



Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Centro de Ciências da Saúde

Colegiado de Enfermagem

POR TRÁS DAS GRADES:

**Situação de vida e saúde de mulheres presidiárias em um
Conjunto Penal da Bahia**

CAMILLA DE ALCÂNTARA LIMA

SANTO ANTÔNIO DE JESUS – BA

2015

CAMILLA DE ALCÂNTARA LIMA

POR TRÁS DAS GRADES:

**Situação de vida e saúde de mulheres presidiárias em um
Conjunto Penal da Bahia**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB, Centro de Ciências da Saúde, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Msc. Ariane Cedraz
Morais

SANTO ANTÔNIO DE JESUS – BA

2015

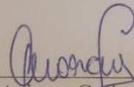
CAMILLA DE ALCÂNTARA LIMA

POR TRÁS DAS GRADES: Situação de vida e saúde de mulheres presidiárias em um Conjunto Penal da Bahia

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem ao Curso de Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Aprovado em 14 de maio de 2015.

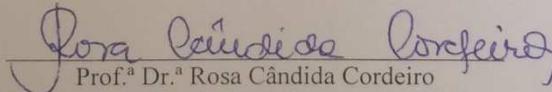
BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Msc Ariane Cedraz Morais

Orientadora – Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Bahia, Brasil.

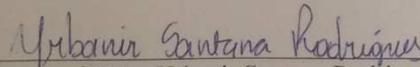
Professora Assistente do CCS - Universidade Federal do Recôncavo da Bahia



Prof.ª Dr.ª Rosa Cândida Cordeiro

Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Bahia, Brasil.

Professora Adjunta do CCS - Universidade Federal do Recôncavo da Bahia



Prof.ª Msc Urbanir Santana Rodrigues

Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Bahia, Brasil.

Professora Assistente do CCS - Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Dedico este trabalho às mulheres do Conjunto Penal de Feira de Santana. Muito obrigada pelo tempo que a mim dedicaram, pela confiança, pelas histórias marcadas pelo sofrimento e lutas. Por vezes segurei as minhas lágrimas enquanto as suas rolavam pela face cansada. Que mundo eu descobri a partir das suas histórias, quantos aprendizados, vocês mudaram o meu olhar. Com vocês percebi que apesar da dor sempre existe a força para tentar um recomeço.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu Deus, ao meu Pai querido, meu amigo e consolador de todas as horas! Quantas vezes senti o teu cuidado, tua proteção e a alegria que somente encontro em Tua presença! Tudo aqui tem a Tua permissão, muito obrigada pelos lugares em que passei e por tudo que vivi até aqui. Esta é mais uma conquista que o Senhor me presenteou! Nada teria sentido algum sem Ti, meu Pai!

Aos meus pais, José Alberto e Maria Jucileide, como eu os amo! Dedico esta vitória a vocês também! Sei como sofreram e se alegraram junto comigo nesta caminhada. Aqui estou eu vencendo mais uma etapa, quero que se orgulhem, pois, o reflexo desta vitória nada mais é que vocês dois, as suas orações, os seus sacrifícios, as oportunidades e os incentivos que me deram. Hoje retribuo tudo que confiaram a mim! Muitas outras vitórias virão e quero tê-los sempre compartilhando destas alegrias comigo!

Aos meus irmãos, Danillo e Beatriz, muito obrigada pela presença de vocês em minha vida! A Danillo pelo companheirismo, cuidado e pelas orações. À Bê, agradeço-te por sua torcida mais que alegre por mim, por seus abraços inocentes de consolo quando por vezes me via cansada e querendo desistir.

À família Alcântara, em especial Vovô Antônio e Vovó Zuleide, meus tesouros. Muito obrigada pelas orações incansáveis, tenho certeza que em muitos momentos meus fardos foram aliviados durante as suas orações por mim! A Tia Kêu, minha amiga, obrigada pela ter sua alegria em minha vida, por me incentivar e acreditar em mim, a caminhada foi mais fácil por você estar presente nela, me entusiasmando em todo tempo! Ana Clara, como é bom ser sua mãe número 04, seu carinho e cuidado comigo foram indispensáveis, cuidarei das crianças do mesmo jeito que aprendi cuidando de você, lembrando sempre da sua doçura e inocência. Tio Elias, muito obrigada pelo seu apoio, incentivo e preocupação, essa vitória também é sua! Esse agradecimento se estende a sua família, Sandra e Brenda, obrigada por tudo! A Tio Eli agradeço muito por sua amizade em minha vida! A Tio Agnaldo, muito obrigada pelo apoio!

À família Lima, em especial Vovó Antonieta, obrigada pelo cuidado, sempre reconhecendo meus esforços e me incentivando a continuar! Vovó Beto, não mais presente entre nós, mas quero que saibam o quanto ele me incentivou. Sei do seu carinho, cuidado e quanto se orgulhava de mim! Aos meus tios Aline, Rita, Ney e Carlos, obrigada pelo carinho, estímulo e compreensão pelos momentos em que não pude estar presente. Amo vocês! Aos

meus primos Victória, Junior, Gabriel e Pedro agradeço pelos momentos, pela amizade e incentivo de todos.

À minha orientadora, Ariane Cedraz, além de professora, amiga! Pró, meu profundo obrigada, eu não poderia ter feito escolha melhor! Obrigada pelo incentivo, por acreditar em mim até nas muitas vezes que nem eu mesma acreditava! A cada orientação eu saía mais confiante pela sua calma, pelas palavras que tudo daria certo e quando as coisas se descomplicavam bem ali na minha frente. Obrigada pela sua tranquilidade, pela sua paciência comigo, eu não fui uma orientanda fácil! Espero trabalhar muito ainda com a senhora! Estendo meu agradecimento a sua família, Antônio e Augusto, acolheram-me sempre com carinho e atenção, cederam-me o tempo que seria deles, obrigada pela compreensão!

“Em todo tempo ama o amigo e na hora da angústia nasce um irmão” Á Rosana, obrigada por essa amizade que por tantas vezes me alegrou, tranquilizou e apoiou! Obrigada por estar presente em minha vida, dividindo e participando dos melhores momentos! Agradeço profundamente pela sua paciência comigo, só você Tiri me entendeu por todo esse tempo! Agradeço-te por tudo!

À Suelen, obrigada pela amizade, parceria, cumplicidade e alegria constante! Agradeço por existir!

Às minhas amigas, Renata, Mariana, Géssica Orrico, obrigada pelo companheirismo de sempre. Nossa amizade fez com que a caminhada se tornasse mais leve e feliz!

À Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, em nome da Professora Urbanir Santana Rodrigues, coordenadora do curso de Enfermagem.

Aos colegas de turma, cada um com seu jeito especial me apoiou, agradeço pelos momentos que vivemos. Um obrigada especial a Vinícius.

Ao Conjunto Penal de Feira de Santana, em nome do diretor Clériston dos Santos Leite, por reconhecer a importância da pesquisa, pela liberdade e acolhimento.

À Enfermeira Monalisa Cerqueira, pelo acolhimento e por acreditar em nosso projeto.

A toda equipe de saúde e de segurança do Conjunto Penal, por estar sempre à disposição, pela atenção e cuidado de sempre!

Às mulheres do Conjunto Penal de Feira de Santana, pela disponibilidade, compreensão e confiança.

*Um dia eu vi
Uma mulher chorando pelo jardim
Perdeu a inocência
Seus erros e seus fracassos
Foram ali paralisados
Não sabia sorrir*

*Eu vi
Uma mulher ferida numa prisão
Os medos lhe atormentavam
As mágoas do seu passado
Paralisaram seus sonhos
Deformaram a visão*

*Um dia eu vi
Quando a luz brilhou na escuridão
As cadeias caíram
Os inimigos fugiram
E agora eu vejo
Olho pra ela e vejo*

*Uma filha
Amada do pai
A menina
Dos olhos de Deus
Obra-prima
Das suas mãos
Escolhida
Nesta geração*

*Eu vejo a alma curada
Guerreira, ousada
Mulher virtuosa
Vitoriosa*

Diante do Trono.

LIMA, Camilla de Alcantara. POR TRÁS DAS GRADES: Situação de vida e saúde de mulheres presidiárias em um Conjunto Penal da Bahia. Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências da Saúde, Santo Antônio de Jesus, 2015.

RESUMO

Historicamente, o sistema prisional foi marcado por suas condições desumanas, por suas regras punitivas, por situações de maus tratos, inexistência de políticas públicas específicas e violação dos direitos humanos. Às mulheres presidiárias, coube não somente as situações acima mencionadas, mas também a desconfiguração feminina de maternidade, de docilidade, associada à imagem de transgressora e “criminosa”. Com o aumento do número de mulheres no sistema presidiário, estimulou-se a discussão e criação de políticas públicas para este grupo específico, qual seja, a população carcerária bem como também trouxe a tona as discussões de gênero a este grupo. Assim este estudo tem como objetivo principal descrever as condições de vida e saúde das mulheres presidiárias do conjunto penal em Feira de Santana, como também descrever o perfil sócio demográfico e econômico das mulheres presidiárias; descrever o perfil gineco-obstétrico destas mulheres; descrever hábitos de vida e de saúde, como tabagismo, alcoolismo, prática de atividade física e uso de drogas lícitas e ilícitas. O estudo é epidemiológico, de cunho quantitativo descritivo, de corte transversal na qual foi utilizado de um questionário fechado, com questões de múltipla escolha de fácil resposta, na qual a entrevistada pôde responder sozinha ou com a presença da pesquisadora. O campo escolhido para realizar o estudo foi o Conjunto Penal do município de Feira de Santana, no Estado da Bahia – Brasil, e a população de estudo foi composta por 102 internas. Como critério de inclusão adotamos: serem mulheres acima de dezoito anos (18 anos), que aceitem participar voluntariamente da pesquisa e concordem em assinar o TCLE e os critérios de exclusão: ser menor de idade, ser portadora de alguma doença psiquiátrica, surdez e/ou mudez, não aceitar assinar o TCLE, estiver ausente do presídio no momento da pesquisa por quaisquer motivos. A pesquisa atendeu em todas as suas etapas de realização a resolução 466/2012; a coleta de dados somente foi realizada após aprovação do CEP/UFRB, e mediante assinatura do TCLE pelas entrevistadas. Entende-se que esta pesquisa traz um benefício direto à população estudada, ainda que estejam privadas de liberdade, pois teve como proposta analisar as condições de vida e saúde a que elas possam estar submetidas e discutir isso, posteriormente, à luz dos direitos humanos e da justiça. Para a análise dos dados utilizamos banco de dados estatístico, o *SPSS – Statistical Package for Social Sciences* versão 21.0, permitindo a análise das variáveis de interesse, bem como estudo de associação. O estudo evidencia que as mulheres em situação de prisão no Conjunto Penal de Feira de Santana são essencialmente jovens, negras, com baixa escolaridade, ganhavam até 01 salário mínimo, boa parte dona de casa. Os dados demonstram uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas, início de vida sexual precoce, com altas taxas de aborto, gestações, revelando, assim, situação de vulnerabilidade sexual. Em relação ao histórico de saúde, a pesquisa revela alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica, gastrite, sobrepeso, além de problemas ginecológicos. Sobre queixas de saúde, o estudo sinaliza para demandas tanto físicas quanto psicológicas, como tristeza, dor de cabeça, falta de apetite e choro frequente. Por fim, o estudo demonstra as condições precárias em que as mulheres estão submetidas, fazendo com que a sociedade e o sistema prisional repensem sobre a situação de vulnerabilidade a qual se encontram. Entende-se que esta pesquisa traz um benefício direto à população estudada, ainda que estejam privadas de liberdade, pois teve como proposta analisar as condições de vida e saúde a que elas possam estar submetidas e discutir isso, posteriormente, à luz dos direitos humanos e da justiça.

Palavra-chave: Saúde da Mulher; Presídio; Mulher; Condições de Vida.

LIMA, Camilla de Alcantara. BEHIND BARS: life situation and health of female prisoners in a Joint Criminal Bahia. Working Nursing Course Conclusion. Reconcavo Federal University of Bahia, Health Science Center, San Antonio de Jesus, 2015.

ABSTRACT

Historically, the prison system was marked by its inhumane conditions, for its punitive rules in situations of abuse, lack of specific public policies and human rights violations. The female prisoners, fit not only the above mentioned situations, but also the mangling female maternity, docility, associated with the image of transgressive and "criminal". With the increasing number of women in the prison system, it stimulated the discussion and creation of public policies for this specific group, namely, the prison population and also brought up gender discussions this group. So this study aims to describe the living conditions and health of female prisoners of criminal set in Feira de Santana, as well as describe the socio-demographic and economic profile of female prisoners; describe the gynecological and obstetric profile of these women; describe the life and health habits such as smoking, alcohol, physical activity and use of legal and illegal drugs. The study is epidemiological, descriptive quantitative nature and cross-sectional in which we used a closed questionnaire with multiple choice questions easy to answer, in which the respondent can answer alone or with the presence of the researcher. The chosen field to conduct the study was the Criminal Set in the city of Feira de Santana, State of Bahia - Brazil, and the study population consisted of 102 built. As inclusion criteria adopted: we are women over eighteen (18 years) who accept participate voluntarily in the research and agree to sign the informed consent and the exclusion criteria: being a minor, be the bearer of any psychiatric illness, deafness and / or silence, not accepting their informed consent, are out of the prison at the time of the study for any reason. Research met in all its performing steps the resolution 466/2012; the data collection was performed only after approval of the CEP / UFRB, and by signing the informed consent by the interviewees. It is understood that this research brings a direct benefit to the participants even if they are deprived of their liberty, as had proposed to analyze the conditions of life and health that they may be subject and discuss it later in the light of human rights and justice. For data analysis we used statistical database, SPSS - Statistical Package for Social Sciences version 21.0, enabling the analysis of the variables of interest, as well as association study. The study shows that women in prison situation Feira de Santana Criminal Set are mostly young, black, poorly educated, earned up to 01 minimum wages, most housewife. The data showed abuse of legal and illegal drugs, beginning early sexual life, with high abortion rates, pregnancies, children revealing thus sexual vulnerability. Regarding the health history, the survey reveals high prevalence of hypertension, gastritis, overweight, as well as gynecological problems. About health complaints, the study signals demands both physical and psychological, such as sadness, headache, lack of appetite and frequent crying. Finally, the study demonstrates the precarious conditions in which they find themselves. It is understood that this research brings a direct benefit to the participants even if they are deprived of their liberty, as had proposed to analyze the conditions of life and health that may be subject and discuss it later in the of human rights and justice.

Keyword: Women's Health; Prison; Women; Living conditions.

Lista de gráficos

Gráfico 01- Motivo da prisão das mulheres presidiárias do Conjunto Penal de Feira de Santana- Bahia, Brasil. 2015	38
Gráfico 02- Tempo de permanência no Presídio das mulheres presidiárias do Conjunto Penal de Feira de Santana- Bahia, Brasil. 2015	40
Gráfico 03- Condições de moradia, segundo arranjo familiar das mulheres presidiárias do Conjunto Penal de Feira de Santana- Bahia, Brasil. 2015	45
Gráfico 04- Condições de moradia, segundo número de pessoas residentes no lar das mulheres presidiárias do Conjunto Penal de Feira de Santana- Bahia, Brasil. 2015	46
Gráfico 05- Tempo de Convívio com companheiro (a) das mulheres presidiárias do Conjunto Penal de Feira de Santana- Bahia, Brasil. 2015	47
Gráfico 06- Tipo de droga utilizada anteriormente pelas mulheres presidiárias do Conjunto penal de Feira de Santana – Bahia, Brasil. 2015	50
Gráfico 07- História de Saúde das mulheres presidiárias do Conjunto Penal de Feira de Santana- Bahia, Brasil. 2015	51

Lista de tabelas

Tabela 01- Aspectos sociodemográficos das mulheres presidiárias do Conjunto Penal de Feira de Santana – Bahia, Brasil, 2015.	35
Tabela 02- Cidade de origem das mulheres presidiárias do Conjunto Penal de Feira de Santana – Bahia, Brasil. 2015	41
Tabela 03- Aspectos Socioeconômicos das mulheres presidiárias do Conjunto Penal de Feira de Santana – Bahia, Brasil. 2015	43
Tabela 04- Hábitos de vida das mulheres presidiárias do Conjunto Penal de Feira de Santana- Bahia, Brasil. 2015	48
Tabela 05- Queixas de Saúde das mulheres presidiárias do Conjunto Penal de Feira de Santana- Bahia, Brasil. 2015	53
Tabela 06- História Ginecológica das mulheres presidiárias do Conjunto Penal de Feira de Santana- Bahia, Brasil. 2015	55
Tabela 07- História Obstétrica das mulheres presidiárias do Conjunto Penal de Feira de Santana- Bahia, Brasil. 2015	57

Lista de siglas

UFRB	Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
TMC	Transtorno Mental Comum
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
SEAP	Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização
LEP	Lei de Execução Penal
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CNPCP	Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
SUS	Sistema Único de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
MS	Ministério da Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
SENAI	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
DM	Diabetes Mellitus
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 Justiça e Direito	17
2.2 Perfil das Mulheres Presidiárias	18
2.3 Situação de Saúde das Mulheres Presidiárias	20
2.4 Condições de vida das Mulheres Presidiárias no cenário nacional	24
3. METODOLOGIA	26
3.1 Tipo de Estudo	26
3.2 Campo de Estudo	27
3.3 População de Estudo	29
3.4 Aspectos Éticos	29
3.5 Coleta de Dados	30
3.6 Análise dos Dados	33
4. RESULTADOS	34
4.1 Perfil Sociodemográfico das mulheres presidiárias do Conjunto Penal de Feira de Santana	34
4.2 Situação Prisional das mulheres presidiárias do Conjunto Penal de Feira de Santana	38
4.3 Cidade de Origem das mulheres presidiárias do Conjunto Penal de Feira de Santana	41
4.4 Perfil Socioeconômico das mulheres presidiárias do Conjunto Penal de Feira de Santana	42
4.5 Hábitos de vida das mulheres presidiárias do Conjunto Penal de Feira de Santana	48
4.6 Condições de saúde das mulheres presidiárias do Conjunto Penal de Feira de Santana	51
4.7 História Ginecológica e Obstétrica das mulheres presidiárias do Conjunto Penal de Feira de Santana	54
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS	62
APÊNDICE A	67
APÊNDICE B	70
APÊNDICE C	72
ANEXO A	80
ANEXO B	84

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, ao se fazer um levantamento bibliográfico sobre mulheres presidiárias, ainda são bastante escassas as produções literárias sobre a temática. Atribui-se a esse fato a dificuldade que se tem em romper com aquela figura tradicionalmente atribuída à mulher, que é de docilidade, de maternagem, de figura materna, em detrimento de uma figura transgressora, criminosa e, conseqüentemente, privada e liberdade.

Brasil (2008), ao produzir um relatório para traçar o perfil das mulheres presidiárias no cenário nacional, intitulado “Reorganização e Reformulação do Sistema Prisional Feminino” afirma que historicamente, no Brasil, a população carcerária ficou relegada ao confinamento, respaldado pela lógica de um sistema punitivo, no qual a solução para a criminalidade estava sempre calcada na construção de mais presídios, sem, no entanto, garantir condições dignas de atendimento e uma política de recuperação e reinserção social da pessoa encarcerada.

Brasil, ao fazer a análise histórica das prisões femininas, destaca

a vinculação do discurso moral e religioso nas formas de aprisionamento da mulher. O encarceramento feminino, norteado por uma visão moral, teve no ensino religioso a base para a criação de um estabelecimento prisional destinado às mulheres, denominado “reformatório especial”, eis que a criminalização mais freqüente era relacionada à prostituição, vadiagem e embriaguez (BRASIL, 2008, p. 15).

Predominava-se, portanto, a ideia dentro do presídio de ser possível transformar, “purificar” as mulheres carcerárias, vistas como “as criminosas”, para um processo de purificação; numa visão ainda limitada do gênero, de docilidade e feminilidade da mulher. A permanência desta mulher no presídio serviria, portanto, para “domesticá-la”.

Quando o público de mulheres infratoras começa a aumentar e, paralelo a isso, a situação do cárcere no Brasil começa a entrar em discussão, tendo em vista as condições miseráveis de alojamento, por suas regras punitivas, situações de destratamento, ausência de políticas públicas específicas e violação dos direitos humanos, essa temática ganha corpo no fórum dos direitos humanos e sociais, como também ganha destaque na discussão em torno das questões de gênero (papéis sociais destinados a homens e mulheres).

Somente após os anos 60, com a atuação do movimento feminista, estimula-se a discussão efetiva sobre os papéis sociais atribuídos aos homens e mulheres; concomitantemente, dá-se o ingresso da mulher no mercado de trabalho, a revolução

farmacêutica que possibilita a criação e uso de anticoncepcionais, a liberdade sexual feminina, a luta pró-aborto, a figura feminina ganhando destaque nas discussões e, com isso, a criação de políticas públicas para este grupo até então invisibilizado.

Como consequência destas discussões políticas acerca da mulher, seja no âmbito social, da saúde, da educação, trabalhista, a posição desigual desta mulher no direito penal também passa a ser objeto de estudo e de discussão, envolvendo militantes de diversas áreas numa tentativa de melhorar as condições de vida e de saúde das mulheres presidiárias, tentando fugir de uma organização eminentemente masculina e nos moldes patriarcalista, reproduzindo, em verdade, uma violência de gênero.

Neste contexto, nos reportamos ao conceito definido por Scliar (2007), acerca da saúde, onde o autor defende a ideia de que saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural, ou seja, saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Assim, entende-se que dependerá da época, do lugar, da classe social, de valores individuais, de concepções científicas, religiosas, filosóficas e, em especial, às condições de vulnerabilidade dos grupos populacionais.

