



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE

RAYANNE SANTOS ALVES

O ACESSO À SAÚDE DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE NO
SISTEMA CARCERÁRIO DA PARAÍBA

JOÃO PESSOA - PB

2020

RAYANNE SANTOS ALVES

**O ACESSO À SAÚDE DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE NO
SISTEMA CARCERÁRIO DA PARAÍBA**

Trabalho de Tese apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde, do Departamento de Estatística do Centro de Ciências Exatas e da Natureza, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para a obtenção do título de Doutora.

Linha de Pesquisa: Modelos em Saúde

Orientadores:

Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo
Vianna.

Prof. Dr. João Agnaldo do Nascimento.

JOÃO PESSOA - PB

2020

Catalogação na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

A474a Alves, Rayanne Santos.

O acesso à saúde das mulheres privadas de liberdade no sistema carcerário da Paraíba/ Rayanne Santos Alves. - João Pessoa, 2021.

146 f.

Orientação: Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna.

Coorientação: João Agnaldo do Nascimento.

Tese (Doutorado) - UFPB/CCEN.

1. Acesso aos serviços de saúde. 2. Saúde da mulher. 3. Prisões. 4. Políticas públicas de saúde. 5. Saúde mental. I. Vianna, Rodrigo Pinheiro de Toledo. II. Nascimento, João Agnaldo do. III. Título.

UFPB/BC

CDU 614(043)

RAYANNE SANTOS ALVES

**O ACESSO À SAÚDE DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE NO
SISTEMA CARCERÁRIO DA PARAÍBA**

João Pessoa, 27 de outubro de 2020

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna
Orientador - UFPB

Prof. Dr. João Agnaldo do Nascimento
Orientador - UFPB

Prof. Dr. João Euclides Fernandes Braga
Membro Interno – UFPB

Prof^a. Dr^a. Inácia Sátiro Xavier de França
Membro Externo - UEPB

Prof^a. Dr^a. Aurilene Josefa Cartaxo Gomes de Arruda
Membro Interno - UFPB

Prof. Dr. Jozemar Pereira dos Santos
Membro Interno - UFPB

Dedico este trabalho à mainha e painho pelos profundos sacrifícios na minha educação; aos meus orientadores por acreditar no alcance deste sonho e a todas as pessoas que tiveram seus direitos humanos violados e resistem vivendo com esperança de um amanhã melhor em seus corações.

AGRADECIMENTOS

Gratidão a **Deus**, pela dádiva da vida e luz no meu caminho. Por permitir que meus olhos nunca fechem aos “esfarrapados(as)” deste mundo.

A **minha família** (meus pais, irmãos e pets) pelas vibrações positivas, lutas e amor por serem inspirações de dignidade, força e trabalho.

Ao meu companheiro, Diego Pessoa Irineu de França, pelo amor, incentivo, apoio e inspiração para finalização deste trabalho. Quando achava que não iria conseguir, você me mostrava que era possível e que já estava escrito nas estrelas a realização.

Aos **meus orientadores**, Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna e Dr. João Agnaldo do Nascimento, pela postura humanitária, educadora, por resgatar o sentido da pesquisa ao educando. Por serem pessoas de luz e sensibilidade neste mundo. Muito obrigada por compreender minhas falhas, ausências devido ao trabalho docente, por incentivar e nunca ter desistido de mim. Era em vocês que eu pensava, quando meu dever era continuar a seguir com a tese, mesmo exausta e cheia de demandas do trabalho docente em instituições privadas.

A **banca avaliadora**, Prof^a. Aurilene Cartaxo, Prof. João Euclides, Prof^a. Inácia Sátiro e Prof. Jozemar Pereira, por toda colaboração na melhoria deste estudo e por serem docentes renomados que colaboram, arduamente e diariamente, na formação de cidadãos mais comprometidos com a ciência e transformação social. A vocês, toda reverência.

Aos meus grandes amigos, Everton e Marquinhos, pelos momentos de pura alegria quando a vida se apresentava desafiadora. Pela fraternidade mais linda e pura que já vivi nesta vida.

Aos **profissionais das unidades prisionais** (direção, equipe de saúde, chefes de disciplina, agentes penitenciários (as) dos presídios femininos) pela gentileza,

força e apoio nos momentos de coleta de dados e informações. Sem vocês, tudo ficaria difícil.

A **Secretaria de Administração Penitenciária da Paraíba**, no nome de (Sérgio Fonseca de Sousa e toda sua equipe de trabalho) pela liberação na realização deste estudo e compreender a sua importância.

Às **Mulheres Privadas de Liberdade no sistema carcerário**, sujeitos do estudo, pela paciência, disposição e vibração positiva para conclusão deste estudo.

Aos **colegas/amigos de trabalho**, José Madson, Kirlene Chianca, Hebe, Ana Eloísa, Danielma, Séfora que, de modo direto ou indireto, incentivam meu crescimento e continuidade do trabalho acadêmico.

Aos **demais professores, funcionários e colegas de curso** do Programa de Pós-graduação Modelos de Decisão e Saúde da UFPB, por colaborarem para que a ciência seja respeitada com esplendor.

Aos **seres sagrados**, (Bolinha, Plimplim e Girassol), consideradas filhas adotivas, gatinhas (pets convencionais) pela intensa companhia atrás do notebook durante dias, noites e madrugadas, enquanto realizava produção desta tese, emanando sua energia de paz e proteção espiritual.

A **você**, pelo interesse da leitura desta temática e que no momento dedica parte do seu tempo desbravando este trabalho científico. Que a luz da ciência possa sempre nos transformar para melhores tomadas de decisão.

“A justiça não é cega. Ela apenas enxerga quem ela quer ver. A justiça julga todo mundo e por ninguém é julgada...”
(Pensamento partilhado por uma mulher presa, participante deste estudo, 2019).

RESUMO

INTRODUÇÃO: O acesso da população carcerária à atenção integral à saúde no Sistema Único de Saúde é definido pela Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, que enfatiza a garantia do direito à saúde das Pessoas Privadas de Liberdade, confinadas em estabelecimentos prisionais, o que torna a minimização das diferenças entre a vida intramuros e a extramuros fundamental para a redução das iniquidades e a universalização do acesso à saúde. Essa política ressalta ações complementares voltadas à população prisional, regido pelo respeito aos direitos humanos e justiça social. As mulheres presas estão bastante vulneráveis ao adoecimento, pois as precárias condições dos presídios e a própria privação de liberdade interferem na manutenção de saúde.

OBJETIVO: Compreender a relação entre a qualidade do acesso à saúde das mulheres privadas de liberdade no sistema prisional da Paraíba e os seus atributos, bem como quão agravos psicossociais têm atingido esse público. **METODOLOGIA:**

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa. Os sujeitos do estudo foram compostos por 178 mulheres privadas de liberdade no sistema carcerário da Paraíba, em regime fechado. Para tratamento das informações coletadas de 16 entrevistas, realizadas da abordagem qualitativa, utilizou-se o software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ) para subsidiar a análise de conteúdo das falas.

Para análise dos dados, feita a estatística descritiva dos dados e posteriormente aplicado o método estatístico Regressão Logística Ordinal. **RESULTADOS:**

As mulheres encarceradas da Paraíba têm acesso à saúde, porém a qualidade para elas (74,7%) está caracterizada como de pouco e moderado acesso. Os atributos Tempo e Tipo de Crime influenciam a qualidade de acesso à saúde, pois obtiveram dados estatisticamente significativos: tempo de prisão igual ou superior a 2 anos têm 35% de chances a mais de ter mais acesso à saúde; bem como as presas que não cometeram crimes relacionados ao tráfico ou estelionato têm 62% de chances de ter mais acesso à saúde que as detentas que praticaram esse tipo de crimes. Com aplicação da Escala Hospitalar para Ansiedade e Depressão (HADS) evidenciou-se para ansiedade de 74,2% e depressão 69,1% das 178 participantes do estudo. Com análise dos conteúdos das entrevistas com participantes, observam-se fragilidades no acesso à saúde no tocante: qualidade da atenção e quantidade dos profissionais de

saúde; medicações, exames e testes a disposição das presas; necessidades no atendimento às demandas nos casos não urgentes e atividades de saúde.

CONCLUSÃO: O serviço de saúde prisional possibilita acesso à saúde às mulheres presas, porém é necessário um maior investimento nos recursos humanos, nas atividades de saúde, nos atendimentos de caráter não urgente e na organização do fluxo de atenção à saúde para que esse acesso seja de maior qualidade, uma vez que a privação de liberdade potencializa a vulnerabilidade ao adoecimento físico e mental.

Palavras-chaves: Acesso aos serviços de saúde. Saúde da Mulher. Prisões. Políticas Públicas de Saúde. Saúde Mental

ABSTRACT

INTRODUCTION: The Access of the prison population to comprehensive health care in the Unified Health System is defined by the National Policy of Comprehensive Care for Persons Deprived of Liberty in the Prison System, which emphasizes the guarantee of the right to health of Persons Deprived of Liberty, confined in prison establishments, which makes minimizing the differences between intramural and extramural life essential for reducing inequities and universal access to health. This policy highlights complementary actions aimed at the prison population, governed by respect for human rights and social justice. Women prisoners are very vulnerable to illness, as the precarious conditions of the prisons and the deprivation of freedom itself interfere in maintaining health. **OBJECTIVE:** To understand the relationship between the quality of access to health for women deprived of liberty in the prison system in Paraíba and their attributes, as well as how psychosocial problems have affected this public. **METHODOLOGY:** This is a descriptive, exploratory study with a quantitative and qualitative approach. The study subjects were composed of 178 women deprived of their liberty in the Paraíba prison system, in a closed regime. To treat the information collected from 16 interviews; carried out using a qualitative approach, the software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ) was used to support the analysis of the statements. For data analysis, descriptive statistics of the data were made and then the statistical model for decision making was applied: Ordinal Logistic Regression. **RESULTS:** Incarcerated women in Paraíba have access to health, but the quality for them (74,7%) is characterized as having little and moderate access. The attributes Time and Type of Crime influence the quality of access to health, as they obtained statistically significant data: prison time equal to or greater than 2 years has a 35% more chance of having more access to health; as well as inmates who not committed crimes related to trafficking or fraud are 62% more likely to have access to health care than inmates who have committed such crimes. With the application of the Hospital Scale for Anxiety and Depression (HADS), 74,2% anxiety and 69,1% depression out of the 178 study participants. With analysis of the content of the interviews with participants, weaknesses in access to health are observed regarding: quality of care and quantity of health professional; medications, exams and testes available to the prisoners; needs in meeting demands in non-urgent cases and health activities. **CONCLUSION:** The prison health services

provides access to health care for women prisoners, but greater investment in human resources, health activities, non-urgent care and the organization of the flow of health care is necessary for this access to be of higher quality, since the deprivation of freedom increases the vulnerability to physical and mental illness.

Keywords: Access to health services. Women's Health. Prisons. Public Health Policies. Mental Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Principais modelos de regressão logística ordinal e indicações de uso.	55
Quadro 2 - Unidades Prisionais alvo do estudo, código, zona e município.	61
Quadro 3 - Quantitativo da amostra proporcional e ampliada.	63
Quadro 4 – Perguntas do instrumento validado PMAQ sobre acesso e questionário ajustado para coleta de dados com sujeitos do estudo.	68
Figura 1 – Relação Interclasses – João Pessoa – PB. 2019. (n=16).	94
Figura 2 – Dendograma das classes fornecidas pelo software IRAMUTEQ – João Pessoa, PB, Brasil, 2020.	95
Figura 3 – Nuvem de palavras fornecida pelo software IRAMUTEQ – João Pessoa, PB, Brasil, 2020.	96
Figura 4 – Análise de similitude fornecida pelo software IRAMUTEQ – João Pessoa, PB, Brasil, 2020.	97

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Frequências absolutas e relativas da distribuição dos sujeitos de estudo pelas variáveis: instituição, cor de pele, idade, escolaridade, tipo de moradia, 2019.	75
Tabela 2 – Frequências absolutas e relativas das variáveis: religião, estado civil e renda, 2019.	76
Tabela 3 – Frequências absolutas e relativas das variáveis: quantitativo de filhos e trabalho, 2019.	78
Tabela 4 – Frequências absolutas e relativas das variáveis: uso de bebida alcoólica, cigarro e drogas ilícitas antes de estar presa, 2019.	78
Tabela 5 – Frequências absolutas e relativas das variáveis: participação da atividade cultural e física antes de estar presa, 2019.	79
Tabela 6 – Frequências absolutas e relativas das variáveis: doença antes de estar presa, há quanto tempo se encontra presa e quantas pessoas dividem a cela, 2019.	81
Tabela 7 - Consolidado da variável sobre acesso na perspectiva das mulheres presas, 2019.....	82
Tabela 8 - Frequências absolutas e relativas da avaliação das variáveis (Ansiedade e Depressão) na Escala Hospitalar de Depressão e Ansiedade, 2019.	84
Tabela 9 - Sumário das variáveis recategorizadas do modelo.....	89
Tabela 10 - Medidas de qualidade de ajuste	90
Tabela 11 - Pseudo-R ²	90
Tabela 12 - Teste da razão de verossimilhança.	90
Tabela 13 - Estimativas dos parâmetros.....	92

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
DH	Direitos Humanos
ESF	Estratégia Saúde da Família
INFOPEN	Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAISM	Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNSSP	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
PPL	Pessoas Privadas de Liberdade
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 OBJETIVOS.....	23
1.1.1 Geral:.....	23
1.1.2 Específicos:	23
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	25
2.1 MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	25
2.2 O DIREITO E ACESSO À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE	31
2.3 ENCARCERAMENTO E O SISTEMA PRISIONAL FEMININO BRASILEIRO...36	
2.4 NECESSIDADE DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER PRESA..42	
3 ASPECTOS METODOLÓGICOS	52
3.1 ABORDAGEM QUANTITATIVA.....	52
3.1.1 Teste para uso do modelo de odds proporcionais.....	56
3.1.2 Modelo de <i>odds</i> proporcionais	56
3.2 ABORDAGEM QUALITATIVA	59
3.3 CENÁRIO DE INVESTIGAÇÃO.....	61
3.4 SUJEITOS DO ESTUDO	62
3.5 TÉCNICAS DE ANÁLISE	64
3.6 COLETA DE DADOS E INFORMAÇÕES.....	66
3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	70
4 RESULTADOS.....	72
4.1 OS BASTIDORES E TRILHOS NA COLETA DE DADOS E INFORMAÇÕES NO SISTEMA PRISIONAL FEMININO	72
4.2 ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS DA ABORDAGEM QUANTITATIVA.....	74
4.2.1 Análise descritiva dos dados quanto aos agravos psicossociais que afetam as mulheres presas.....	84
4.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA DO MODELO DE REGRESSÃO LOGÍSTICA ORDINAL	89
4.3.1 Avaliação do ajuste do modelo.....	90
4.3.2 Parâmetros estimados pelo modelo	91
4.4 ANÁLISE QUALITATIVA E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO .93	
4.4.1 Classe 1 – A pracinha como alternativa quando a mulher presa passa mal	98
4.4.2 Classe 2 – Acesso à saúde das mulheres presas e suas dificuldades	104
4.4.3 Classe 3 – Participação nas atividades de saúde no presídio.....	104
4.4.4 Classe 4 – Acesso à saúde apenas nas situações de urgência.....	107

4.4.5 Classe 5 e Classe 6– Lacunas na atenção de profissionais de saúde, na disposição de medicações, realização de exames e testes	110
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	114
REFERÊNCIAS.....	117
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	128
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA ESTRUTURADA	130
APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA ESTRUTURADA	136
APÊNDICE D - ROTEIRO DE PERGUNTAS SEMIESTRUTURADA PARA MULHERES PRESAS.....	138
ANEXO A - AUTORIZAÇÃO POR PARTE DA SEAP/PB PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	139
ANEXO B - Certidão de aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Programa de Pós-graduação Modelos de Decisão e Saúde pela UFPB.....	140
ANEXO C - AUTORIZAÇÃO POR PARTE DA SEAP/PB PARA COLABORADOR EXTERNO COLETAR DE DADOS E INFORMAÇÕES JUNTO A PESQUISADORA PRINCIPAL	141
ANEXO D - CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA COM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS	142

1 INTRODUÇÃO

Este estudo buscou compreender características relacionadas ao acesso à saúde das mulheres presas no sistema carcerário feminino da Paraíba, tendo em vista que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP) orienta produções de cuidado coerentes e coesas aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) com vista a melhorar o acesso das Pessoas Privadas de Liberdade (PPL) aos serviços de saúde.

As PPL, custodiadas no sistema penitenciário brasileiro, são, em sua maioria, homens e mulheres na faixa etária dos 30 anos, com pouca escolaridade e oriundos de grupos populacionais de baixo poder aquisitivo. A problemática acentua-se porque as PPL, muitas vezes, existem comportamentos de risco, como uso substâncias psicoativas e atividades sexuais sem consentimento, além de uma nutrição inadequada. Os presídios, em sua maioria, são locais superlotados, com pouca circulação de ar e padrões sanitários deficientes. Soma-se a isso o fato de que a rotina no regime carcerário potencializa o surgimento ou a progressão dos agravos psicossociais (NOGUEIRA; ABRAHÃO, 2009).

Carvalho (2006) ressalta que o sistema prisional é considerado um problema de saúde pública em todo o mundo, pois, além das prisões concentrarem indivíduos em situação de limitação ao acesso a bens culturais e/ou de serviços, eles participam do grupo dos especialmente vulneráveis ao adoecimento físico e mental.

A pessoa encarcerada no sistema prisional está suscetível a diversas patologias na área psicossocial, o que demanda uma atenção integral à sua saúde frente a esse processo de alterações e adaptações aos estímulos provenientes do cárcere. Observam-se fragilidades da assistência à saúde mental dos(as) presos (as), sendo imprescindível a busca pela efetivação prática dos direitos já concretizados no âmbito legal para o público carcerário (MOURA *et al.*, 2018).

É comum, no cotidiano das pessoas presas, a vivência com problemas relacionados às ideias e comportamentos suicidas, por se tratar de um ambiente que constantemente requer do sujeito enfrentamentos, múltiplos sentimentos e sensações favoráveis ao desencadeamento de sinais e sintomas depressivos (SANTOS *et al.*, 2015). São grandes os impactos à saúde mental advindos da situação prisional, sua

condição (a espera pelo julgamento, se será ou não condenado) e o tempo prolongado de aprisionamento são fatores desencadeantes de sofrimento psíquico (DAMAS; OLIVEIRA, 2013).

A população prisional é crescente no mundo. Em muitas situações, ela está exposta a precárias condições de confinamento que impossibilitam o acesso à saúde integral e efetiva. Essa situação por si já representa um importante em nível de saúde pública (LIMA *et al.*, 2013). Esse crescimento aliado à desigualdade social consubstancia tensões às instituições responsáveis para a elaboração de políticas sociais que visem melhorar as condições de vida e de saúde no sistema carcerário. No que tange à saúde, na última década, o Estado desenvolveu políticas específicas para esse público (LERMEN *et al.*, 2015).

As pessoas presas têm grande preocupação com o adoecimento e o acesso ao tratamento e cura, uma vez que os recintos prisionais são limitados e limitantes no controle das doenças. Nesse sentido, dar ênfase a medidas como o autocuidado e proteção à saúde necessitam de implementação urgente, pois o surgimento de morbidades relacionadas ao período de encarceramento pode afetar sua integração ao mercado de trabalho e à vida cotidiana (DOURADO; ALVES, 2019).

Na necessidade de atenção de políticas públicas de saúde à população prisional, em 09 de setembro de 2003, por meio da Portaria nº 1.777, foi instituído o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP). O acesso dessa população às ações e serviços de saúde é legalmente definido pela Constituição Federal de 1988, pela Lei nº 8.080, de 1990, que regulamenta o SUS, pela Lei nº 8.142, de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, e pela Lei de Execução Penal nº 7.210 de 1984 (BRASIL, 2010).

O PNSSP prevê a inclusão da população penitenciária no SUS, garantindo legalmente o acesso dessa população aos serviços de saúde, a fim de que, na prática, o direito à cidadania possa efetivar-se na perspectiva dos Direitos Humanos (DH) (BRASIL, 2004).

Antes da instituição do PNSSP, a Lei de Execução Penal brasileira, no título II, capítulo II, art. 14 dispõe acerca da assistência à saúde do preso e do internado de caráter tanto preventivo como curativo. Para isso, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico. Caso o estabelecimento penal não esteja aparelhado para prover a assistência médica necessária, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento (BRASIL, 1984).

Porém, percebe-se uma contradição entre a legislação e a prática, pois, enquanto que a Constituição Federal e a Lei de Execução Penal asseguram o direito à saúde, há uma grande lacuna na sua efetivação prática em relação às PPL.

Com fito na contemplação do arcabouço legal, no dia 02 de janeiro de 2014, foi instituída a portaria interministerial da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no âmbito do SUS a ser implementada em uma rede regionalizada de ações e serviços, regida pelos seguintes princípios: integralidade, equidade, corresponsabilidade, participação popular e promoção de iniciativas humanizadas (BRASIL, 2014). A Unidade de Saúde Prisional deve funcionar como porta de entrada, com uma equipe que garanta o acesso às ações e serviços de Atenção Básica (AB), de forma equânime.

A partir da implantação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), houve significativa ampliação do acesso aos serviços de AB. No entanto, persistem limites quanto à garantia da prática do acesso (ALBUQUERQUE *et al.*, 2014). Isso denota que também há fragilidades relacionadas a esse acesso para população não presa. Sabe-se que historicamente há nos presídios práticas de violência e violação de DH. Logo, imagina-se que o acesso à saúde das PPL não esteja nas condições esperadas conforme a legislação.

Dentro da PNAB, o acesso à saúde é universal, bem como um fundamento e diretriz da AB que possibilita o acesso contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos como a porta de entrada preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. Esses serviços, além de acolher e escutar, deve oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos da mesma (BRASIL, 2012).

Apesar da complementaridade, o conceito de acesso é diferente da equidade. Em especial, quando está em campo às discussões sobre as políticas voltadas para grupos específicos, é preciso apreender a concepção de equidade. Essa é uma forma de organizar ações e serviços de saúde distintos e direcionados para grupos populacionais socialmente desiguais, com forte traço de “discriminação positiva” para

superação das injustiças mediante formulação e implementação de específicas ações e estratégias (ACURCIO; GUIMARÃES, 1998). Assim, o acesso se configuraria como uma das ferramentas importantes para o alcance da equidade. Porém, as PPL são um dos grupos populacionais historicamente alvo de marginalização e discriminação social.

Para Diuana (2008), a população privada de liberdade é uma das que apresenta situações de iniquidades de acesso mais críticas. Revela ainda que, nos recintos prisionais, a circulação de presos é restrita e os profissionais de saúde evitam transitar em ambiente de maior proximidade com eles como os corredores das celas, por exemplo. Isso retrata uma desvalorização da pessoa presa, o que acarreta uma queixa por parte dela, mas que vem acompanhada de uma avaliação informal da demanda de assistência, resultando em uma modulação do acesso ao serviço baseada em critérios frágeis à saúde.

Para superação dos problemas relacionados ao acesso às ações e aos serviços de saúde, é preciso que usuários, trabalhadores de saúde e gestores colaborem como protagonistas na efetivação do acesso aos serviços de saúde. O controle social deve apontar fragilidades e propor soluções para as demandas invisíveis. As políticas de saúde devem ser capazes de eliminar a barreira financeira entre os serviços e a comunidade, de enfrentar a mercantilização do setor saúde e a desproporção oferta/demanda existente, construindo assim uma rede de atenção regionalizada e hierarquizada que garanta o acesso universal, equitativo e integral (ASSIS; JESUS, 2012).

Logo, caracterizar em termos estatísticos o acesso das mulheres privadas de liberdade no sistema prisional pode colaborar na revelação de quão o aparelho gerencial e assistencial tem-se organizado para garantir a efetividade de políticas públicas de atenção integral à saúde dessa população.

No tocante à atenção integral à saúde da mulher, profissionais de saúde e gestores devem desenvolver ações de prevenção aos agravos psicossociais decorrentes do confinamento, bem como a atenção às situações de grave prejuízo à saúde do uso problemático de álcool e outras drogas, na perspectiva da redução de danos (BRASIL, 2014a). O cuidado deve contemplar a integralidade definida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de tecnológicos do sistema.

Dentre os principais objetivos da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, o mais importante é promover a melhoria das condições de saúde às mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e a ampliação do acesso aos meios e serviços. Uma importante estratégia da PAISM destinada às populações específicas é promover a atenção à saúde das mulheres em situação de prisão, incluindo a promoção das ações de prevenção e controle de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e da infecção pelo HIV/AIDS mediante a ampliação do acesso e qualificação da atenção integral à saúde das presidiárias (BRASIL, 2011)

Durante a construção desta pesquisa alguns questionamentos motivaram o desenvolvimento da mesma: será que as mulheres presas paraibanas têm acesso as ações e serviços de saúde? As políticas públicas específicas a este público tem se efetivado na prática? E na hipótese da existência do acesso à saúde, este é vivenciado com qualidade?

Considera-se como objeto deste estudo a compreensão do acesso à saúde das mulheres privadas de liberdade no sistema carcerário da Paraíba com utilização do Modelo de Decisão Regressão Logística Ordinal e aplicação da Técnica da Análise de Conteúdo das falas das entrevistadas. Investigou-se também quão a ansiedade e depressão têm afetado as mulheres presas por entender que a privação de liberdade gera processos de adoecimento psíquico.

Por conseguinte, **justifica-se** a realização desta pesquisa pela necessidade de compreender, em termos estatísticos e probabilísticos, a qualidade do acesso à saúde nas prisões. Faz-se necessário ainda mencionar que, até o presente momento, é frágil na literatura científica a presença de estudos que compreendam a relação entre os atributos das presas e o acesso à saúde do público feminino encarcerado, em termos estatísticos, sob aplicação de método científico quantitativo. Por outro lado, há expressiva discussão teórica relacionada à necessidade de atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade e crítica quanto à fragilidade do acesso à saúde por parte dessa população. Assim, análises e descrições de informações acerca do acesso à atenção à saúde das mulheres presas colaboram para a reflexão sobre o alcance de políticas públicas específicas voltadas a esse público e do arcabouço legal, no que concerne à qualidade do acesso à saúde, sob a ótica das pessoas privadas de liberdade rumo à minimização dos entraves na atenção ao sofrimento físico e mental.

Quanto aos benefícios desta pesquisa, buscou a ampliação acerca da atenção à saúde voltadas as mulheres presas, de modo que a sociedade científica possa compreender para além das especulações midiáticas que envolvem o tema, com dados precisos que oferecem “gatilhos” para que novas investigações aprofundem sobre as características e relações das encarceradas com as ações e serviços de saúde ofertados pelo cenário prisional. É também uma forma de esclarecer as autoridades sanitárias e gestores da área prisional acerca das fragilidades da assistência integral à saúde das presas, necessidades e possibilidades de ajustes na contemplação dos objetivos, princípios e estratégias da PNAISP.

É uma temática importante tendo em vista a crescente taxa de aprisionamento, da criminalidade e as persistentes deficiências gerenciais do sistema carcerário brasileiro (MORAES; DALGALARRONDO, 2006).

Este estudo utilizou uma abordagem quantitativa e qualitativa com fins de contribuir na descrição precisa, análise de dados e informações referentes ao acesso das mulheres encarceradas, mediante aplicação de questionários estruturados para averiguar, em termos estatísticos, o acesso à saúde nos recintos prisionais feminino. Além disso, com fins também de constatar quão riscos aos agravos psicossociais pode ou não estar intenso nas mulheres presas, foi aplicado questionário com base em uma escala de uso em vários estudos nacionais e internacionais de depressão e ansiedade ao público alvo deste estudo.

Ademais, necessitou-se de um modelo de tomada de decisão para apoiar o processo decisório com vistas de contribuir com a participação dos diversos atores que atuam nos processos gerenciais a respeito do alcance do processo de trabalho em saúde na efetividade do acesso à saúde em ambiente prisional.

A utilização de modelos de tomada de decisão permite compreender a estrutura organizacional e as relações complexas inerentes aos processos desenvolvidos. Há crescente relevância no quanto a investigar e construir modelos (racional, processual, anárquico e político) que proporcionem uma melhor aplicabilidade de métodos e técnicas no processo de tomada de decisão organizacional, cuja base é a informação, visto que se constitui em recurso fundamental para o referido processo (LOUSADA; VALENTIM, 2011). Utilizou-se o modelo estatístico Regressão Logística Ordinal para tomada de decisão pelo fato de possibilitar descrição da relação entre diversas variáveis que, quando dependentes, são de natureza binária, caso forem independentes, tanto podem ser categóricas ou não e também pelo fornecimento de

resultados em termos de probabilidade, na facilidade de classificação de indivíduos em categorias, por minimizar o número de suposições e pelo alto grau de confiabilidade.

A análise multivariada é um conjunto de técnicas para análise de dados que está sempre em expansão e que engloba um vasto domínio de possíveis situações de pesquisa (HAIR JUNIOR *et al.*, 2009). No modelo de Regressão Logística, do tipo Ordinal, por ser aplicado quando uma variável categórica responde com mais do que duas categorias (AGRESTI; FINLAY, 2012). Tal modelo vem sendo aplicado com sucesso na análise de estudos epidemiológicos (ABREU *et al.*, 2009).

Fundamentado nessas reflexões, este estudo buscou compreender as seguintes **questões**: como está a qualidade do acesso à saúde das mulheres privadas de liberdade nas unidades prisionais da Paraíba? Há alguma relação probabilística entre atributos das encarceradas com o acesso à saúde? Há indicativos de graus leves de depressão e ansiedade das mulheres privadas de liberdade na Paraíba? Para tanto, defende-se a **Tese** de que os atributos das mulheres presas interferem no acesso à saúde e os agravos psicossociais, como depressão e ansiedade, são significativos, pois a privação de liberdade potencializa o adoecimento psíquico, de forma que há necessidade de melhorias no acesso em unidades de saúde prisional paraibanas.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Geral:

Compreender a relação entre a qualidade do acesso à saúde das mulheres privadas de liberdade no sistema prisional da Paraíba e os atributos das mesmas, bem como ocorrência de graus leves de ansiedade e depressão neste público.

1.1.2 Específicos:

- a) Descrever estatisticamente as variáveis relacionadas aos dados sociodemográficos e específicos da situação da privação de liberdade dos sujeitos do estudo;

- b) Discutir, em termos probabilísticos, a associação significativa entre variáveis e o acesso à saúde com uso do método Regressão Logístico Ordinal;
- c) Averiguar quão as mulheres presas paraibanas estão ou não afetadas por sintomas de graus leves da depressão e ansiedade com base em instrumentos de avaliação validados;
- d) Analisar o conteúdo das falas das mulheres presas sobre o acesso à saúde no sistema carcerário.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) nasce no contexto da luta contra a ditadura nos anos 70 e compreende como conjunto de ideias em prol das transformações necessárias no campo da saúde. Para Paim (2008), o MRSB é mais que um movimento social que propulsou o SUS, é um constituinte de um projeto de reforma social com estratégias que visam melhorar as condições de vida da população.

Segundo Gastão (2018), no Brasil há uma profunda desigualdade econômica, social e política. Mesmo com a redução da pobreza ocorrida nos últimos anos, dois terços da população têm renda igual ou menor do que dois salários mínimos. Somado a isso, observam-se desigualdades em relação ao poder, ainda formado por predominância de empresários, homens e brancos. O machismo é a cultura dominante nos serviços públicos e privados e parcela significativa da população possui limitações quanto ao saneamento básico, transporte, habitação, urbanização, lazer e segurança pública. O Estado tem direcionado mais suas intervenções no crescimento econômico e manutenção do poder da elite do que em estratégias de desenvolvimento social e humano.

O MRSB possui princípios de caráter ético-normativo, científico, político e sanitário pautados na saúde como parte dos direitos humanos, na determinação social como fator que influencia o processo saúde/doença, na saúde como direito universal inerente à cidadania em uma sociedade democrática e a proteção à saúde de forma integral - da promoção, passando pela ação curativa, até a reabilitação (TEIXEIRA, 2009).

