



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCC
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM – UAENF
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

FRANCISCA CRISTINA PINHEIRO DE OLIVEIRA

**PERFIL DA SAÚDE SEXUAL DAS MULHERES PRESIDÁRIAS NO
MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS - PB**

CAJAZEIRAS - PB
2013

FRANCISCA CRISTINA PINHEIRO DE OLIVEIRA

**PERFIL DA SAÚDE SEXUAL DAS MULHERES PRESIDÁRIAS NO
MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS - PB**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores - CFP, da Unidade Acadêmica de Enfermagem – UAENF como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Prof.^a Esp. Mércia de França Nóbrega Medeiros.

CAJAZEIRAS - PB

2013



0482p Oliveira, Francisca Cristina Pinheiro de.
Perfil da saúde sexual das mulheres presidiárias no município de Cajazeiras-PB / Francisca Cristina Pinheiro de Oliveira. - Cajazeiras, 2013.
80f. : il.color.

Não disponível em CD.
Monografia(Bacharelado em Enfermagem)-Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, 2013.
Contem Bibliografia e Anexos.

1. Saúde sexual da mulher. 2. Mulheres presidiárias-saúde sexual. 3. Saúde da mulher. I. Medeiros, Mércia de França Nóbrega. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título

CDU 613.99

FRANCISCA CRISTINA PINHEIRO DE OLIVEIRA

**PERFIL DA SAÚDE SEXUAL DAS MULHERES PRESIDÁRIAS NO MUNICÍPIO
DE CAJAZEIRAS – PB**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores - CFP, da Unidade Acadêmica de Enfermagem - UAENF, como pré-requisito para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem, apreciada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Aprovada em 06/ Maio /2013.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Esp. Mércia de França Nóbrega Medeiros
UAENF/CFP/UFCG
Orientadora

Prof.^a Ms. Aissa Romina Silva do Nascimento
UAENF/CFP/UFCG
Examinadora

Prof.^a Esp. Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues
UAENF/CFP/UFCG
Examinadora

AOS MEUS PAIS,

*Razão da minha existência, fonte
de segurança, por toda dedicação,
esforço e empenho durante toda
minha vida.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço e exalto primeiramente a Deus pela vida e por estar sempre ao meu lado e me fortalecendo para eu conseguir vencer os desafios e percalços durante cada passo de minha caminhada.

Aos meus amados pais, Francisco Lourenço de Oliveira e Maria de Fátima Pinheiro de Oliveira, pelo amor, empenho e incentivo, vocês são minha vida.

À minha irmã Maria Auxiliadora que tanto amo, pelo companheirismo, amor e apoio em todos os momentos.

À minha querida avó Dona Fransquinha pelas preocupações, orações e cuidado.

Aos meus irmãos e irmãs que mesmo distantes estão sempre presentes em meu coração.

Aos meus sobrinhos que são motivos de alegria em minha vida.

Ao meu namorado Diôgo Martine de Brito, presente de Deus em minha vida, por todo amor, companheirismo e incentivo para o alcance de meus objetivos e realização de meus sonhos. Obrigada por estar ao meu lado e pelo apoio nos momentos que mais preciso.

As minhas amigas Eliene, Michely, Myreli e Valéria que estão ao meu lado desde os tempos de colégio, me apoiando nos momentos tristes e felizes.

Aos meus colegas que foram essenciais neste percurso, Tito Lívio, Miriane, Joseany, Jéssika, Fabely Carla, Jesana e Nayara, pessoas especiais que estarão sempre em meu coração, obrigada pelos ensinamentos e companheirismo durante toda jornada.

Aos funcionários da Cadeia, em especial a minha amiga Tayssa Medeiros, pela atenção e por me acompanhar durante a coleta dos dados.

A todos os meus amados professores e mestres, por todo conhecimento transmitido a mim durante todo o curso, sempre com compromisso e dedicação;

À minha querida professora e orientadora Mércia de França, pelo incentivo, confiança e orientações. Serei sempre grata.

A todos que contribuíram direto ou indiretamente para a conquista de meus objetivos, durante a minha longa jornada.

“A prisão não são as grades, e a liberdade não é a rua; existem homens presos na rua e livres na prisão. É uma questão de consciência”.

(Mohandas Karamchand Gandhi)

RESUMO

OLIVEIRA, Francisca Cristina Pinheiro de. **Perfil da saúde sexual das mulheres presidiárias no município de Cajazeiras – PB.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras – PB – 2013, p.

Devido ao ambiente em que estão confinadas, as mulheres presidiárias tendem a ser mais vulnerável a adquirir doenças sexuais e infecciosas. Com a finalidade de investigar a saúde sexual das mulheres presidiárias o presente estudo teve como objetivos: analisar o perfil da saúde sexual de mulheres presidiárias no município de Cajazeiras, descrever o perfil sócio demográfico destas mulheres, avaliar o conhecimento das mulheres presidiárias em relação às doenças sexuais e a forma de transmissão, investigar a opção sexual, número de parceiros e o uso de métodos contraceptivos e orientar quanto à prevenção de doenças e a importância da higiene íntima. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 28 mulheres presidiárias da Cadeia Feminina de Cajazeiras - PB. O instrumento de coleta dos dados foi um questionário. Os aspectos éticos foram cumpridos de acordo com a Resolução 196/96 em pesquisas envolvendo seres humanos. Os dados foram copilados e analisados através do Programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 17. Quanto aos resultados desta pesquisa identificamos uma maioria de mulheres jovens, solteiras, pardas e com baixa escolaridade e renda familiar mensal e presas por tráfico de drogas. Quanto à história sexual evidenciou menarca com variação de idade e início da vida sexual precoce, 86% das mulheres pesquisadas são heterossexuais, a maioria possui parceiro sexual estável, 6,7% possuía mais de um parceiro. Relativo à história de DST/aids 8% relataram que já tiveram sífilis e tricomoníase, o uso método contraceptivo foi desfavorável, pois poucas utilizam. A maioria das mulheres faz o acompanhamento ginecológico e já realizaram o exame de prevenção pelo menos uma vez, 84% das mulheres tinham um ou mais filhos. Hábitos de vida inadequados, referenciados por tabagismo, etilismo e uso de drogas ilícitas, porem o consumo de álcool foi o mais prevalente. Sobre conhecimento de DST's 72% evidenciaram que sim e a doença mais citada foi a Aids, relativo aos conhecimentos sobre prevenção e transmissão de doenças a análise mostrou-se positiva, pois a maioria responderam sim. No tocante a orientações sobre DST's, às mulheres relataram receber por parte de Enfermeiros, Médicos, estudantes de Enfermagem e meios de comunicação. O uso do preservativo foi relatado por 60%, quanto aos motivos mais aparentes, prevenir DST's esteve em evidência. Diagnóstico de DST foi mencionado por duas mulheres, em relação à higiene íntima os resultados foram satisfatórios, pois elas conhecem, realizam e sabem de sua importância. Entretanto ainda existe aquela porcentagem de mulheres que não demonstraram conhecimento e que relataram não ser orientadas. Diante das vulnerabilidades encontradas concluiu-se que existe a necessidade de intensificar a promoção da saúde sexual em ambiente prisional, através de campanhas educativas que contemplem a prevenção de agravos a saúde.

Palavras chaves: Enfermagem. Prisão. Saúde da Mulher

ABSTRACT

OLIVEIRA, Francisca Cristina Pinheiro de. **Profile of the sexual health of women prisoners in the city of Cajazeiras - PB.** Labor Course Completion (Bachelor of Nursing) - Federal University of Campina Grande, Cajazeiras - PB - 2013, p.

Due to the environment in which they are confined, women prisoners tend to be more vulnerable to acquiring sexual diseases and infectious diseases. In order to investigate the sexual health of women prisoners the present study had the following objectives: to analyze the profile of the sexual health of women prisoners in the city of Cajazeiras, - 1 describe the socio-demographic profiling these women evaluate women's knowledge regarding prisoners to sexual diseases and means of transmission, to investigate the sexual orientation, number of sexual partners and the use of contraceptive methods and to advise on the prevention of diseases and the importance of hygiene. This is a descriptive study with a quantitative approach. The sample consisted of 28 female prisoners Chain Women's Cajazeiras - PB. The data collection instrument was a questionnaire. The ethical aspects have been met in accordance with Resolution 196/96 on research involving humans. The data was compiled and analyzed using the program Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 17. Regarding the results of this research identified a majority of young, single women, brown women with low education and family income and arrested for drug trafficking. Regarding sexual history revealed menarche with varying age and early onset of sexual activity, 86% of women surveyed are heterosexual, most have steady sexual partner, 6.7% had more than one partner. On the history of STD / AIDS 8% reported that they had had syphilis, and trichomoniasis, contraceptive use was unfavorable because few use. Most women make the gynecological and has held a preventive examination at least once, 84% of women had one or more children. Inadequate life habits, referenced by smoking, drinking and illicit drug use, however the consumption of alcohol was the most prevalent. Knowledge about STDs showed that 72% yes and disease AIDS was cited concerning knowledge about prevention and transmission of disease analysis was positive, as most responded yes. Regarding guidance on STDs, women reported receiving by Nurses, Doctors, nursing students and media. Condom use was reported by 60%, as the most apparent reasons, prevent STDs was in evidence. STD diagnosis was mentioned by two women, in relation to hygiene results were satisfactory, because they know, realize and know its importance. However there is still that percentage of women who did not demonstrate knowledge and who reported not being targeted. Given the vulnerabilities found it was concluded that there is a need to intensify the promotion of sexual health in the prison environment, through educational campaigns that address the prevention of harm to health.