Ao falar em grau de vulnerabilidade, entende-se aqui pela situação ou não de violência; e compreender que determinados grupos populacionais apresentam maior risco e/ou probabilidade de se exporem às situações de violência. Assim, diversos estudos afins trazem que por gênero, seriam as mulheres; por faixa etária, os extremos etários (crianças e idosos), por condições físicas, os deficientes; por condições sócio-demográficas, as pessoas de menor renda, de baixa escolaridade, os negros e alguns grupos populacionais específicos.

Dentre estes grupos populacionais específicos, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM, 2004), estão inclusas as mulheres negras, mulheres gestantes, mulheres do campo e da floresta, mulheres lésbicas, mulheres soropositivas, mulheres indígenas e as mulheres presidiárias.

Ao abordar este último grupo, qual seja, as mulheres presidiárias, percebe-se que as políticas específicas são ainda incipientes, uma vez que somente em 2001 as mulheres tiveram direito a visita íntima e em 2004 a aprovação do Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP, 2004). Além disso, as literaturas acerca do assunto ainda são escassas e a necessidade de se discutir questões inerentes a estes grupos é urgente.

Desta forma, César (1995), ao abordar as mulheres privadas de liberdade e ao analisar a relação entre condições de vida e saúde, neste contexto, afirma que os tradicionais processos de exclusão social dos quais mulheres, em geral são vítimas, se reproduzem também neste cenário. Tais processos tradicionais são, de regra, analisados à luz de dois

parâmetros básicos: o patriarcalismo - que enfatiza a desigualdade entre gêneros, e, portanto, a subordinação da mulher aos valores dominantes machistas e o capitalismo - que realça a situação de classe em que a mulher pobre configura-se como a principal determinante de sua situação de marginalização.

No Brasil, o Sistema Carcerário compõe-se de uma população feminina que representa 35 mil presidiárias, representando cerca de 7% dos presos no Brasil (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA 2010). Enquanto que o Estado da Bahia possui 709 mulheres presas, o que equivale a 5,11% da população carcerária estadual e 2,13% da população carcerária feminina nacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2011), no município de Feira de Santana, segundo a Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização (SEAP, 2014) concentra-se um total de 99 mulheres presas (quase 14% do total de presas no Estado da Bahia).

Assim, meu interesse em estudar essa população carcerária parte do pressuposto de que, ainda que estejam em privação de liberdade sob segurança da Lei, possam estar em condições de privação familiar, abandono, violência (de todas as formas), precarização da saúde, do bem estar e sofrendo algum tipo de humilhação, sendo que meu interesse principal é estudar as condições de saúde a que estão submetidas estas mulheres.

A aproximação com a temática ocorreu durante a graduação através da disciplina Saúde da Mulher, na qual pude perceber as relações de vulnerabilidade, gênero e poder, onde a mulher está inserida, discutindo também as questões de violência, de empoderamento e grupos de risco específico, no qual um deles é o grupo de mulheres em situação prisional. Inquieta-me, ainda, conhecer as condições de vida, saber os mecanismos de enfrentamento, empoderamento feminino e discussão sob enfoque judicial.

Assim, diante do exposto, surge como **questão norteadora do estudo**: Quais as condições de vida e saúde das mulheres presidiárias do conjunto penal em Feira de Santana?

Portanto, o **objetivo principal** deste estudo é descrever as condições de vida e saúde das mulheres presidiárias do conjunto penal em Feira de Santana.

Além deste, o estudo tem outros **objetivos específicos** que são:

- Descrever o perfil sócio-demográfico e econômico das mulheres presidiárias;
- Descrever o perfil gineco-obstétrico destas mulheres (menarca, história de vida sexual, passado obstétrico, partos, gestações, abortos);
- Descrever hábitos de vida e de saúde, como tabagismo, alcoolismo, prática de atividade física, uso de drogas lícitas e ilícitas;

Pretende-se que esta pesquisa vá além da proposta eminentemente acadêmica e consiga devolver aos sujeitos envolvidos uma resposta dos objetivos aqui acima mencionados como exercício pleno de garantia dos Direitos Humanos; que essa discussão atinja a sociedade no sentido de se (re)pensar as condições em que vivem as mulheres em situação de prisão.

Diante da escassez de produções literárias ou de produções científicas do gênero, que esse se constitua em uma produção de referência para a temática em questão; além disto, promover discussão sobre este grupo no âmbito acadêmico bem como produção de artigo, periódicos, trabalhos científicos e/ou acadêmicos priorizando este grupo até então marginalizado.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 JUSTIÇA E DIREITOS

De acordo com a Constituição Federal de 1988, a nossa Lei Maior diz que homens e mulheres são iguais perante a lei, e que todos devem ser tratados da mesma forma. O tratamento igual de todas as pessoas só é possível se forem respeitadas as desigualdades que há entre elas. Embora a mulher tenha sido presa, ela continua a ser cidadã e como tal deve ser tratada, não sofrendo preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade, língua, opinião política e outros.

A Constituição Federal determina que o Estado garanta para todas as pessoas que não podem pagar o amplo acesso à justiça por meio da Defensoria Pública. De acordo com a Constituição, é papel dos Defensores Públicos dar orientação jurídica e defender os necessitados em todas as fases judiciais, nas diferentes áreas do Direito.

E ao abordar a Lei, o Sistema Carcerário Brasileiro é regulamentado pela Lei de Execuções Penais – LEP, esta determina como deve ser executada e cumprida a pena de privação de liberdade e restrição de direitos. Ainda contempla os conceitos tradicionais da justa reparação, satisfação pelo crime que foi praticado, o caráter social preventivo da pena e a ideia da reabilitação. Assim, dotando os agentes públicos de elementos para a individualização da execução da pena, aponta deveres e direitos da população carcerária (OLIVEIRA et al 2009).

A Lei garante que a mulher em situação de prisão tenha o direito a não sofrer violência física ou moral, de não ser submetida à tortura nem a tratamento desumano ou cruel. A mesma tem direito à liberdade de consciência e de crença e exercer livremente o culto a qualquer religião, tem direito a cumprir a pena em estabelecimento distinto daquele destinado aos homens, e a segurança interna das penitenciárias femininas somente pode ser realizada por agentes do sexo feminino. Dentro desse ambiente a mulher tem o direito de receber sempre que necessite roupas, cobertas, alimentação adequada, material de higiene e limpeza, além de produtos de uso pessoal, suficientes para que não seja posta em risco sua saúde e integridade física ou moral. Ao mesmo tempo em que tem o direito à assistência à saúde, respeitadas as peculiaridades da sua condição feminina. A mulher ainda tem o direito à

educação formal e não formal (acesso a livros, incentivo à leitura, cursos profissionalizantes, etc) (CARTILHA DA MULHER PRESA, 2012).

Em relação à maternidade, a Cartilha da Mulher Presa (2012) traz que, a guarda dos filhos desta mulher em situação de prisão somente é suspensa até o julgamento definitivo da causa, ou então, se a mesma for condenada por sentença da qual não caiba mais recurso por crime cuja pena seja superior a dois anos de prisão. Nesse caso, a guarda do filho menor ficará com o marido, parentes ou com amigos da família. Cumprida a pena e não havendo decisão judicial em sentido contrário a mãe voltará a ter a guarda e o poder familiar que haviam sido suspensos em razão da condenação. A Constituição Federal assegura, em seu art. 5º, inciso L, que o filho recém-nascido permaneça ao lado da mãe durante o período de amamentação.

2.2 O PERFIL DAS MULHERES PRESIDÁRIAS

A população atual de mulheres presas no Brasil é de 34.807, ou 7,4% do total de presos no Brasil. As mulheres são somente 7% da população prisional, porém são 13% das pessoas presas em unidades da polícia, o que geralmente corresponde a um risco maior de tortura, menos acesso à assistência médica, condições ruins e insalubres de vivência e absoluta falta de recursos para limpeza e higiene pessoal (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2010).

De acordo com a CPI (Comissão Parlamentar de Inquérito) do Sistema Carcerário (2009), há no Brasil, 508 estabelecimentos penais com mulheres, dos quais 58 exclusivamente femininos e 450 para ambos os sexos. Nos mistos, há pavilhões e celas adaptados, porém, nada que signifique real diferença nas instalações destinadas aos homens, o que revela, na prática, que as políticas de execução penal simplesmente ignoram a questão de gênero. Apenas 27,45% dos estabelecimentos têm estrutura específica para gestantes, 19,61% contam com berçários e somente 16,13% mantêm creches. Não obstante, há crianças recém-nascidas na maioria dos presídios do País, muitas delas vivendo em condições subumanas.

Um dos piores sofrimentos da mulher encarcerada é a solidão. Enquanto 86% dos presos homens recebe visitas da família, apenas 37,94% das presas recebem visitas sociais (CPI do Sistema Carcerário, 2009).

Este é um retrato que deve ser comum no cenário nacional, onde a mulher presa, por muitas vezes envolvida com o seu parceiro no tráfico, este deixa de visita-las após a situação de prisão. Além do abandono do companheiro, outro fator determinante para a solidão é o afastamento dos filhos, que por vezes não têm condições de visita-la regularmente, seja pela

condição econômica, geográfica (dificuldade de acesso) ou pela própria mobilidade deste filho, se for menor de idade, em não ter o adulto para acompanhá-lo.

No que se refere ao perfil desta mulher presa no Brasil temos jovens, mães solteiras, afrodescendentes, na maioria das vezes condenada por envolvimento com tráfico de drogas e antes de serem presas essas mulheres moravam com seus filhos. Estes filhos, após o encarceramento de suas mães, passam a ser criados sob a tutela, na maioria das vezes, por seus avós maternos. Com o passar do tempo na prisão, poucas dessas mulheres recebem visitas dos seus companheiros; essa situação torna-se cada vez mais complicada visto que a visita íntima apesar de ser uma premissa da lei, porém, existe ainda muita dificuldade na garantia deste direito, situação esta muito diferente aos dos homens presidiários, que têm garantido a visita íntima, sugerindo que, de fato, a dificuldade não seja operacional, mas sim uma questão de gênero (BRASIL, 2008).

As mulheres têm direito à visita íntima ao menos uma vez por mês, pois a privação de liberdade não pode ter como consequência a restrição da sexualidade (artigo 41, inciso X, da LEP e Resolução nº1/ 1999 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária - CNPCP). Devido a esta obrigatoriedade a administração da penitenciária deve preparar local reservado para a realização de visita íntima preservando este momento da mulher bem como fornecer materiais, como o preservativo, e orientações sobre métodos anticoncepcionais e as DST's (Doenças Sexualmente Transmissíveis).

Só a partir de 2001, é que foi assegurado à mulher presa o direito à visita íntima do companheiro, mas essa população feminina enfrenta ainda sérias dificuldades no que diz respeito à garantia desse direito. Quanto às visitas íntimas de pessoas do mesmo sexo, não há direito assegurado dentro do sistema prisional.

Essas informações também são evidenciadas pelo PNAISM (2004), quando mostra um número alto de mulheres não receberem visita (36,3%), especialmente se comparado com os homens (29,2%). A mulher, ao contrário do homem, é frequentemente abandonada pelo companheiro, sendo 17,9% as que costumam serem visitadas por eles (65,2% dos homens recebem visitas de suas companheiras).

O apoio maior às mulheres vem dos filhos (47,7% – mais que o dobro do universo masculino) e da mãe (47,1%).

Muitos estados brasileiros possuem somente uma ou duas unidades femininas implicando um distanciamento geográfico maior entre as mulheres presas e suas famílias, acarretando no desconhecimento do estado de saúde delas pelos seus familiares, do

andamento do seu processo e, fundamentalmente, a perda de contato com os filhos. (PASTORAL CARCERÁRIA DO BRASIL, 2012)

Assim é possível constatar de acordo com Brasil (2008), que a presa prefere permanecer em presídio com infraestrutura precária e estar ao mesmo tempo próximo ao local de moradia de sua família ao invés de ser transferida para um presídio com melhores condições, porém vivendo distantes de seus familiares, principalmente mães e filhos.

Segundo Nicolau e Pinheiro (2012)

o perfil sociodemográfico das presidiárias é o retrato de muitos jovens brasileiros que vivem em situações de desestruturação familiar, social e econômica. As fragilidades das políticas públicas na garantia de uma educação de qualidade, moradia, lazer, saneamento básico, alimentação, qualificação profissional e oferta de trabalho dificultam o alcance da qualidade de vida e a ascensão digna de muitas pessoas na sociedade. As vulnerabilidades próprias da juventude articuladas a uma vida que não vislumbra um futuro promissor ainda são catalisadores da criminalidade no País. (Nicolau e Pinheiro, 2012; p. 589)

2.3 SITUAÇÃO DE SAÚDE DAS MULHERES PRESIDARIAS

Concebe-se hoje a saúde como fenômeno multidimensional, que envolve de modo interdependente os aspectos físicos, biológicos, psicológicos, sociais e compreende que a doença é fortemente influenciada pelo contexto cultural, social e emocional em que acontece. Os determinantes sociais da saúde, condições econômicas e sociais em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem configuram a situação de saúde. Ao se pensar sobre saúde no âmbito prisional cabe ao Estado realizar ações coordenadas e coerentes entre si para preservar o ambiente e a própria saúde desta mulher (PROJETO MULHER PRESA 2008/2013).

Segundo o Ministério da Saúde (2004), a grave situação em que se encontram as pessoas privadas de liberdade, refletida, dentre outros fatores, nas práticas de violência, na precariedade de espaço físico e na carência do atendimento à saúde, é uma realidade que não se pode negar. Embora existam inúmeros tratados internacionais que definem normas e orientações para uma melhor implementação das unidades penitenciárias de todo o mundo, observa-se que estas não vêm sendo seguidas.

Sabendo que as condições de confinamento em que se encontram as pessoas privadas de liberdade são determinantes para o bem-estar físico e psíquico, e quando recolhidas aos estabelecimentos prisionais, as pessoas trazem problemas de saúde, vícios, bem como transtornos mentais, que são gradualmente agravados pela precariedade das condições de

moradia, alimentação e saúde das unidades prisionais, se percebe a necessidade de reforçar que, independente da transgressão cometida, as pessoas presas continuam a manter absolutamente todos os direitos fundamentais que são garantidos à todas as pessoas humanas, direitos esses inerentes à sua cidadania.

Por isso o aumento progressivo de mulheres encarceradas e egressas exige o incremento de políticas públicas voltadas ao cuidado, tendo em vista que o confinamento proporciona a essas mulheres ou até agrava muitas doenças, é de grande importância que elas tenham um acesso prioritário e garantido ao serviço de saúde (BRASIL, 2008).

Toda mulher em situação de prisão tem direito à saúde e deve ser garantido no estabelecimento prisional atendimento de equipe de saúde composta por médico ginecológico, dentista, enfermeiro, psicólogo e assistente social. Também deve haver nos presídios enfermarias com medicamentos para todas, inclusive medicamentos para crise de abstinência, destinados às presas usuárias de drogas. Todas essas mulheres devem ser incluídas no programa estadual de prevenção do câncer de mama e de colo de útero e devem ser encaminhadas regularmente para fazer exames laboratoriais (papanicolau, HIV, HPV, etc.), de acordo com as políticas de saúde definidas pelo SUS (Sistema Único de Saúde).

Assim, de acordo com Nicolau e Pinheiro (2012), a vida sob cárcere possui características singulares: a população privada de liberdade tende a necessitar de maior atenção à saúde, visto que possui maiores riscos no processo de adoecimento. Desta maneira deve-se ressaltar a grande importância do tratamento atento, acolhedor e livre de preconceitos a ser prestado por todos os/as profissionais envolvidos/as no atendimento às necessidades de recuperação da saúde da mulher em situação de privação de liberdade.

Segundo a PNAISM, (2004), grande parte da população presidiária compreendida pelo Sistema Penitenciário Nacional está exposta a diversos fatores de risco à saúde, ocorrendo um número significativo de casos de DST/AIDS, tuberculose, pneumonias, dermatoses, transtornos mentais, hepatites, traumas, diarreias infecciosas, além de outros problemas prevalentes na população adulta brasileira, tais como hipertensão arterial e diabetes mellitus. Quanto à saúde sexual, 76,1% das mulheres relatam ter algum tipo de problema, e o número de soropositivas entre mulheres presas (6,3%) é o dobro dos homens na mesma situação.

Ainda nesta política é identificada a necessidade de acesso dessa população às ações de atenção à saúde, tanto com a implantação de ações no nível da atenção básica dentro dos presídios, como pelas referências para média e alta complexidade, com garantia do atendimento das demandas específicas das mulheres presidiárias.

Nos estudos de Nicolau e Pinheiro (2012), a atividade sexual desprotegida é considerada o fator de risco mais significativo para a transmissão das DST's/HIV nas prisões, o que torna o uso do preservativo nas relações sexuais algo imprescindível na prevenção das DST's/HIV no sistema carcerário. Outros fatores relacionados ao aumento da incidência das DST's são: prostituição, alternância de parceiros e o uso de drogas ilícitas.

No que se refere à disponibilidade de remédios paliativos, acompanhamento para mulheres com hipertensão e diabetes, e exames de rotinas de suma relevância como os preventivos não existe a efetividade dessas ações. Por isso, Oliveira et al (2009) afirmam que a deficiência do acesso aos serviços de saúde por parte dessa população encarcerada, só contribui para o surgimento de novos casos de doenças e maior ocorrência de comportamentos de risco para DST.

Matida et al (2013), num estudo realizado entre as mulheres privadas de liberdade na cidade de São Paulo, ao realizar testes rápidos para HIV e Sífilis, encontrou uma prevalência de 2,8% e 7,0 %, respectivamente, nesta população. Além dessas doenças, os autores chamam atenção para outros diagnósticos prevalentes nesta população carcerária, como diabetes mellitus, DST's, hepatites virais, hipertensão arterial, HIV, tuberculose e sífilis.

No estudo de Rocha et al (2013), percebe-se que essas mulheres enfrentam sérias dificuldades no que diz respeito ao planejamento familiar. Elas se limitam ao acesso de alguns meios para regular a fertilidade, faltam-lhes também informações sobre o seu corpo, seus desejos e suas possibilidades para intervir no processo reprodutivo, para que possam escolher conscientemente entre os diferentes métodos. Quanto ao cuidado com a gestação e o conhecimento sobre a importância do pré-natal, a maioria relata ter realizado o acompanhamento em toda a gravidez fora da prisão.

Nota-se na literatura que o acesso aos serviços de saúde é um direito pouco observado nas prisões brasileiras, e que deve ser efetivado para que os cuidados relacionados à Saúde da Mulher em situação de prisão tenham êxito. Desta maneira o reconhecimento dos problemas de saúde dentro do sistema penitenciário, com certeza pode contribuir para o fortalecimento de uma política de saúde capaz de efetivar os direitos e produzir resultados eficientes.

Rosa (2011) afirma que

As mulheres presidiárias têm a necessidade de acompanhamento, orientações e estímulos para resgatar o autocuidado; são seres humanos com carência afetiva e que carregam a utopia da igualdade, merecedoras do atendimento humanizado e de uma oportunidade para recomeçar (ROSA, 2011; p. 04).

Assim, conforme previsto pela Lei de Execução Penal (LEP) em Brasil (1984), em seu art. 14 “A assistência à saúde do preso e do internado, de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico”. Contudo, o que tem se observado, seja de forma empírica como também registrado pelas literaturas afins, este direito à saúde não tem sido garantido nas prisões brasileiras.

Torres (2001) afirma que:

Em todo país, a assistência médica aos presos é negligenciada, desde atendimentos mais simples, como moléstias de pele, ocorrências dentárias, pequenos curativos, até problemas complexos, como acidente vascular cerebral, acidente cardiovascular e câncer, para os quais o detento não recebe o atendimento necessário ou mesmo nenhum atendimento. (TORRES, 2001; p. 71).

Vê-se, portanto, que questão da saúde dentro do sistema penitenciário é a mais dramática do que se pensa, visto não existir uma política instituída para a assistência aos presos. No caso do encarceramento feminino, à situação aparece ser ainda mais grave, já que não há uma política específica para o atendimento da mulher presa que a considere como sujeito de direitos inerentes a sua condição de pessoa humana, e muito particularmente, voltado para as especificidades advindas das questões de gênero.

Oliveira et al. (2009), num estudo realizado numa penitenciária feminina em Natal (RN), afirmam ter percebido que além do problema da superpopulação carcerária, a falta de assistência médica e as condições estruturais do sistema penitenciário colocam-se como elementos relevantes na consolidação da saúde da população apenada. Entre os problemas apontados pela pesquisa, particularmente, os autores destacam o acesso a serviços de saúde como um direito pouco observado na prisão brasileira, que precisa ser efetivado para que os cuidados relacionados à saúde da mulher-presas tenham êxito.

O estudo mostrou também que as condições precárias de saúde das mulheres encarceradas, bem como, as dificuldades em receber o cuidado necessário à saúde, são justificadas pela instituição carcerária, pela falta de recursos humanos, materiais e financeiros. Já vimos que a saúde é direito de todos e dever do Estado, portanto, o reconhecimento dos problemas de saúde dentro do sistema penitenciário, com certeza pode contribuir para o fortalecimento de uma política de saúde capaz de efetivar os direitos e produzir resultados eficientes.

2.4 CONDIÇÕES DE VIDA DAS MULHERES PRESIDARIAS NO CENÁRIO NACIONAL

A ONU (Organização das Nações Unidas) (2002) afirma que as mulheres, apesar de se constituírem num percentual pequeníssimo da população carcerária em todo o mundo, elas vêm aumentando significativamente nos últimos anos; a maioria, não por delitos violentos, mas sim envolvidas com tráfico de drogas, sendo usadas, geralmente, como “mulas” que transportam entorpecentes, cúmplices de seus parceiros e envolvidas também em diversos tipos de crimes.

É preciso, no entanto, instituir medidas políticas à este grupo populacional quando, em verdade, não existem políticas públicas para um tratamento adequado à estas mulheres privadas de liberdade.

