do câncer cérvico-uterino e de mama, bem como o encaminhamento para o tratamento das Doenças Sexualmente Transmissíveis (IST) e a assistência à anticoncepção e imunizações (DAVIM, 2013).

Para a execução do PNSSP, há financiamento para a organização de estrutura física, conforme as diretrizes de saúde vigentes e contratação de recursos humanos, que inclui além de médico, assistente social, psicólogo, odontólogo, assistente de consultório dentário, enfermeiro e o técnico de enfermagem, tendo em vista contribuir para o controle ou a redução dos agravos à saúde mais frequentes para 100% da população penitenciária brasileira (BRASIL, 2003).

De acordo com o PNSSP, cada equipe de saúde é responsável por até 500 pessoas privadas de liberdade. Nas unidades prisionais com até 100 pessoas, o atendimento deve ser realizado pela Unidade Básica de Saúde territorial, respeitando a composição de equipe citada anteriormente. Ou seja, nas instituições penais com menor população, não há necessidade de se ter uma Unidade de Saúde com equipe permanente, mas o acesso à saúde deve ser garantido pela rede de serviços de saúde do município onde se situa a prisão (BRASIL, 2003).

Enfocando o princípio da equidade do SUS, vemos que o documento do PNSSP não foi suficiente para garantir atenção integral às “minorias” que compõem o cenário penitenciário. (BRASIL, 2012).

No entanto, no que tange ao sistema prisional, um importante avanço ocorreu em janeiro de 2014, com a instituição da Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE). A PNAMPE amplia o olhar sobre a população prisional feminina, pois 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, 2014).

Vale salientar que o déficit na assistência à saúde da população privada de liberdade permanece assombroso. Em se tratando de grupos vulneráveis socialmente, a exclusão se torna ainda maior em relação à população feminina. Afinal, a sociedade brasileira tem conceitos arraigados no modelo patriarcal, aquele que inscreve o “ser mulher” em uma condição de subordinação e desvalorização (ALEXANDRE, 2007).

A literatura nacional e internacional chama a atenção para o alto risco de vulnerabilidade às doenças infecciosas entre a população carcerária. A privação de liberdade induz condições de limitação de espaço, de organização social e mental, que favorecem comportamentos de risco para múltiplas doenças transmitidas de pessoa a pessoa (COELHO et al, 2009).

Assim temos que as doenças como a tuberculose, pneumonia, síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids), hepatite B, hepatite C e infecções sexualmente transmissíveis (IST) têm apresentado altas prevalências no ambiente prisional, que oferece condições de insegurança sanitária de difícil controle. O confinamento, onde há um enorme potencial educacional, carece de ações educativas e cuidados à saúde, fator que contribui para o aumento dos números (COELHO et al, 2009).

Devido ser um ambiente propício para a propagação de doenças e preconizada pela PNSSP em conjuntos com os estados e municípios a realização de imunizações, assim devem garantir o atendimento no Sistema Penitenciário, visto que são as responsáveis pela operacionalização das ações nesta área (GUERREIRO et al, 2012).

A vacinação dessa população torna-se imprescindível como forma de prevenção de doenças e promoção da saúde, em virtude de ser altamente vulnerável devido a problemas estruturais das celas, compartilhamento de objetos cortantes, realização de tatuagem e “body piercing” dentro da própria penitenciária (NICOLAU et al, 2012).

Não se pode perder de vista que não apenas as mulheres, mas toda a população privada de liberdade possui maior vulnerabilidade aos agravos à saúde, quando comparada ao restante da população, principalmente as doenças infecciosas e parasitárias, as DST/AIDS, o agravamento de doenças crônicas (HAS,DM, NEOPLASIAS) com destaque para as mentais (BRASIL, 2009).

Nos países onde a maior frequência de transmissão é por via sexual, o índice de DST/AIDS em prisões chega a ser duas vezes maior que na população em liberdade.

Fatores de risco como, as relações homossexuais sem o uso do preservativo, a violência sexual praticada por parte dos outros presos, o compartilhamento do uso de drogas injetáveis e de material usado em tatuagens, piercings, lâminas de barbear, restrição do espaço e da mobilidade, além da esterilização inadequada ou reutilização de instrumentos médicos ou odontológicos contribuem para que as prisões se tornem ambientes de grande vulnerabilidade (COELHO et al, 2009).

Quando se trata da saúde das mulheres privadas de liberdade, a sua natureza tende a sofrer com mais intensidade a situação prisional, devido as suas características biológicas. As condições socioculturais e sociodemográficas, sobretudo comportamentos de risco, como uso de drogas e práticas sexuais com múltiplos parceiros são fatores que influenciam no desenvolvimento de diversas doenças, essas mulheres em sua maioria são provenientes das periferias de centros urbanos onde as condições de saúde são precárias e o acesso aos serviços de saúde é limitado (ANJOS et al., 2013).

No que tange à saúde sexual e reprodutiva, estudos mostram que há um grande quantitativo de mulheres que relatam nunca terem feito exames ginecológicos de rotina e consultas periódicas e não terem acesso ao uso e à informação sobre os métodos contraceptivos. É necessário que as mulheres privadas de liberdade tenham maior suporte do Estado, no que diz respeito à busca de sua saúde integral e orientações para prevenção de gravidez e redução de agravos (MIRANDA, 2004).

Em relação ao exame de coleta do Papanicolau a literatura traz que em boa parte dos presídios há disponibilidade de materiais suficientes para a realização do exame. Já em relação aos exames clínicos das mamas, muitas vezes, as mulheres privadas de liberdade só conseguem acesso ao exame de toque realizado pelo profissional de saúde, sem oportunidade de realizar regularmente o exame de mamografia que possibilita a detecção precoce das lesões iniciais dessa patologia, conforme a idade recomendada pelo Ministério da Saúde (GALVÃO; DAVIM, 2012).

Outro ponto relevante é com relação à violação dos direitos sexuais e reprodutivos. Esses direitos atribuem a qualquer indivíduo a capacidade de querer ou não ter contatos íntimos, ou que as mulheres possam ter o poder de escolha para engravidarem. Quando se trata de mulheres privadas de liberdade a efetivação dessas garantias se agrava ainda mais, visto serem estas estigmatizadas pela própria sociedade,

tanto sob aspectos culturais como religiosos, diferenciando-as dos papéis desempenhados pelos homens (RAMOS, 2011).

Em contrapartida, com os resultados de estudos da Lei de Execução Penal assegura que à população privada de liberdade tem o direito de visita íntima, caracterizando-se pelo momento em que as pessoas privadas de liberdade têm reservado para ter encontros afetivos e sexuais com sua parceira, parceiro ou cônjuge (BRASIL, 1984).

No entanto, o direito a sexualidade das mulheres privadas de liberdade acaba sendo bem mais restritivo como relatado por Lima (2006) ao mencionar que as barreiras impostas às mulheres privada de liberdade para usufruir do benefício já se iniciam no momento da inscrição de seus parceiros nas visitas, pois para que isso aconteça elas devem comprovar que são casadas ou que possuem algum relacionamento estável com seu parceiro, diferente do que ocorre com os homens presos que não necessitam comprovar qualquer vínculo conjugal e afetivo.

Quanto à violação da integridade feminina, ressalta-se a condição de humilhação em que passam as gestantes, como mostra um estudo desenvolvido por Oliveira (2014) com doze mulheres privadas de liberdade, no qual todas relataram que foram mantidas algemadas desde o momento em que saíram do presídio até o término do parto.

A partir do que está preconizado na Lei de Execução Penal, mencionada anteriormente, as unidades de detenção femininas devem ter locais próprios para gestantes e puérperas, como berçários, creches e espaços para amamentação (BRASIL, 1984).

No entanto, essa é uma afirmação que geralmente é pouco cumprida, pois segundo levantamentos em estudos e pesquisas feitas com mulheres privadas de liberdade que passaram pelo processo gravídico puerperal enquanto presa, mostram que a maioria das penitenciárias não dispõe de espaços físicos ou infraestrutura que proporcione a estadia do recém-nascido junto à mãe, sendo essas obrigadas a permanecerem com seus filhos por um período de tempo inferior ao determinado por questões de estrutura física que abrigue ambos – mãe e filho (DINIZ; PAIVA, 2014).

Além disso, também é garantido a permanência dessas mães com seus filhos durante o período de amamentação. Conforme é estabelecido pelo Ministério da Saúde o tempo de aleitamento aconselhado é de até seis meses, por ser a melhor maneira de alimentação da criança neste período de vida (BRASIL, 2009).