Keywords: Nursing. Prison. Women's Health

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dados das participantes do estudo conforme idade, estado civil e raça/cor.....	29
Tabela 2 – Dados das participantes do estudo conforme escolaridade, renda familiar e profissão.....	31
Tabela 3 – Dados das participantes do estudo conforme idade da menarca, idade da primeira relação sexual e comportamento sexual.....	35
Tabela 4 – Dados das participantes do estudo conforme a variáveis, visita íntima, parceria sexual e tipo e número de parceiros.....	37
Tabela 5 – Dados das participantes do estudo conforme história de DST/aids, tipo de DST, uso de método contraceptivo e tipo de contraceptivo.....	39
Tabela 6 – Dados das participantes do estudo conforme acompanhamento ginecológico na instituição, realização de exames de prevenção do câncer de colo uterino e realização do autoexame das mamas.....	40
Tabela 7 – Dados das participantes do estudo conforme os hábitos de vida das presidiárias..	46
Tabela 8 – Dados das participantes do estudo conforme as variáveis orientações sobre DST's, por quem recebeu as orientações, orientações sobre prevenção de DST's, por quem recebeu orientações sobre prevenção, conhecimento sobre formas de transmissão, orientações e uso e motivos para uso de preservativos.....	50
Tabela 9 – Dados das participantes do estudo conforme as variáveis: Diagnostico de DST na prisão, tipo de DST, conhecimento sobre higiene íntima e quais conhecimentos, realização da higiene íntima e entendimento sobre a importância do uso de preservativo e da realização da higiene íntima.....	53

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Dados das participantes do estudo conforme delito cometido.....	33
Gráfico 2 – Dados das participantes do estudo conforme procedência.....	34
Gráfico 3 – Dados das participantes do estudo conforme realização de aborto.....	42
Gráfico 4 – Dados das participantes do estudo conforme quantidade de abortos realizados...	43
Gráfico 5 – Dados das participantes do estudo conforme filhos.....	44
Gráfico 6 – Dados das participantes do estudo conforme número de filhos.....	45
Gráfico 7 – Dados das participantes do estudo conforme conhecimento sobre DST's.....	48
Gráfico 8 – Dados das participantes do estudo conforme quais tipos de DST's conhecem....	49
Gráfico 9 – Dados das participantes do estudo conforme gravidez depois que entrou na prisão.....	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

BSM – Brasil Sem Miséria

CES – Conselho Estadual de Saúde

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

CNPCP – Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária

DEPEN – Departamento Penitenciário Nacional

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

GTI – Grupo de Trabalho Interministerial

HCTP – Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

HIV – Vírus da Imunodeficiência Adquirida

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IV – Intravenosa

LEP – Lei de Execuções Penais

ONG – Organização Mundial de Saúde

PNSSP – Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

PSE – Programa Saúde na Escola

SAI – Sistema de Informações Ambulatoriais

SAP – Secretaria de Administração Penitenciária

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

UFCG – Universidade Federal de Campina Grande

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1 HISTÓRICO DOS PRESÍDIOS FEMININOS	16
2.2 PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO – PNSSP	17
2.3 A MULHER PRESIDÁRIA	20
2.4 DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS – DST's	22
3 METODOLOGIA	25
3.1 TIPO DE PESQUISA	25
3.2 LOCAL DA PESQUISA	25
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	25
3.3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	26
3.3.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	26
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	26
3.4 COLETA DE DADOS	27
3.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	27
3.6 POSICIONAMENTO ÉTICO DO PESQUISADOR	27
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	29
4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO	29
4.2 HISTÓRIA SEXUAL DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO	35
4.3 HÁBITOS DE VIDA DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO	45
4.4 CONHECIMENTO SOBRE SAÚDE SEXUAL	48
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS	58
APÊNDICE	63
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	
ANEXOS	68
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE	
ANEXO B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	
ANEXO C – OFÍCIO	
ANEXO D - TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PROFESSOR ORIENTADOR E CO-ORIENTADOR	
ANEXO E - TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO(A) ORIENTANDO(A)	

1 INTRODUÇÃO

A violência como produto da construção social, tem levado ao aumento da criminalidade nos pequenos e grandes centros mundiais. Esse panorama configura um problema de saúde pública, uma vez que suas consequências atingem todos os indivíduos sem distinção de etnia, classe ou religião (NICOLAU et al., 2011).

O ambiente prisional oferece altos riscos, pois a heterogeneidade dos indivíduos confinados proporciona maior exposição aos riscos físicos e psicológicos e a transmissão de doenças infecciosas que tanto podem ser trazidas pelo preso quanto podem ser adquiridas dentro da prisão. Populações carcerárias, em qualquer parte do mundo, tendem a necessitar mais de assistência a saúde do que o contingente populacional com um todo (NICOLAU, 2010).

Diante dos problemas de saúde decorrente das condições que se encontram as pessoas encarceradas, o Ministério da Saúde, em ação integrada com o Ministério da Justiça, elaborou o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, que será desenvolvido dentro de uma lógica de atenção à saúde fundamentada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). É preciso reforçar a premissa de que as pessoas presas, qualquer que seja a natureza de sua transgressão, mantêm todos os direitos fundamentais a que têm direito todas as pessoas humanas, e principalmente o direito de gozar dos mais elevados padrões de saúde física e mental (BRASIL, 2005).

Para Brasil (2005) as pessoas estão privadas de liberdade e não dos direitos humanos inerentes à sua cidadania. Contribuir para a promoção da saúde das pessoas privadas de liberdade, além de ser uma responsabilidade do Estado, representa uma missão e um desafio para profissionais de saúde e cidadãos que acreditam numa sociedade sem excluídos.

Embora sejam muitos os estigmas e os preconceitos que recaem sobre as pessoas em situação de prisão, com exceção da liberdade e do direito ao voto para as já sentenciadas, essas fazem jus aos mesmos direitos e garantias fundamentais da sociedade abrangente, inclusive a direitos sexuais e direitos reprodutivos que são, reconhecidamente, direitos humanos. Existem iniciativas de alguns estados da federação no sentido de garantir o cumprimento dos preceitos constitucionais e dos direitos prescritos em tratados internacionais, sem exclusão dos relacionamentos homoafetivos (BRASIL, 2010).

As concepções sobre a saúde das mulheres no Brasil avançaram muito nos últimos anos e o SUS deve ser reconhecido como responsável por esses avanços. Mas é preciso reconhecer que esses avanços de concepções não atingiram a vida cotidiana da maioria das

mulheres brasileiras e que ainda convivemos com situações de injustiça que causam indignação, pois são facilmente modificáveis (BRASIL, 2010).

De acordo com o Brasil (2010), cabe a gestores/as e profissionais de saúde garantir ações de prevenção e promoção das DST/aids, com informação educativa, distribuição de preservativos masculinos e femininos e lubrificantes íntimos, assistência à anticoncepção, entre outros. Tais ações não devem ser restritas aos momentos de visita íntima, levando-se em conta que estas não são as únicas circunstâncias em que as relações sexuais existem nos ambientes prisionais. Ademais, as relações sexuais consensuais são um direito das pessoas privadas de liberdade, sem penalidades e com a garantia do acesso a preservativos e assistência à anticoncepção.

Por ser uma população que está vulnerável as infecções, devido às condições de confinamento, surgem as seguintes indagações: Como está a saúde sexual e o conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis das presidiárias no município de Cajazeiras? Existe uma preocupação em relação à prevenção e a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis? Diante destas preocupações está pesquisa pretendeu trabalhar a saúde sexual das mulheres alcançando os objetivos e contribuindo de forma significativa para estudos relacionados à saúde sexual de presidiárias, para profissionais que atuam em presídios e acadêmicos da área de saúde, levando em consideração que existem poucas pesquisas publicadas em relacionadas aos problemas de saúde, formas de transmissão e prevenção de doenças sexuais em presídios.

É fundamental alertar sobre a importância da presença de um enfermeiro na prestação da assistência as presidiárias, devido ao ambiente em que se encontram, estão susceptíveis a adquirir doenças. Sendo a pesquisa de grande valor, pois irá contribuir para o conhecimento das mulheres encarceradas e para o fornecimento de uma assistência de enfermagem holística e universal para essa clientela tão necessitada de cuidados e atenção na área de saúde, o presente estudo também servirá como base para os profissionais e estudantes da área de saúde na realização de pesquisas e estratégias educativas, e como fonte de informação para alimentar o sistema.

Diante das indagações, está pesquisa teve como objetivos: analisar o perfil da saúde sexual de mulheres presidiárias no município de Cajazeiras, descrever o perfil sócio demográfico destas mulheres, avaliar o conhecimento das mulheres presidiárias em relação às doenças sexuais e a forma de transmissão, investigar a opção sexual, número de parceiros e o

uso de métodos contraceptivos e orientar quanto à prevenção de doenças e a importância da higiene íntima.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 HISTÓRICO DOS PRESÍDIOS FEMININOS

Os primeiros sinais da criminalidade feminina surgiram por volta do século XI, quando foram estabelecidos tipos específicos da delinquência feminina. As primeiras mulheres infratoras de que se tem notícia estão estritamente relacionadas com a bruxaria e com a prostituição. Isto significava o oposto do papel pré-determinado à mulher ideal, da mãe de família, da esposa submissa. Ao longo da história, as condutas femininas são diretamente vinculadas à sexualidade e ao mundo privado. Surgem às casas de Controvertidas ou Arrependidas, instituições específicas para mulheres destinadas à reintegração social (VIAFORE, 2005).

No Brasil, uma das primeiras prisões destinadas a mulheres de que se tem registro é a do Calabouço, uma prisão para escravos situada no Morro do Castelo (Rio de Janeiro) e posteriormente transferida para a Casa de Correção da Corte. Lá, 187 mulheres escravas ficaram reclusas entre 1869 e 1870. Além das instalações e condições de higiene ser bastante precárias, não havia separação entre homens e mulheres; somente em 1905 foram criadas cinco celas especificamente para mulheres. Naquela época as mulheres presas ficavam juntas com homens criminosos e escravos (SILVA, 2011).

Embora, o encarceramento de mulheres em salas, celas, alas e seções separadas dos homens fosse uma prática recorrente, até o ano de 1940, não havia qualquer diretriz legal que exigisse ou regulamentasse nem essa prática, nem uma instituição para tal fim específico. Assim, as mulheres presas eram separadas ou não dos homens de acordo com os desígnios das autoridades responsáveis no ato da prisão e de acordo com as condições físicas para tal (ARTUR, 2009).

No dia 21 de abril de 1942, foi inaugurado em São Paulo nas dependências da antiga Penitenciária do Estado, o “Presídio para Mulheres”, no mesmo prédio onde, atualmente, é a Secretaria de Administração Penitenciária (SAP) no bairro do Carandiru. A ala feminina do complexo prisional era uma construção composta por cinco dormitórios comuns e seis individuais para as sentenciadas. Havia, também, um dormitório para funcionárias, no caso as irmãs da congregação do Bom Pastor, que administravam a unidade, além de diversos salões nos quais oficinas de costuras, arte e culinária era realizadas. Seu funcionamento durou até 21

de novembro de 1973. Em 1974 foi realizada a estatização do Presídio de Mulheres, o qual passou a ser chamada Penitenciária Feminina da Capital (SILVA, 2011).

A partir da década de 1930, na tentativa de promover amplas reformas com vistas à regulamentação geral das prisões brasileiras o governo federal adotou as seguintes medidas: implementou, em 1930, o Regimento das Correições que pretendia reorganizar o regime carcerário; em 1934, foi criado o Fundo e o Selo Penitenciário, a fim de arrecadar dinheiro e impostos para investimento nas prisões; . Somente em 1940 foram tomadas as primeiras medidas efetivas por parte do Estado, visando à acomodação legal de mulheres que cometeram crimes. (...) E no Rio de Janeiro, pelo Decreto-Lei nº 3.971 de 24 de dezembro de 1941, foi criada a Penitenciária Feminina da Capital Federal, também administrada por freiras da mesma congregação até o ano de 1955 (ARTUR, 2009, p 1).