Alvim (2006) afirma que:

de fato, existe uma desigualdade de tratamento entre homens e mulheres encarcerados. O autor afirma que Estado prioriza o atendimento dos homens, configurando-se numa discriminação estatal, em descumprimento dos acordos internacionais assinados pelo Brasil. As mulheres presas vivem em condições degradantes, sem qualquer respeito aos seus direitos. Não recebem educação, não têm condições para receber a visita dos filhos e de outros familiares, não têm como exercer o direito de visita íntima. (ALVIM, 2006; p. 05)

Em se tratando da prisão feminina, devemos entender que quando este encarceramento acontece, ele não afeta apenas a pessoa detida; mas atinge também o núcleo familiar, comunitário e social. Afeta principalmente os filhos das presas, provocando efeitos em potenciais nestas crianças e adolescentes, além de ter a configuração familiar devastada.

Estudos realizados entre a população encarcerada destacam os efeitos perversos que isso produz, indo além do efeito sobre o núcleo familiar: aumenta a chance de uso de drogas ilícitas, como crack e cocaína, o abandono em definitivo da educação escolar, a exclusão social da presa, o abandono familiar, maior possibilidade de desenvolver transtornos psicológicos, desenvolvimento ou agravamento dos problemas de saúde e impactos sociais, muitas vezes irreversíveis para estas mulheres.

Além destes aspectos acima mencionados, os estudos retratam as condições miseráveis em que vivem as presas nas penitenciárias femininas. Mesmo com todas as transformações ocorridas no sistema e com todos os avanços conquistados no campo dos Direitos Humanos, durante todo o século XX até os dias atuais, vê-se que isso não têm se refletido no sistema

prisional brasileiro. Bastava apenas que estas instituições executassem a Lei de Execuções Penais – LEP, conforme determinado por Brasil (1984).

A LEP (Brasil, 1984) determina como deve ser executada e cumprida a pena de privação de liberdade e restrição de direitos, e em seu artigo 10, dispõe que “A assistência ao preso e ao internado é dever do Estado, objetivando prevenir o crime e orientar o retorno à convivência em sociedade, estendendo-se esta ao egresso”. Conforme, o que preconiza a LEP no art. 11, a assistência será: “I – material; II – à saúde; III – jurídica; IV – educacional; V – social e VI – religiosa”.

Além destes direitos garantidos pela LEP, o Brasil lançou em 2007, o Pacto Nacional pelo Enfrentamento da Violência contra as Mulheres, sendo que um dos objetivos deste Pacto Nacional é a Promoção dos Direitos Humanos das Mulheres em Situação de Prisão, que tem um acentuado perfil de exclusão social, pela falta de perspectiva e péssimas condições carcerárias, agravado pela perda do pátrio poder. A discriminação contra as mulheres é mais acentuada no interior do Sistema Carcerário, pois elas não têm respeitados seus direitos de acesso à justiça, à saúde, sexuais e reprodutivos, dentre outros. (CPI DO SISTEMA CARCERÁRIO 2009).

Urge, portanto, que se cumpram os tratados garantidos por Lei no Brasil e que se dê maior atenção à situação da mulher encarcerada. É preciso também que se melhorem as condições dos presídios femininos e que, dessa forma, as detentas possam cumprir as penas que decorreram dos seus atos, retornando recuperadas, ressocializadas e com novas oportunidades de retomar a vida que se segue após o cumprimento de sua pena.

3. METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Tendo em vista os objetivos aqui propostos, entendemos que a metodologia mais apropriada seja o estudo quantitativo, pois desta forma conseguir-se-á dar respostas ao objeto de estudo, bem como às questões que o tangenciam.

A escolha pelo método quantitativo deu-se por entender que a pesquisa foi de cunho descritivo, exploratório, proporcionando maior familiaridade com o problema e permitir descrições através de fatos interpretados e analisados (RODRIGUES, 2007). A pesquisa quantitativa traduz em números dados para serem classificados e analisados (RODRIGUES, 2007).

Portanto, o modelo de estudo escolhido foi corte transversal, pois segundo Pereira (2005) este é um tipo de pesquisa que permite examinar a relação exposição-doença, em uma dada população, em um dado momento, considerando-o como um bom método para detectar frequências das doenças e dos fatores de risco, e, assim, identificar os grupos na população, que estão mais afetados ou menos afetados.

Além dos fatores considerados acima, a escolha de um estudo de corte transversal se justifica por uma série de vantagens, tais como:

- a) ser de fácil operacionalização, sendo de baixo custo em relação aos outros tipos de estudos;
- b) possibilitar a obtenção de dados sobre exposições, doenças e características das pessoas e do ambiente referentes a um único momento, podendo ser coletado em curto intervalo de tempo;
- c) possuir objetividade na coleta de dados;
- d) permitir que um número significativo da população em estudo seja avaliado, além de não haver necessidade de acompanhá-lo temporalmente;
- e) possibilitar descrição dos eventos na população seja de doenças ou de fatores a ela relacionados, detectando casos e/ou grupos de alto risco (PEREIRA, 2005, p. 299).

Assim, o tipo de estudo escolhido é considerado pertinente, pois além de permitir fazer um diagnóstico da população estudada, possibilita também retratar a prevalência de determinadas exposições neste grupo, atendendo aos objetivos propostos pelo estudo.

3.2 CAMPO DE ESTUDO

Foi escolhido como campo de estudo o Conjunto Penal do município de Feira de Santana, no Estado da Bahia, Brasil.

Feira de Santana é um município com uma população estimada em 2013 de 606.139 mil habitantes, com uma área de 1.337,993 km², distante da capital baiana – Salvador 116 km. (IBGE, 2010), localizado na zona de planície entre o Recôncavo Baiano e os tabuleiros semi-áridos do nordeste da Bahia. Limita-se ao norte com as cidades de Santa Bárbara e Santanópolis; ao Sul, com os municípios de Antônio Cardoso e São Gonçalo dos Campos; ao Leste, com Coração de Maria e ao Oeste, com Anguera e Serra Preta.

Possui clima quente e úmido, típico do semi-árido brasileiro; e segundo dados de Feira de Santana (2014), a cidade é considerada a segunda maior do Estado da Bahia, 34º município do Brasil, sede da região metropolitana e destaca-se no cenário nacional por possuir um importante e diversificado setor de comércio, o que acaba por atrair pessoas de todas as partes do país, tanto por sua localização geográfica, quanto pela característica hospitaleira do seu povo.

A cidade possui o maior entroncamento rodoviário do Norte e Nordeste, ligando a Bahia aos principais centros comerciais do Brasil; a economia local é marcadamente forte, sendo o segundo maior polo comercial da Bahia. O seu comércio abastece um grande número de municípios circunvizinhos, sendo que sua zona de influência atinge uma população de aproximadamente 1,5 milhões de pessoas.

Com este fluxo de pessoas, a cidade de Feira de Santana passou a ser destaque por possuir altas taxas de criminalidade, número expressivos de homicídio/dia, ocupando a 6ª posição de homicídios em jovens no cenário nacional.

O Conjunto Penal de Feira de Santana custodia presos provisórios e condenados, dando cumprimento às penas privativas de liberdade, em regime fechado, semiaberto e aberto, com segurança máxima. Está localizado num bairro periférico de Feira de Santana – Bahia, porém de fácil acesso, estando próximo a duas unidades de referência na cidade, como Hospital Geral Clériston Andrade e Fazenda do Menor (Aviário).

Este Conjunto Penal possui dois anexos: o primeiro, menor em estrutura física e número de ocupação é o feminino; e o segundo, já maior, com maior taxa de ocupação e/ou permanência, temos a Unidade Masculina.

Atualmente, o pavilhão feminino conta com uma média de 102 internas, a maioria vindas da própria cidade e as demais, de cidades circunvizinhas. Elas contam com sistema educacional próprio, serviço de saúde interno no qual constam 05 enfermeiras, 06 médicos (sendo 01 ginecologista/obstetra), 01 fisioterapeuta, serviço de psicologia, odontologia, nutrição, serviço social e farmácia para dispensação de medicação.

A unidade de saúde citada atende toda a população, tanto a masculina como a feminina, estratégia esta que acontece por meios de diretrizes do ministério da saúde para garantir o direito à saúde de todo cidadão, embasada pela implantação do Plano Nacional de Saúde no Sistema penitenciário, instituído pela Portaria Interministerial n.º 1.777, de 9 de setembro de 2003.

O Plano Nacional de Saúde prevê a inclusão da população penitenciária no SUS, garantindo que o direito à cidadania se efetive na perspectiva dos direitos humanos. O acesso dessa população a ações e serviços de saúde é legalmente definido pela Constituição Federal de 1988, pela Lei n.º 8.080, de 1990 (BRASIL 2005).

Este plano tem como diretrizes: Prestar assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade às necessidades de saúde da população penitenciária; Contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais frequentes que acometem a população penitenciária; Definir e implementar ações e serviços consoantes com os princípios e diretrizes do SUS; Proporcionar o estabelecimento de parcerias por meio do desenvolvimento de ações intersetoriais; Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde; Provocar o reconhecimento da saúde como um direito da cidadania e estimular o efetivo exercício do controle social.

Além disso, na Unidade de Saúde do conjunto penal, realiza-se pequenos procedimentos, como curativos, atendimentos clínicos, imunização, prevenção da tuberculose, acompanhamento de portadores de doenças crônicas não-degenerativas, bem como portador de necessidades especiais.

Salientando que todos os atendimentos realizados pela equipe de saúde não são organizados por demanda programada e sim espontânea; partindo das suas necessidades, as mesmas fazem uma solicitação encaminhadas ao Serviço de Saúde através das agentes penitenciárias, que atuam como intermediadoras dessas e demais necessidades. Ressalta-se que, como rotina da instituição, em todas as consultas e procedimentos a serem realizados, sejam com o odontólogo, com o médico, com a enfermeira ou com qualquer outro profissional existe a necessidade da presença de um agente penitenciário, esta atitude se

configura como um protocolo da equipe para garantir a segurança da cada um como também desta mulher.

3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população do estudo foi composta por todas as mulheres em situação de prisão, que no momento da coleta de dados, estavam sob custódia no Conjunto Penal de Feira de Santana- Bahia.

Para critérios de inclusão foram adotados: serem mulheres acima de dezoito anos (18 anos), que aceitem participar voluntariamente da pesquisa e concordem em assinar o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), conforme se vê no Apêndice A.

Como critério de exclusão, foi adotado o seguinte perfil: ser menor de idade, ser portadora de alguma doença psiquiátrica, surdez e/ou mudez, o que inviabiliza sua participação na coleta de dados; além disso, também foram critérios de exclusão não participar voluntariamente ou não aceitar assinar o TCLE, ou se estivesse ausente do presídio no momento da pesquisa por quaisquer motivos (parto, amamentação, problemas de saúde, indutos, prisão domiciliar, ou outros).

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização desta pesquisa, vale ressaltar que as pesquisadoras em todas as suas fases de elaboração, construção e efetivação da mesma respeitou os parâmetros éticos, ou seja, atendeu ao preconizado pelo MS (Ministério da Saúde) através do CNS – Conselho Nacional de Saúde em sua resolução 196 (1996, p. 33), onde afirma que “todo procedimento de qualquer natureza envolvendo o ser humano, cuja aceitação não esteja ainda consagrada na literatura científica, será considerado como pesquisa e, portanto, deverá obedecer às diretrizes da presente Resolução (CNS, 1996; p. 33).

Este projeto, portanto, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) através da Plataforma Brasil e aprovado sob parecer número 934.910 (ANEXO A) e a coleta somente foi iniciada após a aprovação neste CEP/UFRB. Em todas as etapas de realização da mesma, as pesquisadoras envolvidas se comprometeram a obedecer ao preconizado pelo MS através das Resoluções 196/96 e 466/2012.

Ainda assim é válido ressaltar que a aplicação dos questionários só ocorriam com o aceite das mulheres em participar da pesquisa, situação que envolvia a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – APÊNDICE A), sendo o mesmo disponibilizado em duas vias; uma ficava de posse da entrevistada e a outra da pesquisadora. Todas as informações serão mantidas em sigilo, garantido o anonimato das participantes e a autonomia também, respeitando a privacidade dos sujeitos e os princípios éticos da pesquisa.

Levando em conta que a interlocução da pesquisadora com o sujeito em algum momento pôde proporcionar desconforto psicológico, psíquico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, a cada mulher foi garantido esclarecimentos quando necessário, privacidade de seus dados, liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem que houvesse prejuízo e/ou penalidade às mesmas.

A resolução 466/2012 em seu artigo III, inciso j prevê que a pesquisa deva ser:

ser desenvolvida preferencialmente em indivíduos com autonomia plena. Indivíduos ou grupos vulneráveis não devem ser participantes de pesquisa quando a informação desejada possa ser obtida por meio de participantes com plena autonomia, a menos que a investigação possa trazer benefícios aos indivíduos ou grupos vulneráveis (BRASIL, 2012; p. 04).

Assim, entendemos que mesmo sendo a população estudada constituída por mulheres presidiárias e, portanto, privadas de liberdade, não possuindo autonomia plena, a pesquisa trouxe um benefício direto à este grupo, pois teve como proposta analisar as condições de vida e saúde a que elas possam estar submetidas e discutindo isto à luz dos direitos humanos e da justiça e, para tanto, apresentamos para fins da realização deste estudo uma Análise de Riscos e Benefícios (APENDICE B).

À este respeito, a própria direção do Conjunto Penal sinalizou às pesquisadoras envolvidas o interesse pelo resultado do estudo, afim de apresentar à Secretaria de Segurança Pública do Estado, como subsídio para discutir propostas de intervenção e melhorias, no que diz respeito às condições de alojamento, estadia, espaço físico, serviços oferecidos, entre outros.

3.5 COLETA DE DADOS

Antecedendo a coleta, buscou-se conhecer a população a ser estudada. Inicialmente fizemos contato com o diretor deste conjunto penal para discutirmos a possibilidade da

realização da pesquisa, o qual foi formalmente decretado através do Termo de Anuência (ANEXO B), nos autorizando para ter acesso à instituição, bem como proceder todas as etapas necessárias ao desenvolvimento da pesquisa.

Nestes primeiros contatos, marcamos previamente encontro formal com o Diretor e do Presídio; nesta ocasião apresentamos o projeto, os objetivos, conhecemos a unidade e suas normas de funcionamento, na tentativa de adaptamos todas as fases necessárias para a pesquisa à organização da instituição.

Antes da coleta, ainda, realizamos algumas visitas a estas mulheres em situação de prisão, para conhecer a rotina do Conjunto Penal, a fim também de se estabelecer uma relação pautada em confiança e respeito. As visitas foram previamente agendadas e ocorreram na presença dos responsáveis pela Coordenação de Enfermagem do Serviço de Saúde da mesma instituição.

Em todos os momentos, sejam estes, palestras, atividades ou até mesmo a coleta de dados, só foram realizados com a presença de uma agente penitenciária, condição esta que visava atender às normas de segurança da instituição, a fim de garantir e preservar a integridade de ambas as partes (pesquisadores e internas). Porém, à este respeito, vale ressaltar que o questionário, por ser autoaplicado, poderia também ser respondido ou não na presença do entrevistador; o que, de certa forma, entendemos, que mesmo contando com a presença da agente penitenciária, a pesquisada teria sua individualidade e autonomia mantidos.

A coleta de dados ocorreu durante os meses de fevereiro e março de 2015, nos dias pré-estabelecidos pela Coordenação de Segurança, ou seja, dias de segunda, terças, quartas e sextas e sábados, já que rotineiramente as quinta e domingo eram destinados para entrada de visitas.

A nossa abordagem se dava na própria área do pavilhão feminino, onde ficávamos nas áreas abertas do Pátio ou da área reservada para a escola, não podendo de forma alguma abordar as presas no interior das celas.

Rotineiramente, as celas eram abertas de 08h às 11h30min, e depois das 14h às 16h30min. Ainda assim algumas presas não saíam nestes intervalos por vontade própria, preferindo ficar no interior do pavilhão, outras detentas trabalhavam durante a noite e durante o dia preferiam descansar nas celas, e outras mulheres participavam de cursos oferecidos pelo SENAI; estes fatores, portanto, dificultaram nosso acesso à algumas presas, impossibilitando a realização de entrevistas com algumas delas.

Ressalta-se que a aplicação do questionário somente aconteceu após a aprovação plena do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRB e, concomitantemente, foram realizados esclarecimento dos objetivos, justificativa e relevância da pesquisa com aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) das participantes, obedecendo a todos os preceitos éticos que envolvem a ética na pesquisa.

Ao aceitarem participar da pesquisa e atenderem aos critérios de inclusão aqui adotados para o sujeito-participante da pesquisa, as mulheres responderam a um questionário contendo questões fechadas de múltipla escolha (APÊNDICE C), de fácil resposta, sendo facultado à mulher a presença ou não da entrevistadora, podendo ela responder sozinha.

O **questionário** é dividido em blocos:

- **Bloco I: Identificação geral** - composto por perguntas que caracterizam o sujeito, como nome (opcional), idade, raça/cor, religião, situação conjugal; cidade de origem, motivo da prisão e tempo de permanência no presídio;

- **Bloco II: Dados socioeconômicos** – composto por perguntas que obtém informações relacionadas à renda mensal e individual, condições de moradia, residência, escolaridade, ocupação, quantidade de moradores;

- **Bloco III: Aspectos relacionados á hábitos de vida** – composto por perguntas que obtém informações relacionadas e queixas mais frequentes, uso de álcool, drogas, tabaco, distúrbios do sono, práticas de atividades físicas, lazer, uso de drogas lícitas e ilícitas;

- **Bloco IV: História gineco-obstétrica** – formado por questões relacionadas à gravidez, número de partos, abortos e gravidezes, número de filhos (vivos e mortos), presença de complicações, comorbidades, tipo de partos anteriores, menarca, parceiros sexuais, uso ou não de camisinha, início da atividade sexual, cirurgias anteriores, DST e outras doenças;

- **Bloco V: História de Saúde** – composto por alternativas de problemas de saúde que estas mulheres possam estar enfrentando em média ou alta frequência nos últimos seis meses;

- **Bloco VI: Avaliação da Qualidade de vida através do questionário WHOQOL – Bref** - composto por perguntas previamente elaboradas pela instituição que avalia a qualidade de vida e como o individuo percebe-se em relação à mesma.

- **Bloco VII: Avaliação do Transtorno Mental Comum (TMC)**, através do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), instrumento multidimensional, contendo 20 questões fechadas de múltipla escolha (sim ou não), utilizado para a suspeição diagnóstica de transtornos mentais comuns. Santos et al (2010) destacam alguns aspectos positivos na

utilização do SRQ-20, tais como: ser de fácil compreensão, de rápida aplicação, diminuindo os custos operacionais, e ser um instrumento padronizado internacionalmente, alcançando níveis de desempenho aceitáveis no tocante à sensibilidade, especificidade e valores preditivos. Os sintomas psicóticos avaliados através deste instrumento dizem respeito à: insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

No que diz respeito ao estudo quantitativo, o de corte transversal, os dados contidos nos questionários foram transcritos e reproduzido num banco de dados estatístico chamado de *SPSS – Statistical Package for Social Sciences* versão 21.0. Segundo Mundstock et al. (2006), o SPSS é uma ferramenta para análise de dados que utiliza técnicas estatísticas básicas e avançadas. Após digitação dos dados, foi feita uma análise do banco para correção de possíveis erros e avaliação das frequências de todas as variáveis.

Inicialmente, todas as variáveis contidas no questionário foram codificadas e transcritas para o SPSS; após o término da coleta de dados, ocorreu a digitação dos dados, que consistiu na transcrição das informações contidas no questionário para o banco de dados. Paralelamente a isso, foi realizada a revisão da qualidade dos dados digitados, tendo assim controle evitando perdas para o estudo.

Após digitação de todo o banco, foi concretizada a análise das variáveis de interesse, com frequência simples e estudos de associação. Para mostra, estes foram reproduzidos através de gráficos, colunas e/ou tabelas, tendo aí como ferramentas de suporte o Word Excel 10.0 e a Microsoft Word 10.0.

Este projeto tende a fazer outros recortes de análise, assim os blocos de Avaliação da Qualidade de vida (WHOQOL – Bref) e de avaliação do Transtorno Mental Comum (TMC) não serão analisados neste estudo em questão, desta forma serão usados posteriormente.

4. RESULTADOS

Na época da coleta de dados, tínhamos um universo de N=102 mulheres presidiárias. Destas, entrevistamos um total de n=72 mulheres, o que representa uma amostra de 70,58% sendo considerada uma amostra significativa para o público em questão. No que diz respeito às perdas, vale registrar que dentre as 29,42% mulheres restantes, registramos muitas recusas, outras que não saíam da cela por reclusão, outras que trabalhavam e/ou faziam cursos profissionalizantes no período do dia, sendo inviabilizado nosso contato com estas.

4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS MULHERES PRESIDÁRIAS DO CONJUNTO PENAL DE FEIRA DE SANTANA

Tendo em vista o n* representativo da população estudada, o presente estudo descreve as mulheres presidiárias do Conjunto Penal de Feira de Santana - Bahia em suas características sociodemográficas, como se vê na tabela 01.

De acordo com os dados obtidos, a faixa etária predominante dentre este grupo de mulheres foi de 26 a 35 anos, representando 43,7% do total; seguido por uma parcela de 32,4% mulheres compreendidas na faixa etária de 18 a 25 anos. Percebe-se, portanto, que a maioria das mulheres se concentra numa faixa etária eminentemente jovem, economicamente ativa e em idade fértil.

Dados semelhantes são encontrados nas pesquisas de Rocha e Lodi (2013) e Nicolau e Pinheiro (2012), ao analisarem o perfil sócio demográfico de presidiárias nas cidades de Araxá (MG) e Aquiraz (CE), respectivamente, onde a média de faixa etária foi 29 anos, corroborando com o encontrado neste estudo.