Em grande parte das unidades prisionais a determinação desse tempo depende da vontade ou da capacidade gestora. Em algumas situações esse desligamento mãe-filho chega a acontecer a partir do quarto mês de vida do bebê, não é difícil imaginar as condições psicológicas e emocionais das aprisionadas quando são obrigadas a se separarem de seus filhos (RAMOS, 2011).

Estudos realizados em presídios femininos mostram que muitas mulheres sofrem a angústia desse período, principalmente devido à falta de apoio familiar, a ausência de possibilidade de cuidar do seu filho, a carência de ambientes adequados para as mães e os bebês e a dor de não saber como será o futuro da criança, a certeza de que terão uma maternidade com tempo certo para acabar (GOMES, 2010).

De acordo com Constantino, Assis e Pinto (2016) os transtornos mentais ocorrem mais em pessoas privadas de liberdade do que na população de modo geral. Dados apontam que entre 10 e 15% da população carcerária tem doença mental, enquanto a comunidade apenas 2%. Uma pesquisa realizada no Estado de São Paulo indica que a população carcerária com maior transtorno mental é a feminina. Cerca de 11,2% dos detentos homens e 25,5% das mulheres apresentavam transtornos mentais graves. Os autores do presente artigo fizeram uma projeção desses números para o Brasil, calculando em cerca de 60 mil as pessoas em privação de liberdade com transtornos mentais graves.

De acordo com Damas e Oliveira (2013) durante a realização de uma pesquisa nas prisões de Santa Catarina, chegou-se à conclusão que os sintomas de depressão estão ligados diretamente ao ambiente insalubre, a superlotação das celas, as celas com pouca ventilação, mínima claridade, péssima alimentação, o sedentarismo, a convivência com pessoas agressivas e violentas, e não ao transtorno mental específico.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem quanti-qualitativa. Abaixo será realizada as distinções das abordagens quantitativa e qualitativa, suas características e relação com o objeto de estudo para que se possa compreender a escolha por este tipo de pesquisa.

Para Gil (2008) a pesquisa descritiva tem como finalidade descrever as características de determinada população, fenômeno ou experiência, estabelecendo relações entre variáveis de análise.

Com relação à pesquisa exploratória, essa tem por objetivo a familiaridade do pesquisador com o problema com vistas a torná-lo mais explícito, construir hipóteses ou modificar conceitos. Esse tipo de pesquisa tem um programa bastante flexível, pois considera as múltiplas dimensões do fenômeno estudado a partir de uma extensa e aprofundada pesquisa bibliográfica (GIL, 2010).

A relação entre quantitativo e qualitativo não pode ser compreendida como sendo de oposição, ou seja, uma contrária a outra. O estudo quantitativo pode gerar questões a serem aprofundadas qualitativamente e vice-versa. Cada uma apresenta suas potencialidades e limitações. A combinação dessas duas abordagens pode possibilitar dois olhares diferentes, propiciando uma visualização ampla do problema investigado (MINAYO; SANCHES, 1993).

A abordagem quantitativa se pauta em pressupostos positivistas, na objetivação e generalização dos resultados, empregando a quantificação, tanto nas modalidades de coleta de informação, quanto no tratamento dos dados, mediante procedimentos estatísticos (FERRARO, 2012).

Define-se metodologia quantitativa como a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação. Desta forma a análise quantitativa se efetua a partir da informação numérica resultante da investigação que se apresentará como um conjunto de quadros, tabelas e medidas (MARCONI, LAKATOS, 2010).

Por sua vez, a pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2010), busca aprofundar-se no mundo de significados das ações e relações humanas. Esta aproximação traz à tona uma infinidade de informações que precisam ser organizadas e analisadas para responderem as indagações propostas. Na pesquisa qualitativa há a necessidade da compreensão, exigindo o pesquisador a capacidade de estabelecer o processo de escuta sensível e atenta.

Portanto, as discussões apresentadas nesse estudo vêm a contribuir com o desenvolvimento das pesquisas fortalecendo as análises sobre abordagens metodológicas.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi realizado no Complexo Penal Estadual Agrícola Doutor Mario Negócio, localizado no endereço Sítio Riacho Grande, RN 017, KM 15 (estrada que interliga o município de Mossoró a cidade de Baraúna), Mossoró/RN.

O referido município configura-se em uma cidade do interior do estado do Rio Grande do Norte, situado na mesorregião do Oeste Potiguar, possui uma área de 2.110 km². De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), aponta que Mossoró possuía 295.619 habitantes, no ano de 2016.

O município de Mossoró atualmente conta três sistemas prisionais, sendo um municipal, um estadual e outro federal. O municipal é a Cadeia Pública de Mossoró, o estadual é o Complexo Penal Estadual Agrícola Doutor Mario Negócio e o Federal é o Presídio Federal de Mossoró, ambos localizados no endereço: Sítio Riacho Grande, RN 017, estrada Mossoró - Baraúna.

Segundo Neri (2014) em seu artigo publicado em mídia eletrônica, acerca da falência do sistema prisional potiguar, informa que o Complexo Penal Agrícola Mário Negócio é o único que possui o cumprimento de pena em regime semiaberto em conformidade com as determinações da Lei de Execução Penal. O complexo abriga atualmente mais de 400 (quatrocentos) pessoas em situação de privação de liberdade,

entre homens e mulheres. A penitenciária está dividida em quatro setores, dois destinados aos presos em regime fechado e os outros dois aos presos que cumprem pena em regime semiaberto.

O Complexo Penal Agrícola Doutor Mario Negócio foi escolhido como local da pesquisa por ser o único sistema prisional da esfera estadual localizado no município de Mossoró/RN. Além disso, configura-se como sendo o município de residência dos pesquisadores, viabilizando o deslocamento para a realização da pesquisa.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DA PESQUISA

Conforme os dados da direção do Complexo Penitenciário Complexo Penal Agrícola Doutor Mario Negócio, durante os meses de janeiro a março de 2018, na ala feminina constam com um total de 40 mulheres privadas de liberdade. Esse quantitativo é em virtude da realização de transferências para outros presídios estaduais.

Desta forma, conforme cálculo amostral, participaram da pesquisa 20 mulheres que se encontravam privadas de liberdade no referido sistema penitenciário. Esse número refere-se a 50% da população estudada. A pesquisa utilizará a amostra aleatória simples. Esta se refere àquela na qual todos os elementos têm a mesma probabilidade de serem selecionados. Uma amostra desse tipo pode ser obtida, por exemplo, através do sorteio dos elementos.

Do total de 20 mulheres, cinco delas foram convidadas a, além de responderem o formulário, também a participarem da entrevista.

Para participar do estudo, as mulheres foram devidamente esclarecidas sobre os objetivos, metodologia, riscos e benefícios da pesquisa. Em seguida realizaram a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) declarando participação voluntária na pesquisa, em consonância com a Resolução 466/12 que trata da pesquisa com seres humanos.

Para o recrutamento das mulheres foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: estarem aprisionadas em regime fechado, semiaberto ou provisório há pelo menos um mês, e terem utilizado os serviços de saúde do sistema penitenciário.

Como critérios de exclusão foram empregados: mulheres que não concordarem em participar voluntariamente do estudo, aquelas que não tiveram condições físicas e/ou psíquicas para participar da pesquisa.

4.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada em dois momentos distintos. No primeiro momento foi realizada uma visita informal ao local para conhecer o funcionamento da penitenciária e assim obter as informações necessárias para o recrutamento e início da coleta de dados. No segundo momento, o pesquisador, devidamente acompanhado das agentes penitenciárias, encaminhou-se para às celas femininas. Da parte externa das celas foi feito convite verbal explicando os objetivos, metodologia, riscos e benefícios do trabalho para que estas pudessem decidir se desejavam ou não participar da pesquisa.

Havendo concordância, as mesmas foram orientadas a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Posteriormente, foi solicitada a direção e as agentes penitenciárias um local reservado para aplicação do formulário e a realização da entrevista.

A apresentação e recolhimento do TCLE ficaram na responsabilidade do pesquisador. As datas e horários para a realização da coleta foram definidas conforme orientação da direção e das agentes penitenciárias.

O formulário foi adotado enquanto instrumento de coleta de dados da parte quantitativa do estudo. De acordo com Andrade (2009) configura-se como sendo uma coleção de questões a ser preenchido pelo próprio pesquisador (e não pelo sujeito da pesquisa). Nesta perspectiva, o formulário é um dos instrumentos essenciais para a investigação social, cujo sistema de coleta de dados consiste em obter informações diretamente do entrevistado.

Para aplicação do formulário fez-se necessário a utilização do pré-teste. Este consiste em uma parte fundamental da pesquisa, onde a população alvo entra em contato com as questões e possibilitam ao pesquisador verificar se o instrumento era entendido e interpretado corretamente pelos participantes do estudo. O pré-teste, além de possibilitar ajustes e detecção de incoerências, permitiu aumentar a validade do instrumento (PRODANOV, 2013).