O sistema penitenciário brasileiro apresenta inúmeros problemas estruturais, entre os quais destacamos a insuficiência de vagas, de unidades prisionais e de funcionários (BORGES, 2011). A grave situação em que se encontram as pessoas privadas de liberdade, refletida, dentre outros fatores, nas práticas de violência, na precariedade de espaço físico e na carência do atendimento à saúde, é uma realidade que não se pode negar. Embora existam inúmeros tratados internacionais que definem normas e orientações para uma melhor implementação das unidades penitenciárias de todo o mundo, observa-se que estas não vêm sendo seguidas (BRASIL, 2005).

2.2 PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO – PNSSP

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, instituído pela Portaria Interministerial n.º 1.777, de 9 de setembro de 2003, é fruto de um trabalho matricial construído com a participação de diversas áreas técnicas dos Ministérios da Saúde e da Justiça e com a participação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (BRASIL, 2011).

A homologação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário representa um avanço para o País, pois, pela primeira vez, a população das unidades prisionais é objeto de uma política de saúde específica, que regulamenta o acesso a ações e serviços que visam

reduzir os agravos e danos provocados pelas condições de confinamento em que se encontram (GOIS, et al., 2012).

Para Brasil (2005), o Plano Nacional de Saúde prevê a inclusão da população penitenciária no SUS, garantindo que o direito à cidadania se efetive na perspectiva dos direitos humanos. O acesso dessa população a ações e serviços de saúde é legalmente definido pela Constituição Federal de 1988, pela Lei nº 8.080, de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde, pela Lei nº 8.142, de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, e pela Lei de Execução Penal nº 7.210, de 1984.

Nesse contexto, a Lei de Execução Penal brasileira, no título II, capítulo II, art. 14, dispõe que a atenção à saúde do preso e do internado, de caráter preventivo e curativo, deve compreender atendimento médico, farmacêutico e odontológico; e quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover tal assistência, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção da instituição. Porém, as condições limites de vida e saúde da população que se encontra em unidades prisionais, levam-nos a refletir que embora a legislação vise a prevenir o crime e a garantir o retorno à convivência social, as precárias condições de confinamento tornam-se um dos empecilhos a esta meta, bem como impossibilitam o acesso das pessoas presas à saúde de forma integral e efetiva (GOIS et al., 2012).

A população carcerária no Brasil é de aproximadamente 210.150 pessoas, segundo dados oficiais do Departamento Penitenciário Nacional, DEPEN/Ministério da Justiça (Agosto/2003). Estas pessoas encontram-se distribuídas nos diferentes estabelecimentos penais que compõem o Sistema Penitenciário Brasileiro. Aproximadamente 75% dos presos estão recolhidos em presídios e penitenciárias, unidades destinadas a presos condenados à pena de reclusão em regime fechado. As colônias agrícolas, industriais ou similares recebem presos sentenciados ao cumprimento da pena em regime semiaberto e os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP) abrigam presos em medida de segurança, ou seja, internos que, em razão de grave transtorno mental, são incapazes de reconhecer o caráter ilícito de suas ações. Existem ainda as casas de albergado, destinadas a presos do regime aberto, e as cadeias públicas e distritos policiais, destinados a custódia de presos provisórios (BRASIL, 2005).

Historicamente, a questão da atenção à saúde da população que se encontra em unidades prisionais no Brasil tem sido feita sob ótica reducionista, na medida em que as ações desenvolvidas limitam-se àquelas voltadas para DST/aids, redução de danos associados ao uso abusivo de álcool e outras drogas e imunizações, apesar dos altos índices de tuberculose, pneumonias, dermatoses, transtornos mentais, hepatites, traumas, diarreias infecciosas, além

de outros agravos prevalentes na população brasileira, observados no âmbito destas instituições (BRASIL, 2005).

Os serviços de saúde existentes nos presídios, penitenciárias, colônias agrícolas ou manicômios judiciários serão cadastrados no CNES. As equipes de atenção à saúde nestes estabelecimentos serão compostas de: médico, enfermeira, odontólogo, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário. O monitoramento e avaliação das ações de saúde pertinentes aos planos operativos estaduais deverão ser realizados pelo Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, ou transitoriamente pelo SIA/SUS (BRASIL, 2010).

Em municípios onde houver unidades prisionais dentro de uma área de adscrição de uma Equipe de Saúde da Família, esta poderá ser a mesma a ser cadastrada no CNES do serviço de saúde penitenciário, desde que acrescida de psicólogo e assistente social, que geralmente não compõem a mesma (BRASIL, 2010).

Com o intuito de garantir o direito constitucional à saúde e o acesso com equidade, integralidade e universalidade e organizar as ações e serviços de saúde dentro dos estabelecimentos penais, os Ministérios da Saúde e da Justiça instituíram o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário/PNSSP, por meio da Portaria Interministerial n.º 1.7771, de 9 de setembro de 2003. (...) Nos estabelecimentos penais, com até 100 pessoas presas, o atendimento é realizado por uma equipe de saúde designada pela Secretaria Municipal de Saúde (BRASIL, 2012, p 23).

As condições de confinamento em que se encontram as pessoas privadas de liberdade são determinantes para o bem estar físico e psíquico. Quando recolhidas aos estabelecimentos prisionais, as pessoas trazem problemas de saúde, bem como transtornos mentais, que são gradualmente agravados pela precariedade das condições de moradia, alimentação e saúde das unidades prisionais. Assim, são necessárias as seguintes ações em saúde no sistema penitenciário: Implantar ações de promoção de saúde; Adotar medidas de proteção específica, como vacinação; 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, 2011).

De acordo com Brasil (2011), entre os fatores que favorecem o surgimento e disseminação de algumas doenças transmissíveis no ambiente prisional, o principal é o grande

aglomerado de pessoas, que facilita a proliferação das doenças de transmissão respiratória e pelo contato. Quanto maior a aglomeração e a pouca ventilação, maior é o risco de transmissão de doenças. É importante lembrar que muitos, antes de entrarem no sistema prisional, já apresentavam fatores de risco para aquisição de algumas doenças, como a desnutrição, más condições de moradia e uso de drogas injetáveis e inalatórias.

A atenção à mulher prevista no plano abrange a realização do pré-natal, controle do câncer cérvico-uterino e de mama. De forma complementar, é previsto ainda: diagnóstico, aconselhamento e tratamento de DST/aids (desde atividades preventivas como distribuição de preservativos e elaboração de material educativo até ações de diagnóstico e tratamento segundo a estratégia de abordagem sindrômica); atenção em saúde mental (prevenção de agravos psicossociais, prejuízo a saúde decorrente do uso de álcool e outras drogas); imunizações; avaliação e orientação para planejamento familiar (CASTRO; SOARES, 2012).

Ressalta-se que o acesso aos demais níveis de atenção em saúde, ou seja, o acesso a serviços de média e alta complexidade previstos no Plano será pactuado e definido no âmbito de cada Estado em consonância com os planos diretores de regionalização e aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Conselho Estadual de Saúde (CES) (BRASIL, 2010).

Segundo Castro e Soares (2012), é imperativo que real importância seja dada a esta disposição. Profissionais e gestores de estabelecimentos prisionais devem ter a consciência de que a atenção por eles dispensada a essa população continua enquadrada no Sistema Único de Saúde (SUS), portanto sendo necessário o correto funcionamento do sistema de referência e contrarreferência, em especial nas situações de urgência ou que necessitem de consultas especializadas, hospitalização e procedimentos de alta complexidade.

2.3 A MULHER PRESIDÁRIA

O perfil social da mulher criminosa tende a ser de uma mulher jovem, pertencente a um nível sócio-econômico baixo, com baixo nível educacional, baixo nível de emprego ou desempregada, solteiras ou separadas, procedentes de centros urbanos. Os crimes praticados pelas mulheres tendem a ser cometidos contra a propriedade numa proporção muito maior do

que contra à pessoa e também o uso de drogas aumenta a probabilidade de se envolverem numa conduta criminal. A principal diferença no perfil social criminoso do sexo feminino com o perfil social criminoso do sexo masculino é a maior presença de crianças dependentes entre criminosos do sexo feminino (VIAFORE, 2005).

O Comitê Internacional da Cruz Vermelha considera importante tais enfoques, visto que as mulheres têm necessidades de saúde específicas, principalmente com relação à saúde reprodutiva. Além de ser vulneráveis à violência sexual, aumentando o risco de gravidez indesejada, infecção com Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST) (GOIS et al., 2012).

Ao se deparar com uma população carcerária feminina, a problemática da violência pode tomar dimensões diversas. Além de perpetradoras de algum tipo de violência, essas mulheres podem ser também, vítimas, ao longo de suas vidas e mesmo durante seu período de encarceramento. Estudos brasileiros têm demonstrado que essa população tende a ser jovem, de baixo nível socioeconômico e educacional, com história de prostituição e uso abusivo de álcool e drogas ilícitas e, na maioria dos casos, condenada por envolvimento com o tráfico de drogas (SCHERER et al., 2011).

A reunião de todos os aspectos mencionados e a combinação entre desigualdade de gênero, estigma e discriminação aumenta a vulnerabilidade das mulheres privadas de liberdade às DST/HIV. Ademais, a maioria das mulheres que se encontram na prisão é proveniente de grupos socialmente marginalizados e apresenta maior probabilidade de ter se envolvido com trabalho sexual e/ou uso de drogas de forma não segura. Muitas também já foram vítimas de violência de gênero ou tem histórico de comportamento sexual sem proteção. Todos estes fatores tornam as mulheres vulneráveis no sistema penitenciário (BRASIL, 2012).

Estimativa do Programa Conjunto das Nações Unidas Sobre HIV e Aids (UNAIDS) informa que a prevalência da Aids entre pessoas privadas de liberdade no mundo é mais alta que entre a população geral. Situações precárias de confinamento (estruturais, de higiene, de alimentação e de atenção à saúde) contribuem para a ampliação das vulnerabilidades da população carcerária a inúmeros agravos, aumentando assim as taxas de morbidade e mortalidade. (BRASIL, 2012, p 53).

Relatórios nacionais apontam para a desigualdade de gênero no tocante à visita íntima, pois mostram que o direito à visita não atinge às mulheres presas na mesma proporção que aos homens. De acordo com o GTI (Grupo de Trabalho Interministerial) de Reorganização e Reformulação do Sistema Prisional Feminino (2007), o direito à visita

íntima para as mulheres presas “é tratado como mera liberalidade, não sendo garantido na maioria dos estabelecimentos prisionais femininos” (BRASIL, 2010).