Assim como nos estudos acima citados, Bastos (2009) afirma que a faixa etária predominante das presidiárias de Juiz de Fora (MG) está entre 18 e 36 anos, o que se configura 56,38% das mulheres encarceradas desta cidade, de tal modo confirmando os dados achados nesta pesquisa.

O autor citado ainda afirma que esta faixa etária predominante aponta para o protagonismo juvenil no cometimento dos delitos, idade esta, onde geralmente necessitam de um incremento ou de maior renda, já que a maioria se encontra em condições socioeconômicas menos favorecidas.

Por fim, ainda assim, no estudo de Salmasso (2004), a autora afirma que a maioria das mulheres delinquentes de Marília (SP), está entre a faixa etária 15 a 29 anos, demonstrando a relação dessa idade com o período em que a mulher está mais economicamente ativa tanto no trabalho, vida doméstica, escola e com uma vida social dinâmica.

Tabela 01 – Aspectos sociodemográficos das mulheres presidiárias do Conjunto Penal de Feira de Santana – Bahia, Brasil, 2015.

Variáveis	n*	%
Faixa Etária		
18 a 25 anos	23	32,4
26 a 35 anos	31	43,7
36 a 45 anos	14	19,7
Maior que 45 anos	03	4,2
Situação Conjugal		
Solteira	36	50,0
União estável	26	36,1
Casada	05	6,9
Viúva	03	4,2
Separada/ Desquitada ou Divorciada	02	2,8
Cor		
Parda	34	47,9
Negra	22	31,0
Branca	11	15,5
Amarela	04	5,6
Religião		
Católica	29	40,3
Evangélica	27	37,5
Nenhuma	16	22,2
Escolaridade		
Analfabeto	04	5,6
Ensino Fundamental Incompleto	43	59,7
Ensino Fundamental Completo	04	5,6
Ensino Médio Incompleto	14	19,4
Ensino Médio Completo	07	9,7

*Este 'n' corresponde ao número de mulheres que responderam à esta variável

Em relação à situação conjugal, ressalta-se um percentual de 50% de mulheres solteiras; dados semelhantes aos encontrados nos estudos de Oliveira et al (2013), onde afirmam que 54,20% das mulheres detentas não têm companheiro, assim como no estudo de

Lima (2006); neste, a autora refere que 65,9% das mulheres do estudo afirmaram que estavam solteiras no momento da inclusão. Bastos (2009) apresenta que 67,36% das presidiárias de Juiz de Fora (MG) são solteiras, sendo estas as que cometem crime em maior proporção absoluta.

Salmasso (2004) cita que “a incidência entre solteiras, casadas e amasiadas nos crimes contra o patrimônio é notável, já que a necessidade de uma maior obtenção de renda é maior devido aos problemas financeiros, estes que interferem notoriamente no âmbito familiar” (SALMASSO, 2004, p. 28).

À este respeito, os estudos revelam, portanto, um padrão de condições à qual a mulher presidiária está submetida: boa parte delas acaba sendo abandonada pelo parceiro, bem como pela família após o encarceramento. Esta nossa afirmação está fundamentada nas próprias queixas apresentadas pelas presidiárias durante nossa coleta, onde muitas delas afirmavam o fim do relacionamento após a condição de prisão, ou também devido o parceiro encontrar-se em prisão.

Em se tratando da questão raça/cor, 47,9% referem ser parda e 31% ser negra, achados semelhantes ao que Brasil (2008) traz num Relatório “Reorganização e Reformulação do sistema Prisional Brasileiro”, onde a maioria das mulheres presas são afrodescendentes, corroborando com outros estudos apontados por Ferreira et al (2014), na qual 78,9% das mulheres eram não brancas (negras e pardas).

Divergindo do anterior, o estudo de Salmasso (2004), apresenta um percentual de 50% de mulheres brancas, porém justifica-se para isso os locais de estudo geograficamente distintos, sendo o Brasil um país de dimensão continental e com uma grande miscigenação e diferenciação de raça/cor entre as regiões, pois o estudo de Salmasso foi realizado em Marília (SP) e o estudo de Ferreira (2014) em Recife (PE).

Sendo assim, revelam-se as questões de afrodescendência em territórios nordestinos, as questões de desigualdades sociais, na qual esta população sofre, devido as diferenças de oportunidades em relação à população branca, no que se refere à escolaridade, inserção no mercado de trabalho, menores salários, questões de preconceito racial, entre outros.

Quanto à variável religião, 40,3% se dizem católicas e 37,5% evangélicas. Parcela importante de 22,2% destas mulheres referem não ter religião. À este respeito, vale destacar que muitos dos estudos realizados com este grupo populacional não fazem referência à questão da religião, mas sim sobre religiosidade relacionada com o crime.

Assim, num estudo realizado por Machado (2014), o autor faz uma análise sobre a experiência de sofrimento do ponto de vista do algoz da violência, qual seja, o (a) criminoso

(a) tomando como perspectiva privilegiada dessa questão suas imbricações com experiências religiosas, particularmente as pentecostais.

O autor relaciona a vida do crime x prisão com o sofrimento do algoz; assim, as presidiárias demandam também a condição de sofredoras, pois, em tese, estariam “pagando pelo crime que cometeram” e suas “(...)dores estão relacionadas genericamente às “crueldades da vida” e especificamente às práticas estatais injustas e desiguais; ao abandono familiar; à dependência do álcool e das drogas; à pobreza; ao diabo, sua influência, sua astúcia” (MACHADO, 2014, p. 157).

Ao analisar a variável escolaridade, parcela de 59,7% destas não concluíram o Ensino Fundamental, sendo perceptível que o número de mulheres que conseguiu concluir os anos adequados de estudo, no caso até o ensino médio, é pouco expressivo. Achados semelhantes encontram-se nas pesquisas de Brasil (2008), Nicolau e Pinheiro (2012), Oliveira et al (2013), Rocha e Lodi (2013) e Ferreira et al (2014).

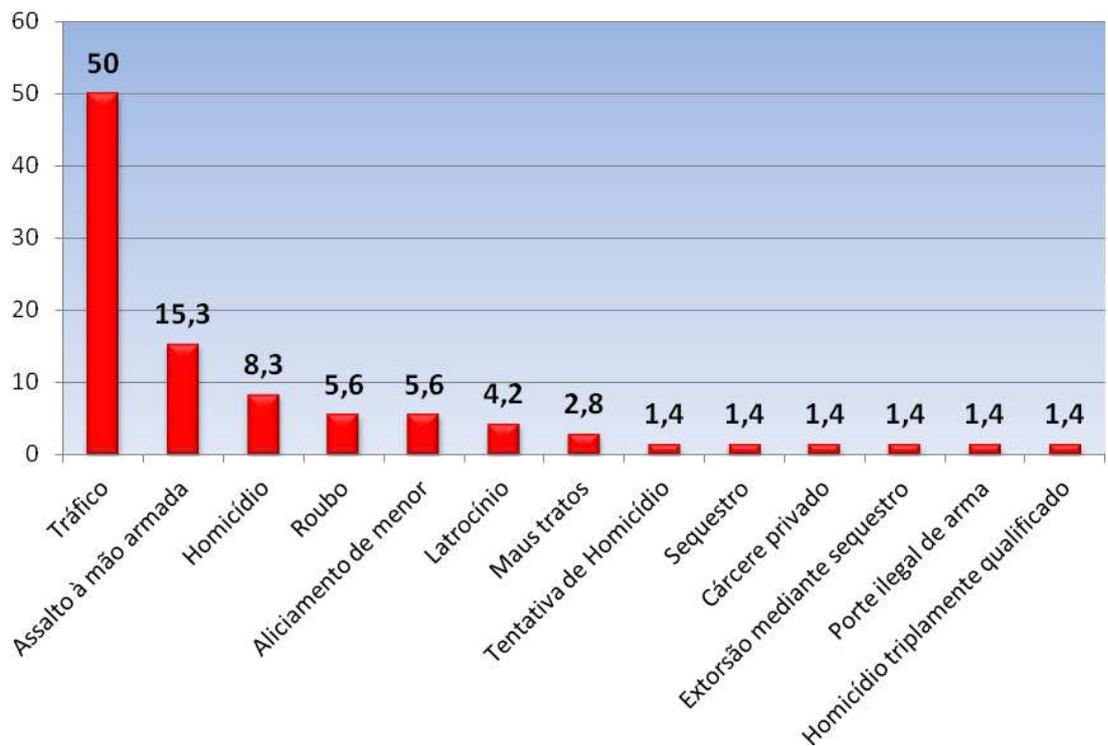
Rocha e Lodi (2013) afirmam que as presas, sujeitos desta pesquisa, possuem um nível baixo de escolaridade, com relação aos parâmetros considerados mínimos ideais, os quais, segundo um relatório da ONU (Organização das Nações Unidas) do ano de 2010, estão em torno de 13,8 anos (ROCHA e LODI, 2013, p. 101).

Oliveira et al (2013) ao analisarem a relação da baixa escolaridade e inserção da mulher no crime, afirmam que estas mulheres devido ao baixo nível de escolaridade e consequentemente um número baixo de oportunidades acabam encontrando outros meios de se inserir no mercado de trabalho, destacando que apesar de existir influência masculina na adesão das mulheres à criminalidade, a pouca escolaridade e a não inserção no mercado de trabalho formal, são fatores que podem levar as mulheres para a criminalidade.

4.2 SITUAÇÃO PRISIONAL DAS MULHERES PRESIDÁRIAS DO CONJUNTO PENAL DE FEIRA DE SANTANA

Ao analisar este grupo populacional, como se vê no gráfico 01 abaixo, percebe-se que metade destas mulheres (50%) encontrava-se em situação de prisão por tráfico de drogas, seguida por motivos de assalto a mão armada (15,3%) e homicídio (8,3%).

Gráfico 01- Motivo da prisão das mulheres presidiárias do Conjunto Penal de Feira de Santana- Bahia, Brasil. 2015



*Este 'n' corresponde ao número de mulheres que responderam à esta variável

Em relação a esta parcela populacional que se infiltrou no mundo do crime por tráfico de drogas, vale ressaltar que boa parte delas referia ter entrado neste mundo incentivadas pelo companheiro, ou por irmãos e colegas. Este achado configura-se à tantas outras pesquisas afins, como o de Salmasso (2004), Brasil (2008), Hashimoto e Gallo (2012), Nicolau et al (2012), Oliveira et al (2013), Rocha e Lodi (2013) e Ferreira et al (2014).

Salmasso (2004), por exemplo, encontrou um percentual de 83% de mulheres em situação prisional devido ao envolvimento com tráfico de entorpecentes e Ferreira et al (2014) encontrou uma prevalência de 67,5%. À este respeito, Ferreira et al (2014) afirmam que:

Na relação com o tráfico de drogas, encontraram-se 47,3% de mulheres que fizeram uso de drogas lícitas e/ou ilícitas. A maior parte entrou para o tráfico de drogas com idade inferior a 18 anos e apesar de todas terem sido encarceradas pelo mesmo motivo, 67,5% participaram efetivamente do tráfico de drogas desenvolvendo papéis como: traficante, transportadora ou guardadora. Relataram o dinheiro como o principal motivo (40,7%) para o ingresso no tráfico. O tempo de envolvimento foi menor que quatro anos para 38,8% das mulheres e 42,9% ainda aguardavam encarceradas o parecer da justiça sobre sua condição penal. (FERREIRA et al, pgs. 2258-2259).

Moreira (2012) atribui esta participação feminina de forma direta ou indireta no uso, posse, tráfico e distribuição de drogas ao aumento do número de mulheres presas, nas últimas décadas, seja na função de agentes ou de cúmplices da criminalidade, geralmente como modo de vida alternativo de obtenção de recursos financeiros em contextos sociais desfavorecidos, essencialmente para manutenção da família.

Corroborando com a afirmação acima, Bastos (2009) ao declarar que na última década houve um crescimento da população presidiária feminina devido ao tráfico de drogas (25,72%), o autor justifica que muitas destas mulheres encontram no tráfico uma alternativa à prostituição ou a falta de trabalho regular, tornando assim esta prática uma forma de sobrevivência pessoal ou familiar.

Ao repensar sobre a maior taxa do motivo da prisão ser por tráfico de drogas, o estudo de Oliveira et al (2013) traz que, conforme descrito na literatura, o tráfico de drogas exerce enorme atração sobre os jovens de baixa renda, em razão da possibilidade de enriquecimento rápido e a aparente segurança pelo porte a armas de fogo, atestando assim o motivo deste tipo de crime estar em maior evidência em relação aos outros, o que foi evidenciado durante nossa pesquisa, pois na aplicação do questionário pode-se perceber que independente do crime cometido, todas essas mulheres estavam acompanhadas sempre de uma figura masculina no momento do delito, sendo no sequestro, na venda de drogas, no assalto, mostrando mais uma vez que a inserção dessas mulheres é bastante influenciada pela figura masculina.

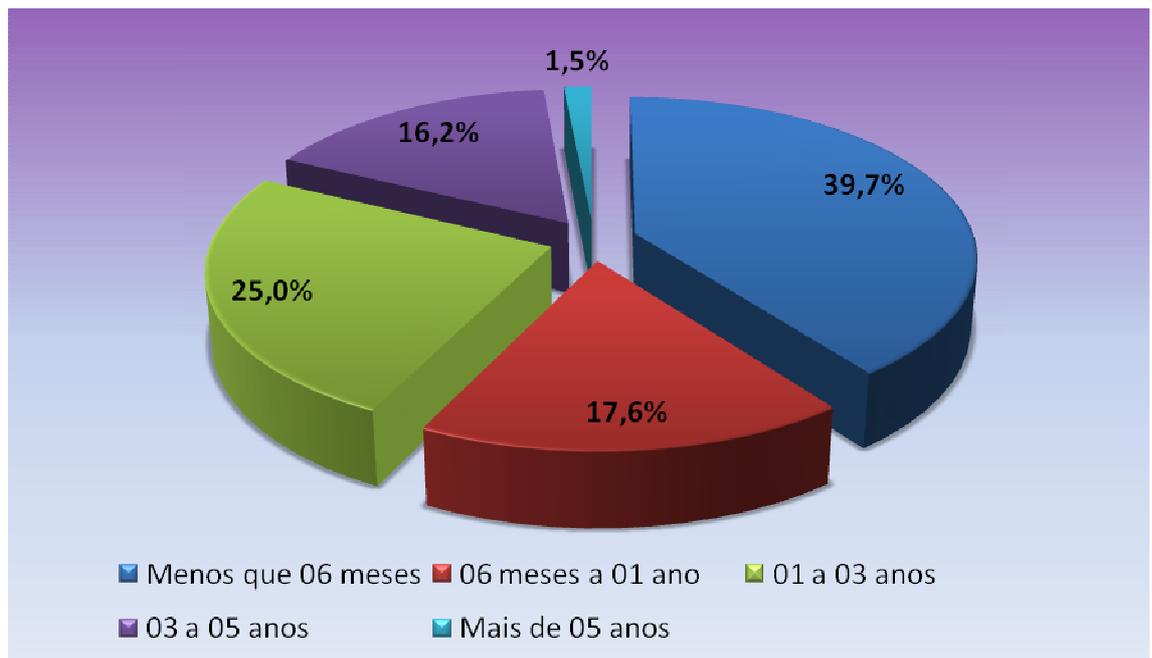
Sobre o tempo de permanência das mulheres no Conjunto Penal de Feira de Santana, de acordo com o gráfico 02, nota-se que 39,7% delas estão asiladas a menos de 06 meses. Esses dados legitimam o fato do Conjunto Penal de Feira de Santana abrigar presas que ainda

não foram sentenciadas (julgadas e condenadas), muitas vindas de cidades circunvizinhas para aguardar a defensoria pública e a sua audiência.

À este respeito, então podemos afirmar que estas mulheres encontram-se em situação irregular, uma vez que está previsto pela Lei de execução Penal (LEP, 1984) que em razão da condenação, no sistema brasileiro ninguém pode ficar preso sem condenação por mais de 90/120 dias.

Se o indivíduo estiver preso, já ultrapassado esse período e não houver decisão condenatória, a pessoa deve ser posta em liberdade provisória, independentemente do crime que esteja sendo acusada de ter cometido, condição esta não observada entre as mulheres pesquisadas, uma vez que muitas delas sequer tinham inda constituído o advogado (seja ele particular ou o defensor público).

Gráfico 02- Tempo de permanência no Presídio das mulheres presidiárias do Conjunto Penal de Feira de Santana- Bahia, Brasil. 2015



*Este 'n' corresponde ao número de mulheres que responderam à esta variável

Sobre as detentas que estão lá a mais de 05 anos, vale destacar que o número parece ser insignificante, mas isso justifica-se ter este presídio como uma permanência temporária, ou seja, aguardando remoção para cidades mais próximas à residência familiar, ou porque também vieram transferidas de outros presídios, preservando pela segurança da própria presa ou das demais detentas.

Além disso, existe a questão da boa conduta da detenta, ou seja, esta tem sua pena reduzida e/ou vivem em prisão albergadas, que significa dizer que trabalham e vivem fora durante o dia e retornam ao presídio somente para dormirem, situação esta prevista pela LEP (1984), onde a pessoa que foi condenada pela prática de crime comum tem direito à progressão quando tiver cumprido 1/6 do total da sua pena no regime anterior e tiver bom comportamento carcerário, atestado pelo diretor da unidade prisional. Para que o comportamento carcerário da presa seja considerado bom ela não pode estar cumprindo sanção (castigo) por ter praticado falta grave.

4.3 CIDADE DE ORIGEM DAS MULHERES PRESIDÁRIAS DO CONJUNTO PENAL DE FEIRA DE SANTANA

Os dados obtidos pela pesquisa revela que 41,7% das mulheres são oriundas da própria cidade do Conjunto Penal, Feira de Santana seguidas de detentas vindas das cidades circunvizinhas como Serrinha (5,6%), Salvador (4,2%), Alagoinhas (4,2%), Coração de Maria (4,2%), Castro Alves, Santo Estevão, Itaberaba, Ipirá, Amélia Rodrigues e Banzaê (cada uma com 2,8%), outros 23,8% são representadas por mulheres oriundas de outras cidades ou outros Estados, como Minas Gerais e Sergipe; estas, presas aqui no Estado da Bahia afirmando suas vindas para cometer assaltos, sequestros ou outros delitos.

Tabela 02 – Cidade de origem das mulheres presidiárias do Conjunto Penal de Feira de Santana – Bahia, Brasil. 2015

Variáveis	n*	%
Cidade		
Feira de Santana	30	41,7
Serrinha	04	5,6
Salvador	03	4,2
Alagoinhas	03	4,2
Coração de Maria	03	4,2
Castro Alves	02	2,8
Santo Estevão	02	2,8
Itaberaba	02	2,8
Ipirá	02	2,8
Amélia Rodrigues	02	2,8
Banzaê	02	2,8
Outras Cidades/Estados	17	23,8

*Este 'n' corresponde ao número de mulheres que responderam à esta variável

Assim, como se vê na tabela 02, acima, a maioria das mulheres são da própria cidade de Feira de Santana o que, por certo, facilita a interlocução com a família, a garantia de poder ver seus filhos, manter contato ainda que esteja em situação de prisão, condição estas previstas pela Lei de Execução Penal (LEP, 1984).

O cumprimento da pena próximo a seus familiares contribui para ressocialização da presa e está inserida no espírito de tratamento mais humano aos presos, preconizado pela Declaração Universal dos Direitos Humanos. Tendo em vista os aspectos legais, vale lembrar que a própria Lei de Execução Penal prevê a possibilidade de o condenado executar a pena em outra unidade federativa, conforme previsto no artigo 86¹, quando a medida justificar a segurança pública ou a do próprio preso.

Vale também destacar que um dos princípios que regem a execução é o da legalidade, previsto no artigo 3º, da Lei 7.210/84, onde ao condenado e ao internado serão assegurados todos os direitos não atingidos pela sentença ou pela lei, ou seja, ao condenado à pena privativa de liberdade há de ser privado da liberdade, mas não há razões para privá-lo, além das forças da sentença, ao convívio mínimo familiar (grifo nosso).

4.4 PERFIL SOCIOECONÔMICO DAS MULHERES PRESIDÁRIAS DO CONJUNTO PENAL DE FEIRA DE SANTANA

No que se refere ao perfil sócio econômico das mulheres estudadas, a pesquisa demonstra que 51,5% tinham uma renda familiar mensal de 01 salário mínimo, conforme observado na tabela 03, o que remete que muitas delas entram no mundo do crime para conseguir dinheiro e sustentar suas famílias e vícios, assim como dar continuidade aos “negócios do tráfico” deixados por seus companheiros ou outros familiares que foram presos anteriormente.

¹ LEP - Lei nº 7.210 de 11 de Julho de 1984 Institui a Lei de Execução Penal. Art. 86. As penas privativas de liberdade aplicadas pela Justiça de uma Unidade Federativa podem ser executadas em outra unidade, mstabelecimento local ou da União. § 1º A União Federal poderá construir estabelecimento penal em local distante da condenação para recolher, mediante decisão judicial, os condenados à pena superior a 15 (quinze) anos, quando a medida se justifique no interesse da segurança pública ou do próprio condenado. § 1o A União Federal poderá construir estabelecimento penal em local distante da condenação para recolher os condenados, quando a medida se justifique no interesse da segurança pública ou do próprio condenado. (Redação dada pela Lei nº 10.792, de 2003). § 2º Conforme a natureza do estabelecimento, nele poderão trabalhar os liberados ou egressos que se dediquem a obras públicas ou ao aproveitamento de terras ociosas. § 3o Caberá ao juiz competente, a requerimento da autoridade administrativa definir o estabelecimento prisional adequado para abrigar o preso provisório ou condenado, em atenção ao regime e aos requisitos estabelecidos. (Incluído pela Lei nº 10.792, de 2003)

Dados estes que são confirmados pelos achados no estudo de Rocha e Lodi (2013), neste os autores afirmam que 45% das mulheres detentas do presídio de Araxá (MG) obtinham uma renda de até 01 salário mínimo.