A Reforma Sanitária Brasileira aborda dimensões e estão dispostas quanto aos aspectos: civilizatório, democrático, participativo e epistemológico. Na dimensão civilizatória, destaca-se que a Reforma Sanitária possui o caráter contra-hegemônico ao afirmar a saúde como direito universal de cidadania, na contramão do projeto de globalização neoliberal. Na esfera democrática participativa, é relevante o processo constituinte de ampla e plural participação, marca indelével da construção do direito à saúde no Brasil. E em relação a dimensão epistemológica, tem-se a criação da saúde

coletiva que potencializa a ampliação e aprofundamento de uma ecologia de saberes, resistindo ao projeto de globalização neoliberal excludente e monocultural (OLIVEIRA; SOUTO, 2016).

Até os anos 80, o Brasil viveu em clara dicotomia entre dois modelos de saúde: o sanitarismo campanhista e o curativo privatista. O primeiro voltado para as ações de saúde pública e de educação em saúde; já o segundo com ênfase nas ações de assistência médica (exclusiva). Com o surgimento do movimento da reforma sanitária, a saúde passou a vivenciar o surgimento de um novo modelo de assistência à saúde, que reformulava o sistema hospitalocêntrico (fortemente instaurado nas ações de saúde no país, e que abordava apenas a cura das doenças, não integrando a população e sendo pouco resolutivo, excludente e dispendioso). Com a força da Reforma Sanitária, surge o Modelo de Assistência de Saúde Coletiva, visando reformular a saúde pública convencional, utilizando-se de novos pressupostos, métodos e práticas sociais, fortalecendo os movimentos contra-hegemônicos, formando e construindo novos sujeitos públicos comprometidos com os novos modos de vida da população (AGUIAR, 2015; PAIM, 2006).

Os modelos de assistências à saúde foram vivenciados pelo Brasil conforme cada momento político e econômico de sua história. Marcou-se, porém, o modelo de assistência biomédico (Hegemônico), que possui foco de cuidado apenas no ato de curar a doença que acomete o indivíduo numa lógica biologicista, que, por sua vez, teve suas ações questionadas frente à melhoria de qualidade de vida e dos indicadores de saúde da população (TEIXEIRA; VILASBOA, 2013). Com as pressões do MRSB e crítica ao modelo hegemônico de saúde (centralizado, fragmentado e restrito às ações curativas), apontava-se a necessidade de transformações nas práticas de saúde, com ênfase na qualidade de atendimento e atenção integral à saúde com fins de garantir o acesso à saúde para toda a população.

As expressões “Modelo de atenção à saúde ou Modelo Assistencial de Saúde” são combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e atendimento às necessidades de saúde da população individuais ou coletivas. Os modelos podem ser concebidos por meio de normas, padrões e referências para o campo técnico-científico, no sentido de orientar escolhas técnicas, decisões políticas e financiamentos (PAIM, 1999).

Segundo Mendes-Gonçalves (1992), modelo assistencial de saúde é um processo complexo de grande abstração sustentado por três pilares de subcategorias

menos abstratas: as políticas públicas de saúde, a organização dos serviços de saúde e o processo de trabalho, sendo esse último o pilar fundamental para o bom funcionamento e efetividade dos demais pilares.

Modelo assistencial refere-se como são organizadas na sociedade as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais. Assim, o modelo de atenção à saúde se traduz não a programas, mas a construção e a gestão dos processos políticos, organizacionais e de trabalho, visando o cuidar individual e coletivo de forma a atender as necessidades da população (SILVA; ALVES, 2007; MERHY, 2002). Para Fertonani *et al.* (2015), o termo “modelo assistencial” é polissêmico, já que descreve diferentes aspectos de um fenômeno complexo, que envolve uma reunião de tecnologias materiais e não materiais.

Nessa perspectiva, o modelo de assistência em saúde reflete diretamente no processo de trabalho. O SUS convive hoje em dualidade: com o modelo assistencial hospitalocêntrico, com enfoque nas doenças e intervenções minimamente curativas, em que o profissional médico é o centro do cuidado; e com o modelo assistencial de saúde coletiva que visa ao sujeito, suas relações familiares e sociais de forma integral, desenvolvendo ações de promoção e prevenção da saúde, sob perspectiva da interdisciplinaridade (TRINDADE; PIRES, 2013).

O modelo assistencial hospitalocêntrico ou biomédico (hegemônico) se instala na década de 1940 e, por mais que tenha suas ações evidenciadas de forma ineficaz quanto ao enfrentamento dos problemas de saúde gerados pelo processo acelerado de urbanização, suas raízes ainda são muito fortes nos dias atuais e abrange muitos “seguidores”. Já o modelo assistencial de saúde coletiva é o que mais se adequa ao SUS, pois tem como principal objetivo o atendimento de forma integral ao indivíduo e população, gerando para o profissional de saúde desafios de múltiplas formas de lidar com o processo saúde-doença (PAIM, 2006; SILVA E ALVES, 2007).

O modelo da Saúde Coletiva objetiva as necessidades sociais e não apenas os problemas de saúde, porém, mesmo o modelo hospitalocêntrico não atendendo as necessidades da população e tendo essa sua ineficácia constatada desde a década de 70, suas ações ainda se configuram no âmbito do SUS através do processo de trabalho dos profissionais de saúde (PAIM, 2006; SILVA; ALVES, 2007).

O modelo biomédico ainda tem forte influência na formação e na execução dos trabalhos dos profissionais de saúde, pois esse se caracteriza “mais fácil” de ser aplicado. A decisão de seguir o modelo de saúde coletiva, a fim de efetivar a

assistência e conseqüentemente fortalecer as políticas públicas de saúde, deve partir dos trabalhadores de saúde (FERTONANI et al., 2015; PAIM, 2006).

Fertonani *et al.* (2015) aponta que o modelo biomédico é hegemônico nos serviços de saúde, com organização das práticas de saúde com foco nas queixas dos indivíduos; a promoção da saúde não é prioridade; prioriza a assistência individual, a organização da mesma é a partir da demanda espontânea; o trabalho é fragmentado, com predomínio de práticas hierarquizadas e de desigualdade entre as diferentes categorias profissionais; e apresenta dificuldade na implantação da integralidade. Em contrapartida, o da Saúde Coletiva encontra-se: inspirado na Atenção Primária à Saúde (APS) com ampliação da abordagem aos problemas de saúde; articula ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação; foco da atenção à saúde e à família, grupos e comunidades; o indivíduo é visto com um ser histórico e social, que faz parte de uma família e de determinada cultura. Considera os determinantes de saúde-doença para o planejamento em saúde e propõe promoção da autonomia e da qualidade de vida. Além disso, prevê que o trabalho em equipe é de caráter interdisciplinar e resgata o conceito de integralidade.

O SUS é considerado por estudiosos da área como a maior política de inclusão social do Brasil e tem como referência o modelo assistencial de saúde coletiva, que propõe reorganizar a prática assistencial a partir de ações preventivas e curativas em substituição ao modelo tradicional de assistência (PAIM, 2006). A Saúde Coletiva concretiza o debate sobre a importância de práticas de cuidado e gerenciamento em saúde norteadas pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

O grande desafio do modelo assistencial proposto pelo SUS é a reorganização do processo de trabalho e implementação de práticas que incidam nos processos de determinação das realidades de saúde desejadas na nossa sociedade. O processo de trabalho embasado na saúde coletiva, resultados nas diferentes dimensões da realidade que conformam as necessidades em saúde (CHAVES; LARocca; PERES, 2011).

Andrade *et al.* (2016) aponta que as transformações alcançadas ao modificar processos de trabalho ancorados nos preceitos do modelo biomédico medicalizador, centrado nas tecnologias e nas doenças, são profundas e que vale todo o esforço dedicado para essa transformação.

O processo de trabalho em saúde configura-se quanto à forma como os trabalhadores de saúde realizam a produção dos serviços no cotidiano do trabalho em saúde. No trabalho em saúde, o profissional utiliza diferentes saberes relacionados à: manuseio de materiais e equipamentos; saber clínico, assistencial e gerencial; relações com o outro (comunicação e diálogo) (GIL; LUIZ; GIL, 2016).

No processo de trabalho, a atividade do sujeito opera uma transformação no objeto sobre o qual atua mediante de instrumentos de trabalho para a produção de produtos, essa transformação está subordinada a um determinado fim. Assim, os três elementos inerentes ao processo de trabalho: a atividade adequada a um fim (o próprio trabalho); a matéria a que se aplica o trabalho (objeto de trabalho), meios do trabalho (instrumento) constituídos historicamente pelos sujeitos. Todos esses elementos são categorias de análise que ajudam a compreender certos aspectos da realidade como as práticas de saúde, cujo trabalho revela-se como a base mais fundamental de sua efetivação (MARX, 1994).

Para Farias *et al.* (2009), o processo de trabalho é caracterizado pela aplicação das habilidades humanas a fim de transformar um objeto por intermédio de meio de produção, que resultará em algo pretensamente útil. Mendes (1992) ressalta que o mesmo é constituído por três elementos: o objeto a ser modificado pelo trabalho, a finalidade ou o objetivo, que determinam a necessidade de se modificar o objeto, os meios de produções ou instrumentos, que se recorrem para a modificação do objeto, podendo ser esses, máquinas ou habilidades e conhecimentos.

Mery (2002) declara que a finalidade conduz todo o processo de trabalho e é em função dessa finalidade que se estabelecem os critérios ou parâmetros de realização do processo de trabalho. O objetivo do processo de trabalho é a produção de um dado objeto ou condição que determina o produto específico de cada processo de trabalho. Com esse produto, por sua vez, pretende-se se responder a alguma necessidade ou expectativa humanas, as quais são determinadas ou condicionadas pelo desenvolvimento histórico das sociedades.

O objeto de trabalho no campo da saúde hegemônica é a doença. Os da Saúde Coletiva são os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. Neste, o instrumento de trabalho é a práxis dos conhecimentos relacionados aos ideais da Reforma Sanitária, bem como princípios doutrinários e organizativos do SUS. A finalidade condutora do trabalho em saúde é a atenção integral à saúde dos sujeitos, independente de suas condições socioeconômicas, políticas, culturais, por questões

quanto à orientação sexual, religiosa ou algo do tipo, rumo a qualidade de vida. Esta atenção integral engloba os aspectos da promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde.

Segundo Paim (2012), a teoria do processo de trabalho compreende a prática de saúde enquanto processo de transformação do objeto em um produto, a partir de uma finalidade previamente estabelecida. Nessa prática, são disparados meios de trabalho que colaboram com aproximação ao objeto e sua transformação, mediante a realização do trabalho. Nessa lógica, os modelos de atenção podem ser compreendidos como uma espécie de lógica ou racionalidade que orienta as práticas de saúde. Além do mais, o modelo de atenção possui a finalidade resolver problemas e atender as necessidades de saúde, individuais e coletivas.

No âmbito da saúde, o objeto é a prestação de serviço (não é palpável), o profissional de saúde se torna agente e objeto do seu processo de trabalho, pois é moldado no momento que se encontra com o cliente com a finalidade de modificá-lo, utilizando-se do saber prático e teórico, em um momento de subjetividade que, ao mesmo tempo em que o cliente é objeto, também é agente, já que sua modificação depende de sua escolha (FARIAS *et al.*, 2009).

O mesmo autor corrobora que o usuário/cliente deve estar ativamente envolvido no processo de trabalho para que as modificações ocorram, devendo o profissional de saúde desenvolver ações que criem um vínculo levando em conta o respeito mútuo nas relações interpessoais, para que o cliente atue livremente, fornecendo informações ou cumprindo recomendações que implicam, muitas vezes, mudanças de hábitos de vida, ou seja, o objeto da ação também age.

Seguindo esse pressuposto e na medida em que a saúde tem sido reconhecida como completo bem-estar físico, mental e social, não apenas a ausência de doença, com a evolução do saber da humanidade, dos avanços tecnológicos e científicos que proporcionam rápida divulgação de informações, a sociedade espera que o setor saúde (com destaque para os trabalhadores) ofereça atenção integral aos sujeitos, de forma a garantir assistência no nível individual e coletivo em prol de uma melhor qualidade de vida (PAIM, 2015).

Nesse contexto, as ações voltadas para a saúde no Brasil vêm sendo crescente e o processo de trabalho em saúde – em ato de cuidar - passa a ser instrumento de pesquisa e estudo na compreensão dos avanços e limites quanto ao atendimento às necessidades de saúde da população (AYRES, 2004; PAIM 2015).

O trabalho em saúde é composto por tecnologias duras (instrumentos), leves-duras (saber técnico) e leves (relações entre sujeitos que só têm materialidade em ato). A análise do processo de trabalho em saúde é de extrema importância, pois sua investigação possibilita identificar se os objetivos de determinado modelo assistencial vêm-se concretizando na atualidade (MENDES-GONÇALVES, 1992; FARIAS *et al.*, 2009).

Assim, ampliar conhecimentos científicos relacionados ao modelo de atenção em saúde é imprescindível. Uma vez que, na atualidade, tem-se: um o modelo de atenção à saúde referência para a finalidade do SUS: o da Saúde Coletiva; Várias políticas públicas que ajudam na orientação das dinâmicas gerenciais e assistências na atenção à saúde de específicos grupos; Serviço de saúde dispostos para sociedade usufruir e mecanismos reivindicatórios para melhoria da oferta de cuidados; Profissionais de Saúde atuantes em serviços públicos e privados para que os desfecho prático do direito à saúde sejam vivenciados pelos cidadãos.

2.2 O DIREITO E ACESSO À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE

Este tópico discute o âmbito legal do direito à saúde da população geral e inclui-se também a prisional. Para tanto, realizaram-se leituras de leis e portarias que regulamentam o exercício do direito à saúde que serão apresentadas de forma crescente em ordem cronológica. Em seguida, será discutido, enquanto práxis do direito, o acesso à saúde.

A Carta Magna Brasileira de 1988 legitima a saúde enquanto direito universal de competência do Estado pela sua garantia. Porém, o despeito às conquistas, no âmbito da saúde, desperta para uma realidade desigual e excludente quanto ao acesso ao SUS.

A garantia em termos de lei foi apenas uma etapa na sua construção. Para a efetivação da práxis do direito à saúde, é necessário ter como alicerce um modelo social fundamentado na “solidariedade humana e na igualdade social (FLEURY, 1997).

Conforme Constituição Brasileira de 1988, na seção II no Art.196, a saúde é direito de todos e dever do Estado, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de agravos e doenças e ao acesso universal e igualitário às ações

e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Já a Lei nº 8.080, de 19 de setembro 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Além disso, ressalta que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. O Estado, por sua vez, deve garantir a saúde por meio de formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. O papel das pessoas, família, empresas e sociedade está também incluso no processo de propiciar garantia da saúde (BRASIL, 1990).

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990 no sentido de dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. No tocante à assistência à saúde, esclarece no seu artigo Art. 20 sobre a integralidade da assistência à saúde que se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde (RAS), mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual (BRASIL, 2011a).

A saúde, enquanto um direito social, é de competência dos poderes públicos sua garantia a população. Estes devem desenvolver políticas públicas a serem implantadas mediante programas, projetos e estratégias, de modo a garantir a população o acesso à saúde em todos os níveis tecnológicos de atenção à saúde, na perspectiva da prevenção, promoção, reabilitação e recuperação (ARRUDA, 2013).

Ainda segundo autora supracitada, as ações e prestação de serviços no SUS inclui a atenção à saúde da população prisional brasileira, sejam as pessoas privadas de liberdade sentenciadas, provisórias ou de regime semiaberto. Nesse contexto, as ações de saúde prestadas por meio dos programas prisionais desse setor devem ser promovidas por uma equipe interdisciplinar articulada às redes de atenção à saúde. E essas ações de saúde devem levar em consideração o processo de adoecimento e/ou comprometimento da saúde das pessoas presas.

Considerando a necessidade de reintegração social das pessoas privadas de liberdade por meio da saúde, de acordo com a Lei de Execução Penal (LEP) nº 7.210, de 11 de julho de 1984, na seção III, o Art. 14 trata sobre a assistência à saúde do preso e do internado, a qual deve ser de caráter preventivo e curativo, com

atendimento de profissionais de saúde (médico, farmacêutico e odontológico). Pontua-se também que na necessidade, quando o espaço prisional não tiver condições de prover a assistência médica necessária, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento. E ainda que será assegurado acompanhamento médico à mulher, principalmente nos períodos: pré-natal, pós-parto e extensivo ao recém-nascido (BRASIL, 1984).

Como o Estado da Paraíba e respectivamente suas unidades prisionais femininas irão compor o cenário de investigação deste estudo, torna-se pertinente trazer para discussão deste eixo teórico o que a Constituição do Estado da Paraíba diz respeito à assistência a pessoa presa. Este documento de 1989 aponta que é papel do Estado assegurar à pessoa privada de liberdade: respeito à integridade moral e física; informação de seus direitos (inclusive de assistência médica, jurídica, familiar e espiritual); submissão de exame completo e periódico de saúde, com intervalo não superior a 06 meses (PARAÍBA, 1989). De acordo com Brasil (2008), a Paraíba mostrou-se apta as diretrizes do PNSSP, com inserção de critérios e requisitos. E a portaria de nº 1.163/2008 qualifica o Estado da Paraíba no recebimento do Incentivo financeiro para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário.

No tocante à atenção psicossocial, a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Logo em seu primeiro artigo, declara que os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra (BRASIL, 2001). Como há expressivo quantitativo de mulheres encarceradas com agravos psíquicos e até mesmo com apresentação de manifestações de transtornos mentais, estas devem ser atendidas conforme a lei anteriormente citada.

A Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003, aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Nele são definidas a importância e a implementação de ações e serviços, consoantes com os princípios e diretrizes do SUS com vista à viabilização da atenção Integral à saúde. O propósito é contribuir para o controle e ou redução dos agravos mais frequentes à saúde da população penitenciária brasileira. O objetivo é atingir 100% da população penitenciária

brasileira, confinada em unidades masculinas e femininas, bem como psiquiátricas (BRASIL, 2003).

A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) também na lógica do SUS, define-a como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2004). Nesse sentido, uma PPL com necessidades de atenção que vão além do que a equipe de saúde prisional pode ofertar deve-se ser direcionada a algum serviço da RAS de modo que a atenção integral seja efetivada (BRASIL, 2004).

Além de todas as leis e portarias promulgadas, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral as Pessoas Privadas de Liberdade, instituída pela Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, com o objetivo de ampliar as ações de saúde do SUS para a população privada de liberdade, fazendo com que cada unidade básica de saúde prisional passasse a ser visualizada como ponto de atenção da RAS (BRASIL, 2014a)

Observa-se que o direito à saúde das pessoas privadas de liberdade é definido e defendido em termos legais, cabendo a toda sociedade o compromisso com a garantia do mesmo. Para tal efeito, as políticas públicas mostram-se como horizontes para organização dos serviços de saúde, processos gerenciais e assistenciais no sentido da *práxis* do direito à saúde. Eis a questão: será que as pessoas privadas de liberdade têm acesso as ações e serviços de saúde? A política pública específica ao público prisional tem se efetivado na prática? E na hipótese da existência do acesso à saúde, este é vivenciado com qualidade? Essas perguntas motivam elaboração de uma discussão sobre o acesso à saúde.

O acesso aos serviços de saúde é uma área do conhecimento multifacetada e multidimensional que está atrelada aos aspectos políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos, no estabelecimento de alternativas para a universalização da sua atenção (ASSIS; JESUS, 2012).

Sobre a definição de acesso, prevalece a ideia em relação à oferta, ou seja, de não limitar a entrada nos serviços de saúde (TRAVASSO; MARTINS, 2004). Para Giovanella e Fleury (1995) as dimensões específicas do acesso são: disponibilidade, acessibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade. E

Sanchez e Ciconelli (2012) vinculam o acesso também ao elemento informação, além dos cinco pontos anteriormente citados.

No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), Starfield (2004) relaciona o acesso às várias formas de adentrar aos serviços de saúde, as quais envolvem a localização da unidade de saúde, a disponibilidade de horários e os dias em que essa atende, bem como a possibilidade de atendimento de consultas não agendadas e à percepção que os usuários do serviço de saúde têm em relação a estes aspectos do acesso (se são adequados ou não).

O acesso na perspectiva geográfica (acesso geográfico) caracteriza-se pelo tempo gasto no percurso e distância entre a residência do cliente e o serviço de saúde. O acesso econômico é caracterizado a partir de facilidades e dificuldades que o usuário encontra para obter o atendimento como forma e custos de deslocamento, de procedimentos e obtenção de medicamentos e condição social atual. A dimensão técnica envolve desde a entrada propriamente dita aos serviços de que o cidadão necessita, incluindo-se os horários previstos de atendimento e a qualidade da atenção (UNGLERT, 1990).

Starfield (2004) enfatiza que, ao discutir o significado do termo acesso, é importante distingui-lo de acessibilidade, pois, apesar das ideias serem complementares, a definição dos mesmos são diferentes. O acesso permite o uso oportuno para alcançar os melhores e possíveis resultados. Seria, portanto, a forma como a pessoa vivencia a utilização das ações e serviços de saúde. Para Travassos e Martins (2004), a acessibilidade refere-se às características da oferta que possibilitam que as pessoas cheguem aos serviços, enquanto o acesso é a forma como as pessoas percebem a acessibilidade.

A acessibilidade diz respeito à capacidade de produzir serviços e responder às necessidades de saúde de uma determinada população, ou ainda a forma do usuário em obter cuidados de saúde sempre que necessitar, de forma hábil e resolutiva. Essa dimensão tem relação com 04 aspectos: 1) geográficos; 2) organizacionais; 3) socioculturais; 4) econômicos. O primeiro reflete a distância entre a população e os recursos, podendo ser medida por distância, tempo de deslocamento, custo do transporte, entre outros condicionantes. O aspecto organizacional abrange as características ligadas ao modo de organização dos serviços de saúde que obstaculizam ou facilitam a capacidade das pessoas na utilização dos mesmos. Inclui aspectos tais como: tempo para obter uma consulta, tipo de agendamento, turnos de

funcionamento, tempo para fazer exames laboratoriais e continuidade do tratamento. E os segmentos socioculturais e econômicos da acessibilidade incluem o conhecimento de sinais e sintomas, a percepção do risco de gravidade, o conhecimento sobre o próprio corpo e sobre oferta dos serviços de saúde, medo do diagnóstico, crenças, hábitos, dificuldades de comunicação com a equipe de saúde, crédito dado ao sistema de saúde, graus de instrução, emprego, renda e segurança social (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

A acessibilidade organizacional evidencia a importância da adequação dos profissionais de saúde e dos recursos tecnológicos utilizados frente às necessidades dos usuários. Assim, não basta a existência dos serviços, mas o seu uso tanto no início como na continuidade do cuidado. Ou seja, os serviços precisam ser oportunos, contínuos, atender à demanda real e ser capazes de assegurar o acesso a outros níveis de atenção (DONABEDIAN, 2003).

Desse modo, a categoria acesso é imprescindível na formulação e implementação de políticas públicas e o seu potencial para mudanças na organização do SUS. Dentre os fatores limitantes do acesso, tem-se: baixa acessibilidade; sistema fragmentado; ausência de hierarquia, descentralização e regionalização da rede de assistência; ausência de equidade e acolhimento; e a excludente capacidade financeira (ASSIS; JESUS, 2012). Sousa (2008) também aponta outros limites do acesso aos serviços básicos de saúde: a baixa capacidade de interação entre as equipes da atenção básica e a desintegração entre os níveis tecnológicos do sistema de saúde.

2.3 ENCARCERAMENTO E O SISTEMA PRISIONAL FEMININO BRASILEIRO

A história dos presídios evidencia sua estreita relação com história das penas, punições e da imputação de sofrimento ao próximo (detento) na longa trajetória social, política, econômica e religiosa. Ao privar um indivíduo de sua liberdade, o aparelho punitivo do Estado deve oferecer alternativas para sua recuperação visando o retorno à sociedade, idealizando-se como um processo de reabilitação. Os danos causados pela inatividade dentro dos presídios e a solicitação do trabalho como fonte de regeneração têm sido pesquisados (ROSA, 2014).

A prisão é um cenário de constantes violações dos direitos humanos, o que contraria as possibilidades de recuperação das pessoas presas. Nesse sentido, há ocorrência de dupla penalização do condenado: a privação da liberdade e o precário estado de saúde que ele adquire durante sua permanência no cárcere. Logo, a grande parte das rebeliões e fugas deste público pode ser encarada como uma resposta e um alerta às autoridades para as condições desumanas a que são submetidos. Não é de surpreender que, com a grande precariedade existente, o sistema de ressocialização do egresso prisional seja ineficaz. Não há estatísticas fidedignas, porém estudiosos estimam que, em média, 90% dos ex-detentos voltam a delinquir (ASSIS, 2007).

Outras pesquisas destacam que a ausência de um índice preciso de reincidência no sistema prisional brasileiro leva a demasiadas especulações, tendo em vista a importância que tal indicador significaria para a efetivação de políticas públicas. Entretanto, os vários fatores que podem potencializar tais reincidências estão relacionados diretamente com o perfil da mulher encarcerada. Sabe-se que a maior parte delas são encarceradas por associação ou tráfico de drogas; são jovens, que têm em média mais de dois filhos menores de 18 anos, mães solteiras e que sofrem por questões relacionadas ao afastamento familiar, processos educativos-culturais, bem como os conflitos com os próprios companheiros. As condições socioeconômicas, portanto, dificuldades de obter renda, trabalho digno e melhores condições de vida podem ser alguns dos que explicam o vertiginoso crescimento do encarceramento feminino e das reincidências (SILVA; LOPES, 2015).

É o que corrobora um estudo sobre os desafios da ressocialização, diante de uma estrutura social, cultural, educacional e política que reproduz no sistema carcerário múltiplas formas de submissão da mulher. De acordo com Cunha (2010, p. 160):

“Para compreender o sistema prisional feminino brasileiro e como a educação recebida pelas apenadas interfere no processo de ressocialização, não podemos perder de vista o contexto econômico, social e político vivenciado por estas, tanto no que se refere às condições materiais e objetivas de vida como nos fatores subjetivos, de inserção social, ética e política das mulheres na sociedade atual, cerceadas pela relação de poder estabelecida historicamente entre homens e mulheres”.

Historicamente os presídios têm tentado conduzir as PPL a transformações dramáticas do ponto de vista pessoal e de seu papel social, obrigando-as ao seu despojamento do Eu e de seus bens, um processo com implicações diretas na saúde mental destas, que muitas vezes representa uma mortificação de subjetividades e de identidade (GOFFMAN, 2001).

Essas instituições de ‘correção’ com fins de ‘reeducação penitenciária’ buscam, prioritariamente, reinstalar nas mulheres o sentimento de pudor, sendo estes objetos de incidência submetidas a atividades com finalidades moralizadoras (ESPINOZA, 2004).

Se, por um lado, a privação de liberdade torna-se um elemento que aprofunda as diversas vulnerabilidades referentes à saúde das mulheres, por outro, o próprio ambiente prisional torna-se hostil quanto ao atendimento de direitos fundamentais (alimentação, saúde, lazer, esportes, assistência jurídica etc.), responsáveis pela garantia do pleno direito à dignidade humana, tal como previsto na Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE) (SANTOS *et al.*, 2017a).

Há algum tempo as pesquisas mostram como as estruturas prisionais não são adequadas e/ou adaptadas ao ser mulher, que se mantém restrita a uma estrutura masculina que precariza ainda mais devido às singularidades de sexo e de gênero.

De acordo com Colares e Chies (2010), é o caráter masculino dos espaços penitenciários que orientam não só as punições que são proferidas às mulheres, mas condiciona suas práticas de modo a se assemelharem ao sexo masculino. Tal aspecto presente leva os autores a se referir a uma “prisão dentro da prisão” ao mencionarem que as penitenciárias são construídas para receber homens e que, sem as devidas adequações, passam a ser mistas, submetendo o feminino à estrutura androcêntrica na dinâmica prisional, denominada de “masculinamente mista”, por não se tratar de meros apêndices arquitetônicos forjados para homens e que agora incorporam mulheres.

Conforme o *Relatório das mulheres encarceradas no Brasil* (2007), no encarceramento feminino, há uma histórica omissão dos poderes públicos, manifestada pela frágil praticidade das políticas públicas. Há toda uma ordem de direitos das mulheres presas que são violados de modo acentuado pelo Estado brasileiro, que vão desde a desatenção a direitos essenciais como à saúde e, em última análise, à vida, até aqueles que implicam uma política de reintegração social,

como a educação, o trabalho e a preservação de vínculos e relações familiares. Com essa omissão, o Estado só tem feito ecoar a discriminação e a violência de gênero presentes na sociedade para dentro dos presídios femininos que, desse modo, caracterizam-se somente como instituições repressoras, ao invés de fomentar a reinserção social às mulheres presas com a construção de espaços produtivos, saudáveis, de recuperação e resgate da autoestima e da cidadania para as mulheres.

É o que reitera um dos mais completos relatórios sobre a situação específica do sistema penitenciário feminino no Brasil, realizado pelo Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) – com base nos dados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN) as mulheres – ao reconhecer os limites na falta de adequação para lidar com as especificidades das mulheres no sistema penitenciário. Em seu conteúdo, o aludido documento é taxativo:

“Historicamente, a ótica masculina tem se potencializado no contexto prisional, com reprodução de serviços penais direcionados para homens, deixando em segundo plano as diversidades que compõem o universo das mulheres, que se relacionam com sua raça e etnia, idade, deficiência, orientação sexual, identidade de gênero, nacionalidade, situação de gestação e maternidade, entre tantas outras nuances” (BRASIL, 2014b, pág. 05).

O documento supracitado surge das demandas específicas, especialmente diante da ausência de informações acerca do perfil dessas pessoas nos órgãos oficiais. Por mais que considere que a maior parte das prisões são masculinas, o próprio documento reconhece que o público feminino enfrenta um conjunto de privações que são aprofundadas devido às suas particularidades.

O recente Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN), publicado em 2017¹, revela que o Brasil assume a terceira posição entre os países do mundo com a maior população privada de liberdade – com 698.618 pessoas – atrás apenas dos Estados Unidos e da China. Além disso, o aumento na taxa de aprisionamento (258%) no período de 1995 a 2015, enquanto os outros países diminuíram, como do caso da Rússia (- 28%), ou apresentam taxas bem menores, como nos Estados Unidos (18%) e China (4%). Vale ressaltar ainda que, quando se analisam os dados acumulados de 1990 até 2015, esse crescimento o Brasil atinge patamares elevadíssimos (676%) (BRASIL, 2017).

¹ Os dados são referentes ao INFOPEN de dezembro de 2015. Ver BRASIL (2017).

Conforme o INFOPEN de 2015, a análise da taxa de aprisionamento possibilita traçar a dimensão da população prisional das Unidades da Federação. Em sua totalidade, o Brasil possui aproximadamente 1.414 unidades prisionais que participaram do levantamento e apresenta as seguintes características: em média, a taxa brasileira é de 341,7 presos para cada cem mil habitantes, taxa de ocupação 188,2% e déficit de mais de 327 mil vagas. Entre 2000 e 2015, a população prisional brasileira aumentou em média 200%. Das pessoas privadas de liberdade, cerca 40 % estão sentenciadas em regime fechado, 37% sem condenação, 16% em regime semiaberto, 6% em regime aberto (BRASIL, 2017).

As características gerais que acometem as mulheres privadas de liberdade consistem nas precárias condições estruturais que, por sua vez, são responsáveis por um conjunto de violações de direitos. Dessas condições, destacam-se a falta de celas específicas às gestantes, berçários, creches. Desse modo, percebe-se que mais de 46% das unidades penitenciárias femininas apresenta entre uma a duas pessoas por vaga, 7% entre duas a três, 7% entre três e quatro por vaga. Esse aspecto varia de estado para estado como, por exemplo, na Paraíba, onde a proporção da superlotação varia entre 201% a 300% em cerca de 60% em unidades femininas deste estado (BRASIL, 2014b).

Com relação à distribuição dos estabelecimentos prisionais de acordo com o gênero, a maior parte dos estabelecimentos, três quartos, é voltada ao público masculino. Há menos unidades prisionais femininas (7%) que estabelecimentos mistos (17%). A região Nordeste possui uma população prisional de 104.789 pessoas e 429 unidades prisionais, das quais 14 unidades são femininas e as demais masculinas, em relação ao quantitativo de presídios femininos por estado da região Nordeste, tem-se: Sergipe (01), Alagoas (01), Pernambuco (03), Paraíba (04), Rio Grande do Norte (01), Ceará (01), Piauí (02), Maranhã (01) e Bahia (01) (BRASIL, 2014b).