O enfrentamento das questões ligadas à homossexualidade feminina, e especificamente à sua relação com a saúde, enquanto campo de reivindicações de direitos emerge no Brasil apenas recentemente, na virada do século XX para o XXI. Tal enfrentamento, que teve como início a noção de “direitos sexuais” como parte dos direitos humanos das mulheres, foi efetivado por meio de um processo político que conjugou expansão e maior visibilidade do movimento lésbico e sua articulação com o movimento feminista (BARBOSA; FACCHINI, 2009).

Barbosa e Facchini (2009), diz que a literatura internacional indica menor frequência de realização de exames ginecológicos, de exames de Papanicolau e de prevenção de câncer de mama entre as mulheres que fazem sexo com mulheres. Indica também que essas mulheres nem sempre procuram cuidados quando necessários ou só o fazem quando surgem sérios problemas e em períodos de maiores agravos à sua saúde; e que os profissionais de saúde solicitam menos a realização desses exames a essas mulheres.

Entretanto, existem poucas pesquisas publicadas relacionadas ao perfil sexual dessas mulheres, seus problemas de saúde e formas de prevenção nas prisões brasileiras, mais especificamente sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis/Vírus da Imunodeficiência Humana (DST/HIV) (NICOLAU, et al., 2011).

O sistema prisional é considerado um problema de saúde pública em potencial no mundo todo. Além de as prisões concentrarem indivíduos negros e pobres que não puderam atingir os patamares mínimos para o acesso a bens culturais e/ou de serviços, eles participam do grupo dos “especialmente vulneráveis” às doenças infecto-contagiosas. As condições de confinamento aumentam o risco de algumas infecções relacionadas às práticas sexuais e/ou ao uso de drogas injetáveis. É particular a preocupação com a alta soro prevalência para HIV, de marcadores para as hepatites B e C e outras doenças de transmissão sexual e sanguínea (CARVALHO et al., 2006).

2.4 DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS – DST’s

Como o nome implica, as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST’s) são transmitidas de indivíduos infectados aos parceiros durante o contato sexual íntimo. O local

de transmissão geralmente é genital, mas, algumas vezes, é orogenital ou anogenital. As pessoas com maior probabilidade de ser infectadas compartilham uma característica-chave: sexo sem proteção com múltiplos parceiros (POTTER; PERRY, 2009).

Em todo o mundo são frequentes as Doenças Sexualmente Transmissíveis. Estas geram complicações que são potencialmente graves, como risco de infertilidade, abortamento, infecções congênitas e também facilita a infecção pelo HIV. A Organização Mundial de Saúde (ONG) diz que ocorre, no Brasil, cerca de 10 a 12 milhões de casos novos de DST ao ano (SILVA; VARGENS, 2009).

As questões da saúde no Sistema Prisional são diretamente influenciadas pelo contexto do próprio sistema, como: situações de superpopulação, violência, iluminação e ventilação naturais insuficientes, além disso falta de proteção contra condições climáticas extremas são comuns em unidades prisionais em todo o mundo. (...) Fatores relacionados ao ambiente de cárcere, como o estresse, o abandono e o isolamento, também conduzem a processos de adoecimentos, sobretudo relacionados à saúde mental. A oferta de serviços de prevenção, diagnóstico e atenção representa uma tarefa fundamental, que demanda uma atuação integrada das equipes de saúde junto com os demais profissionais que atuam no Sistema Prisional para o desenvolvimento de competências específicas, a revisão de conceitos e a construção de novos conhecimentos, considerando as particularidades desse cenário (BRASIL, 2012, p 27).

As mudanças ocorridas nas últimas décadas têm alterado o perfil das doenças sexualmente transmissíveis (DST), transformando seu controle em um problema de saúde pública, não apenas por sua alta incidência e prevalência, mas por suas consequências, como as complicações psicossociais e econômicas, pois acometem a grande parcela da sociedade em idade produtiva e reprodutiva. Por isso, são consideradas doenças de alta transcendência, ou seja, tem alta morbimortalidade, impacto psicológico e trazem perdas do ponto de vista econômico. As doenças transmitidas pelo contato sexual estão atualmente entre as cinco principais causas da demanda por serviços de saúde e podem provocar, em curto prazo, dor e sofrimento (DORETO; VIEIRA, 2007).

Condições precárias podem ainda dificultar ou mesmo impedir a implementação de respostas eficazes ao HIV e à AIDS por parte dos profissionais prisionais. Portanto, a ação de prevenir a transmissão da infecção pelo HIV em ambientes prisionais e de disponibilizar serviços de saúde às pessoas que vivem com HIV/AIDS nesse meio se insere em esforços mais amplos de melhoria das condições de privação de liberdade (BRASIL, 2012).

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) algumas vezes propaga-se pelo contato sexual. Embora o HIV esteja presente na maioria dos líquidos corporais, é um patógeno hematogênico. A transmissão ocorre quando há troca de líquidos corporais. As

principais vias de transmissão incluem agulhas intravenosas (IV) contaminadas, intercuro anal, intercuro vaginal, sexo orogenital e transfusão de sangue e hemoderivados. As populações com risco de adquirir o HIV incluem gays, usuários de drogas IV, indivíduos com hemifilia e heterossexuais que fazem sexo sem proteção com múltiplos parceiros (POTTER; PERRY, 2009).

Já as infecções vulvovaginais são problemas comuns, e as enfermeiras desempenham um papel importante no fornecimento de informações, as mulheres precisam compreender sua própria anatomia e as medidas de higiene vulvovaginais para encorajar o crescimento dos lactobacilos. Quando as pacientes são tratadas com antibióticos a flora vaginal normal é reduzida. Isso resulta em PH alterado e crescimento de organismo fúngicos. Os outros fatores que podem induzir as infecções incluem a relação sexual com um parceiro infectado e o uso de roupas apertadas, não absorventes e que retém calor (SMELTZER; BARE, 2005).

“Sexo seguro” é uma terminologia que descreve comportamento sexual responsável com o objetivo de prevenir a propagação de DSTs, incluindo HIV/AIDS. O comportamento sexual responsável inclui conhecer o parceiro sexual, ser capaz de discutir abertamente a história sexual e o uso de drogas com o parceiro, não permitir que drogas ou álcool influenciem a tomada de decisão e usar dispositivos de proteção (POTTER; PERRY, 2009).

O trabalho em saúde, no tocante a prevenção e promoção, sugerem processos educativos. O autocuidado é uma perspectiva da saúde coletiva, que, ao promover informação e orientação, possibilita aos cidadãos hábitos saudáveis, gerando autonomia. Nesse sentido, a responsabilidade de promover a educação em saúde para o autocuidado, portanto para a prevenção de doenças, cabe ao conjunto de pessoas que compõe a instituição prisional. Dentre elas, destacamos os profissionais das áreas de gestão, os administrativos, a população confinada, os profissionais de saúde os diversos setores, os agentes penitenciários, entre outros, que devem fazer parte do processo educativo/pedagógico, estruturais para garantir a integralidade do processo de ressocialização (BRASIL, 2012).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo de campo do tipo descritivo, com abordagem quantitativa. Estudos descritivos têm como propósito observar, descrever, explorar, classificar e interpretar aspectos de fatos ou fenômenos. Buscam-se frequência, característica, relação e associação entre variáveis (DYNIEWICZ, 2009).

Ainda de acordo com o autor citado, a abordagem quantitativa prevê a mensuração de variáveis preestabelecidas para “verificar e explicar sua influência sobre outras mediante a análise da frequência de incidências e correlações estatísticas”.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

O local escolhido para realização desta pesquisa foi a Cadeia Feminina, localizada no município de Cajazeiras – PB. Situado na região Oeste do Estado da Paraíba, segundo dados do IBGE (2007), o município de Cajazeiras ocupa uma área de 566 km² e sua população é de 58.446 habitantes. O acesso a capital do estado João Pessoa é feito através da BR-230, a qual distancia cerca de 465 km da capital. A Cadeia foi escolhida por ser um local fechado com maior vulnerabilidade para transmissão de doenças.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população desta pesquisa foi constituída por 37 mulheres encarceradas, sendo que 28 mulheres destas estão regime fechado e 9 são albergadas. A amostra foi constituída apenas pelas que estão em regime fechado.

Para Dyniewicz (2009), população é a totalidade dos indivíduos que possuem características definidas para um determinado estudo. Amostra é uma parte selecionada criteriosamente dentro do universo ou população a ser estudada. Tem relação direta com o problema de pesquisa e depende de muitos fatores para sua seleção, tais como, entre outros, variáveis selecionadas, recursos disponíveis e outras técnicas de coleta de dados selecionadas para o projeto.

3.3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Participaram da pesquisa apenas mulheres presidiárias que permanecem ou residem por mais de um mês na instituição.

A pesquisa respeitou os preceitos éticos da Resolução 196/96 e somente participaram deste estudo as mulheres que concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

3.3.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não participaram da pesquisa as presidiárias albergadas, ou seja, que vão apenas dormir na cadeia.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados foi um questionário, inicialmente contempla dados referentes à caracterização sócio demográfica, a história sexual, hábitos de vida e o conhecimento das mulheres sobre sua saúde e as principais doenças sexuais. Esses dados capacitam o pesquisador a entender melhor os participantes da pesquisa e a compreender o ponto de vista dos sujeitos pesquisado, a fim de traçar o perfil dos mesmos.

3.4 COLETA DE DADOS

Inicialmente os dados foram coletados em duas visitas realizadas pela pesquisadora ao local, para aplicação do questionário (APÊNDICE A), dentro do ambiente prisional combinado com a diretora e as agentes da instituição penitenciária, cada entrevista durou em média cerca de 10 a 15 minutos. Houve dificuldade nas respostas das participantes como também na disponibilidade de tempo oferecida pelo presídio para realização da entrevista com as mulheres encarceradas.

Em um primeiro momento explicou-se a finalidade da pesquisa, seus objetivos, bem como a necessidade e importância da participação de cada detenta, assegurando sempre a confidencialidade de todas as informações que foram coletadas. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A), a aplicação do questionário foi realizada, respeitando a privacidade de cada participante. Ao final, a pesquisadora agradeceu a participação de cada entrevistada.

3.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Após a coleta, os dados foram tabulados em planilha do programa Excel ® for Windows, versão 2011, copilados e analisados através do Programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 17. Os dados foram apresentados por meio de tabelas, utilizando o pacote estatístico básico como frequência e percentual. Os dados foram discutidos com base na literatura.

3.6 POSICIONAMENTO ÉTICO DO PESQUISADOR

As participantes receberam esclarecimentos sobre os procedimentos e métodos da pesquisa, e então, assinaram o TCLE (ANEXO A) apresentado a elas. Por meio deste instrumento estão assegurados os seguintes princípios éticos de pesquisas com seres humanos: sigilo e respeito das informações coletadas, conhecimento dos resultados e a possibilidade em abandonar a pesquisa a qualquer momento sem prejuízos ao participante.