Dado semelhante é descrito no estudo de Nicolau et al (2012), no qual os autores mencionam que 56,1% das mulheres presidiárias de Aquiraz (CE) possuíam renda mensal de até um salário mínimo, assim como no estudo de Ferreira et al (2014), encontra-se que 72,6% destas mulheres recebiam renda de até um salário mínimo.

Tabela 03 – Aspectos Socioeconômicos das mulheres presidiárias do Conjunto Penal de Feira de Santana – Bahia, Brasil. 2015

Variáveis	n*	%
Renda		
Meio salário	16	23,5
1 salário	35	51,5
2 a 3 salários	12	17,6
3 a 4 salários	03	4,4
Acima de 4 salários	02	2,9
Profissão		
Dona de casa	15	21,4
Empregada doméstica	11	15,7
Estudante	05	7,1
Vendedora	06	8,6
Artesã	03	4,3
Outra	30	42,9
Moradia		
Própria	37	52,9
Alugada	27	38,6
Emprestada	02	2,9
Parentes ou de favor	03	4,3
Financiada	01	1,4

*Este 'n' corresponde ao número de mulheres que responderam à esta variável

Estas informações revelam que quanto menor a renda familiar maior a probabilidade da mulher ser inserida no crime, seja por influencia, por seus companheiros, por tentar uma vida mais fácil, ter acesso as coisas que elas não poderiam pelo fato de ter baixa renda ou para simplesmente sustentar suas famílias/ filhos por não terem condições financeiras para isso.

Em relação à profissão destas mulheres, anterior à prisão, 21,4% eram donas de casa e 15,7% empregadas domésticas, informações que revelam a falta de oportunidades e baixa inserção destas mulheres no mercado de trabalho.

À esse respeito, a pesquisa de Neri et al (2011), realizada em Salvador – Bahia, encontrou o trabalho autônomo como a atividade mais frequente (33,8%). A segunda ocupação mais frequente foi a de doméstica e cuidadora (25,7%). No grupo das trabalhadoras do serviço, foram incluídas as ocupações de atendentes de *telemarketing*, babá, auxiliar de lavanderia e vigilante, representando 17,6% do total. Além destas, foram encontradas também internas com ocupações como donas de casa e estudante, com respectivamente, 6,8% e 2,7%.

Esses achados são semelhantes aos de Salmasso (2004), no qual 35,4% das mulheres detentas de seu estudo são donas de casa. Nicolau et al (2012) citam no seu trabalho que boa parte das mulheres presidiárias que participaram do seu estudo eram empregadas domésticas, corroborando com Rocha e Lodi (2013) que revelam um percentual de 35% de presidiárias que trabalhavam antes da prisão e/ou recebiam ajuda de parentes ou amigos para seu sustento, demonstrando assim que a questão laboral dessas mulheres vai além de um problema meramente econômico, mas também político-social, capaz que conduzi-las a criminalidade.

Ormeño (2013) assegura que “(...) embora a ausência de situação laboral não seja em si um indicador de risco, esse acaba contribuindo para uma situação de vulnerabilidade social por parte das mulheres encarceradas” (ORMEÑO, 2013, p. 98), legitimando as afirmações do estudo de Oliveira et al (2013), onde os autores afirmam que relações entre a situação de pobreza e exclusão social precede o encarceramento.

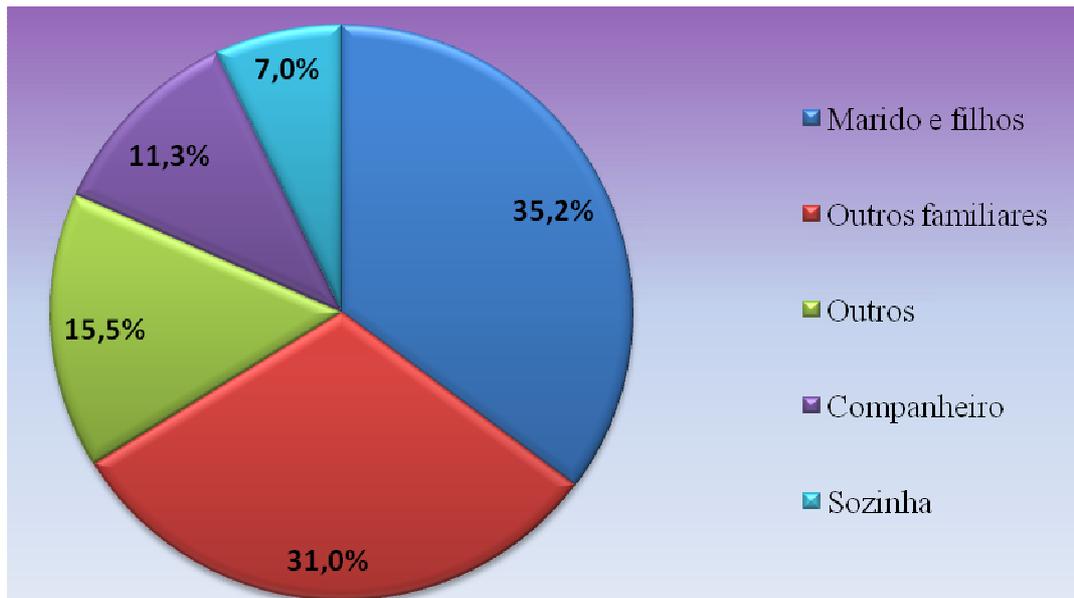
Na variável moradia, a pesquisa traz que, anterior ao encarceramento, 52,9% destas mulheres possuíam casa própria; 38,6% moravam em casa alugada.

À este respeito, muitas delas referiram que esta casa foi recebida através do programa governamental “Minha Casa Minha Vida”; desta forma, apesar de possuir uma casa própria embora com incentivos financeiros desse projeto, as mulheres continuavam em situação de risco e vulnerabilidade em relação a inserção no mundo do crime, como já foi analisado a baixa escolaridade, a condição de baixa renda, a presença masculina como fator influenciador para entrada desta mulher no tráfico de drogas por exemplo, continuam a cercá-la, mesmo considerando a condição de casa própria e a convivência com familiares próximos.

Sobre condições de moradia, como ilustra o gráfico 03, a seguir, 35,2% moravam com maridos e filhos; 31% destas moravam com outros familiares e 15,5% tinham outros arranjos familiares. Dados estes que corroboram com o estudo de Moreira (2012), no qual a maioria das mulheres desta pesquisa moravam em casa própria, sendo ela da própria mulher ou de

familiares, juntamente com marido e filhos. Sendo assim, podemos analisar o arranjo familiar anterior destas detentas, entendendo que boa parte possuía uma melhor condição de moradia, considerando a casa própria e convivia com seus familiares.

Gráfico 03- Condições de moradia, segundo arranjo familiar das mulheres presidiárias do Conjunto Penal de Feira de Santana- Bahia, Brasil. 2015



*Este 'n' corresponde ao número de mulheres que responderam à esta variável

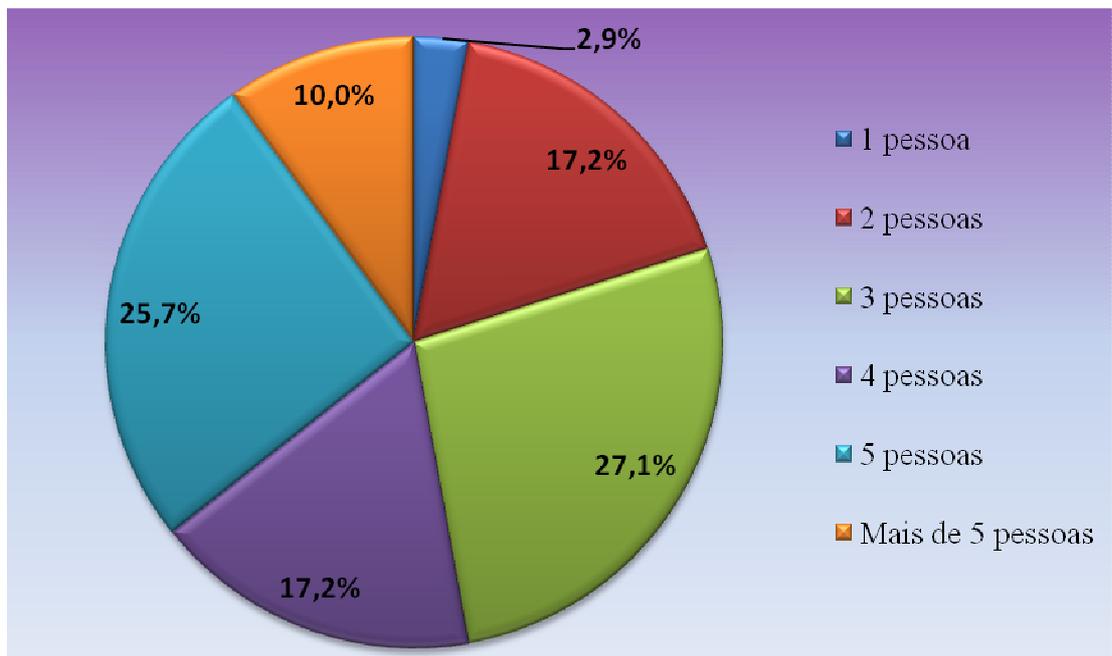
Por outro lado, este dado revela uma tendência nacional, onde se vê que paralelamente à redução do tamanho das famílias, houve uma mudança na composição familiar. Alves e Cavenaghi (2012) analisam que, no Brasil, a família do tipo hegemônico esteja perdendo posição relativa, pois os dados mostram que os domicílios compostos por casal com filhos representavam 62,8% em 1992 e passaram para 49,9% em 2009. Os autores, ao analisarem as tendências de arranjos das famílias brasileiras, afirmam que outros arranjos vêm crescendo, à exemplo das famílias de núcleo duplo (casais sem filhos), famílias monoparentais (as moradias constituídas por mães com filhos) e domicílios unipessoais (não-família) também apresentam tendência de crescimento.

Essa análise converge ao encontrado entre as famílias das internas, reforçando o padrão da família brasileira.

Quando analisadas as condições de moradia, segundo número de pessoas no mesmo lar, a pesquisa revela um padrão, onde 25,7% moram com 05 pessoas; 27,1% com três pessoas e outros 10% moram com mais de dez pessoas, como se vê no gráfico abaixo.

Esse dado, em verdade, desmistifica a imagem da mulher inserida no crime com casa de grandes conglomerados, de casa cheia e populosa e, por outro lado, legitima a análise realizada por Alves e Cavenaghi (2012), onde os autores ao fazerem uma análise da tendência demográfica no Brasil tendo como base os dados do IBGE entre 1970 e 2010, mostram que o número de pessoas por domicílio caiu de 5,3 para 3,3 indivíduos.

Gráfico 04- Condições de moradia, segundo número de pessoas residentes no lar das mulheres presidiárias do Conjunto Penal de Feira de Santana-Bahia, Brasil. 2015

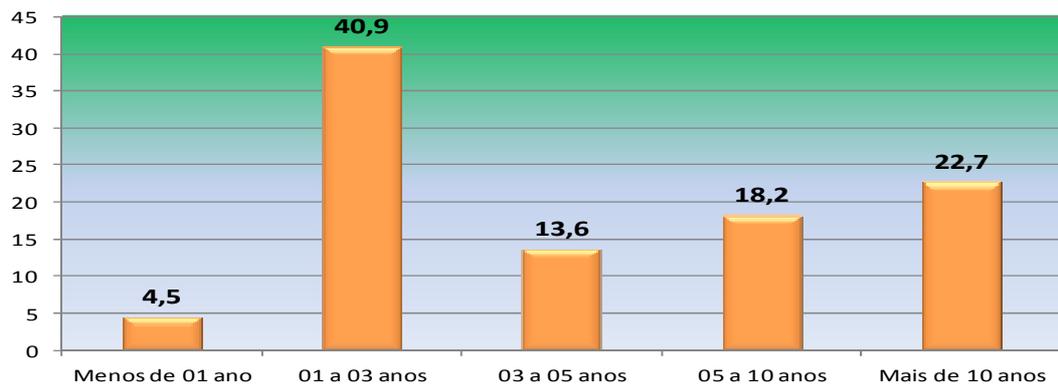


*Este 'n' corresponde ao número de mulheres que responderam à esta variável

Os autores ainda explicam que a queda do número de pessoas nos domicílios decorre do processo de queda da fecundidade e do maior ritmo de aumento do número de domicílios (ALVES e CAVENAGHI, 2012).

Paralelamente à redução do tamanho das famílias, houve também uma mudança na composição familiar. À exemplo disso, no gráfico a seguir, ao analisar o tempo que estas mulheres conviviam com seu companheiro (a), importante salientar que apenas 21 mulheres responderam à esta pergunta; e, destas, 40,9% tinham um tempo médio de 01 a 03 anos com seus parceiros atuais.

Gráfico 05- Tempo de Convívio com companheiro (a) das mulheres presidiárias do Conjunto Penal de Feira de Santana- Bahia, Brasil. 2015



*Este 'n' corresponde ao número de mulheres que responderam à esta variável

Ressalta-se que um número significativo de mulheres, aproximadamente 50 (69,4%), não responderam a esta pergunta, revelando um dado extremamente importante ao avaliar condições de vida de mulheres presidiárias: muitas delas são abandonadas pelos(as) companheiros(as), assim como pelas suas famílias logo que são encarceradas, muitas vezes por passar a ser motivo de vergonha e constrangimento, pela família não aceitar a situação na qual ela se encontra. Os parceiros, logo que podem, não mantêm a fidelidade conjugal com a mulher encarcerada, constituindo novas famílias na ausência dela.

Freire (2012) refere, no seu estudo, que as mulheres são abandonadas pelo seu parceiro (a), porém fato este que não ocorre quando o preso é o homem, “(...) isso acontece porque as mulheres são pressionadas a visitar os homens na prisão por seu grupo social (principalmente os colegas e amigos do preso que moram perto da mulher). Isso ocorre pelo fato do homem deter o poder, principalmente econômico”.

4.5 HÁBITOS DE VIDA DAS MULHERES PRESIDÁRIAS DO CONJUNTO PENAL DE FEIRA DE SANTANA

Como resultado dos hábitos de vida destas mulheres, a pesquisa avaliou as seguintes variáveis: uso de drogas, fumo e bebida alcoólica, como demonstrado na tabela 04.

Ao analisar o consumo de droga, percebe-se uma distribuição quase uniforme das afirmações, onde 23,9% confirmam o uso; 29,6% dizem já ter usado algum tipo de entorpecente. Se somadas as duas parcelas, percebe-se que mais da metade das mulheres participantes deste estudo, fazem e/ou fizeram uso de drogas ilícitas.

Tabela 04- Hábitos de vida das mulheres presidiárias do Conjunto Penal de Feira de Santana- Bahia, Brasil, 2015.

Variáveis	n	%
Droga		
Sim	17	23,9
Já usou	21	29,6
Nunca usou	33	46,5
Fuma		
Sim	33	45,8
Já fumou	14	19,4
Nunca fumou	25	34,7
Bebe		
Sim	59	81,9
Não	13	18,1
Atividade Física		
Sim	13	18,3
Não	58	81,7

*Este 'n' corresponde ao número de mulheres que responderam à esta variável

Dados que são compatíveis com os resultados do estudo de Ferreira et al (2014); neste, os autores afirmam que 47,3% das detentas usaram algum tipo de droga ilícita anteriormente ao encarceramento. Moreira (2012) afirma que mais da metade das mulheres de seu estudo afirmaram ter feito uso de drogas ilícitas, assim como Neri et al (2011) que encontraram um percentual ainda mais elevado, no qual 92,2% internas, do Complexo Penitenciário de Salvador (BA), utilizaram algum tipo de droga, com base em prontuários investigados.

Desta forma, os dados sobre o uso de drogas acabam confirmando sobre a variável anteriormente analisada, qual seja, o motivo da prisão, sendo o tráfico de drogas o mais prevalente, revelando aqui o fácil acesso às drogas ilícitas, a mulher sendo usada como “avião” ou “vapor”² no tráfico- situação esta que configura um problema social, tanto condicionado à mulher ao uso de drogas como ao comércio ilegal delas, encaminhando-a para o encarceramento.

Em relação ao hábito de fumar, 45,8% afirmam fumar, mesmo dentro do presídio, muitas delas usam o cigarro de palha chamado “pacaia”. Ao abordar a variável de bebida, 81,9% dizem beber, e só não bebem no momento devido à prisão, já que não é autorizado nenhum tipo de bebida alcoólica no interior do presídio, sendo todo e qualquer tipo de líquido revistado pelos agentes penitenciários.

Neri et al (2011) afirmam que em 76% dos prontuários investigados em seu trabalho encontrou consumo de álcool e drogas entre estas mulheres, dado que corrobora com o de Ormeño (2013), onde o autor afirma que em sua pesquisa 36,24% das mulheres alegaram consumir álcool e 64,77% serem tabagistas.

Ao abordar a prática de atividade física, apenas 18,3% destas mulheres afirmam praticar algum tipo de exercício como caminhada, aeróbica, corrida, flexões, abdominais, ou até mesmo atividades que são proporcionadas no ambiente de trabalho de algumas que o fazem fora do Presídio, enquanto que 81,7% afirmam não praticar nenhum tipo de exercício físico, mesmo sabendo da importância deste e mesmo tendo espaço físico para realizar tal tarefa.

É sabido que o Conjunto Penal não oferece nenhuma modalidade de atividade física, ainda que conte com espaços físicos que possam ser adaptados para diversas modalidades de esportes e/ou práticas corporais. Como exceção, constatamos apenas com uma prática

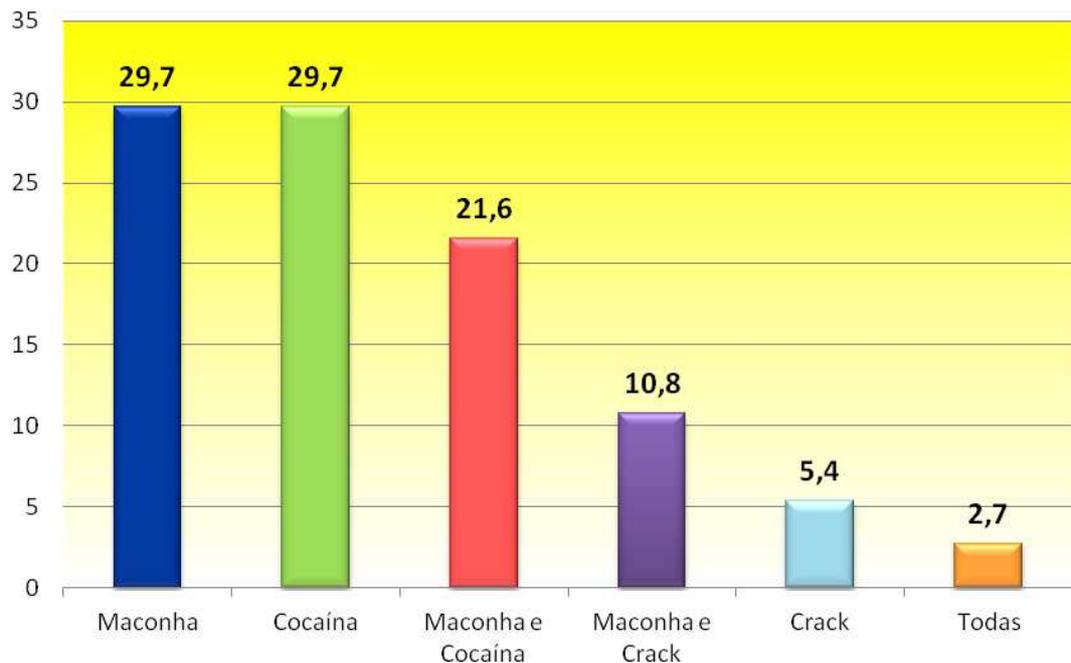
² Com base nos termos e gírias usados por detentos, a palavra “avião” é usado no meio do tráfico para se referir à pessoa que passa a droga; indivíduo que repassa drogas, pratica a venda de drogas, ou apenas transporta para alguém. Ex.: fazer um avião, aviãozinho, etc. e “vapor” é a pessoa responsável por vender a droga, pode ser homem ou mulher.

esportiva denominada “baleado” que as próprias presas organizam somente aos sábados, mas elas não o compreendem como um esporte, e sim como uma brincadeira, uma competição entre elas.

Ainda sobre o hábito do uso de drogas ilícitas, o gráfico 06, mostra um dado preocupante em relação ao padrão de consumo de drogas, onde entre aquelas que afirmaram consumir ou já ter consumido, 29,7% destas afirmam ter utilizado apenas maconha ou apenas cocaína e 21,6% consomem, juntamente, maconha e cocaína.

Esses resultados nos mostram que os hábitos de vida das mulheres encarceradas proporcionam pouca qualidade de vida, e aumentam significativamente as chances de desenvolverem problemas de saúde futuros, dependências e altos níveis de comorbidades.