O pré-teste abrange não somente a compreensão dos itens, mas também devem ser consideradas pelos sujeitos que preencherão os questionários durante o pré-teste questões referentes à: compreensão das respostas da escala; layout do questionário; dificuldade de responder as questões, instruções dos questionários e também o grau de atenção dos respondentes (PRODANOV, 2013). Ressalta-se que, o formulário foi

elaborado pelos pesquisadores, no qual foi obtido informações sócio-demográficas, penais das mulheres, levantamento geral das condições de saúde e principais doenças acometidas.

Para detalhamento da pesquisa, foi também utilizado o roteiro de entrevista como instrumento de coleta de dados. O roteiro de entrevista serviu para os pesquisadores identificar os pontos necessários aos objetivos da pesquisa. Embora, o pesquisador faça uso de um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal, podendo, conforme as falas dos entrevistados, elaborar novas indagações (GIL, 2008).

Assim Boni; Quaresma (2005) relata que as entrevistas semiestruturadas utilizam de perguntas abertas e fechadas, onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. O pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto parecido ao de uma conversa informal.

O entrevistador deve ficar atento para dirigir no momento que achar oportuno a discussão para o assunto que o interessa, fazendo perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o informante tenha fugido ao tema ou tenha dificuldades com ele. Para isso, foram desenvolvidas perguntas para que as mulheres privadas de liberdade pudessem descrever as informações acerca das necessidades, dificuldades de saúde a qual encontram dentro do ambiente prisional.

Durante a realização da entrevista não foi possível utilizar recurso de áudio (aparelho celular, MP4), devido a não autorização por parte das agentes penitenciárias, conforme as normas pré-estabelecidas pela direção local. No entanto, as falas das participantes foram registradas no papel pelo pesquisador.

As informações frutos das entrevistas foram armazenadas em um computador de tipo notebook e pen-drive dos autores da pesquisa, bem como em um CD ROOM o qual será guardado em armário pessoal da professora e pesquisadora responsável, por um período de 5 anos, na Faculdade Nova Esperança de Mossoró/RN, sendo após esse tempo deletados e destruídos os dados armazenados.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Após a leitura analítica, os dados obtidos dos formulários foram agrupados em tabelas e a distribuição analisada através de estatística descritiva simples. Para o processamento dos dados coletados será utilizado o software Excel 2010, onde será tabulado em planilha eletrônica. E, posteriormente discutido a luz da literatura pertinente.

Por sua vez, as falas das entrevistas foram analisadas por meio do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). A discussão foi feita de acordo com as reflexões dos pesquisadores juntamente com as literaturas pertinentes para o desenvolvimento da pesquisa.

O Discurso do Sujeito Coletivo é uma técnica metodológica que permite o resgate de discursos coletivos de forma qualitativa. Como procedimento nas pesquisas, o Discurso do Sujeito Coletivo, é obtido através de entrevistas individuais com questões abertas, resgatando o pensamento, enquanto comportamento discursivo e fato social internalizado individualmente, podendo ser divulgado, preservando a sua característica qualitativa (ALVÂNTARA, 2008 apud LEFEVRE, 2005).

O Discurso do Sujeito Coletivo engloba depoimentos sintetizados e analisados, redigidos na primeira pessoa do singular e expressando o pensamento coletivo por meio do discurso dos sujeitos. Dessa forma, ao se colher vários depoimentos percebem-se elementos comuns que delinham o discurso coletivo, que são as ‘Representações Sociais’ que caracterizam um determinado grupo (ALVÂNTARA; VESCE, 2008).

Os discursos contêm o conjunto das Expressões Chave dos depoimentos, que possuem Ideias Centrais e/ou Ancoragens com características semelhantes. Esta técnica busca expressar uma determinada opinião ou posicionamento sobre um tema, levando em consideração o aspecto social e cultural (ALVÂNTARA; VESCE, 2008).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

A pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE, localizado no município de João Pessoa, Paraíba.

A pesquisa foi elaborada conforme a Resolução nº 466/12 que trata de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Foram respeitados os direitos legais e jurídicos dos sujeitos envolvidos em pesquisas com seres humanos, os

quais se encontram em vigor na legislação brasileira da Resolução nº 466/12, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Além disso, os pesquisadores respeitarão os preceitos da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), 0564/2017 COFEN, que reformula o Novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2017).

Foi fornecido para as mulheres privadas de liberdade, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que conterà informações sobre: os objetivos da pesquisa e a explanação dos riscos e benefícios a quão estavam expostos. Este foi fornecido individualmente aos participantes da pesquisa para assinatura que implicou a participação livre e voluntária, podendo ainda, estes desistir, a qualquer momento, da pesquisa sem que tenha nenhum prejuízo.

Os participantes da pesquisa ao responderem o instrumento de coleta de dados estavam expostos a riscos, tais como: sentimento de invasão de privacidade, medo que suas respostas sejam expostas ao público, além de sentirem-se julgados em relação ao conteúdo abordado, mesmo este tendo um caráter subjetivo. Porém, estes riscos foram minimizados por meio do sigilo quanto à identificação da participante da pesquisa.

As estratégias que foram utilizadas para a minimização de tais riscos estão dispostas no quadro abaixo.

Quadro 1: Estratégias para minimização dos riscos

Riscos	Estratégias para minimização dos riscos
<p>Riscos de Ordem Física</p>	<p>Assegurou o preenchimento do formulário de forma breve e agradável aos participantes. O pesquisador emitiu pausas durante a leitura do formulário para que as mulheres privadas de liberdade sentissem à vontade e dispostas a continuarem a resolução das questões.</p>
<p>Riscos de Ordem Emocional</p>	<p>Garantiu a confidencialidade dos dados e o total anonimato dos participantes. Buscou formar vínculo, visando a criação de um elo de confiança entre pesquisador e participante.</p>

Fonte: Dados da pesquisa.

As mesmas tiveram o direito em desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que sofressem nenhum dano ou prejuízo em relação a sua desistência.

Esta pesquisa trará benefícios as mulheres privadas de liberdade na medida em que permitirá a direção local do sistema penitenciário (re)avaliação suas condições de saúde. Além disso, os dados coletados possibilitarão a gestão municipal elaborar novas estratégias para intervir sobre o processo saúde-doença das mulheres privadas de liberdade.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÕES SÓCIODEMOGRÁFICA E PENAL DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE

Participaram da pesquisa 20 mulheres privadas de liberdade com idade mínima de 22 anos e máxima de 51 anos, com mediana de 33 anos. As idades que prevaleceram

Participantes	Idade	Estado civil	Filhos	Escolaridade	Raça
----------------------	--------------	---------------------	---------------	---------------------	-------------

no estudo foram: 15% das mulheres com 22 anos, 15% delas apresentam 30 anos, seguidamente, de 10% com 23 anos e 10% com 40 anos de idade.

O Departamento Penitenciário Nacional, ao consolidar os dados sobre a população carcerária do Brasil, de 2008 e 2009, apontou uma distribuição semelhante à encontrada neste estudo, quanto à idade das pessoas privadas de liberdade, confirmando a entrada de indivíduos cada vez mais jovens na criminalidade (NICOLAU et al., 2012).

M 1	41	Casada	2	Fund. Incompleto	Negra
M 2	31	Solteira	2	Med. Completo	Negra
M 3	48	Casada	4	Fun. Completo	Negra
M 4	30	Solteira	0	Fun. Incompleto	Parda
M 5	30	Casada	1	Méd. Completo	Branca
M 6	25	Divorciada	3	Fun. Incompleto	Negra
M 7	39	Casada	1	Fun. Incompleto	Branca
M 8	30	Solteira	5	Fun. Completo	Negra
M 9	51	Solteira	5	Fun. Incompleto	Negra
M 10	34	Casada	2	Fun. Incompleto	Parda
M 11	22	Solteira	1	Fun. Incompleto	Branca
M 12	22	Casada	0	Fun. Incompleto	Branca
M 13	23	Solteira	1	Fun. Incompleto	Parda
M 14	28	Casada	4	Méd. Incompleto	Negra
M 15	36	Casada	3	Méd. Incompleto	Parda
M 16	29	Solteira	0	Fun. Incompleto	Branca
M 17	48	Divorciada	8	Fun. Incompleto	Branca
M 18	22	Solteira	0	Fun. Incompleto	Branca
M 19	23	Solteira	1	Fun. Incompleto	Negra
M 20	43	Solteira	1	Fun. Incompleto	Negra

Tabela 1 – Dados sócio demográficos das mulheres privadas de liberdade do Complexo Penal Dr. Mário Negócio. Mossoró/RN. Brasil. 2018.