O pesquisador seguiu fielmente as observâncias éticas da Resolução 196/96, que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos, comprometendo-se em manter o sigilo das informações obtidas e não utilizá-las para quaisquer outros fins que não seja a pesquisa propriamente dita.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Inicialmente a população foi composta por 37 mulheres e a amostra por 28 mulheres, porém apenas 25 mulheres aceitaram participar da pesquisa. Da amostra total, 89,2% responderam a entrevista, porém tivemos uma perda de 10,8% que se recusaram a responder. Após o levantamento de dados realizamos a análise e a discussão dos dados sociodemográficos, da história sexual, dos hábitos de vida, bem como dos conhecimentos das mulheres em relação à saúde sexual.

4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Para analisar e descrever as características sociodemográficas das 25 mulheres presidiárias que participaram do estudo foi utilizado as seguintes variáveis: idade, escolaridade, renda familiar, estado civil, raça, profissão e delito cometido e procedência.

Tabela 1 - Distribuição numérica e percentual das participantes conforme idade, estado civil e raça/cor.

VARIÁVEIS	<i>f</i>	%
Idade (anos)		
20 a 30 anos	11	44
31 a 37 anos	08	32
43 a 61 anos	04	16
Não informou	02	8
Total	25	100
Estado Civil:		
Solteira	12	48
Casada	06	24
União Estável	04	16
Viúva	02	8
Divorciada	01	4
Total	25	100
Raça/Cor		
Branca	10	40
Negra	01	4
Parda	14	56
Total	25	100

Fonte: Própria pesquisa, 2013.

Nos dados apresentados na tabela 1, identificou-se que as mulheres presidiárias estudadas são predominantemente jovens: a variável idade apresentou 44% das presidiárias com 20 a 30 anos, 36% delas tinham entre 31 a 37 e os 16% restante se encontram em uma faixa de 43 a 61 anos e 8% não informaram a idade.

Os dados referentes ao estado civil apontam que 48% das participantes são solteiras, 24% são casadas, 16% apresentam unidas consensualmente, 8% são viúvas e 4% são divorciadas. Algumas mulheres relataram durante a entrevista que se envolveram com o crime por incentivo de seus parceiros.

A história da criminalidade feminina está relacionada com o envolvimento afetivo. Apesar da recente mudança do perfil da mulher infratora, ainda são comuns relatos de participação do homem no momento do episódio criminoso, sendo ele responsável direto ou indiretamente por seu envolvimento com o crime e, afinal, seu encarceramento. Ainda nesse ponto a criminalidade feminina se distingue da masculina: a mulher, na maioria das vezes, comete crime movida por sentimentos íntimos atrelados à situação socioeconômica desfavorável (NICOLAU, 2010).

Em relação à raça, o estudo mostrou que a cor predominante foi à parda, sendo representada por 56% da amostra, 40% são brancas e 4% negras.

Tabela 2 – Distribuição numérica e percentual das participantes conforme escolaridade, renda familiar e profissão.

VARIÁVEIS	<i>f</i>	%
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	18	72
Ensino Fundamental Completo	01	4
Ensino Médio Incompleto	02	8
Ensino Médio Completo	01	4
Ensino Superior Incompleto	01	4
Não informou	02	8
Total	25	100
Renda Familiar		
Menos de um salário	14	56
Um salário	04	16
Dois salários	01	4
Mais de dois salários	01	4
Não informou	05	20
Total	25	100
Profissão		
Vendedora	04	16
Do lar	10	40
Agricultora	03	12
Outras	01	4
Não Informou	07	28
Total	25	100

Fonte: Própria pesquisa, 2013.

Considerando que o nível educacional e os fatores socioeconômicos tem influência no incentivo à criminalidade, foi observado na tabela 2, que 72% das participantes afirmaram ter cursado o Ensino Fundamental incompleto (até o 7º ano), 8% tem o Ensino Médio incompleto, 8% não aceitaram informar o seu grau de escolaridade, 4% completaram o Ensino Fundamental, 4% possui o Ensino Médio completo, 4% cursaram o até o Ensino Superior incompleto, o que denota baixa escolaridade das detentas, corroborando com o que diz Nicolau (2010), o baixo nível escolar interfere negativamente nas oportunidades de emprego, aumentando a pobreza e a prática de subempregos. Assim, o envolvimento de mulheres jovens com pouca escolaridade na criminalidade é produto de uma história de restritas oportunidades iniciada na infância. O ingresso no mundo do crime, portanto é vislumbrado como uma forma de rápida ascensão econômica e autoafirmação na sociedade.

A instituição penitenciária onde a pesquisa foi realizada oferece medidas socioeducativas pensando na reintegração das mulheres privadas de liberdade na sociedade, durante a entrevista foi observado que grande parte das participantes frequentava ativamente as aulas dentro da cadeia, na esperança de uma melhoria das condições de vida no pós-prisão.

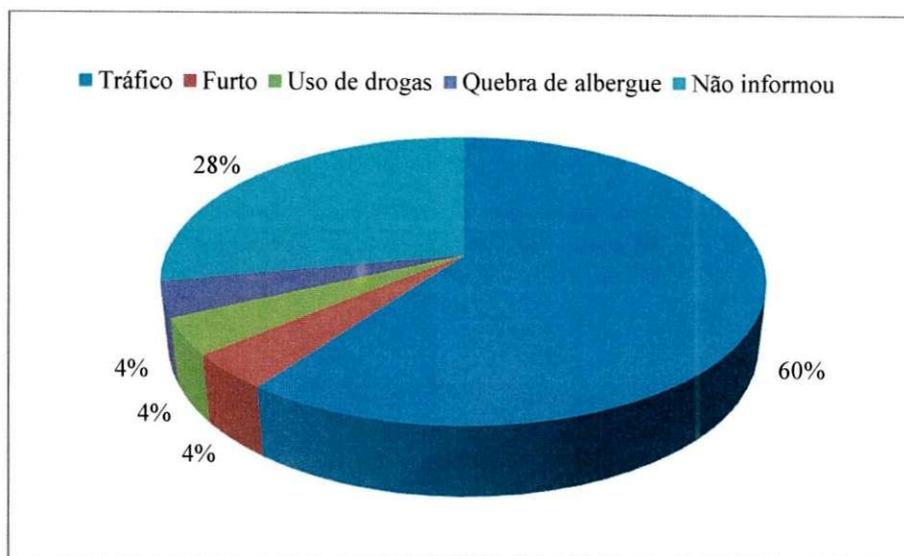
Quanto à renda familiar foi observado que a maior parte das entrevistadas possui renda inferior a um salário mínimo, muitas relataram que a única renda era do Programa Bolsa Família, que de acordo com o Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome é um programa de transferência direta de renda que beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o País. O Bolsa Família integra o Plano Brasil Sem Miséria (BSM), para brasileiros com renda familiar per capita inferior a R\$ 70 mensais, e está baseado na garantia de renda, inclusão produtiva e no acesso aos serviços públicos.

Os dados reunidos na tabela 2 denotam que 56% das participantes afirmam ter renda menor que um salário mínimo, 16% relataram ter renda familiar mensal de um salário mínimo, 20% não informaram sua renda, apenas 4% tem renda familiar de dois salários e os outros 4% tem renda de mais de dois salários.

Já em relação à ocupação ou profissão anterior ao aprisionamento os dados revelou uma população que exercia, principalmente trabalho com nenhuma remuneração como mostra a tabela 2, 40% das mulheres cuidam apenas de seus lares, já 28% não informaram sua ocupação, as demais exerciam trabalhos de baixa remuneração como vendedora que corresponde a 16% das participantes estudadas, 12% são estudantes e 4% delas tinham outros tipos de ocupações.

Ratificando os dados da pesquisa, Salmasso (2004), diz que a pobreza não é a única causa da criminalidade. Apesar da forte associação entre a marginalidade e a criminalidade – facilmente derrubada mediante uma reflexão mais profunda – a criminalidade é um fenômeno que perpassa por toda a sociedade, seus segmentos, classes, faixas etárias, etc. Para comprovar essa constatação, podemos citar como exemplos o uso e o tráfico de drogas por indivíduos de classe média e alta. Homicídios, suicídios, violência doméstica também estão presentes no seio dos lares mais abastados.

Gráfico 1 Distribuição numérica e percentual das participantes conforme delito cometido.



Fonte: Própria pesquisa, 2013.

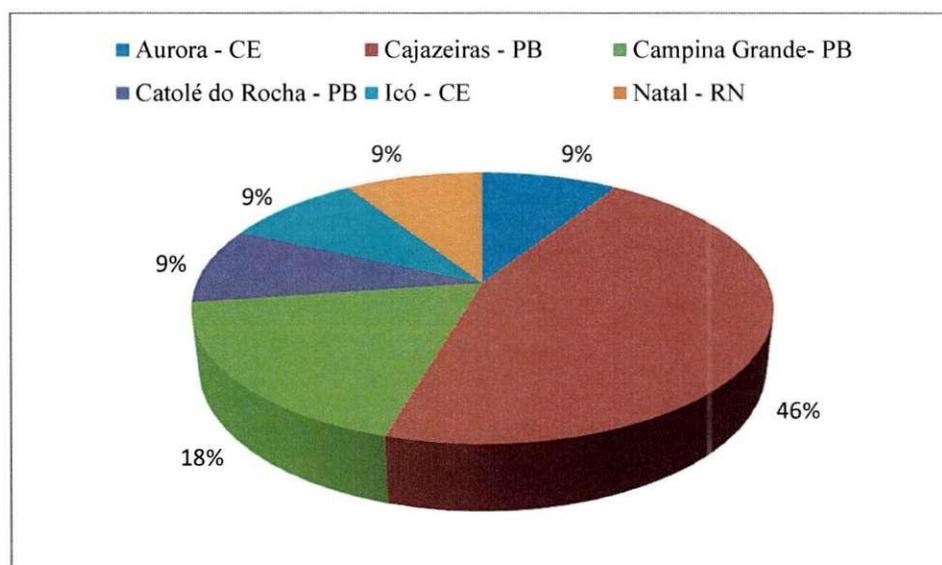
A razão pela qual as mulheres em questão foram presas estão distribuídas no gráfico 1. O principal delito é o tráfico de drogas correspondendo a 60% dos dados, algumas relataram ainda que só se envolveram por causa de relacionamentos amorosos, 28% das participantes não informaram e os demais delitos apresentaram índice de 4%: furto, uso de drogas e quebra de albergue

A pesquisa apresentou resultados maiores do que os obtidos no estudo de Carvalho et al. (2006) no qual mais da metade das mulheres (54%) havia sido condenada nos artigos referentes ao tráfico de drogas.