Ainda em relação às informações do mesmo levantamento supracitado, o Brasil possui 37.380 mulheres privadas de liberdade no seu sistema penitenciário. Dessas, a região Nordeste possui quantitativo de 5.255, com perfil composto por mulheres negras (68%), jovens e com baixo índice de escolaridade², distribuídas nos

² A esse respeito temos que: 27% das mulheres têm entre 18 a 24 anos, 23% entre 25 e 29 anos e 18% delas entre 30 e 34 anos. Além disso, destaca-se que 50% das encarceradas possuem apenas fundamental incompleto (BRASIL, 2014).

respectivos estados: 1.825 (Pernambuco), 866 (Ceará), 587 (Bahia), 520 (Paraíba), 438 (Rio Grande do Norte), 338 (Alagoas), 253 (Sergipe), 228 (Maranhão) e 199 (Piauí). De acordo com dados da Secretaria de Administração Penitenciária, no ano de 2016, mais precisamente no mês de julho, o Estado da Paraíba continha uma população de mulheres presas (614), em que 510 pertencem ao grupo que estão em regime fechado (PARAÍBA, 2018).

O estudo de Lima et al. (2013), ao se basear nos relatos orais de mulheres privadas de liberdade, identificou diferentes formas de aprofundamento do sofrimento físico e mental em parte significativa das mulheres apenadas na capital da Paraíba. Desse modo, mostrou como o confinamento desencadeado pelo encarceramento provoca uma ruptura com diferentes dimensões da vida, tais como o trabalho, a família, filhos, pais, a amigos e as diversas relações sociais que são alteradas a partir do momento do aprisionamento. Assim, diante dos medos, angústias, desconfianças, tristezas e demais sofrimentos proporcionados pelo ambiente penitenciário é que este se afasta cada vez mais de um *lócus* da reabilitação e se configura em um lugar onde os desrespeitos aos direitos fundamentais das mulheres são violados.

Frente ao aumento do poder penal-punitivo-repressivo, é preciso pensar como os modos de subjetivação hegemônica funcionam e alimentam uma sociedade de controle neoliberal globalizado mediante a medicalização e a judicialização. Em questão, não é ver apenas as grades, vigilâncias eletrônicas e tecnologias avançadas de informática em prol do controle. Torna-se importante ainda discutir sobre os modos de viver e de existir aos moldes do século XIX se perpetuando e “modernizando” de outras formas: são aços e monitoramentos, em que não há contato humano, favorecendo mais ainda o isolamento e a privação sensorial (ABRAMOVAY; BATISTA, 2010).

O que se tem visto é que a questão do aprofundamento do encarceramento em massa se coloca como evidência da acentuação de políticas neoliberais, cujas características principais são as seguintes: retração do estado no que tange ao fomento do bem-estar social e a simultânea ampliação do caráter policialesco, que desaguam necessariamente num processo violento de desrespeitos aos direitos fundamentais.

Desse modo, o sistema carcerário torna-se uma expressão, evidentemente mais dramática, da sociedade desigual que o envolve, de modo que os efeitos recaem tanto sobre aqueles(as) encarcerados que aguardam uma sentença quanto sobre

aqueles(as) que têm suas penas incrementadas devido às más-condições humanas, inadequações sanitárias e aos demais desrespeitos de direitos fundamentais, que instauram algo semelhante a um estado de emergência permanente tal como descrito por Agamben (2004, p.12), através do qual “o estado de exceção apresenta-se como forma legal daquilo que não pode ter forma legal”.

Em suma, tal problemática social explicita inegavelmente, no sistema carcerário, o caráter das desigualdades desencadeadas de maneira mais acentuada sobre as mulheres privadas de liberdade. Portanto, deve-se estimular os esforços do conjunto da sociedade e do Estado na efetivação de ações e de políticas públicas que sejam responsáveis por superar os efeitos históricos de um corpo social estruturalmente patriarcal e opressor, que acaba se perpetuando nas instituições e estruturas prisionais, violando os direitos de mulheres e, em muitos casos, impedindo uma efetiva ressocialização. Tais políticas devem garantir possibilidades reais de ascensão social, melhores condições de saúde, educação e trabalho no interior das prisões, como condição de atenuar os indicadores sociais dispendidos mais intensamente sobre a mulher encarcerada.

2.4 NECESSIDADE DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER PRESA

O crescimento da população encarcerada vem sendo um fenômeno observado em vários países, sejam eles industrializados ou não, incluindo o Brasil. Situações como condições de higiene insatisfatória, ventilação das celas inadequadas e superlotação com mais de 50 indivíduos por cela, podem ser encontrar em algumas unidades do Rio de Janeiro, já que é a área mais frequente dessa situação (DIUANA, *et al.*, 2008).

Conforme o *Relatório das mulheres encarceradas no Brasil* (2007), a mulher encarcerada no Brasil é submetida a uma condição de invisibilidade, condição essa que, ao mesmo tempo em que é sintomática, ‘legítima’ e intensifica as marcas da desigualdade de gênero às quais as mulheres em geral são submetidas na sociedade brasileira, sobretudo aquelas que, por seu perfil socioeconômico, se encontram na base da pirâmide social, como é o caso das encarceradas.

É importante compreender as ocorrências de crimes cometidos por mulheres para além de uma análise causal e penal, pois sabe-se que as questões de gênero também se encontram entrelaçadas na realização de um ato violador de lei.

No tocante à categoria gênero, essa se define como elemento constitutivo das relações sociais entre homens e mulheres, pois se trata de uma construção social e histórica, alimentado com base em símbolos, normas e instituições que definem modelos de masculinidade e feminilidade e padrões de comportamento aceitáveis ou não para homens e mulheres. O gênero delimita campos de atuação para cada sexo, dá suporte à elaboração de leis e suas formas de aplicação. Também está incluída no gênero a subjetividade de cada sujeito, sendo única sua forma de reagir ao que lhe é oferecido em sociedade. O gênero é uma construção social sobreposta a um corpo (SCOTT, 1995).

No tocante ao gênero e ao cuidado, Lima *et al.* (2013) conclui, em estudo sobre práticas profissionais na atenção em saúde às mulheres vítimas de violência, que há entraves do cuidado direcionado à mulher e espera-se com o saber, subsidiar a organização de um trabalho em saúde que busque fomentar a emancipação da opressão de gênero. Para tanto, aponta a necessidade de serem usadas novas estratégias e abordagens específicas com os profissionais, nos processos de qualificação e educação permanente, de modo a fomentar um trabalho em saúde com potencial para transformar a realidade e tornar os serviços de saúde espaços de acolhimento, cuidado e proteção, e não de opressão e revitimização.

O conceito de saúde da mulher, em algumas literaturas, restringe-se apenas aos aspectos da biologia e da anatomia do corpo feminino. Em outras mais amplas, mescla-se com dimensões dos direitos humanos e questões relacionadas à cidadania. Nessas concepções mais restritas, o corpo da mulher é visto apenas na sua função reprodutiva e a maternidade torna-se seu principal atributo. A saúde da mulher limita-se à saúde materna ou à ausência de enfermidade associada ao processo de reprodução biológica. Nesse caso, estão excluídos os direitos sexuais e as questões de gênero (COELHO, 2003).

As mulheres são a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do SUS que exercem o papel de cuidadoras da saúde da família. Seus problemas são agravados pela discriminação nas relações de gênero que se manifestam no trabalho com a sobrecarga de responsabilidades com o trabalho doméstico. Essas desigualdades agravam-se ainda mais, de acordo com algumas variáveis (raça, etnia e situação de socioeconômica). Apesar de mulheres viverem mais do que os homens, elas adoecem mais frequentemente. A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e as causas de morte feminina estão mais

relacionadas à situação de discriminação na sociedade do que a fatores biológicos (BRASIL, 2011b).

As mulheres presas que integram os grupos de vulnerabilidade e exclusão social, em sua maioria, têm idade entre 20 e 35 anos, são chefes de família, possuem em média mais de dois filhos menores de 18 anos e apresentam escolaridade baixa e conduta delituosa, por muitas vezes, de menor gravidade. Vale destacar ainda que a maioria é mãe solteira e 95% das mulheres presas já foram vítimas de violência doméstica em algum momento de sua vida, quando criança ou mais tarde, praticada por um parente íntimo, ou ainda pode ter sido vítima de violência institucional praticada pela polícia no momento da prisão (BRASIL, 2009).

Os determinantes sociais encontram-se diretamente relacionados às condições de saúde na prisão e que afetam a saúde das mulheres encarceradas. As apenadas são abandonadas pelos parceiros em sua maioria ou não têm companheiros, sejam homens ou mulheres, e, não são em sua maioria acompanhadas pela família na atmosfera prisional. Esses fatores podem contribuir para o aparecimento de casos de distúrbios afetivo de humor e ansiedade. Os direitos sexuais e reprodutivos dentro das unidades prisionais são interpretados como regalia e, quando permitidos, estão regidos por uma lógica de um sistema de normas e critérios com traços bastante excludentes. A situação financeira, ocupacional e educacional das presas se apresentara de forma desfavorável, mesmo antes do ingresso na prisão. Quanto ao perfil socioeconômico, observa-se baixa escolaridade e baixo poder aquisitivo (LIMA, 2013).

Assim, identifica-se a necessidade de analisar o acesso dessa população às ações de atenção à saúde, tanto com a implantação de ações desde nível da atenção básica dentro dos presídios até referências para média e alta complexidade, com garantia do atendimento das demandas específicas das mulheres presidiárias por meio de uma atenção diferenciada, dentro do conjunto de ações preconizadas pelo SUS (BRASIL, 2011b).

As condições dos recintos prisionais afetam diretamente a saúde das mulheres encarceradas. Sabe-se que as más condições de habitabilidade, superpopulação e a insalubridade são fatores determinantes no surgimento e desenvolvimento de doenças infectocontagiosas (ex. tuberculose, micose, leptospirose, pediculose e escabiose). O próprio ambiente de privação de liberdade propicia baixa estima, depressão, melancolia, angústia e pânico. Dentre as fragilidades da atenção integral

às mulheres presas, encontram-se: ausência ou baixa disponibilidade de escolta policial aos serviços públicos de saúde, dificultando o acesso à saúde; ausência de medicamentos nas unidades prisionais, enquadrando-se também nos problemas encontrados internamente (FERNANDES, 2017).

Para o atendimento das necessidades de saúde das pessoas privadas de liberdade, o sistema prisional dispõe de profissionais de saúde de diversas áreas (medicina, odontologia, enfermagem, psicologia e assistência social) nas unidades de saúde do presídio. Dessa forma, estes profissionais podem contribuir para o resgate de uma condição de vida digna das pessoas, na desconstrução de iniciativas que estimulem a discriminação ou preconceito; nas ações educativas e ainda respeitando os princípios éticos e legais, com vistas a resgatar o sentido da existência humana (SOUZA; PASSOS, 2008).

A partir do momento que as(os) reclusas (os) passarem a serem vistas(os) como seres com necessidades biopsicossociais e espirituais poderão ter, em seu sentido mais amplo, o acesso à saúde. Apesar de a legislação vigente ser tão abrangente e atenta em atender às necessidades destes, observa-se uma vivência bastante diferente. São inúmeras e diversas as dificuldades para o desenvolvimento de ações de saúde em presídios, em especial no campo preventivo (ARRUDA *et al.*, 2013).

As prisioneiras têm uma longa história de exclusões, abusos e desrespeitos aos Direitos Humanos. A garantia de assistência à saúde integral a este específico grupo populacional não pode ser compreendida como um privilégio ou um direito abusivo, mas sim um imperativo ético. É claro que as condições dessa assistência devem ser adaptadas às condições especiais às quais essas populações estão sujeitas, posto que são perpetradoras de crimes, mas as condições e a qualidade dessa assistência não devem, por razões éticas, serem qualitativamente diferenciadas das demais destinadas às populações extramuros (REGO, 2007).

Apesar de o arcabouço legal ter o intuito de garantir a assistência às pessoas encarceradas, percebe-se fragilidades de operacionalização de tais diretrizes legais, o que provoca grande preocupação quanto à condição na qual se encontram estas pessoas, concorrendo com as práticas de violência, o que evidencia o descaso com a saúde física e psíquica dessa população (SILVA *et al.*, 2008).

As políticas de saúde buscam suprir as necessidades de atenção as mulheres presas, mas o atendimento às necessidades desse público mostra-se ineficiente. As

mulheres presas desconhecem o serviço de saúde implantado, seu funcionamento e as ações desenvolvidas pela equipe multidisciplinar, limitando uma atenção à saúde pautada no modelo curativista (MOREIRA; SOUZA, 2014).

Ainda sobre as ineficiências da atenção à saúde da mulher, Coelho (2009) declara que as fragilidades estão postas no que diz respeito à promoção da saúde e à prevenção de agravos, momento em que se desvela o desrespeito à singularidade feminina com ausência da escuta atenta, do acolhimento e da humanização, trazendo como consequência a inexistência da vinculação entre profissional e cliente do serviço, o que interfere na qualidade de uma assistencial integral.

Nessa lógica, a atenção integral à saúde da mulher deve alinhar-se ao SUS, numa perspectiva que contemple a promoção da saúde, as necessidades de saúde da população feminina, o controle de patologias mais prevalentes a esse grupo e a garantia do direito à saúde (BRASIL, 2011).

A atenção integral à saúde da mulher define-se como conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde (da básica à alta complexidade). Além disso, compreende o atendimento à mulher a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas. Durante o processo de trabalho dos profissionais de saúde, é necessário o estabelecimento de relações com pessoas singulares, seja por razões econômicas, culturais, religiosas, raciais, de diferentes orientações sexuais, entre outros, devendo o atendimento nortear-se pelo respeito a todas as diferenças, sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais. Esse enfoque deverá ser incorporado aos processos de sensibilização e capacitação para humanização das práticas em saúde (BRASIL, 2004).

Para Paim (2012), o termo “atenção” possui maior abrangência que assistência, pois, além de abranger esta última, envolve ações individuais, coletivas nos âmbitos da promoção, proteção, recuperação e reabilitação. Com o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher na década de 80, o princípio da integralidade é mais destacado, enquanto caminho alternativo aos programas verticais ou especiais (Programa da Tuberculose, Programa Nacional das Imunizações e o Programa Materno-infantil). Essas contribuições fomentaram debates para Brasil sobre modelos de atenção com vistas à integralidade.

A integralidade é uma dimensão concebida na MRSB em quatro aspectos: 1) integração das ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde nos múltiplos serviços de densidades tecnológicas; 2) manejo de atuação profissional que contemple a dimensão biopsicossocial; 3) garantia da continuidade da atenção em uma rede de serviços dispostos; 4) uma ponte entre o conjunto de políticas públicas a uma totalidade de projetos de mudança. Nessa perspectiva, a abordagem integral do indivíduo e família, bem como práticas integrais são incluídas (GIOVANELLA *et al.*, 2002; NUNES, 2011).

Essas práticas integrais são caracterizadas como atendimento às necessidades de saúde dos indivíduos, grupos e populações na dimensão biopsicossocial; ações de prevenção, promoção, do tipo curativista em todos os níveis de atenção; equipes multiprofissionais que valorizem o acolhimento, a escuta, o diálogo e o vínculo nas relações interpessoais (GIOVANELLA *et al.*, 2002; NUNES, 2011).

Para atender as necessidades de saúde das mulheres presas no sistema prisional brasileiro, é importante conhecer e refletir sobre as condições de vida dessas mulheres. Assim, compreender e discutir fatores que permeiam o universo carcerário torna-se indispensável aos profissionais que atendem a população carcerária feminina. Essa compreensão não pode se limitar ao enfoque biologista, uma vez que, para ofertar cuidados integrais à saúde de um sujeito, necessita-se aprofundar conhecimentos relacionados com os determinantes sociais do processo saúde-doença. Limitar as investigações e ações à IST/AIDS é retratar a atenção à saúde no sistema prisional de maneira reducionista, uma vez que o próprio ambiente expõe a população a agravos à saúde mental, sexual e reprodutiva da mulher (SILVA; RIBEIRO, 2013).

Estudo voltado às mulheres privadas de liberdade no período de climatério mostra que muitos são os sintomas desconfortáveis que se potencializam com a vivência do confinamento, com as diárias barreiras e imposições institucionais. Dentre os sinais e sintomas mais presentes estão: esquecimento, baixa autoestima, melancolia, depressão, mastalgia, alteração da libido, incontinência urinária e ressecamento vaginal (SANTOS *et al.*, 2017a).

Sintomas como a dispneia, lombalgia/cervicalgia e insônia também aparecem como estados mórbidos prevalentes no grupo. Dentre os inúmeros fatores que podem afetar a saúde de mulheres privadas de liberdade, consta o padrão de sono e repouso,

pois é comum a dificuldade de dormir, que piora durante o climatério afetando a saúde (REIS; BERNARDES, 2011).

Dessa forma, observam-se várias barreiras impostas pelas instituições carcerárias que desestimulam a manutenção do vínculo social das mulheres presas com seus familiares e amigos. Há uma enorme disparidade e discriminação na efetiva concessão do direito à visita, maternidade, exames de rotina e preventivos necessários para a saúde da mulher, a utilização de preservativos que venham reduzir danos relacionados às IST e HIV/AIDS. As mulheres privadas de liberdade sofrem intensamente com a dor do cárcere e tendem a procurar relacionamentos intramuros para suportar a falta de carinho e afeto expressos pela escassez de visitas e limitação destas por parte da instituição. Dessa forma, é urgente a atenção à saúde das presas sob a ótica da praticidade de direitos à sua vida sexual, e consequentemente reprodutiva (LOPES; OLIVEIRA, 2014).

Em um estudo realizado com mulheres presas na Bahia sobre ações de saúde prestada no sistema prisional, revelou-se que elas não possuem participação na produção do autocuidado, permanecendo sempre passivas e sujeitas à ordem do serviço em saúde prestado dentro do sistema penitenciário. Isso declara que possivelmente as práticas de saúde estão enraizadas no modelo tradicional. Outra crítica apontada sobre as ações de saúde mostra a falta de referência no cuidado dentro do serviço em saúde no presídio, pois as mulheres presas têm dificuldades em discernir os membros da equipe que prestam o atendimento em decorrência das suas limitações técnicas e sociais, bem como ausência na definição dos seus papéis enquanto trabalhadores da saúde, desvelando falhas graves no cenário da pesquisa (MOREIRA; SOUSA, 2014).

No Estado do Rio Grande do Norte, cerca de 80% das unidades prisionais não disponibilizam módulos de saúde, contando apenas com a existência de sete enfermeiros, quatorze técnicos de enfermagem, quatro médicos, um odontólogo um técnico de odontologia e um psiquiatra essa equipe é responsável por prestar assistência às unidades presidiárias de todo estado. Além do mais, essa equipe não conta com nenhum profissional de ginecologia e obstetrícia. Estas afirmações foram adquiridas através do relatório disponibilizado pelo INFOPEN de junho de 2014, porém os documentos no qual existem essas informações não especificam quanto à distribuição desses profissionais perante todo o Estado (FIGUIRÓ, 2017).

Entendendo sua responsabilidade diante as necessidades, o Ministério da Saúde, em ação integrada com o Ministério da Justiça (MJ), desenvolveu o PNSSP, cuja lógica baseia-se na atenção à saúde fundamentada nos princípios do SUS. Com o PNSSP, o país mostrou-se em avanço, inovando através de direitos para com a população confinada nos presídios, sendo objeto de uma política de saúde específica, possibilitando o acesso a ações de saúde com foco na redução dos agravos e danos ocasionados pelas atuais condições de confinamento em que se encontram a população em discussão. Todo esse trabalho de promoção da saúde das pessoas privadas de liberdade requer uma missão e um desafio para os profissionais de saúde e cidadãos que acreditam numa sociedade livre de excluídos (DA ROCHA, 2014).

O Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos desenvolveu, no ano de 2003, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) e a implantou, em 2015, na perspectiva de um Brasil mais justo, igualitário e democrático, visando à valorização da mulher, à sua inclusão no processo de desenvolvimento social, econômico, político e cultural do país. Com isso, permanece um processo contínuo de cooperação transversal com os demais ministérios, a sociedade civil e a comunidade internacional, com vista a contribuir para a implementação das políticas públicas para as mulheres, bem como, a proteção e garantia dos seus direitos (BRASIL, 2015a).

Muitas vezes, as necessidades especiais e de saúde das mulheres encarceradas são ignoradas pelas políticas prisionais mesmo se sabendo que a saúde é um direito fundamental humano, em especial para com indivíduos detidos sob a custódia do Estado. Apesar de terem os mesmos direitos que os homens, raramente as mulheres possuem igual acesso a esses direitos, uma vez que o sistema prisional foi projetado para a população masculina, já que essa população detém 95% da população carcerária na maioria dos países, o que leva os estabelecimentos e suas estruturas, suas normas e procedimentos prisionais a, na maioria das vezes, não suprirem as necessidades de saúde das mulheres (AUDI *et al.*, 2016).

Um dos principais problemas com a saúde física das mulheres presas que pôde ser facilmente constatado foi a falta de acompanhamento pré-natal de forma regular as gestantes privadas de liberdade e de atenção especial às mulheres em puerpério. Isso porque existe a escassez de profissionais habilitados, bem como falta de escolta para transferência aos locais apropriado e indisponibilidade de equipamentos para realização de exames. Na existência de atendimento na unidade penal, esta se

apresenta insuficiente, uma vez que, na maioria das vezes, os profissionais que estão ali disponíveis são insuficientes para atender a demanda (PEREIRA, 2018).

Ao se tratar de prisões femininas, os direitos preservados são mínimos, observados pela escassez de políticas públicas direcionadas às necessidades das mulheres privadas de liberdade. Além do que, para as mulheres, a prisão é desproporcionalmente mais grave que para os homens. Diante dessa situação, vários estudos apontam uma alta prevalência de desordens psíquicas nas populações privadas de liberdade (SILVA, 2016).

Quando comparado à população geral, a população das pessoas privadas de liberdade apresenta uma alta prevalência de desordens psíquicas, em uma proporção de 5,2% versus 0,4%. Nas prisões de Londres, Janete e colaboradores desenvolveram um estudo no qual puderam verificar que 7% dos participantes desse estudo apresentaram algum quadro psicótico e 16% evidenciaram risco para desenvolvimento de desordens mentais. Por sua vez, nessa mesma pesquisa, houve uma reavaliação dos participantes que apresentaram resultados negativos, sendo constatado nesses uma prevalência de 3% para a psicose e 5% para risco de desenvolvimento de desordens mentais (SILVA, 2016).

No sistema prisional, as condições de confinamento são determinantes para o processo saúde-doença e a relação entre problemas e necessidades de saúde da pessoa que se encontra privada de liberdade, pois, dada a precariedade do sistema prisional, podem surgir inúmeros transtornos de saúde que se acrescentam aos pré-existentes, agravando-os, causando prejuízos maiores aos modos de vida dessa pessoa.

Comparando com os dados de saúde mental da população geral, a população carcerária apresentava taxas de transtornos mentais três a quatro vezes superiores às da população geral, porém as prevalências são ainda mais altas quando se consideram apenas as mulheres presas (excetuando-se a esquizofrenia). Os transtornos mentais mais encontrados foram depressão, abuso de substâncias psicoativas e transtorno de estresse pós-traumático. Aproximadamente 81% das mulheres presas em Chicago evidenciam ao menos um transtorno psiquiátrico ao longo da vida, de acordo com os critérios diagnósticos da terceira revisão do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III) (MORAES *et al.*, 2006).

Dessa forma, é imprescindível e desafiador a efetividade da atenção integral a saúde das mulheres presas frente ao que se espera nas finalidades, objetivos e princípios das políticas públicas voltadas a essa população. Por esse motivo, é preciso investir em pesquisas que busquem compreender fragilidades e potencialidades do processo de trabalho no alcance da atenção integral com fins de subsidiar tomada de decisão dos gestores das unidades prisionais e profissionais de saúde na concretude do cuidado integral às mulheres privadas de liberdade.

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo do tipo exploratório, descritivo e analítico. Nesta seção, serão apresentadas abordagem quantitativa e qualitativa que foram utilizadas na construção deste estudo. Foi necessário o uso das duas abordagens no sentido de buscar a obtenção, descrição e análise de dados com uso de instrumentos específicos, bem como a busca por subjetividades e sentidos fundantes que não possíveis de serem capturadas com o uso de apenas um tipo de abordagem.

3.1 ABORDAGEM QUANTITATIVA

Os estudos quantitativos possibilitam coleta e análise de dados quantitativos sobre variáveis, bem como a identificação da natureza profunda das realidades, seu sistema de relações, sua estrutura dinâmica. Soma-se ainda, pela possibilidade de determinar a força de associação ou correlação entre variáveis, a generalização e objetivação dos resultados por meio de uma mostra que faz inferência a uma população, inclusive do tipo causais que explicam por que as coisas acontecem ou não de uma forma determinada (PITA; PÉRTEGAS, 2002).

Foi adotado o método estatístico Regressão Logística Ordinal que, por meio dos modelos ordinais, deve sempre ser precedida pelo cruzamento de cada covariável com o evento de interesse. Por meio dessa análise, conhecida como univariada, foi possível selecionar os fatores que serão introduzidos no modelo de regressão.

Esse tipo de método é aplicado para estudos compostos por multicategorias, ou ainda, uma variável categórica resposta com mais do que duas categorias. A precisão sobre acesso à saúde nos presídios femininos não poderia limitar-se ao “Sim” ou “Não” enquanto variável resposta, uma vez que, na atualidade, já existem políticas públicas voltadas para as mesmas, serviços e profissionais de saúde dispostos.

Os modelos de Regressão Logística vêm sendo amplamente utilizados para obter uma precisão sobre as respostas qualitativas e podem ser categorizadas de forma ordinal tais como o acesso à saúde (baixo, médio e alto), o nível de escolaridade de uma entrevistada (fundamental, médio e superior) ou até mesmo o estágio de uma doença (inicial, intermediário ou terminal) (LARA, 2012). A própria categoria do acesso à saúde remete sobre a qualidade do acesso as ações e serviços de saúde no âmbito

prisional e neste estudo adotou-se o seguinte intervalo ordinal: nenhum, pouco, moderado e muito.

O modelo de Regressão Logística Ordinal é utilizado para analisar dados cuja variável resposta apresenta múltiplas categorias, seguindo uma determinada ordem, a exemplo do tempo de vida de um animal, em uma determinada região sob influência de fatores ambientais, apresentando os níveis: “menos de 10 dias” (y_1), “11 a 30 dias” (y_2) e “mais de 30 dias” (y_3). São exemplos de autores que utilizaram esse modelo como base em suas pesquisas Abreu et. al (2009), Valle et. al (2009), Williams (2006), McCullagh (1980) e Brant (1990).

Conforme Agresti e Finlay (2012), esse modelo permite descrever de forma simultânea o efeito de um conjunto de p covariáveis explicativas ($x_1, \dots, x_p$) em todas as probabilidades acumuladas da variável resposta ou desfecho y . Assim, $P(y \leq y_j)$ representa a probabilidade de que o valor da resposta y recaia na categoria y_j ou abaixo. Por exemplo, com 4 categorias temos as seguintes probabilidades acumuladas:

$$\begin{aligned} P(y = y_1); P(y \leq y_2) &= P(y = y_1) + P(y = y_2); P(y \leq y_3) \\ &= P(y = y_1) + P(y = y_2) + P(y = y_3), \end{aligned}$$

Além da probabilidade final $P(y \leq y_4) = 1$ que utiliza toda a escala, ou seja, uma variável resposta com j categorias terá j probabilidades acumuladas. É importante mencionar que a ordem na formação das probabilidades acumuladas tem influência direta sobre o modelo, pois reflete a ordem da escala da resposta (AGRESTI; FINLAY, 2012). Cada probabilidade acumulada pode ser transformada em uma chance. Por exemplo $\frac{P(y \leq y_j)}{P(y > y_j)}$, reflete a chance da resposta estar na categoria j ou abaixo. De maneira similar aos modelos de regressão logística, é possível utilizar a função *logit* para determinar os *logits* das probabilidades acumuladas. Assim, é possível defini-los como:

$$\text{logit}[P(y \leq y_j)] = \log \left[\frac{P(y \leq y_j)}{1 - P(y \leq y_j)} \right],$$

com $j = 1, \dots, J - 1$. Vale ressaltar que excluimos a última probabilidade acumulada $\text{logit}[P(y \leq y_J)]$ por ser igual a 1. Basicamente, o cálculo desses *logits* acumulados considera a resposta como binária e avalia se o valor de y está na porção inferior ou superior da escala (MONTENEGRO, 2009). Por exemplo, para 3 categorias tem-se:

$$\text{logit}[P(y \leq y_1)] = \log \left[\frac{P(y = y_1)}{P(y > y_1)} \right] = \log \left[\frac{P(y = y_1)}{P(y = y_2) + P(y = y_3)} \right],$$

$$\text{logit}[P(y \leq y_2)] = \log \left[\frac{P(y \leq y_2)}{P(y > y_2)} \right] = \log \left[\frac{P(y = y_1) + P(y = y_2)}{P(y = y_3)} \right].$$

Para uma única variável independente x_1 , o modelo de *logit* acumulativo pode ser definido como $\text{logit}[P(y \leq y_j)] = \beta_{0j} + \beta_1 x_1$, com $j = 1, \dots, J - 1$. O parâmetro β_1 descreve o efeito da variável x_1 em y . Aqui, β_1 não possui um índice j , pois ele tem o mesmo valor para cada *logit* acumulado. Ou seja, o efeito da variável independente é o mesmo para cada probabilidade acumulada (ABREU, 2007). Aqui, o intercepto β_{0j} está indexado na categoria j , ou seja, seu valor é diferente para cada categoria no modelo.

De acordo com a literatura, existem alguns modelos de regressão logística que podem ser utilizados quando os dados possuem ordenação. Entre eles, podemos citar: modelo de *odds* proporcional, modelo de *odds* proporcional parcial, modelo razão contínua e modelo estereótipo, com maior destaque para o modelo de chances proporcionais (ANANTH; KLEINBAUM, 1997; MONTENEGRO, 2009; ABREU, 2007).

Quadro 1 - Principais modelos de regressão logística ordinal e indicações de uso.

MODELOS	INDICAÇÃO DE USO
Modelo de Odds Proporcionais (MOP)	Indicado quando a variável resposta original é contínua e posteriormente agrupada, e a suposição de <i>odds</i> proporcionais é válida para cada categoria do modelo.
Modelo de Odds Proporcionais Parciais (MOPP)	Utilizado quando a suposição de chances proporcionais não é satisfeita, de maneira que o modelo passa a ser incrementado por um coeficiente definido por um efeito associado a cada logito cumulativo, ajustado pelas demais covariáveis (HOSMER, D.W.; LEMESHOW, S., 2000).
Modelo de Razão Contínua (MRC)	Indicado para utilização quando há interesse direcionado a uma das categorias da variável resposta. De acordo com Abreu et. al (2009), o modelo compara a probabilidade de resposta de uma determinada categoria com a probabilidade de uma resposta de ordem maior.
Modelo Estereótipo (ME)	Indicado quando a variável resposta original é discreta sem necessidade de agrupamento e compara cada categoria com uma categoria de referência.

	Abreu (2007) afirma que esse é o modelo mais flexível para análise de respostas ordinais e pode ser considerado uma extensão do modelo de regressão multinomial.
--	--

Fonte: Autoria própria, 2020.

3.1.1 Teste para uso do modelo de odds proporcionais

Para averiguar se a escolha pelo modelo a ser ajustado é apropriada, faz-se necessária a execução de um teste para cada covariável separadamente, bem como para o modelo final, verificando a suposição de chances proporcionais. O teste escore é obtido a partir da função escore $U(\widehat{\beta}_0)$ e da matriz de informação esperada $I(\widehat{\beta}_0)$ em que a estatística de teste é dada por:

$$S = U'(\widehat{\beta}_0)[I(\widehat{\beta}_0)]^{-1}U(\widehat{\beta}_0)$$

De acordo com Furriel; Menezes; Santana (2016), a estatística S segue, assintoticamente, a distribuição Qui-Quadrado com $p = 2$ graus de liberdade, sob hipótese nula $H_0: \beta = \beta_0$ versus a alternativa $H_1: \beta \neq \beta_0$, sugerindo violação da suposição de chances proporcionais quando o resultado do teste obtiver o p-valor significativo (p-valor < α).