Fonte: dados da pesquisa

Quanto ao estado civil 50% das mulheres são solteiras, 40% delas são casadas, 10% são divorciadas. Outros estudos como a pesquisa de Figueiró; Melo; Martins (2017) realizado em Natal, no Complexo Penal Dr. João Chaves, também, aponta para a predominância de mulheres solteiras no sistema penitenciário. De vinte e nove presas entrevistadas neste estudo, 72% eram solteiras, 28% eram casadas ou mantinham união estável.

Ressalta-se que alguns dos companheiros das mulheres privadas de liberdade também estão cumprindo pena nas penitenciárias masculinas do estado, um dado relevante, visto que, a história da criminalidade feminina está relacionada com o seu envolvimento afetivo com um homem (NICOLAU et al., 2012).

A literatura também evidencia que as mulheres passam, frequentemente, a condição de solteiras quando adentram o sistema penitenciário. O abandono dos companheiros às esposas presas costuma ocorrer por uma questão cultural de atribuição

do espaço social do crime ao gênero masculino ou em razão dos companheiros estabeleceram novas relações amorosas com maior rapidez (OLIVEIRA; SANTOS, 2012).

No que se refere ao número de filhos, 80% das mulheres entrevistadas possuem filhos. Um convívio amputado pelo cárcere comprometendo a existência dessas famílias. Famílias estas, “falidas” pela ausência de uma referência a ser seguida como mulher, e mãe (ROCHA et al., 2014).

Em relação a raça/cor, 45% consideravam-se da cor preta, 35% referiram-se da cor branca, 25% mencionaram ser pardos. Estudos apontam divergências quanto a raça/cor predominante nas mulheres privadas de liberdade. Pesquisa de Scherer et al., (2011) descreve, respectivamente, que a cor branca prevalece entre as mulheres presas em um sistema carcerário de Ribeirão Preto. Por sua vez, o estudo de Macedo et al., (2016) realizado em Minas Gerais sobre o perfil socioeconômico e ginecológicos de mulheres presas aponta a incidência maior de pardas, seguidas de brancas e negras.

A comparação entre estudos nordestinos é restrita, em virtude das poucas publicações científicas sobre esse tema. Mas ressalta-se o estudo de Martins (2017), realizado em Natal, que também verifica a prevalência de mulheres negras dentro do sistema penitenciário. Essas diferenças talvez sejam explicadas pelas diversidades regionais, observadas na composição étnica de cada uma dessas populações, bem como, a percepção de cada uma sobre a sua condição racial,

Quanto à escolaridade, 65% relataram possui apenas o ensino fundamental incompleto, 10% o nível fundamental completo, 15% o ensino médio completo e 10% o ensino médio incompleto.

O perfil dessas mulheres é caracterizado em sua maioria por mulheres negras e com índice de baixa escolaridade, onde muitas dessas já cumpriram medidas socioeducativas anteriormente. Em suas trajetórias de vida é possível diagnosticar várias situações de vulnerabilidade: uso de drogas, prostituição e situação de rua. (LANCELLOTTI, 2014).

Quanto à forma de regime, 80% das mulheres encontra-se em regime fechado. Até a conclusão da coleta de dados da pesquisa, o Complexo Estadual Penal Drº Mário Negócio não comportava mais mulheres presidiárias no regime semiaberto, apenas fechado e provisório. Mulheres em situação de prisão provisória são aquelas que ainda não obtiveram o julgamento para execução penal.

É possível evidenciar o perfil prisional de cada uma das participantes da pesquisa na tabela 2. Em Natal-RN, em relação ao perfil penal, destaca-se que 78% das entrevistadas foram presas por tráfico de drogas, 9% por assalto, 2% por homicídio, 2% por peculato e 2% por latrocínio (FIGUEIRÓ; MELO; MARTINS, 2015).

Conforme dados do DEPEN(2014), 72 % da população carcerária feminina

Participantes	Regime	Motivo	Tempo total de prisão	Tempo parcial de prisão
----------------------	---------------	---------------	------------------------------	--------------------------------

encontram-se presa em razão de tráfico nacional de drogas (BRASIL, 2013a). O que pode ser observado no estudo em Mossoró/RN, onde 65% das mulheres apresentam o tráfico de drogas como principal motivo para a prisão. Posteriormente, encontra-se como causas para a detenção, o homicídio com 25% do total e assalto representando 20%.

Ainda segundo dados do DEPEN (2014), os crimes contra o patrimônio, como furto e roubo, também levam muitas mulheres para o cárcere e ocupam o segundo (representando 8%) e terceiro lugar (representando 7%), respectivamente, nas causas de aprisionamento. Como já foi mencionado anteriormente, muitas estão presas por envolvimento afetivo ou familiar com homens que realizam alguma atividade criminosa, com isso elas se envolvem também no mundo do crime. Como demonstra a tabela abaixo:

Tabela 2 – Dados penais das mulheres privadas de liberdade do Complexo Penal Dr. Mário Negócio. Mossoró/RN. Brasil. 2018

M 1	Fechado	Assalto	10 meses	6 meses
M 2	Provisório	Tráfico	12 anos	4 meses
M 3	Fechado	Tráfico	9 anos	4 anos
M 4	Fechado	Homicídio	15 anos	5 meses
M 5	Fechado	Tráfico	28 anos	9 anos
M 6	Fechado	Tráfico	13 anos	4 anos
M 7	Fechado	Tráfico	02 anos	1 ano
M 8	Fechado	Tráfico	10 meses	5 meses
M 9	Fechado	Homicídio	14 anos	4 anos
M 10	Provisório	Tráfico	10 meses	5 meses
M 11	Fechado	Homicídio	10 anos	4 meses
M 12	Fechado	Tráfico + assalto	12 anos	4 meses
M 13	Provisório	Tráfico	10 meses	3 meses
M 14	Provisório	Tráfico	10 meses	2 meses
M 15	Fechado	Assalto	12 meses	4 meses
M 16	Fechado	Homicídio	12 anos	6 meses
M 17	Fechado	Tráfico + homicídio	15 anos	05 anos
M 18	Fechado	Tráfico + assalto	8 anos	01 ano
M 19	Provisório	Tráfico + assalto	10 anos	6 meses
M 20	Provisório	Homicídio	10 anos	3 anos

Fonte: Dados da pesquisa.

O tempo de prisão é de acordo com o delito cometido. Os estudiosos apontam diversas e diferentes causas da criminalidade, descrevendo-a como um fenômeno complexo que abrange fatores biológicos, genéticos, psicológicos, psiquiátricos, econômicos, sociais etc (BRITO, 2103).

Observa-se que parte das mulheres estão presas a mais de seis meses. E o período que elas ainda irão passar requer da equipe de saúde do sistema penitenciários ações de saúde pautadas na prevenção, promoção e reabilitação.

5.2 CARACTERIZAÇÃO GERAL DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E DAS PATOLOGIAS

A população prisional é um grupo que reflete importância epidemiológica e sanitária ao país (SILVA; RIBEIRO, 2013). As péssimas condições estruturais e de

insalubridades encontradas nas penitenciárias brasileiras, torna os indivíduos vulneráveis a riscos potenciais de adoecimento, sobretudo pela heterogeneidade da população confinada dividindo o mesmo espaço (MILITAO; KRUNO, 2014).

Diante dessa realidade, a tabela 3 mostra o número de vezes em que as mulheres privadas de liberdade necessitaram de atendimento pela equipe de saúde do sistema prisional. Observa-se que, durante o período de reclusão, 75% das mulheres requisitaram atendimento de saúde acima de três vezes.

O déficit na assistência à saúde da população privada de liberdade é cada vez maior. Isso se torna uma questão de saúde pública na medida em que se trata de grupos vulneráveis socialmente inseridos em espaços insalubres. Por isso, é frequente as solicitações das mulheres aos atendimentos da equipe de saúde.

Dessa forma, visualiza-se que a mulher presa sofre, ao mesmo tempo, com a privação da liberdade e a fragilidade de assistência nos serviços em saúde, discutidos em lei e pouco legitimados no cotidiano da assistência (MOREIRA; SOUZA, 2014).

Tabela 3 – Número de vezes em que as mulheres privadas de liberdade necessitaram de atendimento pela equipe de saúde. Complexo Penal Estadual. Mossoró/RN, Brasil, 2017.

Variáveis	Freq.	%
Nenhuma vez	02	10
Apenas uma vez	01	05
Apenas duas vezes	02	10
Acima de três vezes	15	75%

Fonte: Dados da pesquisa.