A banalização da violência, a desestruturação familiar, a falta de acesso à educação, aos recursos básicos de sobrevivência, as altas taxas de desemprego, o subemprego, bem como a desestruturação das relações interpessoais e os motivos passionais são alguns fatores que podem ser considerados indutores da criminalidade feminina, ou então, têm grande parcela de responsabilidade pela entrada das mulheres no mundo do crime e consequentemente nas prisões. A participação nos crimes de tráfico, uso, posse e distribuição de drogas, têm sido os crimes responsáveis pelo aumento do número de mulheres presas, nas últimas décadas, seja na função de agentes ou de cúmplices da criminalidade (PRIORI, 2009).

Nos últimos anos, houve considerável aumento no número de mulheres encarceradas por envolvimento no tráfico de drogas, tanto por traficarem como por usarem. Esse tipo de crime correspondia a 32,6% das detenções de mulheres em 1988, passando para 56,1% em 2000. O envolvimento com drogas (tráfico e uso), combinado ou não com outro crime, constituiu o delito de maior ocorrência entre as reeducandas, com frequência de 196 (63,3%) na pesquisa de Scherer et al. (2011), mostrando a afinidade com a análise dos resultados deste estudo.

Gráfico 2 – Distribuição numérica e percentual das participantes conforme procedência.



Fonte: Própria pesquisa, 2013.

Os dados referentes ao lugar de origem revelam que 46% das mulheres presidiárias que estão detidas na Cadeira de Cajazeiras - PB são procedentes deste município, 18% são de Campina Grande – PB, as demais cidades: Catolé do Rocha - PB, Aurora – CE, Icó – CE e Natal-RN apresentaram índice de 9%.

4.2 HISTÓRIA SEXUAL DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Foi analisada a história sexual das mulheres presidiárias da Cadeia Feminina de Cajazeiras de acordo com os dados coletados e distribuídos nas Tabelas e Gráficos.

Tabela 3 - Distribuição numérica e percentual das participantes conforme idade da menarca, idade da primeira relação sexual e comportamento sexual.

VARIÁVEIS	F	%
Idade da menarca		
11 anos	01	4
12 anos	05	20
13 anos	07	28
14 anos	05	20
15 anos	02	8
16 anos	02	8
Não informou	03	12
Total	25	100
Idade da primeira Relação Sexual		
12 anos	02	8
14 anos	08	32
15 anos	01	4
16 anos	04	16
17 anos	03	12
18 anos	01	4
19 anos	02	8
Não informou	04	16
Total	25	100
Comportamento sexual		
Heterossexual	19	76
Bissexual	02	8
Não informou	04	16
Total	25	100

Fonte: Própria pesquisa, 2013.

Considerando os dados sobre a idade da menarca destacam-se com maior frequência os intervalos entre 12 e 14 anos. A maioria representada por 28% da amostra tiveram o início do ciclo menstrual com 13 anos, porém com 20% tivemos duas amostras uma com 12 e outra com 14 anos, 12% não informou a idade da primeira menstruação, outras duas amostras de

8% sendo uma com 15 anos e outra com 16, apenas 4% das mulheres tiveram o início dos ciclos menstruais com 11 anos.

Tivemos diversas variações em relação à idade da menarca, pois como sabemos existe vários fatores que interferem como hereditariedade, nutrição e hábitos de vida.

A menarca, que é o primeiro fluxo menstrual, e reconhecido como um importante indicador do desenvolvimento pubertário em moças, uma vez que ela sinaliza para uma total maturação dos órgãos reprodutores internos femininos. A média da idade do seu surgimento se constitui em um indicador também para a saúde e bem-estar da população, também podendo indicar a condições e nível socioeconômico em que vivem, revelando de alguma forma que em condições ambientais satisfatórias, pois podem provocar seu surgimento mais precocemente (BORGES; JÚNIOR, 2000).

A análise dos dados da idade da primeira relação sexual evidenciou início da vida sexual precoce entre as participantes, visto que a maioria teve início na adolescência, uma vez que 32% iniciaram aos 14 anos, sendo que 16% iniciaram aos 16 anos, outros 16% não quiseram ou não souberam informar, 12% delas deram início aos 17 anos, algumas mulheres começaram a vida sexual aos 12, 15 e 19, estas apresentaram índices de 8% apenas, 4% das mulheres analisadas iniciaram sua vida sexual aos 18 anos.

Os dados da tabela 3 nos mostra início da vida sexual precoce, vimos então à necessidade de mais engajamento de programas de saúde junto à educação, como por exemplo, o PSE (Programa Saúde na Escola) e uma maior intensificação do planejamento familiar promoção da saúde sexual e reprodutiva no período da adolescência, por parte das Estratégias de Saúde da Família.

Quanto ao comportamento sexual ficou evidenciado um alto índice de mulheres heterossexuais, sendo representadas no estudo por 76% das participantes, 16% decidiram não informar e outras 8% delas são bissexuais.

O presente estudo apresentou maior índice de mulheres heterossexuais comparado com a pesquisa de Nicolau (2010), onde a porcentagem foi de 63,2%.

Tabela 4 – Distribuição numérica e percentual das participantes conforme a variáveis, visita íntima, parceria sexual e tipo e número de parceiros.

VARIÁVEIS	F	%
Visita íntima		
Não recebe	22	88
Não informou	03	12
Total	25	100
Possui parceiro sexual		
Sim	15	60
Não	09	36
Não informou	01	4
Total	25	100
Tipo de parceiro		
Instável	01	6,7
Estável	11	73,3
Não Informou	03	20
Total	15	100
Número de parceiros		
Um parceiro	14	93,3
Mais de um parceiro	01	6,7
Total	15	100

Fonte: Própria pesquisa, 2013.

Nos dados referentes à visita íntima foram observados que mesmo sendo permitida na instituição, 88% das mulheres não recebem e os outros 22% não aceitaram informar se recebiam.

De acordo com Leivas et al. (2011), o Sistema Carcerário Brasileiro é regulamentado pela Lei de Execuções Penais – LEP, esta determina como deve ser executada e cumprida a pena de privação de liberdade e restrição de direitos. Em 2009, a Lei de Execução Penal (art. 83, par. 3º), pensando no bem estar e respeito aos direitos da mulher presa, determina que a segurança das dependências internas dos presídios femininos deve ser feita exclusivamente por mulheres. São alguns dos direitos assegurados à mulher apenada: receber visita do marido, companheiro, parentes e amigos, assegurados pela LEP (art. 41, inciso X); direito à visita íntima ao menos uma vez por mês, pois a privação de liberdade não pode ter como consequência a restrição da sexualidade (artigo 41, inciso X, da LEP e Resolução nº1/1999 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária - CNPCP).

Os dados apresentados na tabela 4 mostram que 60% (que corresponde a 15 mulheres) possuem parceiro sexual, 36% não tem parceiro sexual e 4% não quiseram informar, das 15 mulheres que tem parceiro sexual, 93,3% tem apenas um parceiro e 6,7% possuíam mais de um parceiro. Ao serem indagadas sobre ao tipo de parceiro, 73,3% (11 mulheres) tem uma parceiro estável, de modo que 20% (03 mulheres) não informaram o tipo de parceiro e 6,7% (01 mulher) tem um parceiro instável.

As mulheres que tem parceiro estável referenciaram a confiança no amor de seus parceiros como proteção para as DST's, podendo elevar o número de doenças sexuais, entretanto é válido lembrar que independente do tipo de parceiro é muito importante a proteção e a prevenção através do uso de preservativo.

Sabemos da importância dos parceiros para as mulheres, principalmente no cárcere, na Cadeia Feminina de Cajazeiras elas ainda não recebem visita íntima como foi mostrado na tabela 4, algumas porque não querem ou não possuem parceiros, outras porque o processo de pedido para receber essas visitas ainda está em andamento, pois existe alguns requisitos institucionais que devem ser cumpridos, outro aspecto fundamental foi observado no momento das entrevistas, a questão do abandono dos maridos às mulheres durante o tempo em que elas estão presas e esse assunto se torna de certa forma doloroso para muitas delas.

A pouca variedade de parceiros ficou evidente na pesquisa, nesta circunstância a análise foi positiva, uma vez que o número de parceiros é um dos critérios de risco para avaliar a vulnerabilidade das mulheres quanto às DST's.

Tabela 5 – Distribuição numérica e percentual das participantes conforme história de DST/aids, tipo de DST, uso de método contraceptivo e tipo de contraceptivo.

VARIÁVEIS	F	%
História de DST/aids		
Sim	02	8
Não	19	76
Não sabe/Não Informou	04	16
Total	25	100
Tipo de DST		
Tricomoníase	01	50
Sífilis	01	50
Total	02	100
Usa método contraceptivo		
Sim	07	28
Não	12	48
Não informou	06	24
Total	25	100
Método contraceptivo utilizado		
Preservativo	03	42,8
Anticoncepcional Oral ou Injetável	01	14,3
Preservativo + Anticoncepcional	01	14,3
Não Informou	02	28,6
Total	07	100

Fonte: Própria pesquisa, 2013.

Os resultados referentes à história de DST/aids mostrou uma análise positiva, pois 76% das participantes não tinham histórico de doenças sexuais, diferente do estudo de Carvalho et al. (2006) onde 31,9% das participantes tem história de DST antes da prisão. Algumas mulheres que não informaram ou não souberam (16%) e apenas 8% tiveram alguma doença sexual. Na tabela 5 os 8% são representados por 02 mulheres, destas uma teve tricomoníase (50%) e a outra sífilis (50%).

Levando em consideração aos métodos contraceptivos à análise foi negativa, pois 48% não utilizam nenhum método preventivo, apenas 28% faz uso de algum método e 24% não informou, neste caso a vulnerabilidade em relação a adquirir ou transmitir uma doença sexual e uma gravidez indesejada se torna maior devido não existir prevenção por parte tanto das mulheres como dos seus parceiros. Apenas 07 mulheres utilizam algum tipo de método contraceptivo, destas 42,8% utilizam preservativos, 28,6% não informaram qual método utilizado, as demais utilizavam anticoncepcional oral ou injetável sendo representado por

14,3%, entretanto existe uma que utiliza anticoncepcional mais o preservativo (14,3%), pois na visão desta um vai proteger da gravidez indesejada e o outro vai prevenir doenças sexuais, respectivamente.

Com relação à prevenção da transmissão sexual do HIV, a Política Nacional de AIDS para conter o avanço da epidemia no Brasil preconiza o uso do preservativo como forma mais eficiente de prevenção de DST e AIDS, pois o uso correto e sistemático de preservativo em todas as relações sexuais apresenta uma efetividade estimada de 95%. Neste contexto é indispensável o acesso constante ao preservativo para os internos do Sistema Prisional (FOLTRAN et al., 2009).

Tabela 6 – Distribuição numérica e percentual das participantes conforme acompanhamento ginecológico na instituição, realização de exames de prevenção do câncer de colo uterino e realização do autoexame das mamas.