3.1.2 Modelo de odds proporcionais

O modelo de chances proporcionais (*odds* proporcional) assume que o efeito da variável independente x é o mesmo para cada probabilidade acumulativa. Analogamente, a *odds ratio* é a mesma para todas as categorias da variável resposta, podendo ser obtida exponenciando o coeficiente β . Ou seja, a *Odds Ratio* (OR), definida como $OR = e^{\beta}$, implica um efeito multiplicativo de uma unidade de aumento em x nas chances para as probabilidades acumulativas. Portanto, para cada j , a

chance de que $y \leq y_j$, é multiplicada por e^β para cada unidade de aumento em x (AGRESTI; FINLAY, 2012).

A suposição de chances proporcionais é assumida para cada variável independente no modelo. Contudo, existe a necessidade de verificar sua validade a partir do teste *escore* (Abreu, 2007; Hosmer and Lemeshow, 2000). Tal teste tem como hipótese nula a homogeneidade das *odds ratios*, sendo também uma medida de adequação do modelo.

A relação entre x_i e $P(y \leq y_j|x)$ pode ser expressa por uma curva sigmoide, determinada pela seguinte expressão:

$$P(y \leq y_j|x) = \frac{\exp(\beta_{j0} + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_p x_p)}{1 + \exp(\beta_{j0} + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_p x_p)},$$

com $j = 1, \dots, J$, em que $0 < P(y \leq y_j|x) < 1$, ou na forma de *logit*, temos:

$$\text{logit}[P(y \leq y_j|x)] = \log \left[\frac{P(y \leq y_j|x)}{1 - P(y \leq y_j|x)} \right] = \beta_{j0} + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_p x_p,$$

em que $\beta_1, \dots, \beta_p$ são os p parâmetros desconhecidos associados respectivamente às variáveis $x_1, \dots, x_p$. Aqui, o tamanho dos $|\beta_j|$ determinam quão rápido as curvas de probabilidade acumuladas em um modelo *logit* sobem ou descem. Além disso, o valor comum para β_j em cada categoria, significa que todas as curvas apresentam a mesma forma. Por fim, o parâmetro β_{j0} refere-se ao intercepto do modelo.

As interpretações dos parâmetros $\beta_1, \dots, \beta_p$ podem ser feitas da seguinte maneira: se $\beta_i > 0$, com $i = 1, \dots, p$, então, quando x é grande, as probabilidades acumuladas são menores. Assim, é menos provável verificar valores praticamente baixos e, portanto, é mais provável verificar valores altos de y (AGRESTI; FINLAY, 2012). Portanto, um coeficiente positivo para β_i significa uma associação positiva, dessa forma, valores altos de x tendem a ocorrer com valores altos de y .

O modelo de regressão logística ordinal apresenta uma interessante propriedade de invariância quanto à junção de categorias da variável resposta. Por exemplo, dois pesquisadores que por acaso escolherem diferentes categorias, para compor a variável resposta, em um estudo, chegaram a conclusões similares. Ou seja,

embora o intercepto seja afetado os coeficientes $\beta_1, \dots, \beta_p$, permanecem inalterados (ABREU, 2007).

Um ponto importante a se observar é que alguns *softwares*, a exemplo do SAS, do SPSS e do R, utilizam padronizações diferentes para $\beta = \{\beta_1, \dots, \beta_p\}$, ou seja, suas expressões podem estar dispostas de duas formas possíveis

$$\text{logit}[P(y \leq y_j|x)] = \beta_{j0} - \beta x,$$

ou

$$\text{logit}[P(y \leq y_j|x)] = \beta_{j0} + \beta x.$$

Assim, ter cuidado, ao verificar a padronização utilizada em seu *software*, é importante para que se possam interpretar adequadamente os parâmetros estimados. Como apresentado em Abreu et. al (2009), este modelo apresenta um melhor desempenho quando aos demais modelos.

Para verificar a significância dos parâmetros estimados, podemos utilizar o teste de Wald ou da Razão de Verossimilhanças, cuja hipótese nula sugere que $\beta_1 = 0$ versus a hipótese alternativa que $\beta_1 \neq 0$. A estatística de Wald é o quadrado da razão entre $\hat{\beta}_1$ e o seu respectivo erro padrão. Sob a suposição que $\beta_1 = 0$, a estatística segue distribuição normal padrão. No caso de múltiplas variáveis, a estatística de teste é definida como:

$$W = \hat{\beta}' [\widehat{Var}(\hat{\beta})]^{-1} \hat{\beta},$$

em que $\widehat{Var}(\hat{\beta})$ é a variância de $\hat{\beta} = \{\hat{\beta}_1, \dots, \hat{\beta}_p\}$. Aqui, W segue distribuição qui-quadrado com $p + 1$ graus de liberdade, sob a hipótese de que os $p + 1$ coeficientes são nulos (MONTENEGRO, 2009).

Obtido o modelo ajustado, faz-se necessário o uso de testes para avaliar o ajuste do mesmo aos dados de maneira adequada, comparando os valores preditos pelo modelo ajustado com os valores observados da variável resposta. De acordo com Lara (2012), a verificação da qualidade de ajuste para o modelo pode ser dada através das medidas *Deviance*.

A estatística *Deviance* baseia-se nas funções de log-verossimilhanças maximizadas para verificar se um subconjunto das variáveis pode ser retirado do modelo, testando se os coeficientes (β_p) associados ao modelo são iguais a zero. A estatística D é calculada através da expressão:

$$D = 2(LL_\beta - LL_0)$$

Assim, LL_β representa a log-verossimilhança do modelo saturado e LL_0 representa a log-verossimilhança do modelo fragmentado em investigação. Aplicando o teste *Deviance*, a estatística encontrada deve apresentar valor inferior ao valor de referência da distribuição qui-quadrado com $(n - p)$ graus de liberdade, indicando, assim, que o modelo ajustado é adequado para os dados em análise (HOSMER & LEMESHOW, 2000).

3.2 ABORDAGEM QUALITATIVA

Com a descrição dos dados quantitativos, na segunda etapa deste estudo, foi utilizada a abordagem qualitativa, que proporcionou maior compreensão da complexa rede de variáveis relacionadas ao acesso à saúde das mulheres encarceradas, premissa essencial para a efetivação de políticas públicas de saúde às pessoas privadas de liberdade no sistema carcerário.

A abordagem qualitativa ocupa-se com os aspectos subjetivos e relacional da realidade social. Nesta, é tratada mediante a história, os significados, os motivos, as crenças, os valores e das atitudes dos atores sociais (MINAYO, 2013).

Com essa abordagem, buscou-se compreender questões muito particulares, que não podem ou não deveriam ser quantificadas. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações, dentro e a partir da realidade vivida, e partilha com seus semelhantes. De forma sintética, as pesquisas qualitativas tratam da magnitude dos fenômenos, as singularidades e os significados (MINAYO, 2010).

Na pesquisa social necessita-se compreender o fenômeno social e sua historicidade, com os seguintes pontos: o objeto de estudo investigado, os sujeitos envolvidos, pesquisador e processo ideológico, técnicas de pesquisa e o conjunto de relações interpessoais e de comunicação simbólica. Na análise em pesquisas qualitativas é praticada quando estabelece um diálogo entre o material coletado e as suposições da pesquisa (MINAYO, 2015).

Na construção do material empírico, foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo (AC). Nesta, é feita uma interpretação sistemática através de técnicas buscando uma ampla análise do conteúdo emitido no processo de comunicação e atitudes atreladas ao contexto no ato do questionário, entrevistas ou outros meios, para que haja uma explicação lógica do que foi relatado, evidenciando as razões que dada mensagem escrita ou falada se tenha produzido (BARDIN, 2002).

No sentido de auxiliar a elaboração de categorias para análise de conteúdo dos recortes de falas proferidas nas entrevistas transcrita, contou-se com uso do Interface de R Pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires – IRAMUTEQ, um software livre ligado ao pacote estatístico R bem utilizado na análises de conteúdo, pois oferta maior precisão dos resultados. No tópico análise das informações deste trabalho, será melhor esclarecido.

A coleta de informações foi realizada, presencialmente, por meio da entrevista com roteiro semiestruturado, gravada com auxílio de um aparelho gravador de voz portátil, para logo após ser transcrita na íntegra para análise. O processo de amostragem deu-se de forma aleatória, por conveniência, com base na saturação dos dados (até o previsto de quantitativo necessário e suspensão de inclusão de novos participantes), de 16 mulheres, 08 de cada unidade prisional que aceitaram participar dessa outra etapa do estudo que, ao completar, foi encerrado. Importante dizer que não houve um teste piloto, tendo em vista as limitações de realizar pesquisa no cenário de estudo que requer todo um rigor de segurança, autorizações e dinâmica prisional disponível.

O roteiro de perguntas da entrevista semiestruturada composta por 05 perguntas que foram aplicadas a mulheres presas (APÊNDICE C). Como critérios de inclusão: mulheres presas, em regime fechado, maiores de 18 anos que aceitassem participar da entrevista. Foram cumpridas as seguintes etapas sequenciais: entrevista, gravação, transcrição, transcrição e arquivamento para em seguida ser “rodado” no IRAMUTEQ.

3.3 CENÁRIO DE INVESTIGAÇÃO

O estudo foi realizado em 02 unidades prisionais voltadas ao público feminino, com caráter regime fechado do estado da Paraíba, situado no nordeste do Brasil: Instituto Recuperação Feminina Maria Julia Maranhão (P1) e Penitenciária Feminina de Campina Grande (P2).

. Cada presídio que possui sua equipe de saúde com rotina de trabalho previamente estabelecida para atendimento. No P1, há uma equipe de saúde (nas áreas enfermagem, psicologia e medicina) fixa com profissionais durante a semana. No P2, ano de 2019, a equipe de saúde realizou o atendimento uma vez por semana e, no ano de 2020, passou a ter o (a) profissional de enfermagem nos cinco dias da semana e os demais integrantes uma vez por semana (Segundo Informações Coletadas). Na necessidade de atendimento específico, as presas são encaminhadas para serviço de saúde extramuros da unidade prisional em que está cumprindo a pena.

A Paraíba encontra-se dividida em 04 mesorregiões: Mata Paraibana, Sertão, Agreste e Borborema (MARIANO; CAVALTANTI, 2017). No site oficial da Administração Penitenciária da Paraíba consultado no ano de 2019, as prisões femininas na estão distribuídas em três zonas: 1ª Zona – Mata; 2ª Zona – Agreste e Borborema; 3ª Zona - Sertão. A seguir, vem o quadro das penitenciárias alvos deste estudo, seu código (Presídio 1 – P1 e Presídio 2 – P2), respectivas Zonas e municípios localizadas:

Quadro 2 - Unidades Prisionais alvo do estudo, código, zona e município.

UNIDADE PRISIONAL	CÓDIGO	ZONA	MUNICÍPIO
Instituto Recuperação Feminina Maria Julia Maranhão	P1	1ª Zona (Mata)	João Pessoa
Penitenciária Feminina de Campina Grande	P2	2ª Zona (Agreste e Borborema)	Campina Grande

Presídio Feminino de Patos e Penitenciária de Feminina de Cajazeiras	P3	3ª Zona (Sertão)	Patos e Cajazeiras
--	----	---------------------	--------------------

Fonte: Autoria própria, 2020.

A 3ª Zona (Sertão) não foi incluída na investigação por ser composta por dois presídios (Feminino de Patos e a Penitenciária Feminina de Cajazeiras) com quantitativo baixo de mulheres presas. E, conforme informações cedidas por técnicos da Coordenação de Saúde Prisional da Paraíba vinculada à Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba, não há uma equipe de saúde específica e fixa atuantes diariamente nos presídios femininos da 3ª Zona. Na necessidade, as mulheres presas dos referidos presídios são levadas até o serviço de saúde mais próximo ou de referência comum à da população não presa, ou ainda a equipe de saúde das prisões masculinas dão suporte de atenção à saúde das apenadas nestes presídios. Para compreender o acesso das mulheres presas nesses presídios com limitação de equipe de saúde, necessitaria de um instrumento específico sobre acesso à saúde quando necessário, uma vez que a maioria das necessidades de atenção à saúde são ofertadas nas situações de urgência ou emergência, quando a mulher está doente, perante ausência de uma equipe de saúde fixa, o que já denotava por lógica baixo acesso à saúde.

3.4 SUJEITOS DO ESTUDO

Inicialmente foi realizada uma amostragem probabilística do tipo aleatória simples da população carcerária feminina de regime fechado. O tamanho da população está baseado segundo publicação eletrônica e oficial da Administração Penitenciária - Estado da Paraíba, em sua última atualização, em julho de 2016. A população de mulheres presas em regime fechado na PB resultou um total de 509. Esse quantitativo está distribuído em três zonas, cada qual com suas respectivas unidades prisional instaladas, que compõe o cenário de investigação deste estudo: 304 na 1ª Zona da Mata (em João Pessoa), 108 na 2ª Zona Agreste (em Campina Grande).

O cálculo amostral foi feito através de uma dada fórmula que leva em consideração o tamanho da população (N) em estudo, o erro amostral e o nível de confiança, que representa a probabilidade de a amostra coletada refletir a população, aplicado na seguinte fórmula:

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

Onde:

n = O tamanho da amostra que queremos calcular.

N (Tamanho do universo) = 509.

Z = É o desvio do valor médio que aceitamos para alcançar o nível de confiança desejado.

e = É a margem de erro máximo que eu quero admitir 5%.

p = É a proporção populacional de indivíduos que pertencem a categoria em estudo.

Na execução do cálculo amostral mediante fórmula acima descrita, utilizado p=0,5, o nível de confiança de 95% (Z=1,96) e a margem de erro de 5%, a amostra representativa desta população é composta por 196 apenas. A tabela abaixo mostra o quantitativo de forma proporcional por zona e amostra final (em destaque azul), ampliada para mais 10%, com fins obter uma amostra proporcional representativa, devido possibilidade de perdas amostrais durante processo de coleta de dados:

Quadro 3 - Quantitativo da amostra proporcional e ampliada.

ZONA	AMOSTRA PROPORCIONAL	AMOSTRA PROPORCIONAL FINAL (AMPLIADA 10%)
1ª Zona	131	144
2ª Zona	47	52
Total=	178	196

Fonte: Autoria própria, 2020.

Foram feitas 190 coleta de dados e informações e excluídos 12 materiais por estarem com dados confusos ou incompletos. Como amostra do estudo, obtiveram-se 178 respostas para compor a parte quantitativa.

Para etapa de realização da entrevista semiestruturada, os sujeitos deste estudo foram compostos por um total de 16 mulheres presas dos presídios paraibanos P1 (08 mulheres) e P2 (08 mulheres) paraibanos.

Na aplicação do questionário estruturado (APÊNDICE B), com vistas na adoção do método estatístico, os sujeitos desta pesquisa foram compostos por: pessoas do sexo feminino; privadas de liberdade nos presídios da Paraíba, em regime fechado; conscientes e orientadas em tempo e espaço; com idade superior a 18 anos e que aceitaram participar da pesquisa após apresentação do tema e objetivos da mesma, com leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Esses pontos constituem os critérios de inclusão, por isso foram excluídas do estudo mulheres que não atenderem aos critérios de inclusão ou não aceitaram participar da pesquisa.

Na composição dos sujeitos do estudo, as mulheres presas inicialmente foram convidadas a participar do estudo de forma aleatória, abordadas pela própria pesquisadora na área comum do “banho de Sol” (grande parte no P1), no pátio, no ambiente de realização de oficinas, em uma sala de aula/biblioteca (grande parte no P2), em área comum (passarelas). Em seguida, foram feitos esclarecimentos sobre a pesquisa mediante leitura e entrega do TCLE.

No processo de coleta de dados, algumas se aproximavam de forma espontânea, ou seja, por curiosidade ou desejo em participar do estudo. Outras se interessaram em participar a partir do convite e estímulo das que já haviam participado da coleta de dados e informações.

3.5 TÉCNICAS DE ANÁLISE

No enfoque quantitativo, os dados obtidos por meio do questionário estruturado foram organizados em uma planilha no Excel e, posteriormente, compilado os dados, depois aplicados e analisados pela técnica multivariada Regressão Logística Ordinal na plataforma *software* IBM® SPSS® Statistics para relação entre os preditivos a variáveis ordinais.

Esse *software* realiza cálculos estatísticos complexos e permite visualizar os resultados, tornando as análises de dados possíveis desde um utilizador iniciante ao mais experiente (PEREIRA; PATRÍCIO, 2016). Conforme Gonçalves (2016), com

SPSS, é possível: definição de variáveis; introdução de dados; criação de base de dados; estatísticas descritivas; tabelas de frequências, média e desvio padrão; transformação de dados; codificação, exploração e cruzamento de variáveis e outros.

Para a análise dos textos produzidos durante o momento das transcrições, na parte qualitativa do estudo, foi adotada a técnica de Análise de Conteúdo e utilizado o software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ) para analisar as informações coletadas. Esse instrumento de análise consiste em um programa gratuito, no qual se ancora no *software* R, possibilitando diversas formas de análises estatísticas, todavia em um corpus textual.

O criador do IRAMUTEQ chama-se Pierre Ratinaud e foi desenvolvido na linguagem Python utilizando as funções do software estatístico R. No âmbito brasileiro, seu uso teve início no ano de 2013 nos estudos de representações sociais, mas, em seguida, outras áreas de conhecimento passaram a desenvolver outras possibilidades de processamento de dados qualitativos. Esse recurso permite realizar diversas formas de análises estatísticas de textos, a partir de entrevistas e sem seguida sugestão de categorias e temas relevantes e posterior abordagem qualitativa da análise de conteúdo (CAMARGO, 2013).

O *software* IRAMUTEQ possibilita a interpretação dos resultados já processados com rigor científico. Seu uso nas pesquisas qualitativas é efetivo. O comprometimento e impacto social é de grande responsabilidade (SOUZA *et al.*, 2018). Esse *software* possibilita cinco tipos de análises: estatísticas textuais clássicas; pesquisa de especificidades de grupos; Classificação Hierárquica Descendente (CHD); nuvem de palavras e análises de similitude. Dessa forma, o IRAMUTEQ comporta-se como uma ferramenta no processamento das informações obtidas dos textos transcritos de entrevistas. A parte de análise, ou seja, interpretação é de responsabilidade do pesquisador (LAHLOU, 2012).

Nesta presente pesquisa, foi adotada a análise textual da CHD. Para Camargo (2013), na CHA os recortes de textos são tipificados em função dos seus respectivos vocabulários, a variação está alinhada à transcrição do pesquisador e o tamanho do seu *corpus* (conjunto de texto que se pretende analisar) que são divididos conforme a frequência. Assim, permite o agrupamento das palavras estatisticamente significativas e a análise qualitativa dos dados.

Na análise de conteúdo, a mensagem produz um sentido, traz conclusões subjetivas que, para velar pela integridade, faz-se necessário o embasamento teórico, diante as inferências. A definição das etapas é importante para garantir a aplicação correta do método e exposição clara dos dados, por isso foram seguidas as seguintes etapas: pré-exploração do material na leitura exaustiva do corpus da entrevista e tratamento dos dados, a codificação, a seleção das unidades de análise e categorização e/ou subcategorização, e a inferência (BARDIN, 2002).

As categorias foram produzidas conforme os termos mais predominantes denotados na Classificação Hierárquica Descendente, a qual gerou 06 classes. Com base nestas, foram feitos recortes das 16 entrevistas transcritas e transcriadas com as mulheres presas.

3.6 COLETA DE DADOS E INFORMAÇÕES

Entre os meses de outubro do ano de 2019 a janeiro de 2020, foram aplicados os questionários de forma individual a cada participante do estudo.

Na abordagem quantitativa, no momento da coleta de dados, primeiro foi feita a leitura do TCLE (APÊNDICE A) e, com consentimento da presa, feito o registro das assinaturas e aplicados os questionários (sobre dados sociodemográficos, acesso à saúde, Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão) (APÊNDICES B). Por opção de maioria das presas e por algumas terem dificuldades com leituras, a presente pesquisadora aplicou os questionários lendo cada pergunta e itens contidos em todos os três materiais de coleta de dados e, em seguida, feito o registro das respostas.

O processo de coleta de dados durou meses devido à realidade dos cenários de estudo, feitos no momento do banho de Sol das 08h às 09h para as presas provisórias e das 09h às 10h para as apenas sentenciadas no cenário P1. Em alguns dias, havia número maior de presas, outros continham bem poucas, pois nem todas as apenas tinham interesse em ir para o Banho de Sol. Essa foi a melhor estratégias adotada para coleta de dados, uma vez que é bem restrito o acesso aos recintos das celas e também uma forma das agentes penitenciárias garantir maior vigilância das atividades das presas e pesquisadora. Além disso, houve dias que, no mesmo horário, as encarceradas frequentavam outros espaços de cunho religioso, educacional ou de saúde.

Algumas entrevistas foram feitas também em um ambiente educacional (cenário do P2), ou seja, onde as presas assistiam aulas, com carteiras e quadros, ou ainda no local de produção de utensílios (bolsa, boneca, objetos de fixação de portas), de oficina de artesanato.

Com fins de obter esclarecimentos das dimensões subjetivas, foram feitas coletas de informações para a parte qualitativa, que ocorreu concomitante ao momento de aplicação dos questionários. Foi solicitado às mulheres privadas de liberdade, de forma aleatória, com consentimento, o anonimato e garantia de sigilo, para participar das entrevistas a partir de um roteiro semiestruturado contendo cinco perguntas sobre acesso à saúde das encarceradas (APÊNDICE C).

O instrumento utilizado para aplicação às mulheres presas sobre acesso tem inspiração em um internacional chamado Primary Care Assessment Tool, com versão brasileira PCATool-Brasil. O instrumento de Avaliação da Atenção Primária (*PCATool – Primary Care Assessment Tool*) apresenta originalmente versões autoaplicáveis a adultos maiores de 18 anos (PCATool versão Adulto), criado por Starfield & Cols (CASSADY *et al.*, 2000; STARFIELD, XU e SHI, 2001 *apud* Brasil, 2004) na *Johns Hopkins Primary Care Policy Center (PCPC)*. Sua criação baseia-se no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde. Na adaptação à realidade do Brasil, a ferramenta passou por um processo de tradução e tradução reversa, adaptação, *debriefing* e validação de conteúdo e de construto, além da análise de confiabilidade (HARZHEIM *et al.*, 2006; DUNCAN, 2006 *apud* Brasil, 2004).

O questionário estruturado utilizado na coleta de dados sobre a categoria acesso contém questões de um Instrumento validado, do terceiro ciclo, de avaliação externa para equipes de atenção básica, saúde bucal e NASF (Núcleo de Atenção ao Saúde da Família) do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) produzido pelo Ministério da Saúde, mediante Secretaria de Atenção à Saúde e Departamento de Atenção Básica no ano de 2017. Segundo Brasil (2017), o instrumento de avaliação externa para as equipes de atenção básica e saúde bucal está organizado em seis módulos.

Nesta pesquisa, optou-se pelo Módulo III por referir-se à entrevista com usuário na Unidade Básica de Saúde. Conforme autor supracitado, esse módulo busca verificar a percepção e satisfação dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização.

O referido módulo é composto por 21 subseções. Dessas, apenas 05 foram utilizadas devido relação com a temática “acesso”, foram escolhidas: III.4 Acesso à Unidade de Saúde (INCLUÍDO); III.5 Acesso ao atendimento; III.6 Acesso ao Serviços de Saúde: Marcação de Consulta (incluído); III.7 Acesso ao Serviços de Saúde: Demanda Espontânea e Urgências; III.20 Percepção das Políticas/Programas para Melhoria do Acesso e da Qualidade na AB.

As demais subseções não foram incluídas por alguns motivos: por já haver um questionário de dados sociodemográficos próprio desta pesquisa; por estarem relacionadas a problemas e condições de saúde específicas; por conterem questões da realidade de pessoas não privadas de sua liberdade que ficaria inviável para adaptações; por não ter relação com a temática explorada; para manutenção do anonimato. As subseções excluídas foram: III.1 Identificação Geral (RETIRADO); III.2 Identificação da Unidade de Saúde (RETIRADO); III.3 Identificação do Usuário (RETIRADO); III.8 Utilização: Qualidade nas Consultas, Vínculo, Atividades Coletivas; III.9 Utilização – Coordenação do cuidado; III.10 Visita Domiciliar; III.11 Ações de Combate e de Atenção às Doenças Transmitidas pelo Aedes aegypti; III. 12 Saúde da mulher; III.13 Atenção ao pré-natal; III.14 Revisão de parto; III.15 Utilização: Condições de Saúde; III.16 Hipertensão; III. 17 Diabetes; III. 18 Saúde bucal; III.19 Mecanismos de participação e interação dos usuários; III. 21 Satisfação do cuidado.

Nem todas as perguntas das subseções do módulo III, específica de acesso, foram utilizadas. Incluídas aquelas que poderiam se enquadrar no contexto prisional, foram mantidas perguntas que poderiam ter como respostas: nunca, apenas em situação gravemente doente, apenas uma vez, às vezes e sempre. Também foram substituídos os termos (“unidade básica de saúde” para “serviço de saúde prisional” ou “equipe de saúde prisional”). Retirado termo “Programa Bolsa Família” e o termo “Senhor(a)”, ou ainda, “Senhor”, substituído por “você” ou “Senhora”, de modo que possibilitasse melhor compreensão e vínculo ao gênero feminino. Abaixo segue o quadro com as perguntas contidas no instrumento de avaliação sobre acesso do PMAQ e as perguntas ajustadas para as mulheres privadas de liberdade:

Quadro 4 – Perguntas do instrumento validado PMAQ sobre acesso e questionário ajustado para coleta de dados com sujeitos do estudo.

QUANTITATIVO DE QUESTÕES	QUESTÕES DA ENTREVISTA COM USUÁRIO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	QUESTÕES DA ENTREVISTA COM SUJEITOS DO ESTUDO
--------------------------	---	---

SOBRE ACESSO		
1.	O horário de funcionamento da unidade é informado?	O horário de funcionamento do serviço de saúde prisional unidade é informado as presas?
2.	A unidade de saúde funciona cinco dias na semana?	O serviço de saúde prisional funciona os cinco dias na semana?
3.	O horário de funcionamento desta unidade atende às necessidades do(a) senhor(a)?	O horário de funcionamento desta unidade atende às necessidades da mulher presa?
4.	Na maioria das vezes, qual o primeiro serviço o(a) senhor(a) costuma procurar quando precisa de atendimento em saúde?	Na maioria das vezes, você procura o serviço de saúde prisional, quando precisa de atendimento em saúde?
5.	Para quais serviços o(a) senhor(a) costuma procurar esta unidade básica de saúde/posto de saúde. Tipos de respostas: (consultas agendadas, consultas não agendadas, atestado, exames e renovação de receitas, atendimento de urgência, busca de medicamentos, vacinação, atendimento odontológico)	Você costuma procurar o serviço de saúde prisional para consultas agendadas, consultas não agendadas, atestado, exames e renovação de receitas, atendimento de urgência, busca de medicamentos, vacinação, atendimento odontológico)?
6.	O(A) senhor(a) realizou alguma consulta nesta unidade básica de saúde/posto de saúde nos últimos 12 meses?	A senhora realizou alguma consulta no serviço de saúde prisional nos últimos 12 meses?
7.	Vocês recebem atendimento dos profissionais de saúde para acompanhamento das exigências do programa Bolsa Família (vacinação, pré-natal, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento)?	Vocês recebem atendimento dos profissionais de saúde com relação a vacinação, pré-natal e exames ginecológicos?
8.	Na maioria das vezes, como é marcada consulta nesta Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde?	Na maioria das vezes, quando você precisa de uma consulta com equipe de saúde prisional como é marcada/agendada?
9.	A marcação de consultas pode ser feita todos os dias e em qualquer momento do funcionamento da UBS?	A marcação de consultas pode ser feita todos os dias e em qualquer momento do funcionamento do serviço de saúde prisional?

10.	Quando o(a) senhor(a) consegue marcar consulta, normalmente é para o mesmo dia?	Quando a senhora consegue marcar consulta, normalmente é para o mesmo dia?
11.	Na maioria das vezes que o(a) senhor(a) vem à unidade de saúde sem ter hora marcada para resolver, qualquer problema, consegue ser escutado(a)?	Na maioria das vezes que a senhora vem ao serviço de saúde prisional sem ter hora marcada para resolver qualquer problema, consegue ser escutada?
12.	Quando o(a) senhor(a) precisa de procedimentos como aferição de pressão arterial, glicemia capilar, curativos, vacinação, o(a) senhor(a) tem acesso em qualquer horário do funcionamento da UBS?	Quando a senhora precisa de procedimentos como aferição de pressão arterial, glicemia capilar, curativos, vacinação, a senhora tem acesso em qualquer horário do funcionamento do serviço de saúde prisional?
13.	As orientações que os profissionais dão para o(a) senhor(a) na unidade atendem às suas necessidades?	As orientações que os profissionais dão para a senhora na unidade atendem às suas necessidades?
14.	Quando o profissional receita um remédio, a medicação está disponível nesta unidade de saúde?	Quando o profissional receita um remédio, a medicação está disponível (chegam até mim)?
15.	O(A) senhor(a) participa de atividades de promoção da saúde ofertadas pela equipe desta Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde, como, por exemplo, atividades físicas, atividades em grupos, atividades na comunidade, eventos?	A senhora participa de atividades/ações de saúde nesta prisão?

Fonte: Autoria própria, 2020.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Em cumprimento à Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, o projeto de pesquisa foi encaminhada para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPB e obteve parecer favorável e aprovado para realização do estudo com número do CAAE 17451419.8.0000.5188.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) foi apresentado aos sujeitos do estudo, bem como os esclarecimentos do objetivo da pesquisa,

garantia do sigilo e anonimato de sua pessoa, além de comunicado o direito de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem sofrer prejuízo. Não houve fornecimento de benefícios aos participantes, bem como risco de discriminação ao participar da pesquisa.

Na intenção de garantir o anonimato das 16 participantes do estudo, na etapa da análise e resultados da abordagem qualitativa, optou-se por utilizar nomes de aves que se encontram no Parque Zoológico Arruda Câmara – BICA. A escolha destes codinomes se deu pela relação que permitiu estabelecer entre seres do sexo feminino privados de liberdade. Esses nomes de aves foram obtidos por meio de ligação para a BICA no mês de setembro de 2020, no número 55 (83) 3218-9710, que encaminhou para o número 55 83 3218-5164. Neste, a zootecnista, Cíntia Cleub Neves Batista, responsável setor de nutrição dos animais, informou 16 nomes de aves que estão na BICA.

A BICA está localizada na avenida Gouvêia Nóbrega, no Bairro Baixo Roger do município João Pessoa, capital da Paraíba. É um jardim zoológico com área de 26,8 hectares, inaugurado em 1922, e recebe esse nome devido como homenagem ao botânico paraibano Dr. Manoel Câmara e por ter, em sua uma fonte natural de água potável considerada um verdadeiro santuário ecológico. Esse jardim zoológico possui uma diversidade de árvores seculares, plantas ornamentais, medicinais e a de zoológico e que abriga diversas espécies animais, entre aves, répteis, peixes, mamíferos e os anfíbios do Parque e simpáticos macacos (SEMAM, 2020).

Essas aves estão presas em um zoológico sob os cuidados e supervisão de médicos veterinários, enfermeiros veterinários, cuidadores, biólogos e demais categorias profissionais. Para tanto, nesta produção científica foram escolhidos os seguintes nomes: 1) Águia-chilena 2) Arara 3) Pavão 4) Coruja 5) Sanhaçu 6) Concris 7) Jandaia-da-caatinga 8) Sabiá 9) Maitaca-de-cabeça-azul 10) Pata do mato 11) Marreca-caneleira 12) Cisne 13) Tucana do peito branco 14) Carcará 15) Irerê 16) Cardeal fêmea.