No que se refere ao tipo de atendimento, 40% das mulheres apontaram necessidades direcionadas a saúde mental. Este tipo de atendimento é realizado por equipe multidisciplinar, ficando a cargo do médico, enfermeiro e psicólogo. Do total de mulheres, 20% alegaram terem usufruído de serviços de enfermagem e odontológicos,

respectivamente, 10% mencionaram terem requisitado serviços dos assistentes sociais e 10% recorreram aos cuidados médicos e do psicólogo.

Tabela 4 – Tipo de atendimento em saúde mais utilizado pelas mulheres privadas de liberdade. Complexo Penal Estadual. Mossoró/RN, Brasil, 2017.

Variáveis	Freq.	%
Médico	02	10
Saúde Mental	08	40
Saúde Bucal/Odontológico	04	20
Enfermagem	04	20
Serviço Social	02	10

Fonte: Dados da pesquisa.

A permanência dessas mulheres em ambientes impróprios pode gerar conflitos e levá-las ao adoecimento. É sabido que ambientes confinados são propiciadores de adoecimentos psicossociais. Dados estatísticos revelam que a prevalência de transtornos mentais entre a população prisional é de 42%, sendo maior que o da comunidade em geral, que é de 15%, porém, na população feminina encarcerada, esse índice é ainda maior, pois 66% precisam de tratamento psiquiátrico e cerca de 20% faz ou já fez uso de medicação psicotrópica. Ressalta-se também que o uso de psicotrópicos podem ser utilizados como uma válvula de escape no sistema penitenciário para substituir a abstinência ocasionada pelo uso e abusivo de álcool e outras drogas (FIGUEIRÓ; MELO; MARTINS, 2017).

As mulheres em privação de liberdade apresentam um alto índice de comorbidade psicopatológica, dependência de substâncias, transtorno de estresse pós-traumático e depressão, sendo também mais propensas a doenças mentais, quando comparadas à população carcerária masculina. Quem mais sofre no sistema carcerário são as mulheres porque necessitam de políticas de saúde específicas, como assistência ginecológica e obstétrica, dificilmente oferecidas (NOUR et al., 2015).

Quanto ao atendimento de saúde bucal, a literatura aponta que em parte do sistema penitenciário, restringe-se apenas a extrações de dente. Esta tem sido uma das

reclamações mais frequentes dos apenados. Segundo o Ministério da Justiça, o tratamento penitenciário integrado deve realizar o cuidado bucal, com a utilização de exames de imagem e o acesso às pequenas cirurgias, à prestação de primeiros socorros nas urgências e emergências odontológicas, à prescrição de medicamentos, a realização de profilaxia, exodontia, restauração e tratamento endodôntico, bem como implantação de próteses parciais e totais removíveis (MOREIRA; SOUZA, 2014).

Verifica-se que as mulheres presas referenciam outros profissionais da equipe de saúde, a exemplo das(os) enfermeiras(os), das(os) assistentes sociais para solucionar suas demandas de saúde. Tal identificação sobre os membros da equipe de saúde torna-se satisfatória, uma vez que não existe apenas a consulta clínica como a única referência efetiva de cuidado para as mulheres presas.

Observa-se que 70% das mulheres participantes da pesquisa considera ‘muito fácil’ e 25% ‘extremamente fácil’ adquirir uma doença por causa das condições insalubres de encarceramento.

Tabela 5 – Autopercepção das mulheres privadas de liberdade em relação a aquisição de doenças no ambiente prisional. Complexo Penal Estadual. Mossoró/RN, Brasil, 2017.

Variáveis	Freq.	%
Muito difícil	0	10
Difícil	01	05
Muito fácil	14	70
Extremamente fácil	05	25

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto as principais doenças referidas pelas mulheres tem-se que 25% apresentam infecções sexualmente transmissíveis; 20% delas não referiram nenhum tipo de doença; 10% mencionaram ter infecção urinária, HIV/AIDS, dermatite e problemas psiquiátricos, respectivamente. Além dessas patologias, 5% têm tuberculose e 5% policistos ovarianos.

Tabela 6 – Doenças das mulheres privadas de liberdade. Complexo Penal Estadual. Mossoró/RN, Brasil, 2017.

Variáveis	Freq.	%
Hanseníase		
Tuberculose	01	05
Hepatite B	0	0
HIV/AIDS	02	10
Infecção urinária	02	10
Pedra nos rins	01	05
Policistos	01	05
Dermatite	02	10
Infecções sexualmente transmissíveis	05	25
Saúde Mental	02	10
Não apresentam doenças	04	20

Fonte: Dados da pesquisa.

As mulheres em privação de liberdade são mais vulneráveis a doenças ginecológicas e das mamas, assim como também a doenças sexualmente transmissíveis, particularmente a AIDS e a sífilis, além de doenças como a tuberculose (RAMOS, 2015).

A vulnerabilidade às ISTs em mulheres que se encontram encarceradas é muito grande. Essas mulheres possuem em suas histórias pregressas, relatos em geral, de relacionamentos com vários parceiros, o que resultou em gravidezes indesejadas, abortos, infecções sexualmente transmissíveis, dentre outras. Além, disso percebe-se que a falta de escolaridade das mulheres encarceradas corroboram para uma maior vulnerabilidade às ISTs, ao considerar que, por falta de informação, podem acabar se engajando em comportamentos de risco¹ (NICOLAU; PINHEIRO, 2012).

6 PERCEPÇÕES DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE SOBRE AS NECESSIDADES DE SAÚDE

Para a análise, os discursos do sujeito coletivo (DSC) foram agrupados por tema abordado durante a pesquisa. Cada DSC foi associado a ideia central correspondente para que, dessa forma, fosse possível analisar os depoimentos colhidos na entrevista, utilizando-se a literatura científica atual sobre o assunto.

6.1 CONDIÇÕES DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO

As cinco mulheres privadas de liberdades, ao serem indagadas sobre as condições de saúde no ambiente prisional, responderam se tratar de um assunto que precisa de uma atenção especial por parte do poder público, em virtude desse ambiente apresentar-se diferente do que o ser humano precisa para ter uma saúde adequada.

A atenção à saúde da mulher dentro do Sistema Penitenciário deve ser implantada de forma integral em todas as penitenciárias do país. Sabe-se que, ainda em 2007, o Governo Federal lançou um Relatório sobre as Mulheres Encarceradas, propondo a reorganização e reformulação do sistema prisional feminino com o apoio da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) e do Ministério da Justiça (MJ). Ao longo do relatório foi apontado que às condições físicas extremamente precárias das cadeias e presídios, o número inferior de vagas, a insalubridade (falta de água, água contaminada, tubulações quebradas e enferrujadas, provocando o vazamento de excrementos), a violência institucional contribuía para as péssimas condições de saúde das mulheres (BRASIL, 2007).

No entanto, como relatado por algumas entrevistadas, essa realidade ainda persiste. Isso pode ser evidenciado pela categoria “condições de saúde no sistema penitenciário”. Nesta categoria estão contidos os discursos referentes aos conhecimentos das mulheres privadas de liberdades acerca das condições de saúde no ambiente prisional, onde foi possível identificar duas ideias centrais: (1) “ambiente precário”; (2) “alimentação inadequada e falta de medicamentos”.

Quadro 1 – Sobre as condições de saúde no ambiente prisional. Mossoró/RN, Brasil. 2017

Ideia central	Discurso do Sujeito Coletivo
(01) Ambiente precário	<p>“A saúde daqui é péssima, principalmente o ambiente que é precário, quente e com mau cheiro. Tem a alimentação que é péssima”.</p> <p>“As condições são ruins, tipo o ambiente é muito quente e sujo e com muita gente”.</p> <p>“Aqui é muito quente, tem mau cheiro e com muita gente, por isso é ruim a saúde daqui, tem também a comida que é mal servida.”</p>
(02) Alimentação inadequada e falta de medicamentos	<p>“A diretora da saúde se esforça muito para tenhamos uma assistência adequada, mais vocês sabem que falta tudo aqui dentro, principalmente medicamentos, tem ainda alimentação que é precária, você dorme no chão”.</p> <p>“Aqui a alimentação não é adequada, pois somos tratadas como animal. Sem falar nos maus tratos. Falta material e remédio, além do ambiente que é muito quente, tem também a nossas coisas de mulher né?”.</p> <p>“As condições de saúde daqui precisa melhorar é muito, a alimentação daqui e muito ruim e tem a falta de medicamento e remédio”.</p> <p>“Aqui a saúde precisa melhorar. Aqui dentro temos um péssimo atendimento quando vamos para consulta com o médico. Sem falar da alimentação que não vem como é pra ser.”</p>

Fonte: Informações oriundas das participantes dessa pesquisa.