VARIÁVEIS	<i>f</i>	%
Acompanhamento Ginecológico		
Sim	15	60
Não	07	28
Não informou	03	12
Total	25	100
Já realizaram exame de prevenção do Câncer de colo uterino?		
Sim	22	88
Não	03	22
Total	25	100
Já realizaram exame de prevenção do Câncer de Mama?		
Sim	08	32
Não	14	56
Não informou	03	12
Total	25	100

Fonte: Própria pesquisa, 2013.

Na análise dos dados referentes ao acompanhamento ginecológico dentro da instituição foi realizado apenas com 60% (15 mulheres), mostrando que a maioria já passou por esse serviço após o ingresso na instituição, 28% não fez o acompanhamento ainda, algumas até relataram que vão fazer, os 12% não quiseram informar.

Na cadeia feminina da cidade de Cajazeiras – PB, o acompanhamento ginecológico se dá através de parcerias junto as Estratégias de Saúde da Família, com assistência de Médicos e Enfermeiros para coleta do exame de prevenção do colo uterino e possíveis orientações quanto o autoexame das mamas e planejamento familiar. Entretanto ficou evidente a necessidade de ampliar a cobertura de políticas educativas dentro da instituição estudada.

O acompanhamento ginecológico dentro das instituições prisionais ganha maior conotação, além da realização do exame preventivo. Tendo em vista as vulnerabilidades inerentes à população feminina reclusa, a consulta pode configurar um importante momento de aconselhamento, orientação e fornecimento de preservativos, além da identificação de agravos (NICOLAU et al., 2012).

Todas as mulheres que têm ou já tiveram relação sexual estão expostas ao risco de desenvolver neoplasia. Essas mulheres estão expostas também a outros agravos à saúde, como a DST/Aids, necessitando que a atuação profissional em atividades clínicas e educativas seja eficaz na prevenção e controle desses agravos. São mulheres também expostas à gravidez indesejada e por isso, a anticoncepção oferecida deve atender à necessidade de planejar a família como direito da mulher e prioridade da atenção básica em saúde (CAVALCANTE; PORTUGAL, 2002).

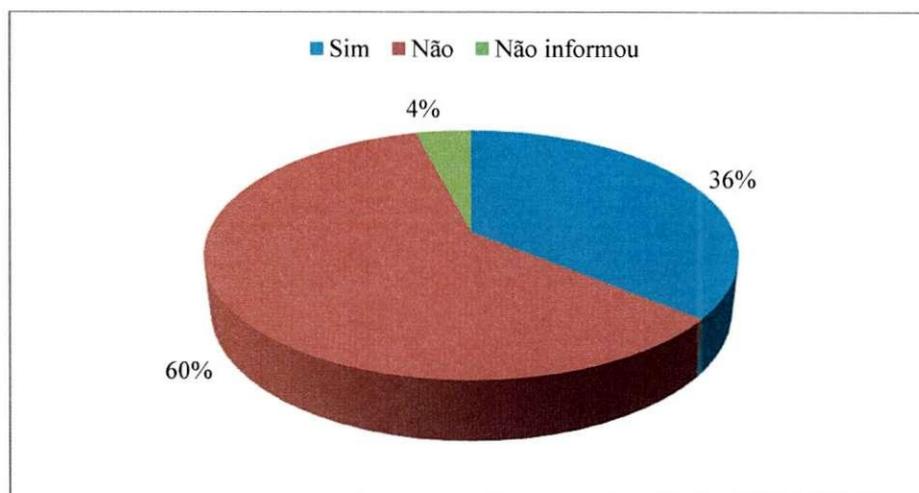
Os dados sobre a realização do exame de prevenção do câncer de colo uterino mostrou que 88% das mulheres já fizeram alguma vez e 22% nunca fizeram. São comuns ainda hoje, algumas mulheres não realizarem o exame de prevenção (Papanicolau) como mostra a pesquisa de Miranda; Merçon-de-Vargas; Viana (2004), onde aproximadamente 50% delas nunca tinham realizado exame ginecológico de rotina; as condições precárias de vida, a baixa escolaridade e a falta de informação adequada contribuem para essa situação. O acesso às unidades sanitárias de atenção primária é pouco frequente para essa população.

Em relação à realização do autoexame das mamas a análise não foi satisfatória, pois 56% nunca fizeram, 32% já realizaram alguma vez e 12% não informaram.

Algumas mulheres relataram que tinham conhecimento sobre a realização do autoexame das mamas, porém deixavam de fazer muitas vezes por esquecimento, isso denota preocupação, pois de acordo com Brasil (2010), o câncer de mama ainda é a doença mais frequente entre as mulheres no Brasil. Em 2005, os dados do Ministério da Saúde demonstraram que 10.208 mulheres morreram, no Brasil, por causa dessa doença. Apesar de

ser fatal, quando detectada precocemente pode ser tratada com sucesso. O Ministério da Saúde priorizou a prevenção dessa doença e a colocou como uma das políticas que contribuirão para redução de morte da mulher.

Gráfico 3 – Distribuição numérica e percentual das participantes conforme realização de aborto.



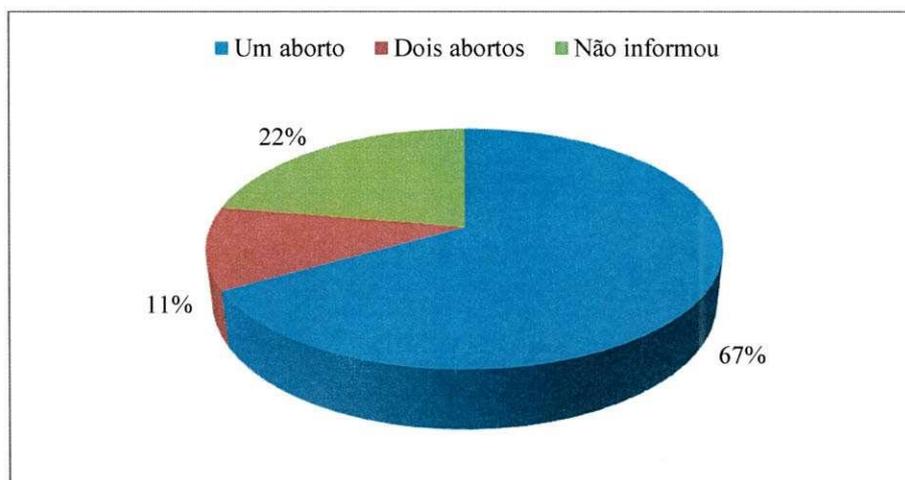
Fonte: Própria pesquisa, 2013.

De acordo com o Gráfico, 60% das participantes não tiveram nenhum aborto, 36% tiveram um ou mais abortos e 4% das mulheres se recusaram a informar. Comparado ao estudo de Miranda; Merçon-de-Vargas; Viana (2004) onde 50,4% das participantes relataram história prévia de aborto, o presente estudo obteve valores menores (36%).

O aborto é um importante problema de saúde pública em todo o mundo, pois deixa sequelas e leva a complicações que causam à esterilidade, ou até mesmo à morte da mulher.

O fato é que, apesar das proibições legais e religiosas, o aborto continua existindo e constitui causa de 10 a 15% dos óbitos maternos no Brasil. O Código Penal brasileiro não prevê punição para o aborto praticado por médico quando a gravidez é resultado de estupro ou se não há outro meio de salvar a vida da mulher. Todos os demais casos são passíveis de punição, com penas que variam de um a dez anos de prisão para a mulher e para a pessoa que realiza o aborto, sendo que, para esta última, a pena pode dobrar caso ocorra a morte da gestante (FAÚNDES et al., 2004).

Gráfico 4 – Distribuição numérica e percentual das participantes conforme quantidade de abortos realizados.



Fonte: Própria pesquisa, 2013.

Em relação à quantidade de abortos realizados, das 09 mulheres, 67% tiveram um aborto, 22% não responderam e 11% já tiveram dois abortos, questionadas quanto ao tipo de aborto 04 mulheres tiveram aborto espontâneo, 01 mulher relatou que foi induzido por violência do companheiro, que ao agredi-la acabou provocando o aborto.

Gráfico 5 – Distribuição numérica e percentual das participantes conforme filhos.



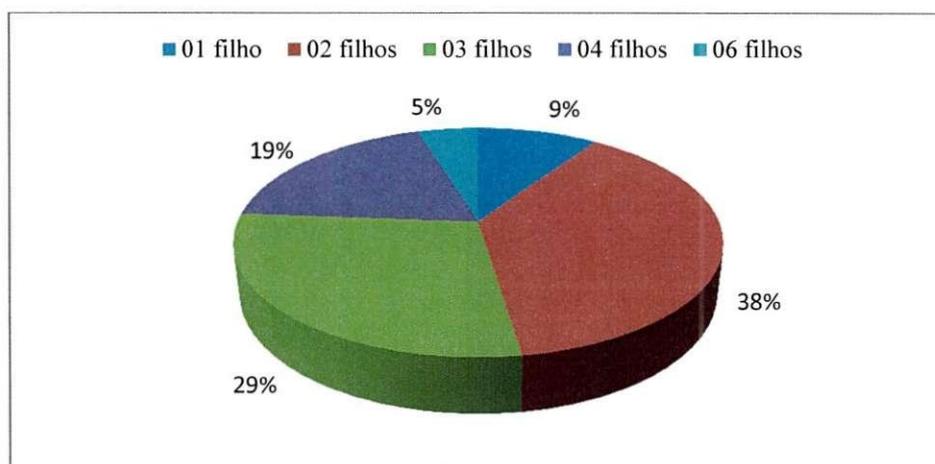
Fonte: Própria pesquisa, 2013.

Quanto a filhos, 84% das mulheres presidiárias estudadas têm um ou mais filhos, 12% não informou e 4% delas não tem nenhum filho.

Durante a entrevista é notório a preocupação de muitas em relação ao filho que está lá fora, tanto quanto aos cuidados como quanto ao que eles vão pensar delas. Algumas relataram que sentem vergonha e que sofre com a situação.

Portanto, é primordial que a visão da justiça seja integrada com a visão da saúde mental da criança. Desta forma, não se prejudicará tão intensamente a vida da criança. Ademais, estando à apenas em contato com o filho, seu comportamento agressivo tenderá a diminuir, e a mudança de comportamento poderá ser constatada em outras internas, por simples aproximação. O fato da permanência e do convívio com crianças atenua ímpetus hostis (VIAFORE, 2005).

Gráfico 6 – Distribuição numérica e percentual das participantes conforme número de filhos.



Fonte: Própria pesquisa, 2013.

No tocante ao número de filhos, a maioria das mulheres tinha mais de um filho. Como mostra o gráfico 38% das participantes tem dois filhos, 29% têm três filhos, 19% têm quatro filhos, apenas 9% tem somente um filho e 5% tem seis filhos.