4 RESULTADOS

4.1 OS BASTIDORES E TRILHOS NA COLETA DE DADOS E INFORMAÇÕES NO SISTEMA PRISIONAL FEMININO

Antes de iniciar a apresentação dos resultados desta pesquisa, é pertinente a sistematização da experiência sobre coleta de dados e informações no Sistema Prisional Feminino da Paraíba. Aos interessados (as) que venham aplicar os estudos no cenário prisional da Paraíba, é importante a partilha desta vivência para que possa previamente conhecer e entender o caminho percorrido.

Sabe-se que todo projeto de pesquisa envolvendo seres humanos precisa de aprovação em um Comitê de Ética. E esta pesquisa passou por todo o trâmite necessário. Mas antes da submissão do projeto ao Comitê de Ética, era preciso a obtenção da autorização das autoridades, como a Secretaria de Administração Penitenciária da Paraíba – SEAP/PB.

Na SEAP-PB, foi preciso entregar uma cópia com projeto de pesquisa, xérox de identidade, CPF, Carta de Recomendação, comprovante de matrícula do curso de pós-graduação, declaração de vínculo com a instituição de ensino, negativas da certidão de antecedentes criminais na polícia militar, federal e civil, certidão negativa da justiça estadual e federal, tanto da pesquisadora como de um dos seus orientadores. Além disso, ter também aprovação do projeto pelo Programa de pós-graduação que está vinculado. Mesmo com a entrega de todos os documentos, foi necessário aguardar meses para a aprovação, pois alegaram que toda a documentação passaria pelo setor de ressocialização e de inteligência. Todo esse processo durou mais de quatro meses.

Com a aprovação da SEAP, foi necessário submeter o projeto de pesquisa à Plataforma Brasil, a qual encaminharia ao Comitê de Ética mais próximo que, no caso desta pesquisa, foi o Comitê de Ética da Ciência da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.

Com o documento de aprovação em mãos, seria necessário uma reunião com a Gerência Executiva do Sistema Penitenciário da Paraíba para repassar os dias, turnos e ter a liberação das respectivas direção dos presídios, uma vez que ficaria a

cargo dessa direção decidir as “regras” e “dinâmicas” no durante a coleta de dados e informação. O gerente fez ligações e informou a direção sobre a pesquisa em questão.

Já no cenário de investigação foi necessária conversa prévia com direção das unidades prisionais para falar da pesquisa e necessidade de coleta de dados e informações. Com horários e dias previamente estabelecidos e pactuados com direção, foi possível iniciar a pesquisa.

Algumas regras são importantes: não levar celular para unidades prisionais, usar roupas compostas, levar apenas o necessário para coleta de dados (folha e caneta), não deixar com a mulher presa a caneta de modo que a mesma tenha posse de uso e respeitar as orientações dos agentes penitenciários e demais profissionais que compreendem as normas das instituições carcerárias.

No primeiro dia, um profissional de saúde conduziu pesquisadora para conhecer as dependências do presídio (pátio, sala de oficinas, sala de aula, sala de uso para palestras, cultos e coral, bem como as salas de atendimento dos profissionais de saúde). Nos dias seguintes, como os profissionais de saúde estavam ocupados e realizando atendimento, a pesquisadora aguardava agente penitenciário(a) liberar para ir até o ambiente (pracinha) do Banho de Sol das presas, que, em um dos cenários de investigação, ocorria das 08h às 09h (presas em regime provisório) e das 09h às 10h (presas já sentenciadas). Nesse local, obtinha-se um contato maior com as mulheres presas que saíam das celas para “tomar banho de Sol”, sob a vigilância das(os) agentes penitenciárias(os).

Importante dizer que, no momento de coleta de dados, após toque da sirene, sempre uma das presas pegava duas cadeiras e uma carteira para que eu pudesse utilizar durante a coleta de dados, como uma gentileza de seu trabalho de assessorar os funcionários dos presídios e a pedido das agentes penitenciárias.

Muitas mulheres não sabiam ler e outras preferiam que fizessem as perguntas. Para cada hora, eram atendidas uma média de 03 a 04 mulheres, então por dia de 06 a 07 mulheres no máximo. A cada encontro eram feitos esclarecimentos da pesquisa, leitura, assinatura e entrega do TCLE e por fim, a entrevista. Às vezes a participação na pesquisa era a partir de convite, outras vinham de forma espontânea e ainda havia as que vinham por incentivo de outras participantes do estudo.

Como a presente pesquisadora precisava de um número grande de participantes do estudo, foi necessário ter uma outra pessoa para ajudar na coleta de dados. Para essa outra pessoa entrar nas unidades prisionais femininas, foi preciso

solicitar autorização da SEAP, bem como entrega dos documentos (identidade, CPF, vínculo como funcionário do estado).

Com a liberação e o prévio treinamento sobre os instrumentos de coleta de dados, foi possível adiantar o número de coleta de dados que passou a ser uma média de 12 a 16 por dia. Assim, em uma média de 08 a 10 dias de coleta, foi possível alcançar o número da amostra.

Em outro cenário de investigação, com a necessidade de deslocamento para outra cidade, foi feita ligação prévia para direção. Ao chegar à unidade prisional, foi preciso apresentar toda a documentação de liberação e aguardar as agentes penitenciárias liberarem as presas para coleta. Essa foi realizada em uma sala que continha livros, carteiras e mesas (típica de sala de aula ou biblioteca). As presas vinham em duplas, trios e em grupos maiores como de 10. Nesse tipo local, foi possível a coleta ser concluída em apenas dois dias.

Importante dizer que, por dia, há um(a) chefe de disciplina que coordena todas as ações que ocorrem no sistema prisional por questão de segurança e organização, sendo essa profissional a responsável pelas liberações das presas das celas para a realização da pesquisa. Assim, foi possível aplicar os questionários de forma reservada em uma sala onde só havia a pesquisadora e as participantes do estudo.

4.2 ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS DA ABORDAGEM QUANTITATIVA

A seguir, serão apresentadas tabelas com descrição dos dados sociodemográficos e questões relacionadas à realidade da privação de liberdade nas unidades prisionais femininas P1 e P2 (APÊNDICE B). As variáveis são: instituição; cor de pele; idade; escolaridade; moradia; religião; estado civil; renda; filhos; trabalho; uso de bebida alcoólica, do cigarro e drogas ilícitas; doença; tempo de prisão; quantidade de pessoas que divide a cela; tipos de crime cometido; participação em atividade cultural e esportiva. Nessa seção, também será apresentada a qualidade do acesso à saúde e o consolidado do questionário do instrumento de avaliação: Escala Hospitalar de Ansiedade e depressão (APÊNDICE C). Após apresentação de cada tabela, na sequência, foram feitas análises do que mais se destacou em termos estatísticos.

Tabela 1 – Frequências absolutas e relativas da distribuição dos sujeitos de estudo pelas variáveis: instituição, cor de pele, idade, escolaridade, tipo de moradia, 2019.

VARIÁVEL INSTITUIÇÃO QUE SE ENCONTRA PRIVADA DE LIBERDADE		
CATEGORIAS	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA
PENITENCIÁRIA CG	47	26,4%
INSTITUTO DE RECUPERAÇÃO JP	131	73,6%
Total	178	100,0%
VARIÁVEL COR DE PELE AUTODECLARADA		
CATEGORIAS	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA
Valid NEGRA	26	14,6%
PARDA	104	58,4%
AMARELA	5	2,8%
BRANCA	40	22,5%
INDIGENA	3	1,7%
Total	178	100,0%
VARIÁVEL IDADE		
CATEGORIAS	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA
Valid 18 - 29 ANOS	65	36,5%
30 - 39 ANOS	70	39,3%
40 - 49 ANOS	32	18,0%
50 ANOS OU MAIS	11	6,2%
Total	178	100,0%
VARIÁVEL ESCOLARIDADE		
CATEGORIAS	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA
ANALFABETA	18	10,1%
ENS FUND INC	83	46,6%
ENS FUND COMP	9	5,1%

	ENS MEDIO INC	29	16,3%
	ENS MEDIO COMP	26	14,6%
	ENS SUP INC	10	5,6%
	ENS SUP COMP	3	1,7%
	Total	178	100,0%
VARIÁVEL TIPO DE MORADIA ANTES DE ESTAR PRESA			
CATEGORIAS		FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA
	ALVENARIA	158	88,8%
	MADEIRA/BARRO	6	3,4%
	OUTRO	13	7,3%
	Total	177	99,4%
Missing	System	1	,6%
	Total	178	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

As maiores das entrevistadas, em caráter de regime fechado, pertencem à unidade prisional do município de João Pessoa, com quantitativo de 73,6% participantes e as demais 26,4% pertencentes ao município Campina Grande. A cor de maior predomínio conforme os sujeitos do estudo autodeclarada foi a parda com 58,4% presas e em seguida a branca com 22,5%. Observa-se que a idade predominante das presas fica entre 18 a 39 anos, totalizando 75,8% das mulheres. As maiores das entrevistadas possuem escolaridade baixa conferida por 46,6%, tendo apenas o ensino fundamental incompleto e apenas 1,7% que possuem o curso superior. O tipo de moradia que elas apontaram que tinham, antes de estarem privadas de liberdade, é a de alvenaria com 88,8%.

Tabela 2 – Frequências absolutas e relativas das variáveis: religião, estado civil e renda, 2019.

VARIÁVEL RELIGIÃO		
CATEGORIAS	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA
CATÓLICA	82	46,1%
PROTESTANTE	12	6,7%

ESPIRITA	5	2,8%
NÃO POSSUI	37	20,8%
OUTRAS	42	23,6%
Total	178	100,0%

VARIÁVEL ESTADO CIVIL		
CATEGORIAS	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA
SOLTEIRA	99	55,6%
CASADA	27	15,2%
DIVORCIADA	8	4,5%
UNIÃO ESTÁVEL	40	22,5%
VIUVA	4	2,2%
Total	178	100,0%

VARIÁVEL RENDA POR SALÁRIO MÍNIMO		
CATEGORIAS	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA
ATÉ 1 SM	104	58,4%
1 a 3 SM	58	32,6%
3 a 5 SM	13	7,3%
MAIS DE 5 SM	3	1,7%
Total	178	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

A religião católica foi a mais destacada pelas mulheres presas em 46,6%. 56,6% das mulheres são solteiras ou 22,5% possuem união estável. 58,4% das mulheres presas possuem até um salário mínimo e apenas 1,7% tem salário maior que 05 salários mínimos.

Tabela 3 – Frequências absolutas e relativas das variáveis: quantitativo de filhos e trabalho, 2019.

VARIÁVEL NÚMERO DE FILHOS			
CATEGORIAS		FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA
	0	42	23,6%
	1	27	15,2%
	2	49	27,5%
	3	33	18,5%
	4	17	9,6%
	5	8	4,5%
	6	1	,6%
	Total	177	99,4%
Missing	System	1	,6%
	Total	178	100,0%

VARIÁVEL SE ESTAVA OU NÃO TRABALHANDO ANTES DE ESTAR PRESA			
CATEGORIAS		FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA
	NÃO	69	38,8%
	SIM	109	61,2%
	Total	178	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Os sujeitos do estudo têm em média 0 a 03 filhos, por mulher, 84,8% delas. É expressivo o quantitativo de mulheres que estavam exercendo algum trabalho antes de estar presa (61,2%), que na maioria relataram serem serviços autônomos, de comércio, em cabeleireiros, padaria e empresária. Isso pode expressar que a informalidade consiste na regra geral vivenciado por este público.

Tabela 4 – Frequências absolutas e relativas das variáveis: uso de bebida alcoólica, cigarro e drogas ilícitas antes de estar presa, 2019.

VARIÁVEL USO DA BEBIDA ALCOÓLICA ANTES DE ESTAR PRESA		
CATEGORIAS	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA
Valid	NÃO	77 43,3%
	SIM	101 56,7%
	Total	178 100,0%
VARIÁVEL USO DO CIGARRO ANTES DE ESTAR PRESA		
CATEGORIAS	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA
Valid	NÃO	85 47,8%
	SIM	93 52,2%
	Total	178 100,0%
VARIÁVEL USO DE DROGAS ILÍCITAS ANTES DE ESTAR PRESA		
CATEGORIAS	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA
Valid	NÃO	97 54,5%
	SIM	81 45,5%
	Total	178 100,0%

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

A maioria fazia uso de bebida alcoólica (56,7%), percentual quase equivalente quanto ao uso (52,2%) ou não do cigarro (47,8%) antes de estar privada de liberdade. Outra proximidade de equivalência é quanto ao uso (54,5%) ou não (45,5%) de drogas ilícitas. Para as que sinalizaram que faziam uso, destacam-se as drogas: Cannabis sativa (maconha), cocaína, crack, solventes e medicações psicotrópicas.

Tabela 5 – Frequências absolutas e relativas das variáveis: participação da atividade cultural e física antes de estar presa, 2019.

VARIÁVEL ATIVIDADE CULTURAL			
CATEGORIAS		FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA
Valid	NÃO	95	53,4%
	SIM	83	46,6%
	Total	178	100,0%

VARIÁVEL ATIVIDADE FÍSICA		
CATEGORIAS	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA
NÃO	98	55,1%
Valid SIM	80	44,9%
Total	178	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Observa-se estreita equivalência dos dados entre as mulheres encarceradas que praticavam (46,4%) ou não (53,4%) alguma atividade cultural, bem como as que tinham práticas de atividade física (44,9%) ou não (55,1%).

Tabela 6 – Frequências absolutas e relativas das variáveis: doença antes de estar presa, há quanto tempo se encontra presa e quantas pessoas dividem a cela, 2019.

VARIÁVEL SE TEM OU NÃO DOENÇA ANTES DE ESTAR PRESA		
CATEGORIAS	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA
NÃO	103	57,9%
SIM	75	42,1%
Total	178	100,0%
VARIÁVEL TEMPO QUE ESTÁ PRESA		
CATEGORIAS	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA
MENOS DE 6 MESES	61	34,3%
DE 6 MESES A 1 ANO	32	18,0%
DE 1 A 2 ANOS	34	19,1%
DE 2 A 5 ANOS	41	23,0%
MAIS DE 5 ANOS	10	5,6%
Total	178	100,0%
VARIÁVEL QUANTITATIVO DE PESSOAS DIVIDEM A CELA		
CATEGORIAS	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA
0 - 5	11	6,2%
5 - 10	55	30,9%
10 - 15	72	40,4%
15 - 20	40	22,5%
Total	178	100,0%
VARIÁVEL TIPO DE CRIME		
CATEGORIAS	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA
Tráfico	89	50,0
Homicídio	28	15,7
Assalto/Roubo	29	16,3
Falsificação/Estelionato	8	4,5
Associados (Tráfico/Homicídio/Roubo)	6	3,4
Outros	18	10,1
Total	178	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Destaca-se que maioria das entrevistadas não apontou que detinham algum problema de saúde antes de estar presa (57,9%) e (42,1%) afirmaram que já possuíam algum tipo de problema de saúde. Observa-se expressivo número de mulheres que estão a menos de 06 meses presas (34,3%) e outras que estão entre 02 a 05 anos privadas de liberdade (23%). É interessante observar que a maioria aponta que convive na cela com um quantitativo de 05 a 15 pessoas (71,3%). Quanto ao tipo de crime, observa-se que (50%) sinalizaram que estão no momento da entrevista presa devido ao tráfico de drogas, em seguida, de forma quase “pareada”, (15,7%) por homicídio e (16,3%) por assalto/roubo.

Tabela 7- Consolidado da variável sobre acesso na perspectiva das mulheres presas, 2019.

VARIÁVEL ACESSO		
CATEGORIAS	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA
NENHUM ACESSO	1	,6%
ACESSO RARO	26	14,6%
POUCO ACESSO	66	37,1%
ACESSO MODERADO	67	37,6%
MUITO ACESSO	18	10,1%
Total	178	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

A maioria refere-se no conjunto de perguntas que tem acesso (99,4%) e (0,6%) nenhum acesso. Destaca-se que, na variação da qualidade do acesso, o pouco e moderado totaliza (74,7%). Esses dados são importantes de destacar, uma vez que, no cenário de investigação que compreende este estudo, há equipe de saúde disposta e com rotina regular de atendimento à saúde das presas, o que confere a veracidade dos dados com os percentuais.

Conforme Relatórios Analíticos sobre acesso no 3º ciclo do PMAQ-AB no ano de 2015, sobre a satisfação dos usuários (população não presa) quanto o serviço da atenção básica, sobretudo os turnos de funcionamentos das equipes de saúde da família na atenção básica, os períodos matutinos e vespertinos, no município de João Pessoa, em todos os dias da semana temos uma cobertura de 100%, o estado da

Paraíba 92,07% e Brasil de 95,45%. Observa-se que no turno da noite esses percentuais têm quedas drásticas: João Pessoa (2,27%), Paraíba (1,4%) e Brasil (8,76%). E de forma mais acentuada os resultados referentes ao funcionamento dos finais de semana: João Pessoa (1,7%), Paraíba (0,99%) e Brasil (1,36%) (BRASIL, 2015b).

Após realização de consulta no site do PMAQ, sobre Retratos da Atenção Primária à Saúde e Sistema de informações sobre o acesso e qualidade das equipes – participantes do 3º ciclo do PMAQ-AB, observa-se que, no município de João Pessoa, 91,24% dos entrevistados alegam quanto ao tema acesso e subtema marcação de consulta, acesso ao serviço de saúde, especificadamente se o usuário é informado sobre o horário de funcionamento da Unidade Básica de saúde e 8,76% alegam que não. Já no município Campina Grande-PB, 84,46% afirmam saber do horário de funcionamento e 15,54% negam. A nível do Estado Paraíba, 92,18% dos entrevistados foram informados sobre o horário e 7,82% não (BRASIL, 2015b).

Ainda neste mesmo site, no contexto da Paraíba, 92,77% dos usuários dos serviços de saúde entrevistados afirmam que a UBS funciona os 05 dias da semana e 7,23% negam; 81, 12% afirmam que o horário de funcionamento atende as necessidades de saúde do usuário, 6,69% negam e 12,18% respondem que as vezes. Quando a realização da consulta nos últimos 12 meses: sim (97, 51%, 5188 respostas) e não (2, 49%, 133 respostas). Quanto ao atendimento nos casos de urgência: sim (36,36% de 1944 respostas) e Não (63.64%, 3403 respostas).

4.2.1 Análise descritiva dos dados quanto aos agravos psicossociais que afetam as mulheres presas

Dentre os agravos psicossociais escolhidos para coleta de dados e análise, destacam-se a depressão e a ansiedade. Através da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) possibilita-se a detecção de graus leves de transtornos afetivos de ansiedade e depressão em ambientes não psiquiátricos. Ela é constituída por 14 itens de múltipla escolha, dos quais sete são voltados para avaliação da ansiedade (HADS-A) e os outros sete restantes para depressão (HADS-D). Cada item pode ser pontuado de 0 a 3, atingindo-se máximo de 21 pontos em cada subescala. O questionário desta escala pode ser consultado no Apêndice C.

Para concluir o quantitativo de mulheres presas detectadas com ansiedade e depressão, foram adotados os pontos de corte apontados por Zigmond e Snaith (1983) e recomendados para ambas as subescalas: 1) HAD-ansiedade: sem ansiedade 0 a 8 e com ansiedade valores maior ou igual 9; 2) HAD-depressão: sem depressão: 0 a 8 e com depressão: ≥ 9 .

Tabela 8 - Frequências absolutas e relativas da avaliação das variáveis (Ansiedade e Depressão) na Escala Hospitalar de Depressão e Ansiedade, 2019.

VARIÁVEL ANSIEDADE		
CATEGORIAS	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA
NÃO	46	25,8%
SIM	132	74,2%
Total	178	100,0%
VARIÁVEL DEPRESSÃO		
CATEGORIAS	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA
NÃO	55	30,9%
SIM	123	69,1%
Total	178	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

É expressivo o quantitativo de mulheres com indício de ansiedade (74,2%) e depressão (69,1%). Esse fato denota que, no sistema prisional feminino paraibano, as mulheres presas investigadas possuem fortes indicadores de ansiedade e

depressão. Assim, o acesso à saúde no tocante às questões psicossociais precisa receber uma atenção pertinente tão quanto às doenças infectocontagionadas, infecções sexualmente transmissíveis.

Estudos demonstram que as mulheres privadas de liberdade têm um elevado grau de comorbidade psicopatológica, dependência de substâncias psicoativas, agravos decorrentes do transtorno de estresse pós-traumático e depressão maior. As encarceradas são também mais propensas a apresentar transtornos mentais, quando comparadas com a população carcerária masculina, exceto quando se trata de transtorno de personalidade antissocial (TRASTMAN et al., 2007).

Ao se tratar de prisões femininas, os direitos preservados são mínimos, observados pela escassez de políticas públicas direcionadas às necessidades das mulheres privadas de liberdade. Além disso, para as mulheres, a prisão é desproporcionalmente mais grave que para os homens. Diante dessa situação, vários estudos apontam uma alta prevalência de desordens psíquicas nas populações privadas de liberdade (SILVA, 2016).

No sistema prisional, as condições de confinamento são determinantes para o processo saúde-doença e a relação entre problemas e necessidades de saúde da pessoa que se encontra privada de liberdade, pois, dada a precariedade do sistema prisional, podem surgir inúmeros transtornos de saúde que se acrescentam aos pré-existentes, agravando-os, causando prejuízos maiores aos modos de vida dessa pessoa. Assim, a superpopulação existente em várias prisões gera problemas de saúde mental nessas pessoas, além de distúrbios de comportamento devido à ansiedade, levando-as à automutilação por ferimentos incisivos, ingestão de corpos estranhos e até ao suicídio (SANTOS et al., 2017).

De acordo com as pesquisas, a partir da comparação entre a população em geral e as pessoas privadas de liberdade, foi detectado níveis bem mais elevados de transtornos mentais nas PPL (MARTINS, 2019). O INFOPEN (2017), no Brasil, confirma tais informações quando apresenta que a prevalência de doença mental entre as pessoas encarceradas está no percentual de 42%, e a população geral em 15%. Esses níveis são mais proeminentes em mulheres do que nos homens. Ademais, 80% delas fazem ou fizeram uso de fármacos que controlam e regulam o humor.

Martins (2019), em sua pesquisa, aponta, a partir de um relato de uma das apenadas, que o Estado comete negligências para com a vida dessa mulher em

privação de liberdade. Isso evidencia uma forma mais rígida do sistema frente as peculiaridades da detenta que descreve vivenciar condições desumanas e o quanto tais situações afetam a saúde da mente, provocando transtornos mental juntamente com pensamentos e comportamentos que podem levar ao suicídio.

As condições relacionadas à prestação de serviços no âmbito da saúde nas prisões impactam de forma direta no quantitativo de óbitos em registro, pois a pessoa em cumprimento de pena no sistema prisional possui chance três vezes maior de morrer quando comparado ao indivíduo não encarcerado (MARTINS, 2019). Essas situações podem ser reduzidas pelo poder público com mais efetividade nas intervenções/prevenções do adoecimento, reforçando o cuidado e a manutenção da saúde mental e física dessas mulheres.

O autor Varella (2017) mostra que o abandono/desamparo é o pior tormento para as mulheres privadas de liberdade. Em comparação a situação do homem encarcerado, esse tem a visita/amparo da mãe e outros membros da família, como também da companheira, estando ele em uma prisão próxima ou distante. Todavia, no caso da mulher, é bem diferente, pois muitas acabam sendo esquecidas e ficam também além de privadas de liberdade, abandonadas pelos seus. Durante o cumprimento de vários anos de pena, a maioria das encarceradas vivenciam situação de esquecimento por parte dos familiares, filhos, companheiros e outros, levando ao desenvolvimento de perturbações no comportamento, transtornos de ordem mental, ansiedade, depressão e até mesmo dificuldade de uma nova inserção no meio social.

Santos et al. (2017b), numa pesquisa em um presídio feminino no Estado do Rio de Janeiro, identificaram, no conteúdo das falas das entrevistadas, algumas situações que atingem negativamente a saúde mental das mulheres privadas de liberdade. Foi observado que as condições a que as encarceradas são submetidas em suas vivências dentro do sistema prisional acabam colaborando no desenvolvimento de ansiedade, solidão, medo, angústia, tristeza e revolta, estresse - levando ao desencadeamento da depressão.

Queiroz (2015) destaca que, dentro do sistema prisional, quando as encarceradas sofrem penalidades por alguma falta grave e são colocadas no regime de solitária, dentro daquele ambiente, é comum vivenciarem transtornos de ansiedade, pânico, depressão, chegando a desenvolver até eventos psicose.

O encarceramento de forma prolongada, associado à falta de uma assistência adequada, podem desenvolver, nessas mulheres, emoções que levam ao desalento

e até mesmo à depressão, além de provocar várias desordens em seu interior. Assim, sem um suporte especializado em saúde mental, tais problemas podem refletir em uma futura reinserção no meio social, prejudicando ainda mais a vida dessas mulheres, destaca (LIZARDO; ASSIS, 2016).

Lizardo e Assis (2016), em pesquisa na Casa de Detenção de Pimenta Bueno, Rondônia - trazem dados resultantes de entrevistas com 17 mulheres em privação de liberdade dentro do regime fechado. Nessa pesquisa, evidenciou-se que oito delas apresentaram sintomas de depressão grave, três possuíam depressão moderada, duas expressaram a forma leve da doença e quatro não apresentaram sintomas depressivos. Esses são dados relevantes, visto que o quantitativo de 76,47% dessas mulheres apresentou eventos que são indicativos de depressão, e 47,05% expressaram a depressão na forma mais grave. Outro dado que atrai atenção é a relação da depressão com a vida afetiva dessas pessoas, pois as 11 mulheres que estavam solteiras externavam sinais/sintomas de depressão, ao contrário das 4 mulheres que não tinham sinais depressivos estavam em uma união estável ou eram casadas.

Relacionando com dados da pesquisa de Lizardo e Assis (2016), é de grande importância debater acerca da vida sexual/afetiva das mulheres em privação de liberdade, pois, de acordo com dados apresentados por Santos *et al.* (2017b), a abstinência sexual ou a falta de um companheiro é outro fator que interfere de forma negativa no estado emocional das encarceradas. Essas informações foram extraídas a partir da avaliação de dados identificados por meio da medição da assiduidade de visitas íntimas com o quantitativo de 40 entrevistadas. Dentre elas, 34 informaram não receber visita de parceiro (a), outras 03 realizam e 03 encontravam-se em tentativa para conseguir tal visita.

Quanto às condições emocionais por elas, há uma preocupação relacionada ao momento de reinserção dessas no meio social, devido às consequências que o encarceramento pode promover na vida de cada uma, visto que o confinamento é visto como um manancial em que dele podem surgir perturbações de cunho emocional como estresse, ansiedade e até mesmo a depressão (MEJÍA *et al.*, 2015).

Bezerra (2013) evidencia, com base em seus achados, que a depressão está entre as morbidades que mais afetam as mulheres encarceradas, aparecendo de forma significativa em (39,1%) delas, dados esses que foram coletados durante sua

pesquisa na Penitenciária Feminina de Santana – São Paulo, onde obteve uma amostra composta por 317 mulheres em cumprimento de pena no regime fechado.

Um dos pontos de discussão de Pereira (2018) é o encarceramento de mulheres gestantes, mães e filhos. Nesse caso, há uma dupla punição para as mulheres privadas de liberdade, quando comparado ao encarceramento do homem, que se comprova através dos índices de depressão que são superiores nas mulheres dentro do sistema prisional. Além do julgamento moral e estigmatização, vivenciam vários tipos de violência que atingem o corpo e o psicológico. Outro fator gerador de preocupação entre essas mulheres é o sentimento de culpa pelo aprisionamento do filho.

Almeida e De Castro (2019) discutem sobre os fármacos dentro do cárcere. Em suma, o uso de medicamentos passa a circular de forma natural nas falas das entrevistadas. Fica claro então que o uso de psicotrópico é delineado como um método para controlar situações agressivas, controlar as problemáticas relacionadas a convivência entre em encarceradas. Entretanto, o uso de forma indiscriminada pode provocar outras implicações, a exemplo da ansiedade, distúrbios alimentares, tremores e outros.

O espaço onde as mulheres privadas de liberdade são expostas provoca interferências na qualidade da saúde, física e psicológica. Conforme mostra o Relatório da OEA, a situação dos presídios superlotados somado e a insalubridade são determinantes para o desenvolvimento de doenças infecto contagiosas, além disso, é um ambiente favorável para provocar adoecimento de ordem mental como ansiedade, depressão e pânico nas detentas (BURCKARDT, 2017).

Dentro do ambiente prisional, muitas mulheres fazem uso de medicamentos para depressão e para dormir, pois se trata de uma doença muito recorrente atrelada ao gênero feminino dentro dos presídios. Isso procede porque as mulheres se avaliam com maior nível de sofrimento por estarem mais ligadas afetivamente à família e principalmente aos filhos, tornando seus dias dolorosos, destaca Burckardt (2017). A partir das falas reveladoras, em sua pesquisa, a autora ainda destaca as doenças de cunho psicológicas como a ansiedade, depressão e síndrome do pânico vivenciadas por essas pessoas durante o cumprimento da pena.

Os agravos psicossociais afetam a população privada de liberdade, especialmente as mulheres presas. Nesse sentido, é urgente o desenvolvimento de práticas assistenciais de caráter preventivo, protetivo e de promoção a saúde mental

das presidiárias pela equipe interdisciplinar das unidades prisionais. Mesmo em situação de liberdade, quando o problema mental já encontra-se instalado, pode deixar a ex-detenta com incapacidades que limitam seu processo de reintegração social no engajamento com um trabalho, participação de atividades socioculturais, relacionamento familiar e enfrentamento com respostas ajustadas aos fatores estressores e cotidianos que a vida impõe.

4.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA DO MODELO DE REGRESSÃO LOGÍSTICA ORDINAL

Inicialmente foi realizada uma pré-seleção de variáveis com a finalidade de verificar quais delas possuíam alguma associação significativa com o desfecho indicado. A partir dessa seleção, foi construído um modelo de regressão logística ordinal, tomando tais variáveis como base e dando início aos ajustes realizados a partir das várias combinações possíveis delas por meio dos métodos *backward* e *forward* de seleção.

O modelo melhor ajustado aos dados da pesquisa apontou as variáveis “Tempo de prisão” e “Tipo de crime cometido” como as variáveis explicativas estatisticamente significativas para explicar a qualidade do acesso à saúde das mulheres envolvidas na pesquisa.

Tabela 9 - Sumário das variáveis recategorizadas do modelo.

	N	Frequência Relativa
	1	0,6%
	26	14,6%
ACESSO	66	37,1%
	67	37,6%
	18	10,1%
TEMPO	127	71,3%
	51	28,7%
CRIME	97	54,5%
	81	45,5%
Válido	178	100,0%
Missing	0	
Total	178	

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

4.3.1 Avaliação do ajuste do modelo

A avaliação do ajuste do modelo final iniciou-se a partir do teste de qualidade de ajuste. Além disso, foi utilizado também como critério de ajuste, o coeficiente de determinação (R^2), que representa o poder explicativo das variáveis independentes em relação à variável desfecho do estudo e o teste da Razão de Verossimilhança.

Avaliando as etapas supracitadas, o modelo respondeu aos critérios de ajuste, apresentando a estatística *deviance* com p-valor= 0,721 e teste de Pearson com p-valor = 0,794, implicando no ajuste adequado no modelo; em seguida, o R^2 de Nagelkerke = 43,5%; e o teste da Razão de Verossimilhança, que avalia se a diferença entre o modelo proposto e o nulo é estatisticamente significativa, com p-valor = 0,026.

Tabela 10 - Medidas de qualidade de ajuste

	Qui-Quadrado	G.L.	P-Valor
Pearson	6,246	10	,794
Deviance	7,050	10	,721
Função de ligação: Logit.			

Fonte: Valores gerados pelo *software* SPSS com base nos dados da pesquisa, 2020.

Tabela 11 - Pseudo- R^2

Cox - Snell	,401
Nagelkerke	,435
McFadden	,160
Função de ligação: Logit.	

Fonte: Valores gerados pelo *software* SPSS com base nos dados da pesquisa, 2020.

Tabela 12 - Teste da razão de verossimilhança.

Modelo	-2 Log Verossimilhança	Qui-Quadrado	G.L.	P-Valor
--------	------------------------	--------------	------	---------

Apenas Intercepto	57,285			
Final	49,994	7,291	2	,026

Função de ligação: Logit.

Fonte: Valores gerados pelo *software* SPSS com base nos dados da pesquisa, 2020.