Na ideia central (01) observou-se através das falas das participantes que o ambiente penitenciário ainda apresenta diversas situações que denota a sua precariedade: ambiente mal ventilados, não há espaço adequado para dormirem, permanecem em celas apresentando sujidades e até excrementos nas celas e/ou corredores, estruturas mínimas incompatíveis para higiene do ser humano, agravados pela superlotação de mulheres nas celas.

O ambiente nas prisões é, em geral, altamente precário e insalubre. Celas superlotadas, má-alimentação, sedentarismo, uso de drogas e falta de higiene predominam, condições propícias à proliferação de epidemias e desenvolvimento de patologias (SANTA CATARINA, S/D-A).

A população prisional é um grupo que reflete importância epidemiológica e sanitária ao país (SILVA; RIBEIRO, 2013). As péssimas condições estruturais e de insalubridade encontradas nas penitenciárias brasileiras, torna os indivíduos vulneráveis a riscos potenciais de adoecimento, sobretudo pela heterogeneidade da população confinada dividindo o mesmo espaço (MILITAO; KRUNO, 2014).

Com base nas condições desfavoráveis de habitação e insalubridade da maioria das unidades prisionais do Brasil, foi instituída recentemente a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP), visando a inclusão dessa população aos serviços de saúde do SUS prevista pela lei 8.080/90 (Brasil, 2010 a, 2013).

O PNAISP não trata de ações específicas voltadas para a saúde das mulheres apenadas. Nesse caso, deve-se considerar a política de atenção integral a saúde da mulher-PNAISM atentando para os objetivos dessa política, para que as ações de saúde voltadas para as mulheres apenadas sejam efetivadas de forma integral na unidade prisional (BRASIL, 2014, 2004 a).

Na ideia central (02) é possível observar que as mulheres privadas de liberdades elencam fatores direcionados para as condições de saúde no ambiente prisional, onde frisam sobre a falta de medicamentos que afetam o sistema prisional, como também a alimentação inadequada que essas relatam receber diariamente.

Também nestes discursos percebe-se que a maioria das mulheres privadas de liberdade que relataram anteriormente essas condições na qual convivem, estão há mais tempo em situação de privação de liberdade, assim podemos concluir que esse tempo se torna determinantes para que elas possam observar todas essas dificuldades que encontram no sistema prisional.

Nesse contexto, Miranda (2004) relata que as condições de saúde das mulheres em presídios brasileiros, apresenta uma situação muito preocupante. Onde é verificado que grande parte dos ambientes penitenciários não possui consultórios e equipes médicas especializadas para o seu cuidado e que o vínculo com o sistema público de

saúde é frágil. A falta de acesso, atendimento adequado e até da busca por medidas preventivas que diminuam a ocorrência de doenças ainda é muito precária.

O Estado deveria ser responsável pela garantia desses direitos, mas na maioria dos casos encontra-se ausente e não disponibiliza os meios necessários para manter a dignidade individual e coletiva na unidade prisional. O descaso por parte das autoridades competentes com a população carcerária vem aumentando, assim como a falta de investimentos para ações que visem à promoção e cuidado à saúde dos presos (PEREIRA, 2013).

Ao perceber que as maiorias das mulheres privadas de liberdade relataram a alimentação inadequada, é notória que esse processo atrapalha em relação a uma saúde de qualidade, onde a alimentação é tida como elemento essencial para a saúde do indivíduo.

Com relação a alimentação, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário prevê a implantação de ações de promoção da saúde, em especial no âmbito da alimentação, que garantam alimentação adequada, buscando condições salubres de confinamento (BRASIL, 2005). Portanto é dever do Estado fornecer no mínimo três refeições diárias, como o desjejum, o almoço e o jantar, com qualidade e em quantidade suficiente, o que não se verifica no sistema penitenciário local (LIMA, 2011).

Assim, vemos que as mulheres privadas de liberdade possuem condições específicas de vulnerabilidade e demandam atenção especial do Estado, entretanto, tais condições são poucos discutidas na literatura. Percebe-se, ainda, que a política de saúde da mulher não conseguiu estabelecer uma atenção ampliada e direcionada a esses grupos, para suprir suas reais necessidades (OLIVEIRA; SANTOS, 2012).

6.2 DIFICULDADES ENCONTRADAS NO AMBIENTE PRISIONAL

Esta categoria remete o discurso das mulheres acerca das dificuldades que elas percebem e que inviabilizam o direito da saúde no âmbito prisional. Percebe-se que os discursos dessas mulheres estão centrados na falta de materiais, medicamentos e escolta penal.

Nesse sentido, nascem dos discursos coletivos duas ideias centrais: (1) “Escolta Penal”. (2) “Medicamentos e Escolta Penal”.

Quadro 2 Dificuldades encontram no ambiente prisional. Mossoró/RN. Brasil. 2017.

Ideia central	Discurso do Sujeito Coletivo
(1) Escolta Penal	<p>“A maior dificuldade de saúde daqui de dentro é a escolta que não leva agente para as consultas lá fora.”</p> <p>“Aqui a dificuldade é escolta pra fazer consultas fora daqui”.</p> <p>A dificuldade daqui é a escolta penal, que não vem quando mais se precisa, que é pra consultas.</p> <p>Aqui a escolta penal e um problema, principalmente para as consultas lá fora.</p>
(2) Medicamentos e Escolta Penal	<p>“A falta de escolta aqui dentro é um problema, pois quando conseguem a consulta, falta equipe. Tem também a falta de remédio que as vezes não têm”.</p> <p>“Aqui dentro falta tudo, remédios, exames e a escolta penal que quando consegue eles não levam a gente”.</p> <p>“A dificuldade que vejo são os remédios depressivos, que as vezes não têm”.</p> <p>“Aqui a dificuldade que vejo e os remédios que falta e demora para chegar.</p> <p>“Aqui tem duas dificuldades que vejo, é a escolta penal é os remédios que faltam muito e demora para chegar”.</p> <p>“Vexe aqui as dificuldades são muitas né? Temos a escolta penal e os remédios que falta e não tem data certa pra chegar”.</p>

Fonte: Dados da pesquisa.

Na ideia central (1) nota-se que o sistema penitenciário brasileiro, apresenta na atualidade problemas bastantes recorrentes que envolvem o déficit de equipe de todas as esferas, principalmente os agentes penitenciários, onde nesse caso acarreta em um dos problemas relatados pelos participantes desta pesquisa, a escolta penal.

A carência de escolta policial dificulta que as presidiárias sejam levadas para tratamentos de saúde nos hospitais de referência. Há falta contínua de medicamentos e os tratamentos para diversas doenças acabam se reduzindo à prescrição de analgésicos para alívio dos sintomas. Praticamente inexistente o pré-natal e os programas voltados à prevenção dos cânceres de colo de útero e de mamas. (GUSTIN, 2011).

Entende-se que uma pessoa privada de liberdade só perde o direito à liberdade. Todos os outros, como o direito à saúde, defesa, assistência social e trabalho, deveriam ser garantidos pelo Estado. Não é o que acontece nos presídios femininos, as detentas são privadas de tudo. (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2013).

Já sobre a ideia central (2) mostra que além do déficit de equipe de saúde, o sistema prisional apresenta em muitos casos a falta de insumos e matérias destinados para a realização e cuidados da saúde da população que se encontra privada de liberdade, tem também a falta de medicamentos nesses ambientes, onde encontramos relatos de alguns participantes.

Percebe-se que o atendimento em saúde no sistema penitenciário é precário também quando se trata do acesso à medicamentos, pois de acordo com o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais –deve ser o instrumento de referência para a definição das listas de medicamentos a serem utilizadas pelo sistema penitenciário estadual (BRASIL, 2005).

A atenção à saúde quase inexistente nas unidades prisionais, dentre os estudos as mulheres privadas de liberdade relatam a falta de medicamentos para diversas doenças, a carência de escolta penal em casos de emergência, os programas de pré-natal, exames preventivos do câncer do colo do útero, geralmente são insuficientes e nas unidades prisionais (MILITÃO; KRUNO, 2014).

Portanto, nota-se que existem políticas públicas nacionais direcionadas às mulheres presas. Contudo, o estudo revelou profundas inadequações no cumprimento das diretrizes delineadas no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, sendo

necessário maiores investimentos na execução e implementação das políticas públicas voltadas para este setor com a consequente ampliação e qualidade das ações em saúde oferecidas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou identificar a realidade da saúde vivenciada pelas mulheres na Penitenciária Feminina Agrícola Dr. Mario Negocio, Mossoró/RN. De todo o exposto, conclui-se a saúde nesse ambiente ainda é um desafio para todos, principalmente para aquelas pessoas que dependem dela, as que estão em situação de privação de liberdade, onde tem-se que o estado tem o dever de prestar assistência à saúde. No que diz respeito a saúde da mulher dentro do sistema prisional, são mostrados que ocorreram poucas melhorias. Apesar de tantas leis que garantem as mulheres uma saúde de qualidade, continua sendo um desafio encontra-la de acordo com o que está preconizado. O que pode ser visto para que tenha uma melhora significativa nos presídios é uma iniciativa dos governantes para ser colocado em prática tudo que é preconizado.