Gráfico 06 – Tipo de droga utilizada anteriormente pelas mulheres presidiárias do Conjunto penal de Feira de Santana – Bahia, Brasil. 2015



*Este ‘n’ corresponde ao número de mulheres que responderam à esta variável

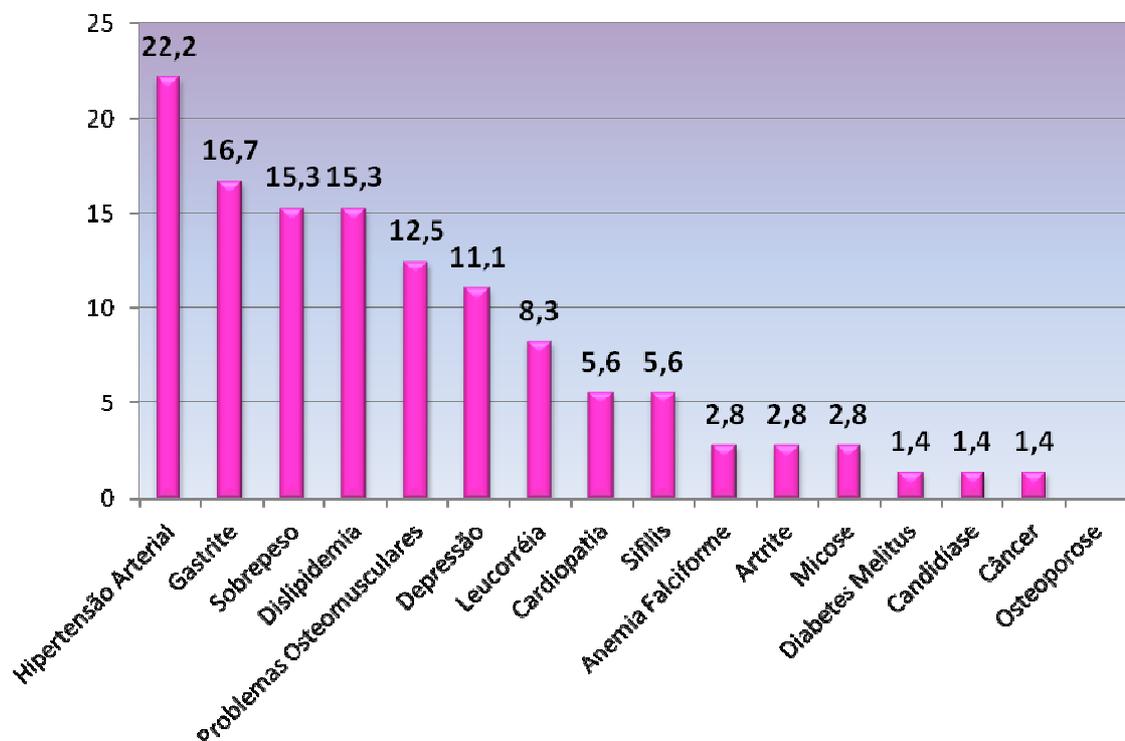
O mesmo padrão de consumo foi revelado numa pesquisa sobre presidiárias em Salvador, onde Neri et al (2011) encontraram em 83 dos 90 prontuários investigados, registro sobre o consumo de drogas. Neste total, foi identificado o consumo de álcool ou tabaco em 62 (76%) prontuários e, em 32 (52%) destes, havia o consumo associado com outras substâncias psicoativas, mais especificamente, maconha, cocaína e *crack*. As autoras ainda analisam a relação direta entre os percentuais de consumo de drogas com o número de mulheres 58

(65,2%) aprisionadas pelo Artigo 33 do Código Penal Brasileiro, o qual está relacionado ao crime de tráfico de drogas.

4.6 CONDIÇÕES DE SAÚDE DAS MULHERES PRESIDÁRIAS DO CONJUNTO PENAL DE FEIRA DE SANTANA

Ao serem interrogadas sobre histórico de doenças, sendo estas baseadas em diagnósticos médicos, observamos que a Hipertensão Arterial (HAS) foi a doença mais prevalentes entre as presidiárias, com 22,2%, como ilustrado no gráfico 07, seguida por outras patologias, tais como gastrite (16,7%), sobrepeso (15,3%), dislipidemia (15,3%), problemas osteomusculares (12,5%), depressão (11,1%), tendo ainda a ocorrência de outras doenças, porem menos prevalentes.

Gráfico 07- História de Saúde das mulheres presidiárias do Conjunto Penal de Feira de Santana- Bahia, Brasil. 2015



*Este 'n' corresponde ao número de mulheres que responderam à esta variável

Gostaríamos de chamar a atenção, portanto, de que o número foi abaixo do esperado, tendo em vista estudos da mesma temática, onde os níveis de infecções sexualmente

transmissíveis, por exemplo, são mais elevados que os encontrados neste estudo. À este respeito, registramos apenas a ocorrência de sífilis, com 5,6% e a prevalência de algumas afecções ginecológicas, como leucorréia e candidíase.

Atribuímos à isto o fato das ações desenvolvidas, geralmente, serem pontuais, voltadas para resoluções de problemas como DST ou imunizações em massa, porém, de acordo com a literatura, existe um número alto de tuberculoses, pneumonias, hepatites, transtornos mentais, traumas que não são levados em conta para iniciar ou dar continuidade ao um tratamento.

Por outro lado, os dados sobre saúde das internas aqui convergem aos disponíveis em pesquisas como o de Neri et al (2011), onde os autores trazem que nos prontuários analisados foram encontrados 35,3% de mulheres hipertensas, 4,8% cardiopatas e 2,4% com tuberculose. No estudo de Oliveira et al (2013) 33,9% das mulheres têm HAS, 10,2% DM e 5,1% gastrite, e por fim Miranda et al (2004) traz em sua pesquisa que 12,4% das mulheres encarceradas do Espírito Santo tinham HAS, 8,3% cardiopatias e 4,1% DM.

Como se vê, a prevalência de doenças no ambiente prisional é significativa e à este respeito Brasil (2005) traz que a grave situação em que se encontram as pessoas privadas de liberdade, refletem, sobretudo, em práticas de violência, em precariedade de espaço físico, carência do atendimento à saúde, sendo esta uma realidade que não pode nem deve ser omitida.

Estudos realizados por Lima (2005) e Strazza (2007) apontam também as necessidades em saúde de mulheres presidiárias mesmo fora do ambiente carcerário, pela falta de informação, educação e recursos em saúde. Apontam a deficiência no sistema de saúde pública e assim, como evidenciado neste estudo, apresentam a realidade dos presídios, onde concentram uma população excluída e marginalizada.

Assim pode-se concluir que os resultados obtidos podem revelar baixo índice de acompanhamento de saúde dessas mulheres, como também falta de métodos diagnósticos, encaminhamento precários, falta de conhecimento sobre as doenças e conseqüentemente baixo poder de reconhecimento dos sinais e sintomas destas.

Reflexo disso, portanto, está no número expressivo de queixas de saúde. Estas não estão baseadas em diagnóstico médico mas, essencialmente, nas queixas referidas pelas presas nas últimas semanas. A tabela 05, deste modo, mostra que 91,7% das mulheres entrevistadas referem tristeza; 77,8% referem dor de cabeça constante; 69,4% perda do apetite; 62,5 dores na perna e choro frequente.

Ao separar as queixas de saúde entre sintomas físicos e psíquicos temos que, entre os sintomas físicos a dor de cabeça (77,8%), perda do apetite (69,4%) e dores nas pernas (62,5%) são os mais encontrados, enquanto que entre os sintomas psíquicos aparecem como principais a tristeza (91,7%), o choro frequente (62,5%) e insônia (56,9%).

Tabela 05- Queixas de Saúde das mulheres presidiárias do Conjunto Penal de Feira de Santana- Bahia, Brasil. 2015

Variável	n*	%	Variável	n*	%
Tristeza	66	91,7	Tremores	27	35,5
Dor de cabeça	56	77,8	Sonolência	27	35,5
Falta de Apetite	50	69,4	Agitação	24	33,8
Choro frequente	45	62,5	Zumbido nos ouvidos	24	33,3
Dor na perna	45	62,5	Dificuldade na visão	22	30,6
Tontura	43	59,7	Dor muscular	21	29,2
Insônia	41	56,9	Agressividade	20	27,8
Dor na coluna	41	56,1	Diminuição da audição	19	26,4
Nervosismo	38	52,8	Corrimento vaginal	11	15,3
Esquecimento	35	48,6	Coceira	09	12,5
Cansaço	33	46,5	Dor na mama	09	12,5
Dor no estômago	33	45,8	Inchaço	07	9,7
Fraqueza	30	41,7	Perda da voz	07	9,7
Dificuldade na memória	28	38,9	Coceira vaginal	03	4,2

*Este 'n' corresponde ao número de mulheres que responderam à esta variável

Todos esses dados refletem a situação de saúde na qual estas mulheres se encontram e vivenciam todos os dias, muitas delas sem a oportunidade de ter acesso ou garantia de fato a um tratamento específico ou de continuidade. Outro ponto importante que estes dados revelam é que o sofrimento destas pode ser somatizado e ser expressado pelas constantes dores em diversas partes do corpo, gastrites, e etc, também revela que o sentimento de tristeza é constante, ora por se encontrar em um lugar hostil, com regras, afastadas da sociedade, ora pelo sentimento de abandono pelas famílias e filhos, o que frequentemente era abordado durante a aplicação dos questionários, muitas referiam, em lágrimas, a saudade da família e da sua vida anterior ao encarceramento.

Neri et al (2011), á este respeito, chama atenção para um aspecto interessante e que não pode deixar de ser percebido é sobre a compreensão de que a presidiária tem conflitos na interação familiar, e os constantes relatos das mesmas sobre sentimentos de solidão, tristeza, abandono e revolta e estas alterações emocionais podem vir a interferir no biológico, constituindo-se em fontes primárias para doenças psicológicas (NERI et al, 2011).

Assim, podemos afirmar a suscetibilidade da população carcerária e, em especial, as mulheres presas em desenvolverem problemas de saúde mental. Neste sentido, uma extensa revisão sistemática de literatura estimou que 3,7% da população carcerária apresentava um transtorno psicótico, 10% depressão e 42% transtorno de personalidade (FREIRE, PONDÉ e MENDONÇA, 2012).

Numa pesquisa sobre os presos da Bahia e a prevalência de transtornos mentais, Freire, Pondé e Mendonça (2012) encontraram 7,2% de depressão; 1,4% de psicose; 26,9% de transtornos de personalidade; 19,7% de transtorno de borderline e 7,2% de transtorno de ansiedade. Além destes problemas de saúde, os autores também chamam atenção para a dependência ao uso de substâncias, álcool e outras drogas.

Esses achados corroboram com o de Coelho (2012), onde a autora encontrou uma prevalência de 12,4% de transtornos psicológicos menores também entre presos da cidade de Salvador – Bahia, ressaltando que entre as queixas mais prevalentes destaca-se a tristeza, ansiedade e insônia, resultados bem próximos aos encontrados entre a nossa população estudada.

Assim, além das queixas físicas, as somáticas devem ser valorizadas, tendo em vista a possibilidade de um acometimento de ordem psicológica e/ou psiquiátrica e que as equipes de saúde trabalhadoras do serviço carcerário estejam preparadas para atender esta demanda e que possam ter um olhar mais clínico e apurado, em especial para as mulheres detentas.

4.7 HISTÓRIA GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA DAS MULHERES PRESIDÁRIAS DO CONJUNTO PENAL DE FEIRA DE SANTANA

A vida sexual das mulheres presidiárias tem sido objeto de estudo de diversos autores, como Neri et al (2011), Nicolau e Pinheiro (2012), Nicolau et al (2012), Matida et al (2013), Oliveira et al (2013), e Ribeiro et al (2013). Estes estudos, de modo geral, apontam para uma vulnerabilidade da mulher presidiária às infecções sexualmente transmissíveis, comportamento sexual de risco e constantes trocas de parcerias sexuais.

A tabela 06, a seguir, evidencia alguns dos aspectos importantes da história ginecológica e sexual das mulheres estudadas. Sobre a menarca, observamos maior concentração em idade até 12 anos (53,5%).

Esse achado reitera a afirmação de Ribeiro et al (2013), onde as autoras ao pesquisar o perfil gineco-obstétrico de mulheres encarceradas no Ceará, encontram um percentual de 57,2% entre mulheres que apresentaram sua menarca entre 10 a 13 anos. Esses dados

reforçam que a primeira menstruação está acontecendo cada vez mais precocemente, inclusive no Brasil e que a redução desta é uma tendência secular nas populações, inclusive na brasileira, podendo estar relacionada às melhores condições socioeconômicas ocorridas nos últimos anos.

Tabela 06- História Ginecológica das mulheres presidiárias do Conjunto Penal de Feira de Santana- Bahia, Brasil. 2015

Variáveis	n*	%
Menarca		
Até 12 anos	38	53,5
De 13 a 15 anos	30	42,3
Mais de 15 anos	03	4,2
Coitarca		
Até 12 anos	15	21,1
De 13 a 15 anos	40	56,3
Mais de 15 anos	16	22,5
Número de parceiros sexuais		
Até 10	55	76,4
De 10 a 20	06	8,3
De 20 a 30	02	2,8
Mais de 30	07	9,7
Não soube quantificar	02	2,8
Uso de camisinha nas reações sexuais		
Sim	46	66,7
Não	17	24,6
Às vezes	05	7,2

*Este 'n' corresponde ao número de mulheres que responderam à esta variável

A variável coitarca, início da atividade sexual, aparece na pesquisa com dados expressivos na faixa etária de 13 a 15 anos (56,3%), corroborando com o estudo de Nicolau et al (2012); neste, 80,1% das detentas do estudo iniciaram atividade sexual com menos de 17 anos, sendo que 29,7% destas antes mesmo dos 14 anos. Também corroboram com os achados de Miranda et al (2004), onde para estes autores a idade em que as mulheres presidiárias afirmavam sua primeira relação sexual estava entre os 15 anos.

A observância da idade da coitarca demonstrou um início precoce da vida sexual, uma vez que 124 (80,1%) começaram antes dos 17 anos. Vale ressaltar que 148 (95,5%) tiveram sua primeira relação na adolescência, e em 46 (29,7%) ocorreu antes dos 14 anos. Destas, duas mulheres (1,2%) foram violentadas sexualmente durante a infância, aos 5 anos de idade. A média de

idade da coitarca foi de 14,6 com mínimo de 5 e máximo de 23 anos. (NICOLAU et al, 2012, pgs 388-389).

Este início cada vez mais precoce da iniciação sexual apresenta uma relação direta com número de parceira sexual; pois, subentende-se que quanto mais cedo a coitarca, maior possibilidade de multiplicidade de companheiros (as). Entre as presidiárias estudadas, 76,4 % tiveram até 10 parceiros, seguidas por 9,7% que afirmam ter tido mais de trinta parceiros, estando esta vulnerabilidade sexual também presente nos estudos de Ribeiro et al (2013), Nicolau et al (2012) e Matida et al (2013).

Em relação ao uso do preservativo encontramos uma prevalência de 66,7% mulheres que afirmaram usar este método durante as suas relações, dado este compatível com o estudo de Nicolau e Pinheiro (2012), onde a grande maioria das mulheres, principalmente as mais jovens, afirmaram utilizar a camisinha masculina nas relações sexuais.

Outros estudos como o de Ribeiro et al (2013), Matida et al (2013) e Nicolau et al (2012) apontam para números expressivamente baixos em relação ao uso da camisinha, numa média de 35% a 40%, onde este comportamento sexual predispõe as mulheres encarceradas à uma maior predisposição às infecções sexualmente transmissíveis, bem como às gravidezes indesejadas.

Além destas gestações não planejadas, conseqüente pré-natal inadequado e sem acompanhamento, ou até mesmo não realizado, riscos maternos devido a própria gestação, esta condição de vulnerabilidade também expõe a mulher ao maior risco de multiparidade e práticas abortivas.

Como se observa na tabela 07, a seguir, 34,7% mulheres tiveram 02 ou 03 gestações, seguidas por 18,1% que tiveram entre 04 a 05 gestações, sinalizando multiparidade entre elas. Entre este mesmo grupo populacional, tivemos um número absoluto de 30 casos de aborto, representando um percentual significativo de 41,7% , reforçando o grau de exposição ao qual estão submetidas.

Em relação à gestação, 51,1% das mulheres tiveram 2 ou 3 partos normais enquanto 72% afirmaram ter pelo menos 1 parto cesáreo.

Destas, 56,7% afirmaram ter sofrido pelo menos 01 aborto, e 40% afirmaram ter sofrido entre 02 a 03 abortos. Dados semelhantes estão disponíveis no estudo de Miranda et al (2004), na qual os autores trazem que 50,4% das mulheres encarceradas que foram entrevistadas afirmam já ter sofrido aborto, sendo que o número deste variava entre 01 a 08.

À este respeito, Ribeiro et al (2013) reiteram que a análise dos abortos ocorridos nessa população mostrou que quase a metade 43,6% (248) das mulheres teve pelo menos um

aborto, revelando um dado bastante elevado do número de mulheres que sofreram aborto nesta população. A mesma informação é encontrada na pesquisa de Matida et al (2013), onde os autores apresentam taxas de 29,6% de aborto espontâneo; 8,7% aborto provocado, 28,5% com história de doença sexualmente transmissível; 85,4% realizaram teste rápido para HIV e 63,9% para sífilis.

Tabela 07- História Obstétrica das mulheres presidiárias do Conjunto Penal de Feira de Santana- Bahia, Brasil. 2015

Variáveis	n*	%
Número de Gestações		
Nenhuma	05	6,9
01	18	25,0
02 ou 03	25	34,7
04 ou 05	13	18,1
06 ou mais	11	15,3
Número de partos		
01	20	30,3
02 ou 03	25	37,9
04 ou 05	11	16,7
06 ou mais	05	7,6
Nenhum	05	7,6
Número de abortos		
01	17	56,7
02 ou 03	12	40,0
04 ou 05	01	3,3
Número de Filhos		
01	19	31,1
02 ou 03	25	41,0
04 ou 05	12	19,7
06 ou mais	05	8,2

*Este 'n' corresponde ao número de mulheres que responderam à esta variável

Shimizui e Lima (2009) trazem em seu estudo que mulheres encarceradas ou não têm maiores chances de apresentarem problemas causados pela informação e escolha limitada sobre anticoncepcionais, pelas taxas de aborto, falta de atenção pré-natal e altos números de cesarianas.

Isto reflete a condição na qual mulher está inserida, a falta de um planejamento familiar, do uso correto de métodos contraceptivos, a possibilidade de escolha do método avaliando riscos e benefícios individuais para cada uma, a escolha juntamente com seu parceiro sobre assumir a continuidade da gestação, a falta de esclarecimentos sobre os riscos

de um aborto provocado e de não conseguir reconhecer a tempo intercorrências que levem essa mulher ao óbito.

Ao analisar a variável número de filhos, observamos na tabela 07 que a maioria das mulheres estudadas, tiveram uma maior concentração com 02 ou 03 filhos (41%), seguidas por aquelas que tinham 01 filho (31,1%), revelando uma taxa de alta fecundidade.

Sobre esta condição estudos como o de Ferreira et al (2014) mostra que 45,2% das mulheres encarceradas tinham filhos, sendo que 45,9% tinham de 1 a 4 filhos; Ormeño (2013) traz que 86,4% das mulheres tinham filhos, com uma média de 2,75 filhos, Neri et al (2013) demonstram que dos 90 prontuários analisados no seu estudo, 91,1% continham registro de que as presidiárias tinham filhos/filhas, sendo que 44,3% tinham entre 2 e 3 filhos, dessa maneira corroborando com a pesquisa em questão.

Esses dados refletem, como já fora citado, a dificuldade destas mulheres em realizar um planejamento familiar adequado, ter possibilidades de escolha e uso de métodos contraceptivos que adaptem às suas reais necessidades, como também o uso de preservativos.

Assim, diante de todo o exposto, considerando um público de mulheres que apresentam precocidade da primeira relação sexual, uso de drogas, tatuagens e piercings pelas presidiárias e suas parcerias, a ocorrência de homo/bissexualidade entre as detentas, histórias de multiplicidade de parceiros (ou parceiras), alta fecundidade, elevada prática de aborto, desconhecimento sobre as DST/HIV, configuram as principais lacunas encontradas ao analisarmos o perfil gineco-obstétrico das detentas deste estudo.

O nosso olhar, portanto, deve convergir ao de Freire et al (2014), onde os autores afirmam “(...) que mulheres encarceradas constituem uma população carente, exibem comportamentos de risco para infecções crônicas, apresentam uma maior liberdade sexual juntamente com atividades relacionadas a história de prostituição e homossexualismo” (FREIRE et al, 2014; p. 06).

Diante dos resultados, percebe-se que as estratégias de promoção da saúde sexual em ambiente prisional devem englobar a complexidade das peculiaridades vivenciadas pelas mulheres presidiárias.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os instrumentos utilizados mostraram-se adequados a atender a pesquisa quantitativa, como também aos objetivos aqui propostos, analisar as condições de vida e saúde das mulheres em situação de prisão, sendo que este possibilitou que um número significativo de detentas se envolvesse na pesquisa, já que existe uma barreira entre elas e as pessoas que “vem de fora”.

A pesquisa em questão mostrou o crescimento do protagonismo feminino no mundo da criminalidade através das diversas formas de delitos, especialmente por meio do tráfico de drogas; este, em especial, ligado diretamente às questões sociais e econômicas. Assim, mesmo sendo feito em uma unidade prisional do interior da Bahia, os dados aqui representados traduzem o que a literatura vem apontando cada vez mais sobre esta questão: o aumento gradativo de mulheres que são inseridas do mundo do crime, sendo estas, cada vez mais jovens.

Este estudo passa a ser relevante a partir do momento em que trazemos um problema tão complexo e em crescimento, com impactos não só nas mulheres em situação de prisão, mas também em suas famílias e na sociedade como um todo.

O perfil sociodemográfico e econômico destas mulheres revelam que a grande maioria é composta por jovens, solteiras, negras, com baixo grau de escolaridade, empregadas domésticas e que ganhavam antes da prisão até 01 salário mínimo, ou seja, revelam mulheres em condições de vulnerabilidades sociais.

Ao analisarmos os hábitos de vida das mulheres detentas de Feira de Santana, revelamos a prática abusiva de drogas lícitas, como o cigarro e o álcool; alto padrão de consumo de drogas ilícitas, em especial, maconha, crack e cocaína, usado isoladamente ou em conjunto; não sendo utilizados no momento por se encontrarem em situação de prisão.