4.3.2 Parâmetros estimados pelo modelo

O modelo de regressão logística ordinal produz $j-1$ equações, em que j é o número de categorias da variável resposta. Note que, devido à suposição dos Odds proporcionais, os coeficientes serão os mesmos para todas as equações produzidas pelo modelo, modificando-se apenas os interceptos.

Desta forma, as equações geradas pelo modelo foram dadas por:

- I. $\ln(ACESSO)_1 = -5,957 - (-0,629 * Tempo - 0,481 * Crime);$
- II. $\ln(ACESSO)_2 = -2,474 - (-0,629 * Tempo - 0,481 * Crime);$
- III. $\ln(ACESSO)_3 = -0,614 - (-0,629 * Tempo - 0,481 * Crime);$
- IV. $\ln(ACESSO)_4 = 1,527 - (-0,629 * Tempo - 0,481 * Crime)$

Para esclarecer o efeito das variáveis explicativas na variável resposta do modelo, utiliza-se a razão de chances (ou, Odds Ratio) dada pelo exponencial dos parâmetros estimados pelo modelo e seus respectivos intervalos de confiança.

A Tabela X detalha o modelo de regressão elencando as variáveis explicativas estatisticamente significativas, bem como as estimativas dos parâmetros do modelo, a odds ratio (OR) e seu intervalo de confiança (IC).

Tabela 13 - Estimativas dos parâmetros.

Parâmetros		B	Erro Padrão	Intervalo de confiança 95%		Teste de Hipóteses Estatística de Wald			Exp(B)	Intervalo de confiança 95% para Exp(B)	
				LI	LS	Qui-Quadrado	GL	p-valor		LI	LS
Input	[ACESSO=1]	-5,957	1,0467	-8,008	-3,905	32,389	1	,000	,003	,000	,020
	[ACESSO=2]	-2,474	,3561	-3,171	-1,776	48,243	1	,000	,084	,042	,169
	[ACESSO=3]	-,614	,3034	-1,209	-,019	4,096	1	,043	,541	,299	,981
	[ACESSO=4]	1,527	,3392	,863	2,192	20,273	1	,000	4,607	2,369	8,957
[TEMPO=1]		-,629	,3100	-1,237	-,022	4,119	1	,042	,533	,290	,979
[TEMPO=2]		0 ^a	.	.	.	.	.	.	1	.	.
[CRIME=1]		-,481	,2799	-1,030	,067	2,959	1	,085	,618	,357	1,069
[CRIME=2]		0 ^a	.	.	.	.	.	.	1	.	.
(Escala)		1 ^b									

Fonte: Valores gerados pelo *software* SPSS com base nos dados da pesquisa, 2020.

Ao observar os resultados dos p-valores na Tabela 13, constatou-se que as variáveis **tempo de prisão** e **tipo de crime cometido** foram estatisticamente significativas em relação à qualidade de **acesso a saúde** das mulheres envolvidas na pesquisa. A partir da interpretação da OR, é possível verificar que as detentas com tempo de prisão **igual ou superior a 2 anos** têm aproximadamente 53% de chances a mais de ter mais acesso à saúde, bem como as detentas que **não** cometeram crimes relacionados ao tráfico ou estelionato têm também aproximadamente 62% de chances a mais de ter mais acesso à saúde que as encarceradas que praticaram tais tipos de crimes.

Para explicação dos resultados quantitativos apresentados necessitaria de uma nova investigação com a participação dos profissionais de saúde, gestores e agentes penitenciários para averiguar possíveis razões das mulheres que possuem de dois a mais anos privação de liberdade, bem como as que cometeram crimes, exceto tráfico e estelionato, ter mais chances de acesso que outras. Uma vez que não há estudos científicos até o presente momento que discutam de forma qualitativa a correlação dessas variáveis explicativas com a variável resposta: acesso.

Diante das leituras a respeito do objetivo de estudo, é possível arriscar em algumas suposições que exigem estudos científicos posteriores. Observa-se que estar

presa(o) no sistema carcerário brasileiro é um fator de risco para o adoecimento físico e mental. E possivelmente quanto mais tempo a pessoa fica privada de liberdade, em condições precárias de garantia de direitos, há maior necessidade de atenção à saúde dos profissionais.

Logo, as mulheres presas com maior tempo de prisão podem ter sua saúde comprometida, ou ainda, pela experiência sobre a dinâmica de direitos e deveres em espaços prisionais, busca mais cuidados a saúde e recebe atendimento. Quanto à questão do tipo de crime, a pessoa que comete crime por envolvimento com o tráfico e estelionato pode não ser considerada no imaginário social como “tão perigosa”. Porém, as que cometem homicídio ou foram envolvidas com assalto podem ser mais vistas como “gângster” e esse perfil de pessoas geralmente podem exigir mais o atendimento de seus interesses.

4.4 ANÁLISE QUALITATIVA E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO

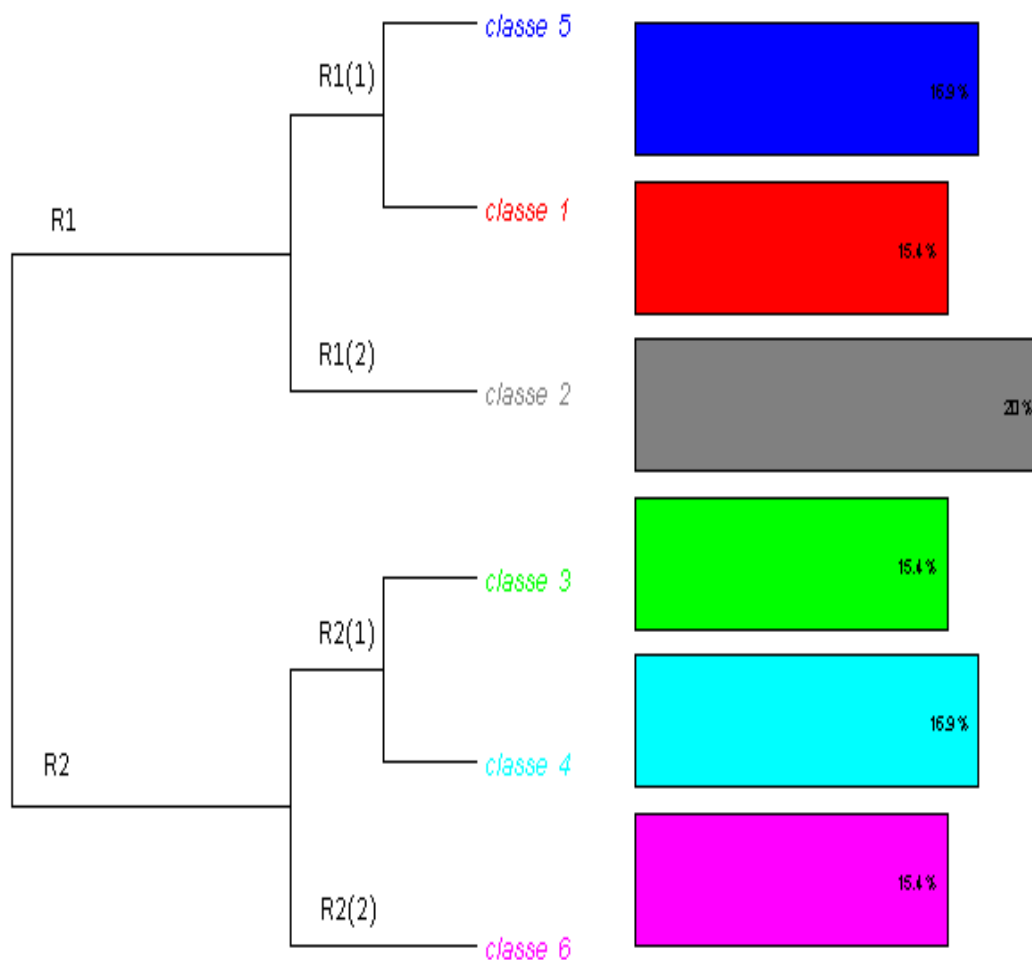
Os resultados a partir do *copus* analisado pelo Iramuteq mostram o número de textos foi de 16; o número de segmentos de textos foi de 80; o número de formas distintas encontradas foi de 578; o número de ocorrências 2792 com uma frequência média das formas de 3,10; o número de classes formadas pela análise foi de 6 e a retenção de segmentos de texto de 81,25%.

Para isso, o IRAMUTEQ realizou um fracionamento, por meio de cálculos estatísticos, do corpus de análise para chegar aos Segmentos de Textos – STs.

A figura 1 corresponde ao dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) dos dados, com ênfase na classe 2 que reteve 20 % das unidades de análise, seguida pela classe 5 (16,9%) e da classe 4 (16,9%).

Nessa figura, que ilustra as relações interclasses, a leitura deve ser feita da esquerda para a direita, ou seja, num primeiro momento, o corpus foi dividido em duas Ramificações (R1 e R2), de onde emergem as demais. Num segundo momento, a ramificação (R1) subdividiu-se nas classes (R1(1) e R1(2)) classe 5 (16,9%), classe 1(15,4%) e classe 2(20%). A ramificação (R2) subdividiu-se nas classes (R2(1) e R2(2)) classe 3 (15,4%), classe 4 (16,9%) e classe 6 (15,4%). Essa é a configuração final da CHD, pois o IRAMUTEQ providencia o subagrupamento até que as classes apresentem-se de modo estável.

Figura 1 – Relação Interclasses – João Pessoa – PB. 2019. (n=16).

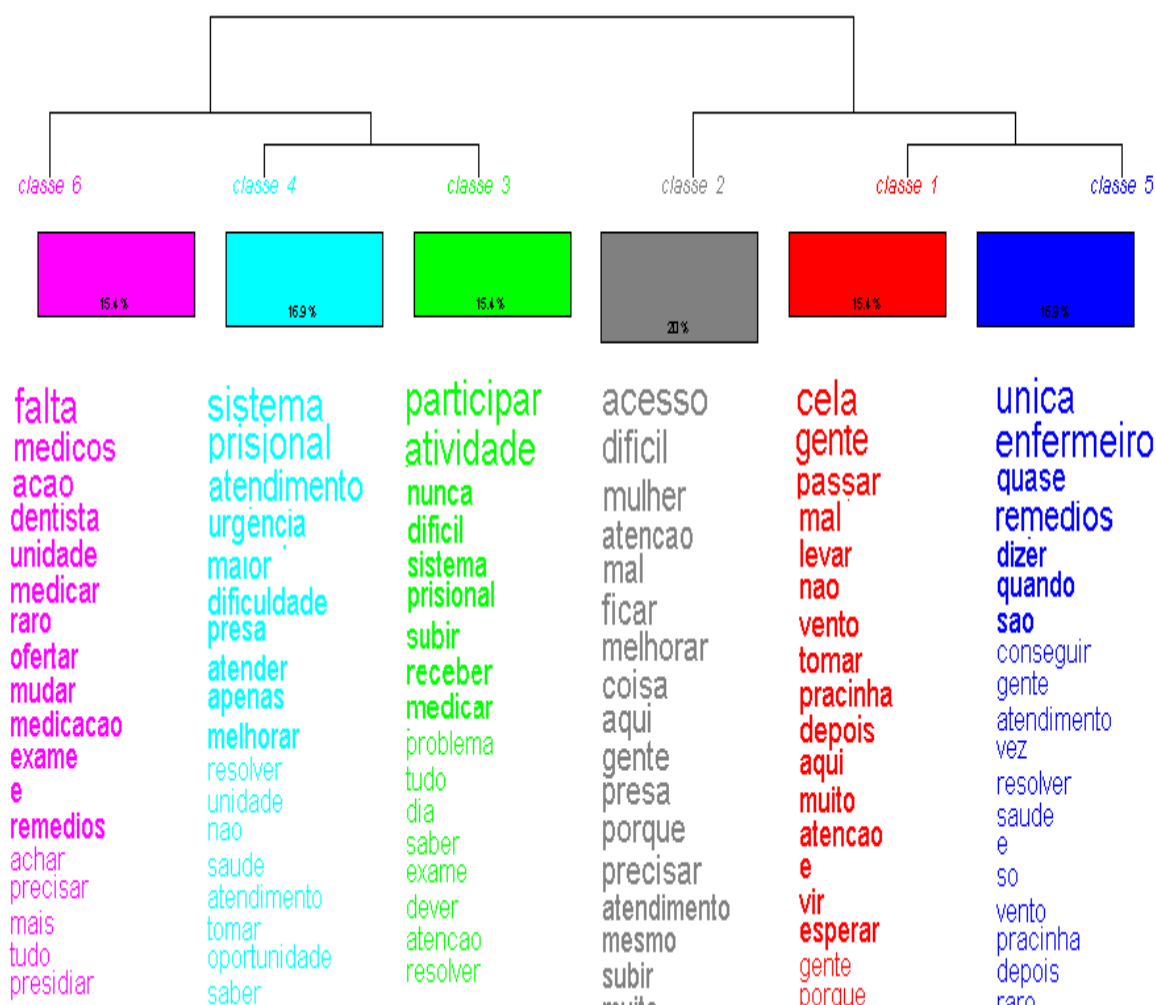


Fonte: Elaborado pelo software Iramuteq, 2020.

As representações dos sujeitos das classes 5, 1 e 2, por estarem na R1, apresentam aproximações entre si e distanciamentos frente às classes 3, 4 e 6, respectivamente, visto que quanto mais afastado no chaveamento da CHD, menores as relações entre as palavras no contexto das classes. Quanto mais próximas às classes, maior a afinidade contextual e a probabilidade de agrupamentos futuros na construção das categorias finais.

Na Figura 2, o Dendrograma de Classificação Hierárquica Descendente permite compreender as expressões e cada uma das palavras proferidas pelas participantes nas suas respectivas classes, o que favorece a visualização do pesquisador das principais palavras que formam cada classe construída pelo software.

Figura 2 – Dendograma das classes fornecidas pelo software IRAMUTEQ – João Pessoa, PB, Brasil, 2020.



Fonte: Elaborado pelo software Iramuteq, 2020.

Quanto mais no topo da lista e maior o tamanho da palavra, maior influência na classe. Tendo isso à vista, verifica-se que em R1, as classes são formadas por palavras como por exemplo: acesso, difícil, mulher, atenção, presa, precisar, atendimento (classe 2); cela, gente, passar, mal, levar, vento, pracinha (classe 1); única, enfermeiro, remédios, conseguir, atendimento, resolver, saúde (classe 5). Por sua vez, em R2, têm-se os termos: falta, médicos, ação, dentista, raro, ofertar, medicação, exame, remédios (classe 6); sistema, prisional, atendimento, urgência, maior, dificuldade, presa, atender, apenas (classe 4); participar, atividade, nunca, difícil, subir, receber, medicar (classe 3).

Por fim, nessa etapa de análise e discussão das entrevistas realizadas com as mulheres presas, observa-se a importância da elaboração das categorias com base

as mulheres presas. Logo, com fins de facilitar a compreensão, foram criadas 06 categorias: **Classe 1-** *A pracinha como alternativa quando a mulher presa passa mal*; **Classe 2-** *Acesso à saúde das mulheres presas e suas dificuldades*; **Classe 3 -** *Participação nas atividades de saúde dentro presídio*; **Classe 4 -** *Acesso à saúde apenas nas situações de urgência*; **Classe 5 e Classe 6 -** *Lacunas na atenção de profissionais de saúde, disposição de medicações, realização de exames e testes*.

4.4.1 Classe 1 – A pracinha como alternativa quando a mulher presa passa mal

Nesta classe houve uma representatividade de 15,4% do *corpus* textual, contendo o mesmo percentual das classes 3 e 6. Nela, destacam-se fragmentos de conteúdos de parte das entrevistas transcritas do banco de dados que foi processado pelo software de acordo com os segmentos expostos no dendograma. Esta classe aborda a oferta de alternativa “a pracinha” quando a mulher presa se encontra com queixa de sua saúde, como é observado a seguir nos seguintes relatos de algumas interlocutoras, a saber: Cardeal fêmea, Tucana de Peito Branco, Sabiá, Carcará:

[...] Leva para a pracinha e aqui é como se fosse uma espécie de hospital, você vem para aqui (pracinha) passa um tempinho e depois volta para a cela, não leva para o médico e muitas vezes não chama o SAMU [...] às vezes o atendimento de saúde é tirar a pessoa da cela [...] (CARDEAL FÊMEA).

[...] Mas chega aqui na pracinha, no banho de Sol, toma um ventinho e volta para a cela [...] (TUCANA DE PEITO BRANCO).

[...] Dão carão e coloca a gente aqui fora para levar um ventinho e depois entra novamente para cela doente [...] (SABIÁ).

[...] Às vezes tem gente que passa mal de madrugada e o remédio, o atendimento de saúde aqui é ir para pracinha levar um vento [...] (CARCARÁ).

Diante dessas falas, percebe-se que a atenção às mulheres presas perpassa pela estratégia de levá-las para um ambiente externo às celas, que, no caso referido acima, é a pracinha, com fins de amenizar situação de mal-estar referido pelas presas. Não se sabe o momento, turno ou dia da semana em que a oferta da pracinha torna-se a alternativa em primeira instância ou a única. Nos recintos prisionais femininos da Paraíba, não há profissionais de saúde em jornada de trabalho de 24h, o que pode configurar que à noite, ou final de semana, há escassez de profissional de saúde atuante no presídio. Essa situação revela carência no atendimento à saúde e ausência

efetiva quanto às necessidades de saúde da presa frente aos desconfortos leves, moderados e graves.

Quando a unidade prisional não dispõe de equipe de saúde, a mulher PPL deve ser encaminhada para o serviço de saúde mais próximo condizente às suas reais necessidades. Isso é algo previamente já pactuado com a Rede de Atenção à Saúde, levando em consideração princípios e objetivos das atuais políticas de saúde da pessoa presa e da mulher (PNAISP e PNAISM).

De acordo com Araújo *et al.* (2020), em geral, a atenção à saúde das mulheres presas é deficiente. Estes vão além do atendimento de saúde, englobando assistência básica, como alimentação adequada, vestimentas, produtos de higiene e medicamentos, repercutindo em fragilidades também a nível psicobiológico e psíquicoespiritual.

O acesso ao serviço de saúde é controlado pela correlação de poder entre os(as) agentes penitenciários e as pessoas presas, o que revela desigualdades de oportunidade e táticas de controle. Por vezes, o(a) carcereiro(a) estabelece critérios não relacionados à saúde, fazem uma avaliação informal da queixa e decidem, com base em critérios próprios, o destino ou não da PPL ao atendimento de saúde prisional (SANCHÉZ; LAROUZÉ, 2016).

Essa situação pode ser explicada na medida em que há a possibilidade de que na falta de algum profissional de saúde na unidade prisional, como forma de tentar amenizar a situação degradante de necessidade de atenção à saúde, os agentes penitenciários liberam as presas com queixas de saúde com o “paliativo” levá-las à “pracinha”. Como a equipe de saúde atua durante o dia, quando a mulher presa apresenta desconforto físico ou mental em turnos noturnos ou em finais de semana, para os demais profissionais que não são da área de saúde, acabam fazendo suas próprias avaliações e conclusões da situação em que a presa se encontra.

O sistema de saúde e seus profissionais possuem uma função importante no diagnóstico, na abordagem, na prevenção e no tratamento dos agravos resultantes das diversas formas de violência existentes no ambiente carcerário. O acolhimento e atenção por parte dos profissionais dos presídios ajuda a encorajar a pessoa presa a revelar seus reais problemas e queixas. E desse modo, buscar garantir seus direitos à saúde e à segurança, coibindo novas violações (DELZIOVO *et al.*, 2015).

Foi observado em um estudo realizado com agentes penitenciárias de presídios femininos que as questões de gênero atravessam a relação entre agentes

penitenciárias e presas em unidades prisionais. Assim, por serem mulheres, punindo, controlando, vigiando e educando outras mulheres, torna essa relação peculiar, com abusos de poder e dominação. Nem as unidades prisionais femininas, bem como as agentes penitenciárias estão capacitadas para lidar com a complexidade e entendimento do processo singular de constituição da subjetividade feminina (BARCINSKI; ALTENBERND; CAMPANI, 2014).

Nota-se a necessidade de profissionais da área de saúde e dinâmicas de atenção às queixas das presas, frente a processos de adoecimento, que garantam seu acesso à saúde na vida intra e extramuros. É também importante que a equipe de saúde tenha autonomia e poder, apoio da direção dos presídios, na realização de uma avaliação ética, respeitosa, na perspectiva da integralidade e baseada em critérios clínicos bem estabelecidos pela literatura científica, para a tomada de decisão na resolução dos problemas de atenção à saúde, apresentado pelas mulheres encarceradas.

4.4.2 Classe 2 – Acesso à saúde das mulheres presas e suas dificuldades

Verificou-se que esta classe compreende 20% do *corpus* analisado pela presente pesquisa, representando maior percentual em relação as outras. Nela são descritas e discutidas as repercussões negativas frente as questões relacionadas ao acesso e atenção à saúde no sistema prisional. Tais questões são recorrentes no conteúdo dos relatos abaixo, a partir dos quais as participantes explicitam vários elementos do cotidiano do cárcere:

[...] O acesso à saúde nesta unidade prisional é precário e deficitário, ao ponto de apenas pedir socorro por cinco dias estando só em uma cela e ao vir o socorro ouvir de uma agente penitenciária que você está agitada e agressiva. Só que não. O que eu sentia na verdade eram imensas cólicas. Não tem condições para atender todas as necessidades [...] (ÁGUIA-CHILENA).

[...] O acesso à saúde das mulheres presas aqui neste presídio é de pouco acesso, tem que esperar uma oportunidade para poder ter contato com as equipes médicas do sistema prisional (CONCRIS FÊMEA).

[...] O acesso à saúde das mulheres aqui é difícil a situação porque nem sempre que a gente precisa tem oportunidade. Se torna difícil as coisas para tudo (JANDAIA-DA-CAATINGA).

[...] O acesso à saúde das mulheres aqui quase nunca tem porque a gente aqui tem pouco atendimento de saúde (SABIÁ).

[...] O acesso à saúde por presas aqui é mais ou menos, não muito bom. Acho que mais o tempo mesmo, eu acho muito pouco o tempo que elas ficam no atendimento de saúde aqui, apenas na parte da manhã. Tem que esperar o dia que dar pra ir mesmo (MAITACA-DE-CABEÇA-AZUL).

[...] O acesso à saúde das mulheres presas aqui é bem difícil, porque a gente fica doente e não pode ir para o médico. Estou com cinco dias doente peço todos os dias para ir para o médico e nunca vou. A atenção aqui é bem difícil [...] (PATA DO MATO).

[...] O acesso à saúde de mulheres presas aqui é muito difícil, muito difícil [...] (MARRECA-CANELEIRA). O acesso à saúde das mulheres presas aqui eu não tenho nem o que dizer, porque realmente é uma porcária [...] (PAPAGAIA). O acesso a saúde de mulheres aqui ocorre raramente [...] (TUCANA DE PEITO BRANCO).

[...] O acesso à saúde aqui no presídio é um pouco complicado, porque a gente tem que se humilhar bastante nesse portãozinho para poder sair [...] (CARCARÁ).

[...] Muitas vezes a gente não tem acesso à saúde aqui no presídio, porque espera 3 a 4 dias para conseguir uma oportunidade [...] (CARDEAL FÊMEA)

[...] O acesso à saúde aqui não é muito bom [...] Eu pelo menos tenho acesso a eles sempre, nunca me negaram por causa do meu problema de saúde e sempre eu sou atendida [...] (IRERÊ).

É notório que os sujeitos do estudo revelam percepções sobre o acesso à saúde de forma insatisfatória, pelas as razões apresentadas: tempo de espera até conseguir o atendimento; pouco quantitativo de profissionais de saúde para atender a demanda; por vezes ter que “implorar” para conseguir uma atenção à saúde; pela insuficiência de atender todas as necessidades de saúde; pelo alcance do acesso à saúde ser considerado nas expressões reveladas: “pouco”, “difícil”, “complicado”, “mais ou menos”, “não é muito bom”, “precário e deficitário”.

Apesar de os direitos das mulheres na prisão serem os mesmos do público masculino, observa-se que o acesso a tais direitos é diferente. Os sistemas prisionais foram projetados principalmente para os homens, que constituem mais de 95% da população carcerária na maioria dos países, fazendo com que a estrutura dos estabelecimentos, as normas e os procedimentos prisionais muitas vezes não atendam às necessidades de saúde das mulheres (BRASIL, 2008).

Não se trata aqui de desconsiderar o conjunto de violações de direitos que também estão implicados e atingem a população carcerária masculina, mas de refletir que, por conta do não atendimento a especificidades de sexo e de gênero, as penas das mulheres encarceradas tendem a se agravar.

Mais do que ofertar assistência à saúde das PPL, torna-se imprescindível assegurar esse direito pelo acesso às ações e serviços de saúde na dinâmica intra e extramuros dos presídios, sob risco de a prisão tornar a pena abertamente cruel, em afronta à garantia no arcabouço legal.

Para tanto, não há necessidade de inovação da esfera jurídica ou em elaboração de políticas complexas, uma vez que a legislação vigente já partilha de dispositivos do direito à saúde. Enquanto o sofrimento humano estiver em ascensão no sistema penitenciário, não haverá política de saúde de qualidade e de viabilização da prática. E como o acesso à saúde é o objetivo central das políticas públicas voltadas para este público, resta que sua aplicação seja adequada (KISS, 2016).

O sistema penitenciário feminino possui grandes problemas em relação aos serviços específicos de saúde para a mulher presa. Existe um amplo déficit de acesso à saúde e à assistência médica que se adapte à realidade dessas mulheres (FERNANDES, 2017).

Para garantia do acesso às falas das presas, é necessário que suas demandas sejam atendidas, que o tempo de espera seja reduzido e que o os demais turnos como a noite também tenham profissionais de saúde para realização de atendimento. Ademais, as presas com problemas de saúde já cronificados e graves, bem como as que supostamente “estavam saudáveis”, quando adoecem, também possam ter acesso à atenção em saúde. Por fim, urge que a oportunidade de receber um atendimento de saúde não seja visto como um privilégio, mas sim como um direito efetivado na prática.

Durante as indagações sobre o acesso à saúde nas prisões, as participantes, também se revelaram dificuldades quanto ao atendimento de saúde, de modo que, em muitos casos, as críticas recaíra sobre o próprio sistema carcerário e menos nas ações individuais dos profissionais:

[...] As dificuldades para receber atendimento de saúde aqui no presídio é que não depende exclusivamente dos profissionais de saúde e sim do sistema prisional, nós dependemos deles para ter acesso a saúde e eles complicam demais [...] (ARARA).

[...] Não sei dizer o que poderia ser feito para resolver as dificuldades de atendimento de saúde aqui no presídio, porque quem bota a dificuldade maior é o próprio sistema prisional e não os profissionais de saúde [...] Acho que precisamos de um pouco mais de atenção dos nossos governantes [...] (PAVOA).

[...] As minhas dificuldades de atenção à saúde, ter um atendimento de saúde, ir a uma consulta são várias. Principalmente quando os profissionais de saúde vêm trabalhar, que são raros vim, quase não trabalham [...] (CONCRIS FÊMEA).

Os conteúdos das falas acima denotam que os entraves implícitos da administração, estrutura e dinâmica do sistema prisional não favorece que a atenção à saúde seja obtida de forma positiva. As presas reconhecem que os profissionais de saúde são parte de um sistema prisional bem mais complexo e que não depende apenas deles a garantia à assistência à saúde com qualidade. A participante Concris fêmea destaca lacuna quanto a presença de profissionais de saúde atuantes nos presídios.

As condições de estrutura do sistema prisional favorecem um ambiente insalubre que afeta a adequada execução política prisional se não forem observados o déficit de vagas, o tratamento nas prisões, fragilidades no estabelecimento de ações em prol da reintegração social e apoio ao egresso, a redução do encarceramento e alternativas penais, o acesso à saúde torna-se deficiente. Um vez que, se desconsidera a questão das insalubridades dos espaços prisionais e excesso de pessoas convivendo no mesmo ambiente, fica complicado desenvolver políticas intersetoriais, pois não está se levando em conta os fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, base geradora do adoecimento (BARSAGLINI, 2016).

No âmbito da gestão, é necessário o gerenciamento das atribuições de cada profissional da saúde, de modo que ele cumpra com a sua finalidade dentro do sistema; respeitando o horário e rotina de atendimentos. Cabe ao Ministério da Saúde (MS), todavia, controlar o quantitativo das equipes destinadas, conforme necessidades de cada unidade prisional. Ao Ministério da Justiça (MJ) designar os devidos recursos financeiros para suprir as necessidades dos profissionais envolvidos, pois tais recursos são provenientes de incentivos designados às unidades prisionais advindo do MS e MJ (DUNKE; ALMEIDA, 2015).

De acordo com De Menezes e De Menezes (2014), o Estado, ao retirar a autonomia do indivíduo, aplicando penas e punições aos crimes cometidos, também carrega a responsabilidade com o sujeito, enquanto garantias individuais, que pode ser de natureza material ou processual. Nesse contexto, a punição dos sujeitos afeta diretamente os direitos políticos e civis, bem como da liberdade de locomoção. Dessa forma, não cabe ao Estado puni-los duplamente com supressão de direitos sociais, como a saúde.

Sabe-se da existência de correção de forças e poderes dentro do sistema prisional. Por um lado, a equipe de saúde precisa desenvolver ações e serviços de atenção à saúde das presas. Por outro, existem situações em que os funcionários são cobrados e assumem o papel da disciplina, da ordem e segurança. O conflito habita quando o risco de vida ou a saúde passa a ser visto como algo secundário ou de menor importância. É preciso equilibrar as necessidades de organização e manutenção da segurança nos espaços prisionais com a garantia de direitos, pois só assim torna-se possível vislumbrar um sistema judiciário e prisional menos punitivista e mais reintegrador.

4.4.3 Classe 3 – Participação nas atividades de saúde no presídio

Esta classe possui 15,4% da representatividade do *corpus*, e nela está sendo discutida a participação das mulheres presas nas atividades de saúde no sistema prisional feminino. As atividades de saúde podem envolver ações de prevenção, proteção e promoção da saúde. Essas podem acontecer em prática, como exemplo: palestras; rodas de conversa; oficinas, campanhas de saúde; atividades físicas e de cunho terapêutico; avaliações e atendimentos individuais e coletivos por parte da equipe de saúde; ações intersetoriais que possibilitem melhoria de qualidade de vida no período de privação de liberdade.

Mais uma vez os relatos das interlocutoras aparecem algumas insuficiências do sistema prisional. Estas, nestes casos, podem estar relacionadas a questões estruturais como a própria falta de atividades e/ou a questões mais subjetivas de falta de interesse das mulheres nas ações promovidas. Conforme é possível perceber nos trechos abaixo:

[...] Aqui no presídio, temos uma vida sedentária, não fazemos nada o dia todo. Já fui para o médico com uma coceira que peguei aqui no presídio. Aqui nunca participei de nenhuma atividade de saúde, nenhuma [...] A única atividade de saúde ou ação de saúde que participo aqui é a consulta com o enfermeiro [...], campanha de vacinação [...], atendimento de saúde com o psicólogo e médico geral [...] (CORUJA).

[...] Aqui nunca participei de nenhuma atividade de saúde aqui no sistema prisional [...] (CONCRIS FÊMEA). [...] Nunca participei de nenhuma atividade de saúde aqui no sistema prisional [...] (JANDAIA-DA-CAATINGA). [...] Não participei de nenhuma atividade de saúde aqui no sistema prisional [...] (SABIÁ).

Das atividades de saúde participei aqui foram o citológico e odontológico. (MAITACA-DE-CABEÇA-AZUL).

[...] Aqui a gente não pode fazer nada para melhorar isso é só esperar por elas, pela boa vontade, mas nada [...] (CISNE). [...] Nunca participei de nenhuma atividade de saúde aqui no sistema prisional. (TUCANA DE PEITO BRANCO). [...] Participação em atividades de saúde não teve nenhuma [...] (CARCARÁ).

[...] Já participei de todas as atividades de saúde promovidas aqui nesse sistema prisional, de dança, exercício físico (IRERÊ).

[...] De atividade de saúde eu já participei de dança, do coral, dos cultos do pastor Miguel, de várias oportunidades que tem eu estou me encaixando, que eu preciso de remissão (CARDEAL FÊMEA).