Assim vemos que os achados deste estudo permitiram conhecer a percepção das mulheres privadas de liberdade sobre a assistência à saúde dentro do Sistema Penitenciário, como também a discussão das ações de saúde sobre as diretrizes da PNSSP. Contudo ficou evidenciado que o acesso às ações de saúde voltadas às mulheres privadas de liberdade ainda são insuficientes e que não atende à legislação na área.

Portanto, reiteramos a importância da realização de mais estudos sobre a temática, principalmente que irão analisar as ações de saúde neste ambiente, já que este apenas analisou a percepção das mulheres sobre as condições de saúde oferecidas de acordo com o que discorre o plano, para que seja possível melhorar as estratégias para ações de cuidado à população carcerária feminina.

Por fim, vemos a necessidade de estratégias para a criação e implementação de ações de saúde no ambiente prisional, sendo esse através de gestores, profissionais e as próprias mulheres assistidas, para que juntos possam somar saberes e dividir responsabilidades, especialmente quando os sujeitos que necessitam de cuidado encontra-se em situação de encarceramento e aumento das suas vulnerabilidades.

REFERÊNCIAS

ASSIS, R.D. **A realidade atual no Sistema Penitenciário Brasileiro**. Revista CEJ, v.11, n.39, 2007.

ALMEIDA, R.O. **Mulheres que matam. Universo imaginário do crime no feminino**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: UFRJ, 2001.

ALEXANDRE L.B.S.P. **Políticas públicas de saúde da mulher**. In: _____ Fernandes RAQ, Narchi NZ, organizadoras. **Enfermagem e saúde da mulher**. São Paulo: Manole; p. 1-29, 2007.

ALVÂNTARA, A.M.; VESCE, G.E.P. **As representações sociais no discurso do sujeito coletivo no âmbito da pesquisa qualitativa**, Atlas. 2ed. 2008.

ANJOS, S.J.B. dos S. et al. **Fatores de riscos para o câncer do colo do útero em mulheres reclusas**. Rev. Bras. Enferm. V.66, n.4, p.508-513,2013.

BONI, V.; QUARESMA, S.J. **Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais**. Rev. Eletron. dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC, v.2, n.1- 3, p. 68-80,2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Secretaria Administrativa Penitenciária. **Diretrizes de Atenção à Mulher Presa**. Brasília (DF): Ministério da Justiça, 2013a. Disponível em: www.reintegracaosocial.sp.gov.br/.../6208c81fb200c6081c054df541387. Acesso em: 08 set. 2017.

BRASIL. **Lei No 2.848, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1940**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848.htm. Acesso em: 11 nov.2017.

BRASIL. **Lei no 7.210, de 11 de julho de 1984**. Institui a Lei de Execução Penal. Diário Oficial da União, 13 de julho, 1984.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 5 de outubro de 1988**. Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. Brasília, 2003.

BRASIL. Portaria Interministerial, M. S. MJ nº 1.777, de 09 de Setembro de 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Secretaria Administrativa Penitenciária. **Diretrizes de Atenção à Mulher Presa**. Brasília (DF): Ministério da Justiça, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário**. Brasília, 2004.

- BRASIL. Ministério da Justiça. **Mulheres encarceradas: diagnóstico nacional**. Departamento Penitenciário Nacional, Brasília (DF), 2008.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Saúde da criança: Nutrição infantil - Aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília, 2009.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Sistema Prisional: Infopen: Estatística: população Carcerária: Sintético**. Brasília, 2012.
- BRASIL. Ministério da Justiça. **Relatório sobre mulheres encarceradas no Brasil – consolidação dos dados fornecidos pelas unidades da federação**. DEPEN, 2014.
- BRASIL. Portaria Interministerial nº 210, de 16 de Janeiro de 2014 d. **Institui a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional, e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, n.12, seção 1, p.75, 17 jan. 2014.
- BRASIL. Ministério da Justiça. **Levantamento Nacional De Informações Penitenciarias- INFOPEN**. Brasília- DF, Jun. 2014.
- BRASIL. Ministério da Justiça. **Dar luz na sombra: condições atuais e possibilidades futuras para o exercício da maternidade por mulheres em situação de prisão**. Brasília, 2015.
- BRASIL. **Resolução Nº 0564/2017do Conselho Federal de Enfermagem**. Aprova o novo Código de Ética dos profissionais de enfermagem. 2017. Acesso em: 25 de fev 2018. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/12/RESOLU%C3%87%C3%83O-COFEN-N%C2%BA-564-2017.pdf>
- BRITO A. et al (org.). **O egresso do sistema prisional: do estigma a inclusão social/comissão de Formação Teórica e Prática de PrEsp**. BH: Inst. Elo, 2013.
- CARDOSO, M.C.V. **As assistências previstas na Lei de Execução Penal: uma tentativa de inclusão social do apenado**. Ser Social. Brasília,V.11,n.23, p.106-128,2009.
- COELHO, H. C. et al. Soro prevalência da infecção pelo vírus da Hepatite B em uma prisão brasileira. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 2009.v.12, n.2, p.124-131, 2009.
- COLOMBAROLI, A.C. de M. **Violação da dignidade da mulher no cárcere: restrições à visita íntima nas penitenciárias femininas. In: Brasil; Presidência da República; Secretaria de Políticas para Mulheres. (Org.). 7º Prêmio Construindo a Igualdade de Gênero**. Brasília: Presidência da República; Secretaria de Políticas para Mulheres, v. 1, p. 133-146, 2011.
- DAMAS F.B.; OLIVEIRA W.F. **A saúde mental nas prisões de Santa Catarina, Brasil**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, v.5, n.12, p.1984-2147,2013.

DAVIM, R. M.B.; GALVÃO, M.C.B. **Ausência de assistência à gestante em situação de cárcere penitenciário.** Cogitare Enfermagem, v.18, n.3, p. 452-459, 2013.

DINIZ, D.; PAIVA, J. **Mulheres e prisão no Distrito Federal: itinerário carcerário e precariedade da vida.** Rev. brasileira de ciências criminais, p. 313-329, 2014.

DIUANA V.; LHUILIER D.; SÁNCHEZ A.R.; AMADO G.; ARAUJO L.; DUARTE A.M., et al. **Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil.** Cad. Saúde Pública. v.24, n.8, p.1887-1896, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/17.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2017.

DIUANA V et al., **Saúde em prisões: representação e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil.** Cad. Saúde Pública. v.24, n.8, p.1887-96, 2008.

FERRARO, Alceu R. Quantidade e qualidade na pesquisa em educação, na perspectiva da dialética marxista. **Pro-Posições**, Campinas, v. 23, n. 1 (67), p. 129-146, jan./abr. 2012.

FIGUEIRÓ, R; Melo, H; MARTINS, V. REALIDADE DA MULHER PRESA NO RIO GRANDE DO NORTE. **Revista Transgressões: ciências criminais em debate**, v. 5, n. 2, 2017.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão.** Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

FREITAS, C.R.M. **Cárcere feminino: do surgimento às recentes modificações introduzidas pela lei de execução penal.** Revista da Faculdade de Direito Padre Arnaldo Janssen. v.4, p.1-21, 2012.

FROTA, J.E. **Mãezinhas do cárcere: Um estudo sobre a maternagem e o corpo como garantia para o acesso a direitos na Penitenciária Feminina do Distrito Federal.** Brasília, 2014.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa.** Porto Alegre: Artmed; 2009.

GUSTIN E.C. **Mulher e saúde na prisão: a realidade nacional.** In: ____Anais do Encontro Nacional do Encarceramento Feminino. Brasília: Conselho Nacional de Justiça 2011 Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/images/eventos/encarceramentofeminino/apresentacao.educardocrossara.pdf> Acesso em: 30 out. 2017

GIL, A.C. **Como delinear uma pesquisa bibliográfica.** Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, p. 59-86, 2006.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas; 2008.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas; 2010.

GUERREIRO E.M.et al., **O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros.** Rev. Min. Enferm. v.16, n.3, p.315-323,2012
Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/533>. Acesso em: 30 out. 2017

INFOPEN. **Sistema Integrado de Informações Penitenciárias.** Dados consolidados dos estados (2000-2014). Disponível em: www.infopen.gov.br. Acesso em: 30 out. 2017.