Sobre a variável história de saúde destas mulheres, baseado em diagnósticos médicos, o estudo revela alta prevalência de hipertensão arterial, entre outras patologias, tais como gastrite, sobrepeso, dislipidemia, problemas osteomusculares, depressão, tendo ainda a ocorrência de outras doenças, como sífilis, leucorréia e candidíase, que direcionam nosso olhar sobre o comportamento sexual deste grupo.

Quanto às queixas de saúde mais prevalentes, destaca-se os sintomas físicos como dor de cabeça, perda do apetite e dores nas pernas, enquanto que entre os sintomas psíquicos aparecem como principais a tristeza, o choro frequente e insônia.

Além destes, o estudo revela comportamento sexual vulnerável, com multiplicidade de parceiros, início da vida sexual precoce, prática sexual sem uso de preservativos, alta taxa de fecundidade, com elevado número de gestações, partos, abortos e número de filhos.

Esses dados nos remetem à uma discussão sobre a qualidade dos serviços à que elas têm acesso (sejam dentro ou fora da prisão), refletindo dificuldades de acesso aos serviços de saúde, falta de atendimento integral, falta de cuidado, humanização, superlotação dos serviços, limitações no que se refere ao planejamento familiar, violação dos direitos sobre o seu corpo, violências domésticas, institucionais e/ou obstétricas, entre outras.

Além destas questões, precisa-se lançar mão do olhar que a sociedade infere sobre estas mulheres: precisa-se desmistificar a figura da criminosa, da transgressora; é preciso analisar também as grandes perdas que elas têm ao longo desse caminho, vergonha, dor, sofrimento, humilhação, danos à sexualidade, perda da vontade de viver, violências em geral; além da violação de direitos humanos.

O estudo, por fim, vem demonstrar a precariedade em que se encontram as mulheres presidiárias, a falta de implementação das políticas públicas específicas, ainda que as mesmas já existam e estejam garantidas por lei; a falta de sensibilização das pessoas que assistem direta ou indiretamente as mulheres em situação de prisão.

O estudo aponta muitos problemas relacionados a condições destas mulheres, como algumas queixas de saúde e alto nível de tristeza, assim como devolutiva da pesquisa em questão pretende-se levar ao Conjunto Penal uma proposta de intervenção com atividades relacionadas ao bem estar e a qualidade de vida, proporcionando alguns momentos destinados a estas mulheres.

Enquanto pesquisadora para mim este trabalho foi enriquecedor, permitindo outros olhares para uma população tão esquecida dentro da sociedade, muitos momentos me marcaram, sendo estes nas visitas e durante as coletas. Percebi o quanto aquelas mulheres, sofrem com a solidão, privação da liberdade, distância da família e como necessitam de uma atenção especial.

Todo este sistema penitenciário, bem com o a sociedade, de forma geral, com este olhar “viciado” acaba não reproduzindo nenhum reparo social à estes indivíduos, que continuará sendo um “ex-presidiário”, com dificuldades de reinserção na comunidade, bem como familiar.

Devemos pensar, sobretudo, num tratamento onde o gênero não produza diferenças: homens e mulheres devem ser tratados de formas iguais, ainda que se considerem suas peculiaridades, devam ser tratados com equidade. Repensar a ressocialização é algo imprescindível; as prisões demandam, com urgência, uma reestruturação organizacional, que ofereça condições para os sujeitos modificarem aspectos importantes em sua concepção de ser humano e cidadão, com direitos e deveres na sociedade.

Enquanto a justiça e o sistema penitenciário mantiverem-se engessados no discurso utópico, estas mulheres continuarão “por trás das grades”, com a barbárie de uma rede que aprisiona e torna bicho o Homem.

REFERÊNCIAS

- ALVES, José Eustáquio Diniz. & CAVENAGHI, Suzana. (2012), Tendências demográficas, dos domicílios e das famílias no Brasil. Aparte: **Inclusão Social em Debate**, 24 ago. Disponível em <http://www.ie.ufrj.br/aparte/pdfs/tendencias_demograficas_e_de_familia_24ago12.pdf>, Acesso em 10 de Abril 2015.
- ALVIM, Wesley Botelho. **A ressocialização do preso brasileiro**. Artigo jurídico. DireitoNet. 2006. Disponível em <<http://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/2965>> Acesso em 15 de Jun 2014.
- BASTOS, Paulo Roberto da Silva. **Criminalidade feminina**: estudo do perfil da população carcerária feminina da Penitenciária Professor Ariosvaldo de Campos Pires – Juiz de Fora/MG, 2009 Portal Jurídico Investidura, Florianópolis/SC, 26 Ago. 2010. Disponível em: <www.investidura.com.br/biblioteca-juridica/artigos/direito-penal/168244> Acesso em 19 de Abril 2015.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. Rio de Janeiro, Conselho Federal de Medicina, v.4, p. 15-25, 1996.
- _____. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes (PNAISM) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p.: il.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário** – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2004. 64 p.
- _____. **Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. – Brasília : Presidência das República, 2007. 52 p. : il.
- _____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Grupo de Trabalho Interministerial – **Reorganização e Reformulação do Sistema Prisional Feminino** – 2008. Brasília. 196 págs.
- _____. Lei de Execução Penal (1984). **Lei de Execução Penal**: Lei n. 7.210, de 11 de julho de 1984: institui a Lei de Execução Penal, – Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2008. 121 p. – (Série Legislação; n. 11).
- _____. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. **Comissão Parlamentar de Inquérito do Sistema Carcerário**. CPI sistema carcerário. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2009. 620 p.

CARTILHA DA MULHER PRESA. Conselho Nacional de Justiça. 2ª Edição - 2012
Coordenação da Comissão Especial. **Projeto Mulheres**. Diretoria de Políticas Penitenciárias.
Entopem dez/2011.

CÉSAR, Maria Auxiliadora. **Exílio da Vida: O cotidiano de Mulheres Presidiárias**.
Universidade de Brasília. Instituto de Ciências Humanas. 144p. Brasília/DF. Fevereiro, 1995.

COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas. A saúde mental de infratores presos numa unidade
prisional da cidade do Salvador IN: COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas e CARVALHO
FILHO, Milton Júlio (orgs.) **Prisões numa abordagem interdisciplinar** – Salvador:
EDUFBA, 2012, pgs. 131-144.

CONSTITUIÇÃO 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto
constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas
Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas
Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. – 35. ed. – Brasília: Câmara dos
Deputados, Edições Câmara, 2012. 454 p.

DIRETRIZES DE ATENÇÃO À MULHER PRESA. **Projeto Mulher Presa**: perfil e
necessidades, uma construção de diretrizes. Convênio Nº 028 MJ/DEPEN – 2008/2013.

FEIRA DE SANTANA. **Prefeitura Municipal de Feira de Santana**. Disponível em:
<<http://www.feiradesantana.ba.gov.br/turismoportaldosertao/industria.asp>> Acesso em 29 de
Out 2014.

FERREIRA, Valquíria Pereira; SILVA, Maria Arleide; NORONHA NETO, Carlos; FALBO
NETO, Gilliatt Hanois; CHAVES, Cynthia Vasconcelos; BELLO, Rodrigo Pereira.
Prevalência e fatores associados à violência sofrida em mulheres encarceradas por tráfico de
drogas no Estado de Pernambuco, Brasil: um estudo transversal. *Ciênc. saúde
coletiva* [online]. 2014, vol.19, n.7, pp. 2255-2264. ISSN 1413-8123.

FREIRE, Ana Paula Moniz. **Mulher atrás das grades**: estratégias das presas para lidar com o
ambiente prisional. XI Encontro Nacional de História Oral - Memória, Democracia e Justiça,
Rio de Janeiro, 2012.

FREIRE, Antonio Carlos Cruz; PONDÉ, Milena Pereira e MENDONÇA, Milena Siqueira
Santos Saúde Mental entre presidiários na cidade de Salvador, Bahia, Brasil IN: COELHO,
Maria Thereza Ávila Dantas e CARVALHO FILHO, Milton Júlio (orgs.) **Prisões numa
abordagem interdisciplinar** – Salvador: EDUFBA, 2012, pgs. 121 – 130.

FREIRE, Elana Maria Ramos; ROCHA, Luciano Chaves Dutra da; CABRAL, Danusa da
Silva; CALHEIROS, Christianne Alves Pereira, SILVA, Mônica Maria de Jesus. Percepção
das Mulheres encarceradas em Penitenciária em relação à atenção a Saúde da Mulher. **Gestão
e Saúde**; v. 5, n. 1 (2014); pag. 113-136.

HASHIMOTO, Érica Akie & GALLO, Janaina Soares. Maternidade e Cárcere: um olhar
sobre o drama de se tornar mãe na prisão. **Revista Liberdades**. n. 9. Janeiro-abril de 2012.
IBCCRIM.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades@**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=291080>>. Acesso em: 10 de Março 2014.

LEI DE EXECUÇÃO PENAL. Lei n. 7.210, de 11 de julho de 1984: institui a **Lei de Execução Penal** 1984, – Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2008. 121 p. – (Série Legislação; n. 11).

LIMA, Gigliola Marcos Bernado de. **Mulheres presidiárias: sobreviventes de um mundo de sofrimento, desassistência e privações**. 135 f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2005.

LIMA Márcia de. **Da visita íntima a intimidade da visita: A mulher no sistema prisional**. São Paulo; 2006. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP.

MACHADO, Carly Barboza, « Pentecostalismo e o sofrimento do (ex)bandido » *Horizontes Antropológicos* [Online], 42 | 2014, posto online no dia 15 Dezembro 2014. Disponível em: <<http://horizontes.revues.org/721>> Acesso em 19 de Abril 2015.

MATIDA, Luiza Harunari; RAMOS JÚNIOR, Alberto Novaes; SPARINGER, Wedja; LATTARI, Maria Cristina T.; SOUZA, Tânia Regina Correa de; SILVA, Maria Aparecida; LAMASTRO, Samantha; PLACCO, Anna Luiza; SANTOS, Marcia T. Fernandes dos. **O HIV e a Sífilis no Sistema Prisional Feminino do Estado de São Paulo**. São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde, 2013.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Execução Penal. Sistema Prisional. Departamento Penitenciário Nacional - DEPEN. **Dados consolidados**. 2010. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br>> Acesso em: 10 de Março 2014.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Execução Penal. Sistema Prisional. Departamento Penitenciário Nacional - DEPEN. **Infopen**. 2011. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/main.asp?View={D574E9CE-3C7D-437A-A5B6-22166AD2E896}&BrowserType=IE&LangID=pt-br¶ms=itemID%3D%7BC37B2AE9-4C68-4006-8B16-24D28407509C%7D%3B&UIPartUID=%7B2868BA3C-1C72-4347-BE11-A26F70F4CB26%7D>> Acesso em: 15 de Março 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. 3.^a edição. Série b. Textos básicos de saúde. 33 p. 2004.

MIRANDA, Angélica Espinosa; VARGAS, Paulo Roberto Mercon de; & VIANA, Maria Carmen. Saúde sexual e reprodutiva em penitenciária feminina, Espírito Santo, Brasil. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2004, vol.38, n.2, pp. 255-260.

MOREIRA, Vanessa dos Santos. **Impactos do envolvimento de mulheres presidiárias com o fenômeno das drogas**. 2012. 127 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

MOREIRA, Vanessa dos Santos; NERI, Miriam Souza; MOREIRA, Vania dos Santos; SILVA, Bárbara Santana e; SAMPAIO, Caliane de Oliveira; MENARDO, Mariana Lacerda

Bahia. O fenômeno das drogas entre mulheres presidiárias: características da produção científica nacional. **C&D-Revista Eletrônica da Fainor**, Vitória da Conquista, v.6, n.2, p.53-64, jul./dez. 2013.

MUNDSTOCK, Elsa; FACHEL, Jandyra Maria Guimarães; CAMEY, Suzi Alves; AGRANONIK, Marilyn. Introdução à análise estatística utilizando SPSS 13.0. **Cadernos de Matemática e Estatística**. Série B: Trabalho de Apoio Didático. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. Mai. 2006.

NERI, Miriam Souza; OLIVEIRA, Jeane Freitas de; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do GUSMÃO, Maria Enoy Neves; MOREIRA, Vanessa dos Santos. Presas pelas drogas: características de saúde de presidiárias em Salvador, Bahia. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 2, p. 121-132, maio/ago. 2011.

NICOLAU, Ana Izabel Oliveira; RIBEIRO, Samila Gomes; LESSA, Paula Renata; MONTE, Alana Santos; FERREIRA, Rita de Cássia do Nascimento; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra. Retrato da realidade socioeconômica e sexual de mulheres presidiárias. **Acta Paul Enferm**. 2012;25(3):386-92.

NICOLAU, Ana Izabel Oliveira; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra. Condicionantes Sociodemográficos e Sexuais do Conhecimento, atitude e prática de Presidiárias quanto ao uso de preservativos. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2012 Jul-Set; 21(3): 581-90.

OLIVEIRA, Hilderline Câmara de; CAVALCANTE, Christianne Medeiros; CRUZ, Eduardo Franco Correia; SANTOS, Joseneide Sousa Pessoa dos; SOUZA, Paulo Sérgio Silva de. **Assistência a Saúde à Mulher - Presa: um direito negado**. II Seminário Nacional Gênero e Práticas Culturais. Culturas, leituras e representações. 10p. João Pessoa, 2009.

OLIVEIRA, Lannuzya Veríssimo; COSTA, Gabriela Maria Cavalcanti; MEDEIROS, Kaio Keomma Aires Silva; CAVALCANTI, Alessandro Leite Cavalcanti. Epidemiological profile of female detainees in the Brazilian state of Paraíba: a descriptive study. **Online braz j nurs**. 2013 Dec.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra, 2002.

ORMEÑO, Gabriela Isabel Reyes. **Histórico familiar de mulheres encarceradas: fatores de risco e proteção para os filhos**. 2013. 214 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2013.

PASTORAL CARCERÁRIA DO BRASIL (Brasil). **Mulheres Presas**: situação de mulheres nas prisões do Brasil, São Paulo, 2012.

PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

RESOLUÇÃO Nº 01, DE 30 DE MARÇO DE 1999. **Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária**. Disponível em <http://www.abglt.org.br/port/res01_300399.html> Acesso em 12 de Maio 2014.

- RIBEIRO, Samila Gomes; LESSA, Paula Renata Amorim; MONTE, Alana Santos; BERNARDO, Elizian Braga Rodrigues; NICOLAU, Ana Izabel Oliveira; AQUINO, Priscila De Souza e PINHEIRO, Ana Karina Bezerra Perfil Gineco-Obstétrico de Mulheres Encarceradas no Estado do Ceará **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2013 Jan-Mar; 22(1): 13-21.
- ROCHA, Francisco Ilídio Ferreira & LODI, Mariana. O perfil socioeconômico e a realidade da execução penal da mulher internada no presídio regional de Araxá. **Revista Jurídica UNIARAXÁ**, Araxá, v. 17, n. 16, p. 91-126, ago. 2013.
- ROCHA, Luciano Chaves Dutra da; CABRAL, Danusa da Silva; CALHEIROS, Christianne Alves Pereira; FREIRE, Elana Maria Ramos; SILVA, Mônica Maria de Jesus. **Percepção das Mulheres Encarceradas em Penitenciária em Relação à Atenção a Saúde da Mulher**. CONVIBRA. Congresso Online de Gestão, Educação e Promoção da Saúde. 17 p. 2013.
- RODRIGUES, William. Costa. **Metodologia Científica**. 2007. Disponível em: <http://www.ebras.bio.br/autor/aulas/metodologia_cientifica.pdf>. Acesso em: 22 de Jun. 2014.
- ROSA, Marinelva. **A enfermagem além das grades: educação em saúde para presidiárias**. Artigo (Enfermagem). Universidade Luterana do Brasil, Carazinho, 2011.
- SALMASSO, Rita de Cássia. Criminalidade e Condição feminina: estudo de caso das mulheres criminosas e presidiárias de Marília - SP. **Revista de Iniciação Científica da FFC**, v. 4, n. 3, 2004.
- SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis [online]**. Rio de Janeiro 2007, vol.17, n.1, pp. 29-41. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>> Acesso em 15 de Jun 2014.
- SEAP . Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização. **Conjunto Penal de Feira de Santana**. Disponível em: <<http://www.seap.ba.gov.br/index.php/unidades-interior/conjunto-penal-feira-santana>> Acesso em 15 de Maio 2014.
- SHIMIZUI, Helena Eri & LIMA, Maria Goreti de. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Rev Bras Enferm** 2009;62(3):387-92.
- STRAZZA, Leila, MASSAD, Eduardo, AZEVEDO, Raimundo. S., CARVALHO, Heráclito. B.; Estudo de comportamento associado à infecção pelo HIV e HCV em detentas de um presídio de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(1):197-205, jan, 2007.
- TORRES, Andreia Almeida. Direitos humanos e sistema penitenciário brasileiro: desafio ético e político do serviço social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n.67, p.76-92, 2001.

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Mulheres Presidiárias: Condições de vida e saúde em uma unidade prisional de Feira de Santana – Bahia.

Você está sendo convidada a participar da pesquisa que tem como título: “POR TRÁS DAS GRADES: Situação de vida e saúde de mulheres presidiárias em um Conjunto Penal da Bahia”. O que motiva a realização deste estudo é a sua importância, principalmente por ser um tema que venha a reproduzir as condições da mulher privada de liberdade. Sendo assim, o objetivo principal deste estudo é descrever as condições de vida e saúde das mulheres presidiárias do Conjunto Penal em Feira de Santana.

Além deste os objetivos específicos são: descrever o perfil sócio demográfico e econômico das mulheres presidiárias; descrever as informações sobre a saúde da mulher, como por exemplo, idade na primeira menstruação, início de atividade sexual, número de partos, abortos, filhos, uso de métodos contraceptivos, vida sexual ativa ou não (no caso de visita íntima); descrever hábitos de vida e de saúde, como ser ou não fumante, consumo de bebidas alcoólicas, uso ou não de outras drogas, prática de atividade física, hábitos alimentares, além de estimar prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) e qualidade de vida entre as mulheres presidiárias.

A pesquisa está sendo realizada no Conjunto Penal de Feira de Santana – Bahia na Ala Feminina com todas as mulheres que consentirem voluntariamente em participar da mesma, em horário agendado pelo pesquisador juntamente com a participante e na presença de um agente penitenciário. Será aplicado um questionário autoaplicado, contendo questões fechadas e você tem o direito de escolher em respondê-lo sozinha ou na presença da pesquisadora. Você poderá se sentir constrangida diante das perguntas sobre o tema e terá o direito de não responder. Contudo, será esclarecida e informada sobre o assunto. Você é livre para recusar-se a participar ou interromper a participação a qualquer momento.

Esta pesquisa será iniciada após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), ao qual foi submetido. O CEP encontra-se na Rua Rui Barbosa, nº 710, centro - Cruz das Almas/BA e seu telefone para contato é (75) 3621-6850.

Como toda pesquisa com seres humanos, alguns riscos e benefícios podem vir a acontecer, como o constrangimento e desconforto referentes à discussão da temática. Dentre os benefícios, estão o esclarecimento e reflexão sobre o assunto, o que poderá contribuir para identificação de situações que indiquem as condições de vida e saúde destas mulheres presidiárias no município de Feira de Santana – BA.

Entendemos que mesmo vocês estejam na condição de mulheres presidiárias e, portanto, privadas de liberdade, não possuindo autonomia plena, a pesquisa traz um benefício direto à este grupo, pois tem como proposta analisar as condições de vida e saúde a que possam estar submetidas e discutir isso, posteriormente, à luz dos direitos humanos e da justiça. À este respeito, a própria direção do Conjunto Penal já sinalizou às pesquisadoras envolvidas o interesse pelo resultado do estudo, afim de apresentar à Secretaria de Segurança Pública do Estado, como subsídio para discutir propostas de intervenção e melhorias, no que diz respeito às condições de alojamento, estadia, espaço físico, serviços oferecidos, entre outros.

Os riscos acima supracitados referem-se a: exposição e vulnerabilidade das pesquisadoras envolvidas, ao se tratar de um local de pesquisa insalubre e inóspito; quanto às entrevistadas, os riscos mais comuns referem-se a desconforto, possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente.

Mesmo entendendo que contaremos com a presença do agente penitenciário, durante a coleta de dados, o que pode aumentar o desconforto e constrangimento da mulher, o fato o instrumento de coleta ser autoaplicado (questões fechadas de múltipla escolha), isso pode reduzir os desconfortos gerados e entendemos que os benefícios gerados podem ser maiores que os danos, porventura provocados.

Além do aspecto privacidade, entende-se que os riscos inerentes à pesquisa são sobrepostos pelos benefícios que a mesma se dispõe a apresentar, tornando condizente a proposta da pesquisa com as exigências determinadas pela resolução supracitada.

Vale ressaltar que o convidado a participar da pesquisa, não terá quaisquer gastos materiais e/ou financeiros, assim como será assegurado pelos responsáveis total anonimato das informações colhidas, buscando-se, assim, respeitar a sua integridade profissional, física, psíquica, moral, intelectual, social e cultural.

Ressaltamos que seu nome não será identificado e será mantido em segredo. Todas as informações contidas nessa pesquisa estarão sob a guarda da pesquisadora responsável e ficarão armazenadas na UFRB por cinco anos, podendo ser publicadas em espaços coletivos

como Universidades, Secretaria Municipal de Saúde, jornais, rádios, televisão, publicação de artigos em revistas e publicação em eventos como congressos, seminários e palestras, assim como será também apresentada para o público na UFRB.

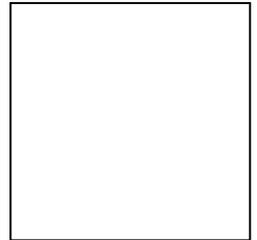
Assim, se você quiser participar voluntariamente desta pesquisa, deverá assinar este documento que possui duas vias, sendo uma que ficará conosco e a outra com você. Desde já, agradecemos a sua colaboração e estaremos a sua disposição para qualquer dúvida, disponibilizando os contatos das pesquisadoras: Ariane Cedraz Morais (enfarianecedraz@hotmail.com) e Camilla de Alcântara Lima (milla_alcantara@hotmail.com) e o telefone (75) 3632-6950.