[...] Precisa ofertar no presídio atividades físicas (SANHAÇÚ).

Diante discursos acima proferidos, observa-se que algumas mulheres alegam não ter participado de nenhuma atividade de saúde. Outras declaram participação no tocante aos atendimentos individuais de saúde com profissionais de saúde, realização de exame citológico, de dança e campanha de vacina. Há também uma fala que aborda o coral e culto vinculada a atividade de saúde. E outras que afirmam ter vida sedentária no presídio e necessidade que neste espaço tenha atividade física. Tais relatos podem sinalizar que, mesmo diante da existência de atividades, muitas delas não se sentem motivadas à participação, seja por não se identificarem com as atividades, seja com a maneira como as mesmas são conduzidas ou até por desmotivação de ordem psicológica.

Nas unidades prisionais, a equipe da unidade básica deve realizar, como atividades de saúde, campanhas anuais de vacinação, atendimento individuais (com médico, dentista, profissional de enfermagem, entre outros), no acompanhamento de acometidos por doenças como tuberculose, hanseníase, diabetes e hipertensão,

como também realização de exames, verificação de sinais vitais e administração de medicamentos (SERRA; LIMA, 2019).

As ações de saúde no sistema penitenciário deverão ser compreendidas em sua dimensão mais ampla objetivando a criação e a ampliação das condições necessárias ao exercício dos direitos das PPL no âmbito do SUS e em parceria com outros setores governamentais, especialmente segurança, justiça, trabalho, previdência social e educação (BRASIL, 2003). Conforme o PNSSP ações mínimas que devem ser o controle de TB, hipertensão, diabetes, hanseníase, saúde bucal, saúde da mulher, atenção quanto os agravos psicossociais, programa de imunização, diagnóstico, aconselhamento, tratamento em IST/HIV/Aids.

Para que as ações de assistência em saúde sejam, de fato, implementadas, sobretudo aquelas recomendadas pelo PNSSP, é necessário que o estabelecimento de saúde tenha com qualidade equipamentos, instrumentos, materiais, insumos e medicamentos. Estes são imprescindíveis na realização de atividades pela equipe de saúde prisional e contribui para a diminuição das iniquidades em saúde existentes nesse meio (OLIVEIRA; GUIMARÃES, 2011)

Os presídios brasileiros possuem historicamente um conjunto de carências de natureza estrutural e processual que afetam o processo de ressocialização dos reclusos e à sua saúde. Problemas como o ócio, superlotação, pouca quantidade de profissionais dedicados à saúde, ao serviço social e à educação, além de arquitetura precária e ambiente insalubre, alimentam o estigma e atuam como potencializadores de diferentes iniquidades e enfermidades (CONSTANTINO; ASSIS; PINTO, 2016).

No artigo 83, da Lei Federal nº 7.210, de 11 de julho de 1984, a denominada Lei de Execução Penal defende a prática esportiva como um direito: “o estabelecimento penal conforme a sua natureza deverá contar em suas dependências com áreas e serviços destinados a dar assistência, educação, trabalho, recreação e prática esportiva” (BRASIL, 1984). Esse cumprimento atenderia, pelo menos parcialmente, alguns das reclamações das participantes do estudo, como visto anteriormente.

No contexto carcerário, vê-se que a prática de atividade física se apresenta como uma ferramenta imprescindível para implementação de atividades na vida privada de liberdade. Dentre as vantagens tem-se: o cuidado com a saúde, qualidade de vida e com o processo de ressocialização. Com a prática de esporte, a PPL se exercita, ganha noções de organização, treinamento e gerenciamento de emoções

quanto às sensações de derrota e vitória na obtenção do objetivo, o que colabora como o trabalho em equipe e resgate da autoestima (OLIVEIRA, 2010).

Os profissionais de enfermagem são imprescindíveis no desenvolvimento de atividades de saúde. Com relação às práticas de atividades desenvolvidas nos recintos prisionais observa-se que a triagem e a escuta, são consideradas ferramentas essenciais ligadas ao diálogo, ao vínculo, ao acolhimento, sem necessidades de gastos tecnológicos do cuidado, pois valorizam as vivências e subjetividades das pessoas. Tais ações colaboram na otimização de tempo no encaminhamento da PPL para outros serviços da rede de saúde. Dessa forma, potencializa o acesso e a resolutividade em saúde. Além disso, tais profissionais realizam atividades clínicas (anamnese e verificação e/ou acompanhamento de sinais de vitais), atenção aos casos de tuberculose desde a busca ativa de novos casos a alta do cliente privado de liberdade (MAYNART et al., 2014; OLIVEIRA; CAMACHO, 2015).

Cada trabalhador de saúde deve organizar um plano de atividades a serem desenvolvidas com as mulheres presas, possibilitando que seja efetivo, rotineiro ao ponto de o público feminino prisional poder vislumbrar tais ações como atividades de saúde, pois às vezes o profissional já realiza várias demandas de saúde que não são vistas como atividades de saúde ou tais atividade ocorrem de forma eventual e nem todas as mulheres presas podem estar participando.

4.4.4 Classe 4 – Acesso à saúde apenas nas situações de urgência

Com representação de 16,9% do corpus, nesta classe foi possível analisar e discutir o acesso à saúde em situações que as mulheres presas, participantes do estudo, afirmam que ocorrem quando as necessidades de atenção à saúde estão em nível de urgência, como observa-se abaixo:

[...] Só são atendidas pessoas com casos mais urgentes [...] (ÁGUIA-CHILENA).

[...] deveria ter atendimento de urgência para as presas que precisam de atendimento de urgência e as com menos urgência serem atendidas da mesma forma, porque todas nós estamos presas, privadas da liberdade, não temos como ir ao hospital muito menos ao PSF para poder ser atendida [...] (CARDEAL FÊMEA).

[...] Elas só atendem mais casos de urgência, caso de urgência. Elas não atendem por causa de uma gripe, por causa de uma dor de cabeça. [...] E as vezes por lista, ela mesma tem a lista dela lá de cima e chama [...] (CARCARÁ).

[...] Só quando está passando mal mesmo, entre a vida e a morte, ou se não, quando ver que está desmaiada [...] (TUCANA DE PEITO BRANCO).

[...] Você sofre para ir a um profissional de saúde (um médico, uma enfermeira) você tem que estar muito mal. E mesmo assim, tem que abalar a grade para você conseguir ir, para elas te ouvirem se estiverem de bom humor. Se elas não estiverem de bom humor, você não consegue [...] (MARRECA-CANELEIRA).

[...] A atenção aqui é bem difícil, só quando a pessoa está bem pertinho de morrer mesmo e gritar muito, porque senão não tem e mesmo assim tem que marcar o dia para subir lá pra cima pra receber atenção dos profissionais de saúde [...] (PATA DO MATO).

[...] Porque a gente aqui tem pouco atendimento de saúde e só tem quando a gente está apenas em situações graves aí elas vem, a gente abala a grade [...] (SABIÁ).

[...] Para ter uma atenção, atendimento de saúde aqui no presídio tem que está passando mal, porque se não é atendido [...] (JANDAIA-DA-CAATINGA).

[...] Só se for um caso de extrema urgência e que as presas são deslocadas para uma unidade de saúde fora do sistema prisional [...] (CONCRIS FÊMEA).

[...] Se o caso de doença for grave, a direção ver se tem escolta, ou seja, viatura disponível para dar assistência [...] (PAVOA).

Temos acesso a saúde, mas quando estamos em estado grave, urgência (ÁGUIA-CHILENA).

Identificou-se ainda, nas falas das entrevistadas, que o atendimento e/ou acesso à saúde é possível, porém nas condições que a mulher está “passando mal”, em situação de urgência, quando provoca agitação ou barulho (“abalar grade”) dentro da cela, para que as necessidades de saúde sejam atendidas. Isso revela um quadro preocupante, tendo em vista garantir um sistema de saúde integral que busque a prevenção e não somente o combate de enfermidades apenas em momentos críticos.

A atenção à saúde nas situações de urgência e emergência deve ser priorizada, o que, pelos relatos, não acontece. Ademais, para outras necessidades de atenção à saúde do nível leve e moderado, também é preciso de resolutividade, para que se evite o agravamento do processo de adoecimento mulheres, ponto em risco suas vidas.

Para Diuana et al. (2008), a forma como parte dos agentes de segurança penitenciária veem as PPL reflete na desvalorização das queixas de saúde, pois as PPL são vistas, na maioria dos casos, de forma limitada, a seres inferiores e dissimulados, o qual torna a confiança um segmento não trabalhado nas relações. Assim, as queixas de saúde das presas são evidenciadas com sintomas verificáveis. E nessa lógica, o sofrimento mental parece não ser relevante ao ponto de ter mérito de uma atenção à saúde.

A referida autora acima conclui em seu estudo que a prisão reúne um conjunto de significados no tocante às percepções e representações de risco à saúde das PPL que envolvem os agentes penitenciários, profissionais de saúde e demais envolvidos na dinâmica de trabalho no cárcere. Para alguns funcionários do cárcere, as representações das doenças estão inseridas em um segundo plano da percepção das doenças e dos cuidados com a prevenção e a recuperação da saúde. Nesses recintos, a ordem, disciplina e vigilância têm prioridade de atenção.

Assim, é importante que a equipe de saúde prisional atue articulando suas ações assistenciais na identificação precoce de agravos e doenças, classificação e intervenção sobre a dor e demais problemáticas de ordem física, psicossocial e espiritual (BARBOSA et al., 2019).

Dentre as ações promulgadas no PNSSP a serem desenvolvidas nas unidades prisionais são destacam-se: 1. Implantar ações de promoção de saúde; 2. Adotar medidas de proteção específica como vacinação; 3. Desenvolver ações de prevenção para tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão arterial, hepatites, DST/aids, agravos psicossociais decorrentes do confinamento, saúde bucal, atenção ao pré-natal e ao parto e outras ações específicas da Política Nacional de Saúde da Mulher (BRASIL, 2003).

Na PNAISP, destaca-se o princípio: integralidade da atenção à saúde da população privada de liberdade no conjunto de ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, recuperação e vigilância em saúde executadas nos diferentes níveis de atenção. E o objetivo específico: promover o acesso das pessoas privadas de liberdade na Rede de Atenção à Saúde, visando ao cuidado integral (BRASIL, 2014a). Logo, se atenção à saúde da mulher presa é realizada apenas ou meramente nos casos de urgência, ou ainda, nos casos popularmente expressado “entre vida e morte”, então essas limitantes práticas de atenção à saúde estão incoerentes com princípios e objetivos da PNAISP.

Conforme Brasil (2017b), as Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP) são compostas por equipe multiprofissional com responsabilidade de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade, garantir o acesso das PPL no sistema prisional ao cuidado integral no SUS. A Atenção Básica no âmbito prisional deve funcionar como porta de entrada do sistema e ordenadora das ações e serviços de saúde, devendo realizar suas atividades nas unidades prisionais ou nas Unidades Básicas de Saúde a que estiver vinculada.

4.4.5 Classe 5 e Classe 6– Lacunas na atenção de profissionais de saúde, na disposição de medicações, realização de exames e testes

Nesta última categoria de discussão foram incluídas duas classes (5 e 6) por estas apresentarem aspectos semelhantes no tocante a expressão de falta de profissionais de saúde e necessidades de realização de exames, testes e medicações. Elas representam respectivamente 16,9% e 15,4% respectivamente do *corpus* textual. Foi possível aglutinar discussões sobre as lacunas existentes no acesso e atenção à saúde das mulheres privadas de liberdade, quando indagadas sobre o que poderia melhorar o acesso a saúde das mulheres presas, como mostra a seguir:

[...] Falta remédios, não tem como fazer exames. Falta profissionais de saúde. Não tem dentista e um clínico geral para tudo (ÁGUIA-CHILENA).

[...] Pois falta medicação, falta aparelhos, falta profissionais, nem dentista na unidade tem. Quanto a mim tenho visitas quase todas as semanas, sendo assim não necessito ir atrás de atendimento de saúde. Mas as colegas as vezes falta, mesmo assim recebem algum atendimento de saúde, mais não são suficientes. [...] Para mim é ruim como uso aparelho não tenho dentistas, não tem como extrair o dente e nem restaurar, falta remédios, nem tem como marcar os exames. Porque falta vaga e nem todas podem ir. Muitas, afinal independente do sintoma da doença que você esteja sentindo existe uma seleção para quem será atendida pelo clínico geral da unidade, que só aparece uma vez por semana. Precisa ter mais médico neste presídio (ARARA).

[...] Na maioria das vezes o agente penitenciário consegue comprimidos como dipirona e paracetamol, esses são os únicos remédios disponíveis para a gente. Ou a família compra o remédio com a receita, mas não é fácil conseguir receita e muitas não tem visita (PAVOA).

[...] Bom eu acho que poderia mudar tudo, pois falta dentista, médico e raro irmos ao enfermeiro também (CORUJA).

[...] Mais medicação na unidade, o sistema prisional nos dá o que tem, mais ainda há muitas dificuldades, pois falta muita coisa aqui. Precisa melhorar tudo, pois falta dentista, falta médico e é raro nós irmos ao enfermeiro também. Precisa ofertar exames, dentistas, remédios e mais médicos. Precisa ter mais atendimento de médico psiquiatra e mais porque falta remédios na casa e nem sempre temos (SANHAÇÚ).

[...] A mulher precisa mais de um atendimento do que um presídio de homem, porque aqui a gente precisa de uma ginecologista, as vezes o povo chega aqui e passa dois a três meses para poder fazer um teste rápido e eu acho isso errado porque tem muita gente aqui dentro que tem muita coisa e a gente não sabe porque quem vê cara não vê coração (JANDAIA-DA-CAATINGA).

[...] A gente nunca tem atenção de médica, de nada disso. Elas não se importam com a gente. Para resolver esse problema de atenção à saúde tem que ser com a diretora (SABIÁ).

[...] Se você pedir um remédio aqui agora não tem para nada, uma assistência que a gente pede para subir até paro médico é tudo negado [...] Remédio que tem e não dão, é só negada medicação, por mais que a gente suba e veja que tem remédio eles não dão [...]. Tem dia que a gente passa dois, três dias com dor de cabeça, pede um remédio e dizem que não tem e tendo lá em cima, porque o que mais tem e remédio lá em cima (CISNE).

[...] Melhoraria o acesso a saúde aqui no presídio se tivesse uma boa médica, um bom atendimento de saúde, elas tivessem mais profissionais de saúde para atender a gente, dar assistência as presas que aqui no presídio não têm [...] (CARCARÁ).

Com os conteúdos das entrevistas recortados, observa-se que as mulheres presas carecem de mais assistência de saúde, com disposição de mais atendimento de profissionais de saúde, de qualidade, com ênfase nas áreas de odontologia e medicina. Isso retrata a necessidade emergente da figura do médico tanto pela dependência da prescrição de medicações, como pela atenção especializada nas áreas de psiquiatria e ginecologia, algo intrinsicamente relacionado com a saúde íntima da mulher, tendo em vista que este, conforme as falas, faz os atendimentos uma vez por semana no presídio. Com relação à disponibilidade de medicação, constatou-se que se encontra limitada a paracetamol e dipirona. Em alguns casos, outros funcionários disponibilizam ou a família traz. Também há a necessidade também da redução do tempo de espera para realizar testes rápidos, marcações de/e exames.

De acordo com o PNSSP, cada equipe de saúde prisional é responsável por até 500 pessoas privadas de liberdade. Nos presídios com até 100 PPL, o atendimento deve ser realizado pela Unidade Básica de Saúde territorial. Explicando melhor, em

recintos prisionais com menor quantitativo de pessoas presas, não há necessidade de se ter uma Unidade de Saúde com equipe permanente, porém o acesso à saúde deve ser garantido pela rede de serviços de saúde do município onde se situa a prisão (BRASIL, 2003a)

Conforme o PNAISP, os serviços de saúde prisional configuram-se em três diferentes constituições, divididas e definidas conforme número de PPL em cada complexo penitenciário e/ou unidades prisionais: 1) - até 100 pessoas (tipo I); 2) de 101 a 500 pessoas (tipo II); 3) de 501 a 1200 pessoas (tipo III). As equipes de atenção básica prisional tipos I, II e III contam com uma equipe multidisciplinar composta por cirurgião-dentista, enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, técnico de higiene bucal, podendo ser acrescida, dependendo dos tipos anteriormente citados, de outros profissionais como médico psiquiatra, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional e nutricionista. Essa equipe de saúde prisional deve alinhar-se aos princípios doutrinário e organizativos do SUS, bem como a outros serviços de saúde fora das instituições (BRASIL, 2014b).

As unidades prisionais que foram alvos do cenário de investigação tinham um contingente populacional acima de 100 mulheres presas no tempo em que foi calculada a amostra da pesquisa, mais precisamente, no ano de 2018, o que, no caso, faz necessária a ambos os presídios a equipe de saúde prisional do tipo II. O que se observa é que, em uma das unidades, a equipe prisional do sistema carcerário masculino dava o suporte na atenção à saúde das mulheres presas, com frequência de atendimento uma vez por semana. Já no ano de 2020, essa realidade mudou. Nesse mesmo lugar, a profissional de enfermagem faz-se presente todos os dias da semana, e apenas o profissional da medicina tem a frequência de vir até o local, uma vez por semana. Nessa situação, há avanço no atendimento ao preconizado pela PNAISP e fragilidades no processo de efetivação.

No tocante às questões medicamento e farmacêuticas, Brasil (1998) reconhece a Assistência Farmacêutica (AF) como uma prioridade. Para tanto, instituiu a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), cujo objetivo é promover o uso racional e o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais.

As PPL sem vínculo familiar ou este fragilizado devido à situação prisional, por morar distante ou sem poder aquisitivo, ficam sem condições de adquirir os medicamentos prescritos pelos médicos e que não tem na Unidade de Saúde

Prisional. Tal problema afeta a continuidade do tratamento e na qualidade da efetividade farmacoterapêutica. Com isso, pode comprometer a saúde das PPL, gerando impacto para as políticas públicas e para o SUS, como maiores custos com internações hospitalares e/ou ações e procedimentos de alta complexidade (MAGALHÃES; LUNET, 2014).

Mesmo que as políticas de saúde garantam o acesso e uso racional de medicamentos nos presídios, existem casos de falta de medicamentos essenciais e estratégicos. Assim, na implementação da PNAISP, devem-se possibilitar capacitações para que a equipe de saúde prisional desenvolva habilidades e competências específicas, otimizando a assistência, melhorando o processo de trabalho, monitoramento do uso dos medicamentos, estratégias de resolução de problemas quanto o uso inadequado do medicamento e atenção às reais necessidades de saúde das PPL (CANDINS *et al.*, 2019).

O acesso aos medicamentos essenciais e estratégicos ocorre pela sua disponibilidade e capacidade de aquisição, levando em consideração o uso racional. Na realidade brasileira, são poucos os dados sobre o acesso a medicamentos pela população, e boa parte das pesquisas avaliam o acesso com base no número de medicamentos prescritos que o (a) usuário (a) do serviço conseguiu receber, ou que foi cedido pelo serviço de saúde utilizado (ÁLVARES *et al.*, 2017).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou a compreensão sobre questões inerentes à qualidade do acesso à saúde das mulheres privadas de liberdade sob a ótica das mulheres presas no sistema carcerário da Paraíba, com base em questionário estruturado e um roteiro de entrevista semiestruturado. Foi possível também a realização da descrição estatística dos atributos das participantes do estudo e sua relação probabilística com a qualidade do acesso (nenhum, raro, pouco, moderado e muito), com base no modelo de decisão Regressão Logística Ordinal. Além disso, observa-se que somatória total dos escores na identificação de graus leves de depressão e ansiedade, subsidiados pelo instrumento, foram significativamente fortes nas entrevistadas, o que são sinalizadores de gargalos a serem superados tanto pelo sistema prisional quanto pelo conjunto da sociedade para que se atenuem os principais fatores que levam ao sofrimento mental.

Neste estudo, identificou-se, ainda, que as mulheres presas no sistema carcerário da Paraíba têm acesso à saúde e este está qualificado por elas, de forma geral, como pouco a moderado. De todos os atributos investigados sobre as mulheres encarceradas e sua relação com a qualidade do acesso à saúde, apenas dois estatisticamente o modelo de decisão Regressão Logística Ordinal verificou que influencia: tempo de prisão e tipo de crime cometido.

Ademais, observa-se que mulheres presas com tempo de prisão igual ou superior a 2 anos têm aproximadamente 35% de chances a mais de ter mais acesso à saúde. E aquelas que não cometeram crimes relacionados ao tráfico ou estelionato têm também aproximadamente 62% de chances a mais de mais acesso à saúde que as encarceradas que praticaram tais tipos de crimes. Com esses dados, necessitar-se-ia de novos estudos para busca de explicações sobre o que a interpretação do OR revelou no sentido de identificar causas para tal desfecho.

Na visão das mulheres presas, com base nas entrevista realizadas e análise de conteúdo, é possível concluir: as demandas de saúde precisam ser atendidas para além dos casos de urgência; é preciso adoção de estratégias mais resolutivas quanto às queixas de adoecimento, que não se limitem ser encaminhadas à “pracinha” como opção mais rápida; o acesso à saúde ainda é vivenciado de forma dificultosa, uma vez que a atenção integral não tem sido efetiva; as presas necessitam de mais atividades que promovam e protejam a sua saúde, bem como ações de prevenção a doenças;

há uma necessidade que mais profissionais de saúde estejam atuantes nos presídios, como o profissional da medicina e odontologia; e por fim, que as medicações, exames e testes possam ser adquiridos com menos entraves e em tempo hábil.

Este estudo é de grande relevância, não apenas pelos significativos e inovadores resultados quanto ao uso de um modelo de tomada de decisão irreverente, mas também pela sua contribuição social na abordagem de um tema que afeta grupos populacionais socialmente marginalizados, com características preocupantes: pouca escolaridade; frágil participação em atividade cultural; baixo poder aquisitivo; que atuavam em sua maioria, antes de estar presa, em trabalho informal, ou ainda estavam desempregadas.

Outra vulnerabilidade é que os sujeitos de estudo, por serem mulheres cumprindo pena em ambiente que historicamente é voltado e adaptado a homens que violam a lei, estão sujeitas a situações de iniquidades. Soma-se a isso o fato de que, antes mesmo da condição de privação de liberdade, seus direitos sociais não estavam garantidos e cada vez mais reduzidos devido às ineficazes implementações políticas sociais, e agora se encontram à disposição de um sistema penitenciário que não tem garantido o acesso à saúde de qualidade. Tais sinalizadores que se evidenciaram de maneira mais pormenorizada nas unidades prisionais analisadas, contribuem para desnudar a estrutura socialmente desigual brasileira e paraibana, de modo que o encarceramento em massa consiste num produto que deriva da exclusão social.

Realizar estudos em unidades prisionais é desafiador em função dos caminhos percorridos da autorização, da coleta de dados e informações e das dinâmicas prisionais às quais se faz necessário adaptação devido ao regime de disciplina e segurança. Mesmo com todo apoio do âmbito gerencial e funcional do sistema penitenciário, ele requer que os trâmites burocráticos sejam atendidos com rigor, para que não se coloque em risco nem o processo da investigação científica nem tampouco os sujeitos envolvidos.

As limitações deste estudo foram as seguintes: compreender, por parte da equipe de saúde prisional e direção, como se tem efetivado o acesso à saúde das presas; quais os desafios para os agentes penitenciários e demais profissionais quanto o acesso à saúde das mulheres presas se efetive com qualidade de excelência ou ainda o que é feito para viabilizar esse acesso; maior ampliação da pesquisa nas duas restantes unidades prisionais femininas da Paraíba.

Outro fator limitante do estudo é que a categoria “acesso à saúde” se apresenta como “carro chefe” da pesquisa e, devido a quantitativos de instrumentos para número expressivo de entrevistadas, seriam necessárias mais aplicações de instrumentos validados de avaliação com relação aos problemas mentais como o de estresse, risco de suicídio, dentre outros que são comuns e típicos para quem se encontra em privação de liberdade. Na oportunidade, só foi possível verificar sobre Ansiedade e Depressão.

Seriam necessários mais estudos que envolvessem atributos específicos, relacionados à situação da mulher presa com o acesso à saúde, com fins de encontrar mais fatores que podem influenciar o acesso para além de tempo de prisão e tipo de crime a exemplo de: desenvolvimento de estudos científicos sobre acesso à saúde nos presídios que tivessem dados sobre reincidência, se recebe visita de familiares no sistema, se é uma presa que frequentemente já provocou desordens ou práticas não disciplinares ao presídio.

Sugere-se que a equipe de saúde prisional atente-se para o sofrimento mental das presas na perspectiva de agilizar a integralidade do cuidado, mediar o acompanhamento das mesmas e que mais atividades possam ser desenvolvidas com as mulheres presas além das consultas com profissionais de saúde, momentos de cultos e oficinas de artesanato, também aquelas de cunho terapêutico como as práticas integrativas e complementares, de atividade físicas e de caráter socializantes. Além disso, é necessário que tenham por princípio a redução de danos e agravos a saúde para que a reintegração social possa estar mais próxima do que está previsto na legislação vigente e que a saúde integral, gratuita e de qualidade se aproxime cada vez mais de sua universalização.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, Giorgio. **Estado de Exceção**. 2.ed. São Paulo: Boitempo, 2004. 144p.

ABREU, Mery Natali Silva. **Uso de modelos de regressão logística ordinal em epidemiologia**: um exemplo usando a qualidade de vida. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ECJS-74TH5S/1/mery_natali_silva_abreu.pdf. Acesso em: 11 fev. 2018.

ABREU, M.N.S.; SIQUEIRA, A.L.; CAIAFFA, W.T. Regressão logística ordinal em estudos epidemiológicos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 183-194, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n1/6604.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

ACURCIO, F. A.; GUIMARAES, M.D.C. Uso de los servicios de salud y progresión al sida entre personas con infección por VIH en Belo Horizonte (Minas Gerais), Brasil. **Revista Panamerica de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health**, Washington, v. 4, n. 5, p. 331-340, 1998. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v4n5/4n5a6.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2018.

ALMEIDA, S.M.; CASTRO, P.A. Etnografia de mulheres privadas de liberdade: a medicalização e o isolamento como formas de controle dos corpos. **Revista Interinstitucional Artes de Educar**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 103-117, 2019. Disponível em: <file:///C:/Users/Luh/AppData/Local/Temp/38349-144308-1-PB.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2018.

ÁLVARES, J. *et al.* Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos: métodos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, s. 2:4s, 2017. Disponível em: http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles_xml/0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007027/0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007027-pt.x83745.pdf. Acesso em: 19 ago. 2018.

ANANTH, C.V.; KLEINBAUM, D.G. Regression models for ordinal responses: a review of methods and applications. **International Journal Epidemiology**, Raleigh, v. 26, n. 6, p.1323-1333, 1997. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9447413/>. Acesso em: 20 ago. 2018.

ARAÚJO, M. M. de. *et al.* Assistência à saúde de mulheres encarceradas: análise com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v24n3/1414-8145-ean-24-3-e20190303.pdf>. Acesso em: 25 set. 2018.

ARRUDA, A.J.C.G. *et al.* Direito à saúde no Sistema Prisional: Revisão Integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, Recife, n.7 (esp.), p. 6646-6654, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/Tok%20de%20classe/Downloads/4803-49929-1-PB.pdf>. Acesso em: 27 out. 2015.

ASSIS, M.M.A.; JESUS, W.L.A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2019.

AGRESTI, Alan; FINLAY, Barbara. **Métodos estatísticos para as ciências sociais**. 4. ed., Porto Alegre: Penso, 2012.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.

BARBOSA, M.L. *et al.* Ações de enfermagem para as pessoas privadas de liberdade: uma scoping review. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ean/v23n3/pt_1414-8145-ean-23-03-e20190098.pdf. Acesso em: 20 fev. 2019.

BARCINSKI, M.; ALTENBERND, B.; CAMPANI, C. Entre cuidar e vigiar: ambiguidades e contradições no discurso de uma agente penitenciária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2245-2254, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v19n7/1413-8123-csc-19-07-02245.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2019.

BARSAGLINI, R. Do Plano à Política de saúde no sistema prisional: diferenciais, avanços, limites e desafios. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n.4, out.-dez. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v26n4/1809-4481-physis-26-04-01429.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2019.

BEZERRA, R.C.C. Perfil social e de saúde de mulheres apenadas de uma penitenciária da Cidade de São Paulo. **Perspectivas Médicas**, São Paulo, v. 26, n. 2, mai./ago. 2015, p. 21-30, 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2432/243242711004.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2019.

BRASIL. IFOPEN - Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias. **Portal de Dados.MJ**, Ministério da Justiça, 2017.

BRASIL. **Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984**. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília: Diário Oficial da União, [1984]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm. Acesso em: 30 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília:MS, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf. Acesso em: 02 set. 2017.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Diário Oficial da União, [2001]. Disponível

em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 17 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Mulheres Encarceradas**: diagnóstico nacional. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2008. 92 p. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/cadeias/doutrina/Mulheres%20Encarceradas.pdf. Acesso em: 10 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de 28 de Junho de 2011**. Brasília: 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: 2011b.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, [2012]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 18 mai. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 482, de 1º de abril de 2014**. Institui normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, [2014a]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0482_01_04_2014.html. Acesso em: 19 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Levantamento nacional de informações penitenciárias Infopen mulheres** – junho de 2014. Departamento Penitenciário Nacional - DEPEN. Brasília: Ministério da Justiça/DEPEN. 2014b. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/news/estudo-traca-perfil-da-populacao-penitenciaria-feminina-no-brasil/relatorio-infopen-mulheres.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2018.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **CPI - Sistema Carcerário Brasileiro**. Relatório final. Presidente: Deputado Alberto Fraga. Relator: Deputado Sérgio Brito. Brasília: Câmara dos Deputados, ago. de 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatórios Analíticos**. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ). Brasília: MS, 2015b.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRANT, R. Assessing proportionality in the proportional odds model for ordinal logistic regression. **Biometrics**, [S.l.], v. 46, n. 4, p.1171-1178, 1990.

BURCKARDT, Bethina Rafaela. **Encarceramento feminino e questões de gênero no âmbito do sistema penitenciário brasileiro**: considerações a partir da penitenciária modulada de Ijuí/RS. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2017. Disponível em: <https://bibliodigital.unijui.edu.br:8443/xmlui/bitstream/handle/123456789/4740/Bethina%20Rafaela%20Burckardt.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 20 jul. 2019.

CARVALHO, M.L. Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 461-471, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n2/30433.pdf>. Acesso em: 02 out. 2015.

CAMARGO, B.V.; JUSTO, A.M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2019.

CASSADY, C.E. *et al.* Measuring consumer experiences with primary care. **Pediatrics**, United States, v.105, n.4, pt.2, p.998-1003, abr. 2000

COELHO, M.R.S. **Atenção básica à saúde da mulher**: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

COELHO, E.A.C. *et al.* Integralidade do cuidado à Saúde da mulher: limites da prática profissional. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a21.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2019.

CONSTANTINO, P.; ASSIS, S.G. de; PINTO, L.W. O impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n.7, p. 2089-2100, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n7/1413-8123-csc-21-07-2089.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2019.

COLARES, L.B.C.; CHIES, L.A.B. Mulheres nas so(m)bras: invisibilidade, reciclagem e invisibilidade, reciclagem e dominação viril em presídios masculinamente mistos. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 352, mai.-ago., 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/Luh/AppData/Local/Temp/14937-46039-1-PB.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2019.

CUNHA, E.L. da. Ressocialização: o desafio da educação no Sistema Prisional Feminino. **Cadernos Cedes**, Campinas, v. 30, n. 81, p. 157-178, mai.-ago, 2010. Disponível em <https://www.cedes.unicamp.br/>. Acesso: 05 set. 2020.

DAMAS, F.B.; OLIVEIRA, W.F. A saúde mental nas prisões de Santa Catarina,

Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 5, n. 12, p. 1-24, 2013. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1758>. Acesso em: 13 out. 2018.

DIUANA, V. *et al.* Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1887- 1896, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/17.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2019.

DELZIOVO, C.R. *et al.* **Atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2015. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7427/1/Saude_Mulher.pdf. Acesso em: 17 jul. 2019.