LANCELOTTI, Helena Patini. **Mulheres, Rua e Prisão: uma análise do perfil de mulheres com trajetória de rua custodiadas na Penitenciária Feminina do Distrito Federal.** In: ____ Seminário de Antropologia da UFSCar. São Paulo: UFSCAR, p. 625-635,2014.

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, v.10, n.10, 2013.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade.** 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

MINAYO, M. C. S; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262,1993.

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

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária.** Resolução nº 4, de 15 de julho de 2009. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2013.

MOREIRA, M.A; SOUZA, H.S. Vivências de mulheres aprisionadas acerca das ações de saúde prestadas no sistema penitenciário. **O Mundo da Saúde,** São Paulo - 2014;38(2):219-227.

NICOLAU, A. I. O. et al. **Retrato da realidade socioeconômica e sexual de mulheres presidiárias.** Acta paulista de enfermagem. v.25, n.3,2012.

NICOLAU AIO, PINHEIRO AKB. Condicionantes sociodemográficos e sexuais do conhecimento, atitude e prática de presidiárias quanto ao uso de preservativos. **Texto Contexto Enferm,** 2012; 21(3): 581-90

NOUR, GFA et al., Ação educativa de promoção da saúde mental na cadeia pública de Sobral (CE). **Rev. Sanare.** [internet]. 2015. [[acesso em: 20 mai. 2017];]; 14(02):84-90.
Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/830/501>.

OLIVEIRA, R. N. **Mulheres, saúde reprodutiva e prisão: um estudo da maternidade em uma perspectiva feminista na Penitenciária Feminina do Distrito**

Federal. Brasília, 2014. Originalmente apresentado como monografia de graduação, Universidade de Brasília, 2014.

PRODANOV, Cleber Cristiano. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico.** 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RAMOS, L. de S. **O reflexo da criminalização das mulheres delinquentes pela ausência de políticas públicas de gênero.** Em questão: os direitos sexuais e reprodutivos, publicado no XIX Encontro do Conselho Nacional de Pesquisa em Direito – CONPEDI, em junho de 2010.

RAMOS, L. de S. **Direitos sexuais e reprodutivos no cárcere em dois atos: maternidade e visita íntima.** Brasília, 2011.

RAMOS, Pe. Almir José de (Org.). **Saúde da mulher presa.** Pastoral Carcerária. 12 de nov. 2015. Disponível em: Acesso em: 09 mai. 2018

RIBEIRO S.G.; LESSA P.R.A.; MONTE A.S.; BERNARDO E.B.R.; NICOLAU A.I.O; AQUINO P.S.; et al. **Perfil Gineco-Obstétrico de Mulheres Encarceradas no Estado do Ceará.** Texto Contexto Enferm. v.22,n.1, p.13-21,2013.

ROCHA, L. C. D. et al. **Percepção das mulheres encarceradas em penitenciária em relação á atenção a saúde da mulher.** Revista Eletrônica Gestão e Saúde, v.5, n.1,2014. Disponível em: <http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/viewFile/729/pdf>. Acesso em: 01 nov. 2017.

SANTOS, J. H. P.; SANTOS, I. P. **Prisões: um aporte sobre a origem do encarceramento feminino no Brasil.** v.5, n.1, p. 387-4012014.

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

STRAZZA, L. et al. **Estudo de comportamento associado a infecção pelo HIV e HCV em detentas de um presídio de São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública. v.23, n.1,2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

FORMULÁRIO

1 IDADE: _____

2 NIVEL DE ESCOLARIDADE:

 Nunca frequentou escola Fund. Incompleto Fund. Completo Ensino Médio Incompleto Ensino Médio Completo Superior Incompleto Superior Completo Qual Curso: _____ Curso Técnico Qual Curso: _____

3 Tempo de prisão cumprido: _____

4 Tempo de prisão total da pena: _____

5 Tipo de regime

 Semiaberto Fechado6 Estado Civil: Solteiro (a) Casado (a) Viúvo (a) Divorciado(a)7 Filhos: Sim Não Quantos: _____

8 Já adquiriu algumas dessas doenças:

 Tuberculose Hepatite Hanseníase DST's

Outras doenças de pele: _____

Outras doenças em geral: _____

9 Qual a sua avaliação em relação à prevenção e cuidado da saúde dentro da prisão:

 Péssimo Ruim Médio Bom Ótimo Excelente

10 Tipos de atendimento(s) prestado(s) durante o período carcerário:

 Vacinas Teste de HIV Exames ginecológicos Odontológicos Exame pré-natal Controle de prevenção de doenças Saúde Mental

Outros: _____

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Como você percebe as suas condições de saúde no sistema penitenciário?
2. Quais as principais dificuldades enfrentadas para garantir o seu direito a saúde?

APÊNDICE C – termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezadas,

Eu, **Prof.^a Ms Rúbia Mara Maia Feitosa** do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Nova Esperança de Mossoró - FACENE, orientando o aluno, **Tiago José de Oliveira Morais**, estamos desenvolvendo uma pesquisa com o título **“Percepção Das Mulheres Privadas De Liberdade Acerca Das Condições De Saúde”**.

A pesquisa tem como objetivo geral avaliar as condições de saúde das mulheres privadas de Mossoró/RN. E como objetivos específicos caracterizar o perfil sociodemográfico e penal da população carcerária feminina; perceber as principais doenças e necessidades de saúde das mulheres privadas de liberdade em Mossoró e, por fim, identificar as principais dificuldades enfrentadas pelas mulheres a fim de exercerem o direito da saúde no âmbito prisional.

As mulheres que responderem o instrumento de coleta de dados estarão expostas a riscos, tais como: sentimento de invasão de privacidade, medo que suas respostas sejam expostas ao público, além de sentirem-se julgados em relação ao conteúdo abordado, mesmo este tendo um caráter subjetivo. Porém, estes riscos serão minimizados por meio do sigilo quanto à identificação das mulheres participantes da pesquisa. Vocês terão o direito em desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que sofram nenhum dano ou prejuízo em relação a sua desistência. Esta pesquisa trará benefícios às mulheres privadas de liberdade na medida em que permitirá a direção local do sistema penitenciário (re)avaliação suas condições de saúde. Além disso, os dados coletados possibilitarão a gestão municipal elaborar novas estratégias para intervir sobre o processo saúde-doença das mulheres privadas de liberdade.

Mais um vez ressaltamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação.

O pesquisador estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Diante do exposto, agradecemos a contribuição da senhora na realização desta pesquisa.

Desta forma, convidamos você para participar do estudo.

Eu, _____, declaro que entendi o(s) objetivo(s), e a justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que o pesquisador me informou que o projeto só começará quando da sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pelo pesquisador responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador responsável.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Declaro que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, aceito participar voluntariamente do presente Protocolo de Pesquisa



Assinatura do informante

Mossoró-RN, ____/____/ 2018

Rúbia Mara Maia Feitosa
Pesquisador responsável

Participante da Pesquisa

¹ Endereço de trabalho do(a) pesquisador(a) responsável: Av. Av. Presidente Dutra, 701, Alto de São Manoel – Mossoró/RN.

² Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa Paraíba – Brasil CEP.: 58.067-695 - Fone : +55 (83) 2106-4790. E-mail: cep@facene.com.br

APÊNDICE C- Termo de responsabilidade do pesquisador


TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Declaro que conheço e cumprirei as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012 e suas Complementares em todas as fases da pesquisa Intitulada **percepção das mulheres privadas de liberdade acerca das condições de saúde**

Comprometo-me submeter o protocolo à PLATBR, devidamente instruído ao CEP, aguardando o pronunciamento deste, antes de iniciar a pesquisa, a utilizar os dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e que os resultados desta investigação serão tornados públicos tão logo sejam consistentes, sendo estes favoráveis ou não, e que será enviado o relatório final pela PLATBR, Via Notificação ao Comitê de Ética em Pesquisa FACENE/FAMENE até 30 de junho de 2018, como previsto no cronograma de execução. Em caso de alteração do conteúdo do projeto (número de sujeitos de pesquisa, objetivos, título, etc.) comprometo comunicar o ocorrido em tempo real, através da PLABR, via Emenda.

Declaro encaminhar os resultados da pesquisa para publicação com os devidos créditos aos pesquisadores associados integrante do projeto, como também, os resultados do estudo serão divulgados para a equipe da Penitenciária Agrícola Mário Negócio, localizada no município de Mossoró/RN, onde os dados foram obtidos, como preconiza a Resolução 466/2012 MS/CNS e a Norma Operacional N° 001/2013 MS/CNS. Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida Resolução

Mossoró, ___ / ___ / 2018



Pesquisadora Responsável