Camilla de Alcântara Lima
(Pesquisadora colaboradora)

Ariane Cedraz Morais
(Pesquisadora responsável)

(Assinatura da Entrevistada)

Santo Antônio de Jesus, ____ de _____ de 2015.



APÊNDICE B – CARTA DE ANÁLISE CRÍTICA DE RISCOS E BENEFÍCIOS

POR TRÁS DAS GRADES: Situação de vida e saúde de mulheres presidiárias em um Conjunto Penal da Bahia

Cientes de que a resolução 466/2012 apresenta no seu item V que, toda pesquisa envolvendo seres humanos “envolve risco, sendo que esse dano eventual poderá ser imediato ou tardio comprometendo o indivíduo ou a coletividade”, a mesma também refere que “os benefícios da pesquisa devem ser superiores aos danos ou que os riscos se justifiquem pela importância do benefício esperado”.

Assim sendo, a pesquisa apresentada expõe como benefício a descrição das condições de vida e saúde das mulheres presidiárias do conjunto penal em Feira de Santana, bem como realizar um estudo diagnóstico, no qual se traçar-se-á o perfil sócio demográfico e econômico das mulheres presidiárias, o perfil gineco-obstétrico destas mulheres (menarca, história de vida sexual, passado obstétrico, partos, gestações, abortos); descrever hábitos de vida e de saúde, como tabagismo, alcoolismo, uso de drogas lícitas e ilícitas e estimar prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) e qualidade de vida entre as mulheres presidiárias.

A pesquisa também poderá colaborar junto à Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria de Políticas Públicas das Mulheres do município, a Secretaria de Segurança Pública e ao próprio Conjunto Penal de Feira de Santana, ao propor traçar o perfil das condições de vida e saúde das mulheres presidiárias, no intuito de promover visibilidade a esta parcela populacional e, se possível for, discutir melhorias e avanços na atenção à estas mulheres.

A pesquisa será realizada no próprio Conjunto Penal de Feira de Santana – BA, em uma sala disponibilizada pela direção, o que oferece uma minimização de riscos físicos aos participantes do estudo. Mesmo entendendo que contaremos com a presença do agente penitenciário, durante a coleta de dados, o que pode aumentar o desconforto e constrangimento da mulher, o fato o instrumento de coleta ser autoaplicado (questões fechadas de múltipla escolha), isso pode reduzir os desconfortos gerados e entendemos que os benefícios gerados podem ser maiores que os danos, porventura provocados.

Além do aspecto privacidade, entende-se que os riscos inerentes à pesquisa são sobrepostos pelos benefícios que a mesma se dispõe a apresentar, tornando condizente a proposta da pesquisa com as exigências determinadas pela resolução supracitada.

Os riscos acima supracitados referem-se a: exposição e vulnerabilidade das pesquisadoras envolvidas, ao se tratar de um local de pesquisa insalubre e inóspito; quanto às entrevistadas, os riscos mais comuns referem-se a desconforto, possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente.

Vale ressaltar que o convidado a participar da pesquisa, não terá quaisquer gastos materiais e/ou financeiros, assim como será assegurado pelos responsáveis total anonimato das informações colhidas, buscando-se, assim, respeitar a sua integridade profissional, física, psíquica, moral, intelectual, social e cultural.

Camilla de Alcântara Lima
(Pesquisadora colaboradora)

Ariane Cedraz Morais
(Pesquisadora responsável)

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA

Nº DE ORDEM _____

Data ____ / ____ / ____

Bloco I – Identificação geral

1. Nome _____ (opcional)

2. Idade _____ anos

3. Situação Conjugal

1() Solteira 2() Casada 3() Viúva 4() União estável
5() Separada 6() Desq./Divorciada 7() Outro 8() Não sabe.

4. Cor (auto-referida)

1() Branca 2() Negra 3() Parda 4() Amarela
5() Indígena 6() Não sabe 7() Outro _____

5. Religião

1() Católica 2() Evangélica 3() Espírita
4() Candomblé 5() Outra 6() Nenhuma

Cidade de Origem _____

Tempo no Presídio _____

Motivo da Prisão _____

Bloco II – Dados sócio-econômicos

6. Renda mensal familiar

() Meio salário mínimo () 1 salário mínimo () 2 a 3 salários mínimos () 3 a 4 salários mínimos
() acima de 4 salários mínimos

7. Grau de escolaridade

1() Analfabeto 2() Ensino Fundamental incompleto
3() Ensino Fundamental completo 4() Ensino Médio incompleto
5() Ensino Médio completo 6() Superior incompleto
7() Superior completo 8() Não sabe

8. Profissão

1() Dona de casa 2() Empregada doméstica 3() Estudante
4() Professora 5() Vendedora 6() Artesã

7() Cozinheira 8() Outra _____

9. Moradia anterior

- () Casa própria () Casa alugada () Casa emprestada () Casa financiada
() Mora com parentes/de favor

10. Morava com quem?

- 1() Sozinha 2() Com companheiro 3() Com marido e filhos
4() Com outros familiares 5 () Com amigas 6() Outros _____

11. Há quanto tempo convive com esse companheiro? _____ () Não se aplica

12. Quantidades de moradores

- () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () mais de 5

Bloco III – Aspectos relacionados hábitos de vida

Tabagismo

13. Você fuma? () Sim N° cigarros/dia? _____

- () Já fumou. () Não, nunca fumou.

Etilismo

14. Você bebe ou já bebeu? () Sim N° doses/dia? _____

- () Não, nunca bebeu. (passar para questão 19)

15. Você já pensou em largar a bebida? () Sim () Não

16. Ficou aborrecido quando outras pessoas criticaram o seu hábito de beber?

- () Sim () Não

17. Se sentiu mal ou culpado pelo fato de beber? () Sim () Não

18. Bebeu pela manhã para ficar mais calmo ou se livrar de uma ressaca?

- () Sim () Não

19. Você pratica alguma atividade física? () Sim () Não Quais? _____

Outros tipos de drogas

20. Faz uso? () Sim Qual tipo de droga _____

- () Já usou. () Às vezes. () Não, nunca usou.

Bloco IV – História Gineco-Obstétrica

21. Idade da primeira menstruação _____

22. Idade da primeira relação sexual _____

23. Quantidade de parceiros sexuais _____

24. Usa camisinha nas relações sexuais? _____ () Não se aplica

25. Já engravidou quantas vezes? _____ () Não se aplica (passar para a questão 34)
26. Foi planejada? () Sim () Não
27. Quantos partos? _____ () Não se aplica
28. Tipos de parto _____ Normal _____ Cesário
29. Quantos abortos? _____ () Não se aplica () Naturais () Provocados
30. Números de filhos? _____ () Vivos () Mortos
31. Houve complicações na gestação? () Sim Qual (ais) _____ () Não
32. Foi internada alguma vez durante a gestação?
() Sim Por que _____ () Não
33. Idade gestacional _____
34. Já realizou algum tipo de cirurgias?
() Sim Quais? _____
() Não

Bloco V – História de Saúde

35. Possui alguma das doenças relacionadas abaixo?

Diabetes	()	Lúpus	()
Hipertensão Arterial	()	Anemia Falciforme	()
Cardiopatia	()	Depressão	()
Sobrepeso	()	HPV	()
Dislipidemia	()	Cancer _____	()
Problemas ósteomusculares	()	Hepatites	()
Herpes	()	Rubéola	()
Candidíase	()	Osteoporose	()
HIV	()	Artrite / artrose	()
Leucorréia	()	Micoses	()
Sífilis	()	Gastrite	()
Outros			

36. Problemas de saúde que você sente em média ou alta frequência nos últimos seis meses:

Esquecimento	()	Dificuldade de memória	()
Cansaço mental	()	Diminuição da audição	()
Dor nas pernas	()	Perda temporária da voz	()
Tontura	()	Zumbido nos ouvidos	()
Sonolência	()	Nervosismo	()
Insônia	()	Fraqueza	()
Agressividade	()	Agitação	()
Choro frequente	()	Dor de cabeça	()
Perda do apetite	()	Dores musculares	()
Dor de estomago	()	Dores na coluna	()
Tremores	()	Dificuldade na visão	()
Coceiras	()	Corrimento vaginal	()
Dor na mama	()	Coceira vaginal	()
Inchaço	()	Tristeza	()
Outros	()		()

Bloco VI – Qualidade de vida WHOQOLD

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

37. Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1 Muito ruim	2 Ruim	3 Nem ruim nem boa	4 Boa	5 Muito boa
38. Quão satisfeita você está com a sua saúde?	1 Muito insatisfeito	2 Insatisfeito	3 Nem satisfeito nem insatisfeito	4 Satisfeito	5 Muito satisfeito

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
39. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
40. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
41. O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
42. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
43. O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
44. Quão segura você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
45. Quão saudável é o seu ambiente físico(clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem energia

46. Você tem energia suficiente para seu dia a dia?	1 Nada	2 Muito pouco	3 Médio	4 Muito	5 Completamente
47. Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1 Nada	2 Muito pouco	3 Médio	4 Muito	5 Completamente
48. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1 Nada	2 Muito pouco	3 Médio	4 Muito	5 Completamente
49. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1 Nada	2 Muito pouco	3 Médio	4 Muito	5 Completamente
50. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1 Nada	2 Muito pouco	3 Médio	4 Muito	5 Completamente
51. Quão bem você é capaz de se locomover?	1 Muito ruim	2 Ruim	3 Nem ruim nem bom	4 Bom	5 Muito bom
52. Quão satisfeita você está com o seu sono?	1 Muito insatisfeito	2 Insatisfeito	3 Nem satisfeito nem insatisfeito	4 Satisfeito	5 Muito satisfeito
53. Quão satisfeita você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1 Muito insatisfeito	2 Insatisfeito	3 Nem satisfeito nem insatisfeito	4 Satisfeito	5 Muito satisfeito
54. Quão satisfeita você está com sua capacidade para o trabalho?	1 Muito insatisfeito	2 Insatisfeito	3 Nem satisfeito nem insatisfeito	4 Satisfeito	5 Muito satisfeito
55. Quão satisfeita você está consigo mesmo?	1 Muito	2 Insatisfeito	3 Nem	4 Satisfeito	5 Muito

	insatisfeito		satisfeito nem insatisfeito		satisfeito
56. Quão satisfeita você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecido/colegas)?	1 Muito insatisfeito	2 Insatisfeito	3 Nem satisfeito nem insatisfeito	4 Satisfeito	5 Muito satisfeito
57. Quão satisfeita você está com sua vida sexual?	1 Muito insatisfeito	2 Insatisfeito	3 Nem satisfeito nem insatisfeito	4 Satisfeito	5 Muito satisfeito
58. Quão satisfeita você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1 Muito insatisfeito	2 Insatisfeito	3 Nem satisfeito nem insatisfeito	4 Satisfeito	5 Muito satisfeito
59. Quão satisfeita você está com as condições do local onde mora?	1 Muito insatisfeito	2 Insatisfeito	3 Nem satisfeito nem insatisfeito	4 Satisfeito	5 Muito satisfeito
60. Quão satisfeita você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1 Muito insatisfeito	2 Insatisfeito	3 Nem satisfeito nem insatisfeito	4 Satisfeito	5 Muito satisfeito
61. Quão satisfeita você está com o seu meio de transporte?	1 Muito insatisfeito	2 Insatisfeito	3 Nem satisfeito nem insatisfeito	4 Satisfeito	5 Muito satisfeito
62. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1 Nunca	2 Algumas vezes	3 Frequentemente	4 Muito frequentemente	5 Sempre

Bloco VII: Avaliação do Transtorno Mental Comum (TMC)

1 - Dorme mal?	() sim	() não
2 - Tem má digestão?	() sim	() não
3 - Tem falta de apetite?	() sim	() não
4 - Tem tremores nas mãos?	() sim	() não
5 - Assusta-se com facilidade?	() sim	() não
6 - Você se cansa com facilidade?	() sim	() não
7 - Sente-se cansado(a) o tempo todo?	() sim	() não
8 - Tem se sentido triste ultimamente?	() sim	() não
9 - Tem chorado mais do que de costume?	() sim	() não
10 - Tem dores de cabeça freqüentemente?	() sim	() não
11 - Tem tido idéia de acabar com a vida?	() sim	() não
12 - Tem dificuldade para tomar decisões?	() sim	() não
13 - Tem perdido o interesse pelas coisas?	() sim	() não
14 - Tem dificuldade de pensar com clareza?	() sim	() não
15 - Você se sente pessoa inútil em sua vida?	() sim	() não
16 - Tem sensações desagradáveis no estômago?	() sim	() não
17 - Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	() sim	() não
18 - É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	() sim	() não
19 - Seu trabalho diário lhe causa sofrimento?	() sim	() não
20 - Encontra dificuldade de realizar, com satisfação, suas tarefas?	() sim	() não
Total de pontos=		

ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RECÔNCAVO DA BAHIA -
UFRB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MULHERES PRESIDÁRIAS: Condições de vida e saúde em uma unidade prisional de Feira de Santana - Bahia

Pesquisador: ARIANE CEDRAZ MORAIS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 38262814.4.0000.0056

Instituição Proponente: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 934.910

Data da Relatoria: 15/12/2014

Apresentação do Projeto:

"Historicamente, o sistema prisional foi marcado por suas condições desumanas, por suas regras punitivas, por situações de tratamentos, inexistência de políticas públicas específicas e violação dos direitos humanos. Às mulheres presidiárias, coube não somente as situações acima mencionadas, mas também a desconfiguração feminina de maternidade, de docilidade, associada à imagem de transgressora e "criminosas". Com o aumento do número de mulheres no sistema presidiário, estimulou-se a discussão e criação de políticas públicas para este grupo específico, qual seja, a população carcerária bem como também trouxe a tona as discussões de gênero a este grupo. Assim este estudo tem como objetivo principal descrever as condições de vida e saúde das mulheres presidiárias do conjunto penal em Feira de Santana, como também descrever o perfil sócio demográfico e econômico das mulheres presidiárias; descrever o perfil gineco-obstétrico destas mulheres; descrever hábitos de vida e de saúde, como tabagismo, alcoolismo, prática de atividade física, hábitos alimentares, uso de drogas lícitas e ilícitas; estimar prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) e qualidade de vida entre as mulheres presidiárias. O estudo será epidemiológico, de cunho quantitativo descritivo, de corte transversal na qual utilizar-se-á de um questionário fechado, com questões de múltipla escolha de fácil resposta, na qual a entrevistada poderá responder sozinha ou com a presença da pesquisadora. O campo escolhido

Endereço: Rua Rui Barbosa, 710

Bairro: Centro

CEP: 44.380-000

UF: BA

Município: CRUZ DAS ALMAS

Telefone: (75)3621-6850

Fax: (75)3621-9767

E-mail: eticaempesquisa@ufrb.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RECÔNCAVO DA BAHIA -
UFRB



Continuação do Parecer: 934.910

para realizar o estudo será o Conjunto Penal do município de Feira de Santana, no Estado da Bahia – Brasil, e a população de estudo será composta por 99 internas. Como critério de inclusão adotar-se-á serem mulheres acima de dezoito anos (18 anos), que aceitem participar voluntariamente da pesquisa e concordem em assinar o TCLE e os critérios de exclusão serão: ser menor de idade, ser portadora de alguma doença psiquiátrica, surdez e/ou mudez, não aceitar assinar o TCLE, estiver ausente do presídio no momento da pesquisa por quaisquer motivos. A pesquisa atenderá em todas as suas etapas de realização a resolução 466/2012; a coleta de dados será feita somente após aprovação do CEP/UFRB, e mediante assinatura do TCLE pelas entrevistadas. Entende-se que esta pesquisa traz um benefício direto à população estudada, ainda que estejam privadas de liberdade, pois tem como proposta analisar as condições de vida e saúde a que elas possam estar submetidas e discutir isso, posteriormente, à luz dos direitos humanos e da justiça. Para a análise dos dados será utilizado banco de dados estatístico, o SPSS – Statistical Package for Social Sciences versão 21.0, permitindo a análise das variáveis de interesse, bem como estudo de associação.”

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário

“Descrever as condições de vida e saúde das mulheres presidiárias do conjunto penal em Feira de Santana.”

Objetivos Secundários

“Os objetivos específicos são: -Descrever o perfil sócio demográfico e econômico das mulheres presidiárias; -Descrever o perfil gineco-obstétrico destas mulheres (menarca, história de vida sexual, passado obstétrico, partos, gestações, abortos, uso de métodos contraceptivos); -Descrever hábitos de vida e de saúde, como tabagismo, alcoolismo, prática de atividade física, hábitos alimentares, uso de drogas lícitas e ilícitas; - Estimar prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) e qualidade de vida entre as mulheres presidiárias. ”

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

“A pesquisa será realizada no próprio Conjunto Penal de Feira de Santana – BA, em privacidade, em uma sala disponibilizada pela direção, o que oferece uma minimização de riscos físicos aos participantes do estudo. Além do aspecto privacidade, entende-se que os riscos inerentes à pesquisa são sobrepostos pelos benefícios que a mesma se dispõe a apresentar, tornando

Endereço: Rua Rui Barbosa, 710

Bairro: Centro

CEP: 44.380-000

UF: BA

Município: CRUZ DAS ALMAS

Telefone: (75)3621-6850

Fax: (75)3621-9767

E-mail: eticaempesquisa@ufrb.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RECÔNCAVO DA BAHIA -
UFRB



Continuação do Parecer: 934.910

condizente a proposta da pesquisa com as exigências determinadas pela resolução supracitada. Os riscos acima supracitados referem-se a: exposição e vulnerabilidade das pesquisadoras envolvidas, ao se tratar de um local de pesquisa insalubre e inóspito; quanto às entrevistadas, os riscos mais comuns referem-se a desconforto, possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente.”

Benefícios:

“ A pesquisa apresentada expõe como benefício a descrição das condições de vida e saúde das mulheres presidiárias do conjunto penal em Feira de Santana, bem como realizar um estudo diagnóstico, no qual se traçar-se-á o perfil sócio demográfico e econômico das mulheres presidiárias, o perfil gineco-obstétrico destas mulheres (menarca, história de vida sexual, passado obstétrico, partos, gestações, abortos, uso de métodos contraceptivos); descrever hábitos de vida e de saúde, como tabagismo, alcoolismo, prática de atividade física, hábitos alimentares, uso de drogas lícitas e ilícitas e estimar prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) e qualidade de vida entre as mulheres presidiárias. A pesquisa também poderá colaborar junto à Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria de Políticas Públicas das Mulheres do município, a Secretaria de Segurança Pública e ao próprio Conjunto Penal de Feira de Santana, ao propor traçar o perfil das condições de vida e saúde das mulheres presidiárias, no intuito de promover visibilidade a esta parcela populacional e, se possível for, discutir melhorias e avanços na atenção a estas mulheres. Vale ressaltar que o convidado a participar da pesquisa, não terá quaisquer gastos materiais e/ou financeiros, assim como será assegurado pelos responsáveis total anonimato das informações colhidas, buscando-se, assim, respeitar a sua integridade profissional, física, psíquica, moral, intelectual, social e cultural. ”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Após análise ética do projeto e das alterações realizadas no TCLE pelo pesquisador, o projeto se encontra em consonância com o que preconiza a Resolução 466/2012 do CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- TCLE: se encontra em consonância com a Resolução 466/2012 do CNS.
- Termo de anuência da instituição co-participante: em consonância
- Folha de rosto assinada: em consonância

Endereço: Rua Rui Barbosa, 710

Bairro: Centro

CEP: 44.380-000

UF: BA

Município: CRUZ DAS ALMAS

Telefone: (75)3621-6850

Fax: (75)3621-9767

E-mail: eticaempesquisa@ufrb.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RECÔNCAVO DA BAHIA -
UFRB



Continuação do Parecer: 934.910

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CRUZ DAS ALMAS, 19 de Janeiro de 2015

Assinado por:
Elissandra Ulbricht Winkaler
(Coordenador)

Endereço: Rua Rui Barbosa, 710

Bairro: Centro

CEP: 44.380-000

UF: BA

Município: CRUZ DAS ALMAS

Telefone: (75)3621-6850

Fax: (75)3621-9767

E-mail: eticaempesquisa@ufrb.edu.br

ANEXO B - TERMO DE ANUÊNCIA

**SECRETARIA DE ADM PENITENCIÁRIA RESSOCIALIZAÇÃO
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO PRISIONAL
CONJUNTO PENAL DE FEIRA DE SANTANA
COORDENAÇÃO DE ATENDIMENTO À SAÚDE**

Ofício 0231/2014 - CAS

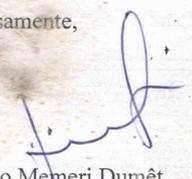
Feira de Santana 28 de Outubro de 2014.

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins que a nossa instituição Conjunto Penal de Feira de Santana tem ciência acerca da pesquisa intitulada "**Mulheres presidiárias: condições de vida e saúde em uma unidade prisional de Feira de Santana – Bahia**", a ser realizada pelas pesquisadoras Msc. Ariane Cedraz Morais e pela estudante de graduação em Enfermagem Camilla de Alcântara Lima, ambas vinculadas a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), ao mesmo tempo em que defiro a favor da realização deste estudo, permitindo o acesso das pesquisadoras à Unidade, desde que previamente agendada, sob tutela da equipe de Saúde, e que não precisemos arcar com nenhum ônus financeiro.

Declaro, ainda, considerar relevante a realização desta pesquisa nesta área, sendo portanto de parecer FAVORÁVEL, desde que aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRB.

Atenciosamente,



Edmundo Memeri Dumê

Diretor do Conjunto Penal de Feira de Santana