DOURADO, J.L.G.; ALVES, R.S.F. Panorama da saúde do homem preso: dificuldades de acesso ao atendimento de saúde. **Boletim-Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 39, n. 96, p. 47-57, 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bapp/v39n96/v39n96a06.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2019.

DUCAN, B.B. *et al.* Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery um Brasil. **BMC Health Services Research**, London, v. 6, n.156, 2006. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/20461/000610300.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 30 ago. 2019.

ESPINOZA, O. **A mulher encarcerada em face do poder punitivo**. São Paulo: IBCCrim, 2004. 180p.

FERNANDES, A.C. A saúde e o abandono das mulheres no sistema penitenciário brasileiro. **Conteúdo Jurídico**, Brasília, 24 mai. 2017. Disponível em: <http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.589129&seo=1>. Acesso em: 04 mar. 2018.

FLEURY, S. **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FURRIEL, W.O., MENEZES, A.F.B., SANTANA, R.G. Estatísticas da Razão de Verossimilhança, Wald e Escore em amostras pequenas para a distribuição Beta. *In*: WORKSHOP DE BIOESTATÍSTICA: a interdisciplinaridade da bioestatística, 1., 2016, Maringá. **Anais** [...]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Luh/AppData/Local/Temp/3065-estatstcas-da-razo-de-verossimilhana-wald-e-escore-em-amostras-pequenas-para-a-distribuio-beta.pdf>. Acesso em: 23 set. 2019.

GIOVANELLA, L., FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. *In*: EIBENSCHUTZ, C. (org.). **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. p. 177-198.

GIL, Célia Regina Rodrigues; LUIZ, Isaías Cantóia; GIL, Maria Cristina Rodrigues. **Gestão Pública em Saúde: o processo de trabalho na gestão do SUS**. Curso de Gestão Pública em Saúde. São Luís: UNA-SUS/UFMA, 2016.

GIOVANELLA, L. *et al.* Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 26, v. 60, 2002. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/SistemasMunicipaisSa%C3%BAdede.pdf>. Acesso em: 02 set. 2019.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. Tradução: Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva, 2001. 320 p.

GONÇALVES, Bruna Beza da Silva. **Softwares de apoio à pesquisa científica: levantamento e análise de características**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Tecnologias da Informação) – Universidade Federal de Santa Catarina Campus Araranguá, Araranguá, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/165459/SOFTWARES%20DE%20APOIO%20%c3%80%20PESQUISA%20CIENT%c3%8dFICA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 03 set. 2019.

HAIR JUNIOR, Joseph F. *et al.* **Análise multivariada de dados**. 6.ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HARZHEIM, E. *et al.* Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCTool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/13.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

HOSMER, D.W.; LEMESHOW, S. **Applied logistic regression**. 2.ed. New York: John Wiley & Sons, 2000. Disponível em: http://resource.heartonline.cn/20150528/1_3kOQSTg.pdf. Acesso em: 3 out. 2019.

KISS, V. Pensando os esforços atuais por uma política de saúde no sistema Carcerário. **Justificando**, [S.l.], 19 out. 2016. Disponível em: <http://justificando.cartacapital.com.br/2016/10/19/pensando-os-esforcos-atuais-por-uma-politica-de-saude-no-sistemacarcerario/>. Acesso em: 20 set. 2017.

LAHLOU, S. Text mining methods: An answer to Chartier and Meunier. **Papers on Social Representations**, Lisboa, v. 20, n. 38, p. 1-7, 2012.

LARA, Evandro de Ávila e. **Regressão logística politômica ordinal: avaliação do potencial de *Clonostache rósea* no biocontrole de *Botrysti cinérea***. 2012. Dissertação (Mestrado em Estatística Aplicada e Biometria) – Universidade Federal de Viçosa. Viçosa, 2012. Disponível em: <https://www.locus.ufv.br/bitstream/handle/123456789/4060/texto%20completo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 18 ago. 2019.

LERMEN, H.S. *et al.* Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de

Janeiro, v. 25, n. 3, p. 905-924, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v25n3/0103-7331-physis-25-03-00905.pdf>. Acesso em: 15 out. 2019.

LIMA, G.M.B. *et al.* Mulheres no cárcere: significados e práticas cotidianas de enfrentamento com ênfase na resiliência. 2013. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, jul.-set, 2013. p. 446-456. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n98/a08v37n98.pdf>. Acesso em: 25 out. 2019.

LIZARDO, C.; ASSIS, E.A.R.V. A prevalência de sintomas depressivos em mulheres en-carceradas do município de Pimenta Bueno, Rondônia. **Sociais e humanas**, Santa Maria, v. 29, n. 02, p. 08 - 20, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Luh/AppData/Local/Temp/17360-119709-1-PB.pdf>. Acesso em: 19 out. 2019.

LOPES, A.O.S.; OLIVEIRA, C.C.S. Saúde da mulher em situação de prisão: direitos sexuais e reprodutivos. **Revista Saúde.Com**, Jequié, v. 10, n. 4, p. 392-408, 2014. Disponível em: <http://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/329>. Acesso em: 11 ago. 2019.

MAGALHÃES, A.; LUNET, N.; SILVA, S. Representações sociais de professores sobre o uso racional de medicamentos. **Arquivos de Medicina**, Porto, v. 28, n. 4, p. 92-98, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/am/v28n4/v28n4a01.pdf>. Acesso em: 28 out. 2019.

MARIANO, E.B.; CAVALCANTI, E.P.; BESERRA, E.A. Análise Comparativa da Velocidade do Vento Simulado Pelo BRAMS com Dados Observados e de Reanálises. **Revista brasileira de meteorologia**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 269-276, jun.2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbmet/v32n2/0102-7786-rbmet-32-02-0269.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2019.

MARTINS, Lúcia Mariaci Ribeiro Martins. **Um olhar negro sobre o sofrimento psíquico e as vozes silenciosa das mulheres encarceradas**: um diagnóstico sobre as políticas de saúde mental no sistema carcerário no Brasil. 2019. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento) – Universidade Federal de Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2019. Disponível em: <https://dspace.unila.edu.br/bitstream/handle/123456789/5191/DISSERTA%C3%87A%20COM%20A%20FICHA%20CATALOGRAFICA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 12 dez. 2019.

MAYNART, W.H.C. *et al.* A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 300-304, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000400003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 jun. 2018.

MEJÍA, B. *et al.* Traumatic experiences and re-victimization of female inmates undergoing treatment for substance abuse. **Substance abuse treatment, prevention, and policy**, v. 10, n. 1, p. 5, 2015. Disponível em: <https://substanceabusepolicy.biomedcentral.com/articles/10.1186/1747-597X-10-5>. Acesso em: 02 mar. 2020.

MINAYO, Maria Cecília Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MINAYO, Maria Cecília Souza. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, M. C. S. (Org.); DESLANDES, S.F.; CRUZ NETO, O. GOMES. R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 34. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

MORAES, P.A.C.; DALGALARRONDO, P. Mulheres encarceradas em São Paulo: saúde mental e religiosidade. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 1, p. 50-56, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852006000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 11 out. 2018.

MCCULLAGH, P. Regression models for ordinal data. **Journal of the Royal Statistical Society: Series B**, v. 42, n. 2, p. 109-142, 1980. Disponível em: <https://www.stat.uchicago.edu/~pmcc/pubs/paper2.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2020.

MONTENEGRO, Santhiago Guedes. **Modelo de regressão logística ordinal em dados categóricos na área de ergonomia experimental**. 2009. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/5273/1/arquivototal.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2020.

MOREIRA, M.A.; SOUZA, H.S. Vivências de mulheres aprisionadas acerca das ações de saúde prestadas no sistema penitenciário. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, n. 38, v. 2, p. 219-227, 2014. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155562/A11.pdf. Acesso em: 02 jun. 2020.

MOURA, Larissa Clementino de. *et al.* Abordagem da saúde mental no setor penitenciário: uma análise construtiva. In: CONBRACIS - Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde, 3., 2018, Campina Grande. **Anais [...]**. Campina Grande: Realize Editora, 2018. Disponível em: <http://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/40668>. Acesso em: 02 jun. 2019.

NUNES, Cristiane Adbon. **A integralidade da atenção e o programa de saúde da Família: estudo de caso em município na Bahia**. 2011. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10311/1/4444444.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2020.

OLIVEIRA, P.J.J. Direito ao trabalho do preso: uma oportunidade de ressocialização e uma questão de responsabilidade social. **Revista Eletrônica da Faculdade de Direito**, São Paulo, n. 3, 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/Luh/AppData/Local/Temp/2801-13347-1-PB.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2020.

OLIVEIRA, V.A.S; GUIMARÃES, S.J. Saúde atrás das grades: o Plano Nacional de Saúde no sistema penitenciário nos estados de Minas Gerais e Piauí. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 91, p. 597-606, 2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341765012.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2020.

OLIVEIRA, M. H. B de.; SOUTO, L. R. F. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n.108, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n108/0103-1104-sdeb-40-108-00204.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2020.

OLIVEIRA, L. G. D. de; CAMACHO, L. A. B. Análise da implantação do Programa de Controle da Tuberculose em unidades prisionais do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v31n3/0102-311X-csp-31-03-00543.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2020.

PAIM, Jairnilson Silva. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. *In*: ROUQUAYROL, Mária Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia & Saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

PAIM, Jairnilson Silva. **Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. *In*: GIOVANELLA, L. *et al* (org.). **Políticas e Sistema Único no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 547-573.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2015. *E-book*.

PEREIRA, Alexandre; PATRÍCIO, Teresa. **SPSS - guia prático de utilização**: análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia. 8. ed. Lisboa: Sílabo, 2016.

PEREIRA, Vanessa Melo. **Vida no cárcere**: um estudo sobre a invisibilidade feminina e a realidade sobre a efetivação de direitos de presas gestantes e mães. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://pantheon.ufrj.br/bitstream/11422/6211/1/VMPereira.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2020.

QUEIROZ, Nana. **Presos que menstruam**: a brutal vida das mulheres-tratadas como homens-nas prisões brasileiras. 1.ed. Rio de Janeiro: Editora Record, 2015.

REGO, S. Debate sobre o artigo de Correia et al. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, 2007. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-311x2007000900003&script=sci_arttex. Acesso em: 15 ago. 2015.

REIS, C.B.; BERNARDES, E.B. O que acontece atrás das grades: estratégias de prevenção desenvolvidas nas delegacias civis contra HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, 2011. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800032>. Acesso em: 10 jan. 2018.

ROSA, M.S. Instituições prisionais, atenção psicossocial, saúde mental e reinserção social. **Fragmentos de cultura**. 2014, 24(1): 121-138. Disponível em: <<http://seer.ucg.br/index.php/fragmentos/article/viewFile/3190/1906>>. Acesso em: 27 out. 2015.

SANCHEZ, R. M; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, n. 3, p. 260-268, 2012. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2012.v31n3/260-268/>. Acesso em: 09 jul. 2020.

SANTOS, M.V. dos. *et al.* A saúde física de mulheres privadas de liberdade em uma penitenciária do estado do Rio de Janeiro. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, 2017, v. 21, n. 2, e20170033, 2017a. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170033>. Acesso: 05 set. 2020.

SANTOS, M.V. dos *et al.* Saúde mental de mulheres encarceradas em um presídio do Estado do Rio de Janeiro. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 2, e5980015, 2017b. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt_0104-0707-tce-26-02-e5980015.pdf. Acesso em: 05 set. 2020.

SANTOS, B.F. dos. *et al.* Depressão por detrás das grades: um possível sintoma em apenados. **Psicólogo inFormação**, São Paulo, v. 19, n. 19, 2015, p. 63-82. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/PINFOR/article/view/6873>. Acesso em: 10 out. 2018.

SILVA, G. K. N., VEDOVELLO, V. P.; FEGADOLLI, C. Políticas e práticas assistenciais farmacêutica penitenciária. *In*: MOSTRA ACADÊMICA, 4., 2008, Piracicaba. **Anais [...]**. Piracicaba: Universidade Metodista de Piracicaba, 2008. p. 1-7.

SILVA, Jeferson Barbosa. **Mulheres invisíveis, mentes esquecidas**: a Saúde Mental de mulheres sob privação de liberdade. 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, 2016.

SILVA, Marcela Guedes Carsten; LOPES, Valéria Kotacho. Por que elas reincidem? UMA análise sobre a situação da criminalidade feminina brasileira, as políticas públicas e o mito sobre a APAC como método milagroso. *In*: PLACHA SÁ, Priscilla. (org.). **Dossiê**: as mulheres e o sistema penal. Curitiba: OABPR, 2015. p. 200-245.

Disponível em: <http://www2.oabpr.org.br/downloads/dossiecompleto.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2020.

SEMAM - Secretaria do Meio Ambiente. Parque Zoobotânico Arruda Câmara. Planejamento e Gestão, Mapas da Cidade. **SEMAM**, João Pessoa, 14 jul. 2020. Disponível em: <https://www.joaopessoa.pb.gov.br/servico/parque-zoobotanico-arruda-camara/>. Acesso: 01 ago. 2020.

SILVA, E. F. da.; RIBEIRO, E. R. Atenção à Saúde da Mulher em situação prisional. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 4, n. 2, jul.-dez. 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/Luh/AppData/Local/Temp/188-949-1-PB-1.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2020.

SOUZA, M.A.R. de *et al.* O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 52, e0335, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/1980-220X-reeusp-52-e03353.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2020.

SOUZA, M.O.S.; PASSOS, J.P. A prática de enfermagem no sistema penal: limites e possibilidades. **Escola Anna Nery Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 417-23, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v12n3/v12n3a04.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2020.

STARFIELD, B.; XU, J.; SHI, L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of Family Practice**, Parsippany, v. 50, n. 2, 2001, p. 161-175.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20, supl. 2, S190-S198, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2020.

VALLE, E.A. *et al.* Estudo de base populacional dos fatores associados ao desempenho no Mini Exame do Estado Mental entre idosos: Projeto Bambuí Study. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 918-926, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v25n4/23.pdf>. Acesso em: 17 set. 2020.

VARELLA, Dráuzio. **Prisoneiras**. 1.ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. A escala de ansiedade e depressão hospitalar. **Acta psychiatrica scandinavica**, [S.l.] v. 67, n. 6, p. 361-370, 1983.

WILLIAMS, R. Generalized ordered logit/partial proportional odds models for ordinal dependent variables. **The Stata Journal**, [S.l.], v. 6, n. 1, p. 58-82, 2006. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1536867X0600600104>. Acesso em: 07 jul. 2020.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: O acesso à saúde das mulheres privadas de liberdade no sistema carcerário da Paraíba à luz da regressão logística.

Prezada Senhor(a),

Esta pesquisa é sobre o acesso à saúde das mulheres presas no sistema prisional da Paraíba e está sendo desenvolvida por Rayanne Santos Alves (aluna do Programa de Pós-graduação em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba), sob a orientação da Prof. Dr. João Agnaldo do Nascimento.

O objetivo do estudo é compreender a relação entre a qualidade do acesso à saúde das mulheres privadas de liberdade no sistema prisional da Paraíba e os atributos das mesmas, bem como quão agravos psicossociais tem atingidos este público.

A finalidade deste trabalho é conhecer e contribuir na melhoria da atenção integral à saúde das mulheres privadas de liberdade no sistema carcerário aqui na Paraíba e colaborar para ampliação dos conhecimentos relacionados às necessidades de cuidado a saúde das mulheres presas no estado da Paraíba.

Solicitamos a sua colaboração na aplicação do questionário estruturado e a necessidade de a entrevista ser gravada, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde, bem como publicação em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos previsíveis para a sua saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na atenção que vem recebendo aqui nesta unidade prisional.

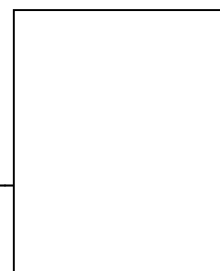
A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecida e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente de que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura da pesquisadora responsável

Assinatura da Testemunha



Contato com a pesquisadora responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato com a pesquisadora Rayanne Santos Alves.

Endereço profissional: Rua Conj. Pres. Castelo Branco III, João Pessoa - PB, 58033-455

Celular: (83) 999262087;

E-mail: rayanne-fleur@hotmail.com

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA ESTRUTURADA

Data: ____/____/____

Nº da Entrevista: ____

Instituição prisional atual:

- () Penitenciária de Feminina de Cajazeiras (Cajazeiras);
- () Penitenciária Feminina de Campina Grande (Campina Grande);
- () Instituto Recuperação Feminina Maria Julia Maranhão (João Pessoa);
- () Presídio Feminino de Patos (Patos).

Parte I: Dados de caracterização dos sujeitos do estudo**■ Como você se considera cor/raça**

- () Negra () Parda () Amarela () Branca () Indígena

■ Idade: _____

- () 18 aos 29 anos.
- () 30 a 39 anos.
- () 40 a 49 anos.
- () Mais de 50 anos.

■ Escolaridade:

- () Sem escolaridade
- () Ensino Fundamental (1º grau) incompleto
- () Ensino Fundamental (1º grau) completo
- () Ensino médio (2º grau) incompleto
- () Ensino médio (2º grau) completo
- () Ensino superior (universitário) incompleto
- () Ensino superior (universitário) completo

■ Moradia antes de estar presa:

- () Alvenaria
- () Madeira/Barro
- () Material reciclável
- () Outro

■ A casa dispõe da estrutura:

- () Luz elétrica
- () Água encanada
- () Sistema de esgoto
- () Boa ventilação

■ **A casa dispõe dos bens materiais:**

- () Geladeira
 () Telefone
 () Televisão
 () Rádio
 () Computador ou Notebook
 () Internet

■ **Religião:**

- () Católica
 () Protestante
 () Espírita
 () Afrodescendente
 () Não possui religião
 () Outras

■ **Estado civil:**

- () Solteira
 () Casada
 () Divorciada
 () União Estável
 () Viúva

■ **Renda familiar média:** _____

- () Até 01 salário mínimo
 () De 01 a 03 salários mínimos
 () De 03 a 05 salários mínimos
 () Mais de 05 salários mínimos

■ **Número de filhos:**

- () Nenhum
 () Um filho
 () Dois filhos
 () Três filhos
 () Quatro filhos
 () Cinco filhos
 () Acima de cinco filhos

■ **Antes de estar presa possuía um trabalho?**

- () Sim () Não

Qual? _____

- () Trabalho formal
 () Trabalho informal

■ **Hábitos associados:**

	SIM	NÃO
Bebe bebida alcoólicas	()	()
Fuma cigarro	()	()
Faz uso de outras drogas ilícitas	()	()

■ **Antes da prisão possuía algum problema de saúde?**

() Sim () Não

Qual? _____

■ **Antes da prisão, costumava frequentar:**

() Cinema () Teatro () Grupo de Dança () Grupo de música

() Outra atividade cultural () Nenhum

■ **Antes da prisão, praticava alguma atividade física?**

() Caminhadas

() Correr

() Futebol

() Voleibol

() Musculação na academia

() Natação

() Outras atividades

() Nenhuma atividade física.

Parte II: Dados sobre situação de privação de liberdade

■ **Há quanto tempo que está presa?**

() Menos de 06 meses

() Entre 06 meses a 01 ano

() Entre 01 ano a 02 anos

() Entre 02 a 05 anos

() Mais de 05 anos

■ **Com quantas pessoas divide na cela?**

() 0 a 05 pessoas

() 05 a 10 pessoas

() 10 a 15 pessoas

() 15 a 20 pessoas

() Mais de 20 pessoas.

■ **Qual motivo de estar presa?**

() Crime contra a pessoa _____

() Crime contra a honra _____

() Crime contra o patrimônio _____

() Crime contra a administração pública _____

() Crime contra a dignidade sexual _____

() Crime contra a incolumidade pública _____

() Crime contra o patrimônio histórico _____

() Crime contra a administração da justiça _____

() Crime econômicos _____

() **Outros crimes** _____ **Tipo:** _____

Parte III: Dados sobre acesso as ações e serviços de saúde durante a privação de liberdade

ESCALA DE LIKERT

Assinale seu grau de concordância nas seguintes afirmações:

GRAU	VARIÁVEL RESPOSTA	ACESSO
1	Nunca	Nenhum
2	Apenas em situação: gravemente doente	Raro
3	Apenas uma vez	Pouco
4	Às vezes	Moderado
5	Sempre	Muito

	ITENS	Nunca	Apenas em situação: gravemente doente	Apenas uma vez	As vezes	Sempre
1	O horário de funcionamento do serviço de saúde prisional unidade é informado as presas?					
2	O serviço de saúde prisional funciona os cinco dias na semana?					
3	O horário de funcionamento desta unidade atende às necessidades da mulher presa?					
4	Na maioria das vezes, você procura o serviço de saúde prisional, quando					

	precisa de atendimento em saúde?					
5	Você costuma procurar o serviço de saúde prisional para consultas agendadas, consultas não agendadas, atestado, exames e renovação de receitas, atendimento de urgência, busca de medicamentos, vacinação, atendimento odontológico)?					
6	A senhora realizou alguma consulta no serviço de saúde prisional nos últimos 12 meses?					
7	Vocês recebem atendimento dos profissionais de saúde com relação a vacinação, pré-natal e exames ginecológicos?					
8	Na maioria das vezes, quando você precisa de uma consulta com equipe de saúde prisional como é marcada/agendada?					
9	A marcação de consultas pode ser feita todos os dias e em qualquer momento do funcionamento do serviço de saúde prisional?					

10	Quando a senhora consegue marcar consulta, normalmente é para o mesmo dia?					
11	Na maioria das vezes que a senhora vem ao serviço de saúde prisional sem ter hora marcada para resolver qualquer problema, consegue ser escutada?					
12	Quando a senhora precisa de procedimentos como aferição de pressão arterial, glicemia capilar, curativos, vacinação, a senhora tem acesso em qualquer horário do funcionamento do serviço de saúde prisional?					
13	As orientações que os profissionais dão para a senhora na unidade atendem às suas necessidades?					
14	Quando o profissional receita um remédio, a medicação está disponível (chegam até mim)?					
	A senhora participa de atividades/ações de saúde nesta prisão?					

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA ESTRUTURADA**INFORMAÇÕES RELACIONADAS À ANSIEDADE E DEPRESSÃO****ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO****A (1) Eu me sinto tenso ou contraído:**

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

D (2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- 0 () Sim, do mesmo jeito que antes
- 1 () Não tanto quanto antes
- 2 () Só um pouco
- 3 () Já não sinto mais prazer em nada

A (3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- 3 () Sim, e de um jeito muito forte
- 2 () Sim, mas não tão forte
- 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa
- 0 () Não sinto nada disso

D (4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Atualmente um pouco menos
- 2 () Atualmente bem menos
- 3 () Não consigo mais

A (5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Raramente

D (6) Eu me sinto alegre:

- 0 () A maior parte do tempo
- 1 () Muitas vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Nunca

A (7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

- 0 () Quase sempre
- 1 () Várias vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Quase nunca

D (8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

- 3 () Quase sempre
- 2 () Muitas vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

A (9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

- 0 () Nunca
- 1 () De vez em quando
- 2 () Muitas vezes
- 3 () Quase sempre

D (10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- 3 () Completamente
- 2 () Não estou mais me cuidando como deveria
- 1 () Talvez não tanto quanto antes
- 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes

A (11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- 3 () Sim, demais
- 2 () Bastante
- 1 () Um pouco
- 0 () Não me sinto assim

D (12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Um pouco menos do que antes
- 2 () Bem menos do que antes
- 3 () Quase nunca

A (13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

- 3 () A quase todo momento
- 2 () Várias vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Não sinto isso

D (14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

- 0 () Quase sempre
- 1 () Várias vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Quase nunca

**APÊNDICE D - ROTEIRO DE PERGUNTAS SEMIESTRUTURADA PARA
MULHERES PRESAS**

Número:

Idade: _____

A quanto tempo está presa: _____

1. Conte para mim como é o acesso à saúde das mulheres presas aqui neste presídio?
2. Quais as suas dificuldades para receber atenção/atendimento/consulta dos profissionais de saúde neste presídio?
3. O que é feito para resolver as dificuldades de atenção/atendimento/consulta dos profissionais de saúde neste presídio?
4. De quais as atividades ou ações de saúde você já participou aqui nesta unidade prisional.
5. O que poderia melhorar o acesso das mulheres presas aqui neste presídio?

ANEXO A - AUTORIZAÇÃO POR PARTE DA SEAP/PB PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA**SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
GERÊNCIA EXECUTIVA DO SISTEMA PENITENCIÁRIO - GESIPE**

Ofício nº 1741/2019-GESIPE

João Pessoa-PB, 08 de Maio de 2019.

Ao

Centro de Ciências Exatas e da Natureza

Programa de Pós Graduação em Modelos de Decisão e Saúde

Universidade Federal da Paraíba

João Pessoa-PB

Assunto: Resposta ao solicitado**Referência: Processo 201900001268****Processo 201900002246****Ilustríssimo(a) Senhor(a),**

Em atenção aos processos supramencionados, oriundo do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da UFPB no Programa de Pós Graduação em Modelos de Decisão e Saúde – intitulada “*O Acesso à saúde das mulheres privadas de liberdade no sistema carcerário da Paraíba a Luz da regressão Logística*”. Informo a Vossa Senhoria que **foi autorizada** a pesquisa solicitada, no entanto a **coleta de dados e remanejamento das reeducandas** nos termos propostos ficará a conveniência da direção do ergástulo que deverá ser previamente comunicada para realização da programação.

Atenciosamente,

Ronaldo da Silva Porfírio
Mat. 163.917-0
Gerente - GESIPE

RONALDO DA SILVA PORFÍRIO-ASP/PB
Gerente Executivo do Sistema Penitenciário

SECRETARIA DE ESTADO
DA ADMINISTRAÇÃO
PENITENCIÁRIA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

Av. João da Mata, s/n Bloco II, 5º andar- Jaguaribe – João Pessoa PB – CEP 58019-900
Fone: (83)3208-9979 e-mail: gesipe@seap.pb.gov.br

**ANEXO B - CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PELO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE PELA
UFPB**



ANEXO C - AUTORIZAÇÃO POR PARTE DA SEAP/PB PARA COLABORADOR EXTERNO COLETAR DE DADOS E INFORMAÇÕES JUNTO A PESQUISADORA PRINCIPAL

SECRETARIA DE ESTADO
DA ADMINISTRAÇÃO
PENITENCIÁRIA

 **GOVERNO
DA PARAÍBA**

 **SEGUE
o trabalho**

GERÊNCIA EXECUTIVA DE RESSOCIALIZAÇÃO

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o pesquisador Diego Pessoa Innau de França, inscrito sob CPF nº 062.714.344-38 está autorizado a adentrar nas dependências do Centro de Reeducação feminino Maria Júlia Maranhão a fim de, auxiliar na coleta de dados para finalização da tese de doutorado: "O acesso à saúde das mulheres privadas de liberdade no sistema carcerário da Paraíba à luz da regressão logística", em andamento, junto com a professora Ma. Rayanne dos Santos Alves.

A saber, a entrada dos dois pesquisadores se dará dentro das possibilidades da Unidade Prisional, para tanto, se faz necessário autorização prévia da direção da referida unidade.


Ziselma Albuquerque Maia
Gerente Executiva de Ressocialização
Mat. 172.170-4



Gerência Executiva de Ressocialização - SEAP
Centro Administrativo Integrado do Governo do Estado
Avenida João da Mata, s/n - Bloco II, 5º andar - Joazeiro.
Fone: (0XX) 33 3295-9990
CEP: 58.019-980. João Pessoa/PB.

ANEXO D - CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA COM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O ACESSO A SAÚDE DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA CARCERÁRIO DA PARAÍBA A LUZ DA REGRESSÃO LOGÍSTICA

Pesquisador: Rayanne Santos Alves

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 17451419.8.0000.5188

Instituição Proponente: Universidade Federal da Paraíba

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.624.490

Apresentação do Projeto:

O acesso da população carcerária a atenção integral à saúde no Sistema Único de Saúde é definido pela Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, que enfatiza a garantia do direito à saúde das Pessoas Privadas de Liberdade, confinadas em estabelecimentos prisionais, o que torna a minimização das diferenças entre a vida intramuros e a extramuros fundamental para a redução das iniquidades e a universalização do acesso à saúde. Esta política ressalta ações complementares voltadas a população prisional, regido pelo respeito aos direitos humanos e justiça social. As mulheres presas estão bastante vulneráveis ao adoecimento, pois as precárias condições dos presídios e a própria privação de liberdade interferem na manutenção de saúde. A atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde nos diferentes níveis de atenção à saúde, definidas pela Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, nesta também resguardadas atenção à saúde as mulheres presidiárias. Todavia, a realidade das prisões, no país, se constitui como sério problema de saúde pública devido à persistência de problemas de saúde, tanto decorrentes do confinamento em si, quanto da qualidade da assistência à saúde física e psíquica ofertada à população carcerária. As inúmeras necessidades de atenção à saúde são comuns no cotidiano das mulheres privadas de liberdade, bem como, a alta prevalência de doenças infectocontagiosas e infecções sexualmente transmissíveis, além de sintomas depressivos, uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas. Logo, o estudo objetiva

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



Continuação do Parecer: 3.624.490

analisar os limites e as possibilidades de transformação do modelo tradicional de assistência à saúde das mulheres privadas de liberdade no sistema prisional da Paraíba. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa. Os sujeitos do estudo serão compostos por pessoas privadas de liberdade do sexo feminino, cumprindo pena de caráter fechado no sistema penitenciário feminino da Paraíba, conscientes e orientadas em tempo e espaço, com idade acima de 18 anos e que aceitem participar do estudo. E com fins de ampliar a compreensão do estudo, será realizada uma entrevista semiestruturada profissionais de saúde do sistema prisional feminino paraibano, bem como algumas mulheres presas sobre a questão do acesso a saúde. Na análise das informações coletadas será utilizada a técnica de análise de conteúdo. A coleta dos dados da pesquisa será realizada por meio de um questionário estruturado e sua análise através do método estatístico Regressão Logística Ordinal. A literatura científica já evoca necessidade de processos decisórios para superação de dificuldades quanto ao acesso e efetividade da atenção integral a saúde das mulheres encarceradas. O Estado deve colaborar no enfrentamento das injustiças sociais, as equipes de saúde no desempenho do processo de trabalho que atenda às necessidades reais de saúde das mulheres presas e para os gestores das instituições prisionais é importante fortalecer a efetivação das Leis de Execuções Penais e políticas públicas voltadas a esta população.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender a relação entre a qualidade do acesso a saúde das mulheres privadas de liberdade no sistema prisional da Paraíba e os atributos das mesmas, bem como quão agravos psicossociais tem atingidos este público.

Objetivo Secundário:

a) Caracterizar o acesso à saúde destinada às mulheres encarceradas nos presídios da Paraíba; b) Discutir em termos probabilísticos este acesso a este público à luz do método Regressão Logístico Ordinal. c) Analisar quão as mulheres presas paraibanas estão ou não afetadas pela depressão e ansiedade com base em instrumentos de avaliação validados. d) Averiguar em termos qualitativos o acesso a saúde das mulheres privadas de liberdade, na perspectiva das mesmas e d

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram devidamente avaliados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de segunda versão e a pesquisadora atendeu a todas as pendências e o seu projeto está

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900
UF: PB Município: JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

**UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA**



Continuação do Parecer: 3.624.490

de acordo com as resoluções vigentes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram devidamente apresentados.

Recomendações:

Projeto apto para iniciar coleta de dados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa. Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1392111.pdf	26/08/2019 20:54:58		Aceito
Cronograma	cronograma.docx	26/08/2019 20:54:19	Ryanne Santos Alves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento.docx	26/08/2019 20:52:32	Ryanne Santos Alves	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhado.doc	05/07/2019 19:56:40	Ryanne Santos Alves	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	liberacaogerenciapenitenciaria.pdf	05/07/2019 19:48:23	Ryanne Santos Alves	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	aprovacaoposgraduacao.pdf	05/07/2019 19:46:16	Ryanne Santos Alves	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	05/07/2019 19:45:26	Ryanne Santos Alves	Aceito

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
 Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900
 UF: PB Município: JOAO PESSOA
 Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



Continuação do Parecer: 3.624.490

Brochura Pesquisa	propostateserayanne.doc	05/07/2019 19:33:31	Rayanne Santos Alves	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoCCEN.pdf	05/07/2019 19:20:16	Rayanne Santos Alves	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 07 de Outubro de 2019

Assinado por:

Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br