4.3 HÁBITOS DE VIDA DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Tabela 7 – Distribuição numérica e percentual das participantes conforme os hábitos de vida das presidiárias.

VARIÁVEIS	<i>f</i>	%
Tabagista		
Sim	08	32
Não	11	44
Não informou	06	24
Total	25	100
Tabagista com que frequência		
Frequentemente (todos os dias)	06	75
Socialmente (alguma vez)	01	12,5
Não informou	01	12,5
Total	08	100
Etilista		
Sim	10	40
Não	06	24
Não Informou	09	36
Total	25	100
Etilista com que frequência:		
Frequentemente (todos os dias)	01	10
Socialmente (em eventos)	08	80
Não informou	01	10
Total	10	100
Uso de Drogas		
Sim	07	28
Não	15	60
Já usou	02	8
Não informou	01	4
Total	25	100
Tipo de droga		
Maconha	03	42,85
Crack	01	14,29
Cocaína	02	28,57
Não informou	01	14,29
Total	07	100
Possui tatuagens?		
Sim	11	44
Não	12	48
Não informou	02	8
Total	25	100

Fonte: Própria pesquisa, 2013.

O hábito de fumar 44% das entrevistadas não é tabagista, 32% faz uso de cigarros e 24% não informou, entretanto das 32% que corresponde a 08 mulheres, destas 06 faz o uso

frequentemente, algumas relataram que todos os dias fumam cerca de duas ou mais cartelas de cigarros, 01 faz o uso socialmente, ou seja, não tem o costume de fumar diariamente e 01 não respondeu a indagação.

O consumo de bebida alcoólica mostrou-se frequente, dos dados apresentados 40% que corresponde a 10 mulheres estudadas são etilistas, muitas presidiárias (36%) não informaram se consomem bebida alcoólica e 24% disseram que não fazem uso de bebida alcoólica.

Entre as que relataram o consumo de álcool, 08 (80%) referiram ingerir bebida alcoólica socialmente, apenas em eventos, 01 (10%) mulher não informou com que frequência faz o consumo de álcool e somente 01 (10%) mulher ingere bebida alcoólica todos os dias, quando indagada sobre ser alcoolista, nega, pois segundo a mesma, bebe porque gosta e relata que se quiser parar consegue.

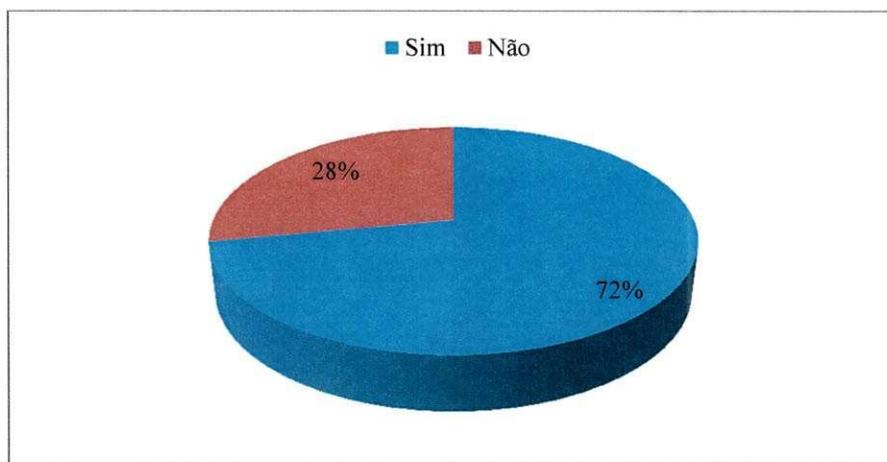
Segundo os dados da pesquisa, 60% das entrevistadas nunca usaram nenhum tipo de drogas, 28% (07 mulheres) relataram que usam drogas fora da prisão, pois foram incentivadas por amigos e algumas pelo próprio parceiro, 8% delas já usaram algum tipo de droga, porém atualmente não usam mais, 4% não quiseram responder.

Diferente do estudo de Carvalho et al. (2006) a droga mais consumida foi a cocaína onde o autor identificou uma porcentagem de 47,6% participantes que usam esse tipo de droga. No presente estudo a droga mais referida por 03 (42,85%) das mulheres foi a maconha, já o uso de cocaína foi relatado por 02 (28,57%), e o consumo de crack por 01 (14,29%) mulher presidiária e 01 (14,29%) não informou o tipo de droga que usa.

Quando questionadas sobre possuir tatuagens, observa-se que houve um equilíbrio entre os índices, 48% das participantes do estudo responderam que não possuem tatuagens, 44% relataram que possuem uma ou mais tatuagens e 8% não informaram.

4.4 CONHECIMENTO SOBRE SAÚDE SEXUAL

Gráfico 7 – Distribuição numérica e percentual das participantes conforme conhecimento sobre DST's



Fonte: Própria pesquisa, 2013.

Quando indagadas quanto ao conhecimento sobre DST's, cerca de 72% responderam sim, portanto a análise foi satisfatória, entretanto 28% das mulheres envolvidas no estudo não tinham conhecimento. Essas mulheres referiram que buscavam informações quanto as DST's em meios de comunicações e muitas vezes perguntava a Enfermeira da Estratégia de Saúde na qual era adscrita.

Para Souza e Passos (2008), os apenados independentemente da natureza de sua transgressão, mantêm o direito de gozar dos mais elevados padrões de assistência de enfermagem, pois se encontram privados de liberdade e preservando os demais direitos humanos inerentes à sua cidadania. Neste contexto, pensamos que a enfermagem pode contribuir para o resgate da condição de vida digna das pessoas, tanto do ponto de vista biológico, quanto social e psicológico, proporcionando conforto e bem-estar, minimizando iniciativas que estimulem a discriminação ou preconceito; e ainda respeitando os princípios éticos e legais, com vistas a resgatar o sentido da existência humana.

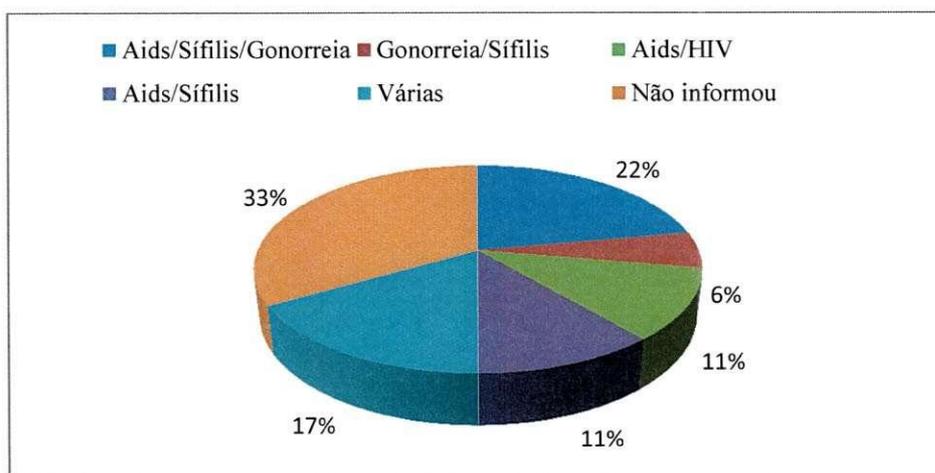
Comparando ao estudo realizado em uma penitenciária no Espírito Santo, observamos que existe uma semelhança entre os índices de mulheres que não possuem conhecimento a cerca de DST's, na pesquisa de Miranda; Merçon-de-Vargas; Viana (2004),

21,2% das mulheres não sabia o que era uma DST e nem como identifica-la. Além disso, DST podem ser assintomáticas e a pesquisa diagnóstica não é feita de rotina nos serviços de saúde.

Os profissionais da área de saúde e em especial os acadêmicos e enfermeiros tem um papel importante na realização de práticas educativas que mantenha a população carcerária orientada quanto aos riscos de contrair doenças sexuais e quanto à prevenção e promoção da saúde.

A falta de conhecimentos é agravada pelo fato de que as DST são geralmente assintomáticas e, com frequência, mesmo quando ocorrem sintomas dessas doenças, estes podem não despertar suspeitas. Dessa forma, aqueles que estão infectados podem inadvertidamente disseminar as doenças por não saberem de sua condição. Estes dados são preocupantes porque as DST's são responsáveis por problemas relacionados à diminuição da fertilidade entre homens e mulheres e neoplasias do colo do útero, vagina, vulva e pênis (CORREA et al., 2008).

Gráfico 8 – Distribuição numérica e percentual das participantes conforme quais tipos de DST's conhecem.



Fonte: Própria pesquisa, 2013.

Ao serem interrogadas sobre quais DST's tinham conhecimento, citaram de duas a três doenças cada, porém 33% das participantes não informaram, 22% citam Aids/Sífilis/Gonorreia, 17% referiram ter conhecimento de várias e além de mencionar as doenças citadas no gráfico ainda colocaram Gardnerela e Herpes, o índice 11% apareceu em

duas ocasiões, quando elas citaram Aids/Sífilis e Aids/HIV, 6% colocaram Gonorreia/Sífilis. Observamos que a DST mais citada foi a Aids, levando em consideração as grandes campanhas em relação a prevenção da Aids, notamos que a maioria das mulheres tendem a se informar de alguma forma, seja por meios de comunicações ou até mesmo perguntando em consultas.

As doenças sexualmente transmissíveis (DST's) são importante problema de saúde pública não somente pela morbidade da doença aguda, mas também porque delas resultam importantes sequelas, como a facilitação da transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV), além de consequências sociais e econômicas, pois afetam as classes menos favorecidas da população. Mais de 340 milhões de pessoas contraem DST's curáveis a cada ano no mundo e as mulheres apresentam maior vulnerabilidade a estas infecções (CORREA et al., 2008).

Tabela 8 - Distribuição numérica e percentual das participantes conforme as variáveis orientações sobre DST's, quem orientou, orientações e conhecimento sobre prevenção de DST's e formas de transmissão, orientações e uso e motivos para uso de preservativo.

VARIÁVEIS	<i>f</i>	%
Já recebeu orientações sobre DSTs?		
Sim	17	68
Não	05	20
Não informou	03	12
Total	25	100
Por quem recebeu as orientações?		
Médico/Enfermeiro	08	47
Estudantes de Enfermagem da UFCG	06	35
Outros Meios (Tv, livros)	03	18
Total	17	100
Foi orientada quanto à prevenção de doenças sexuais?		
Sim	23	92
Não informou	02	8
Total	25	100
Por que recebeu orientações sobre prevenção de doenças?		
Médico/Enfermeiro	12	52
Estudantes de Enfermagem da UFCG	06	26
Não informou	05	22
Total	23	100
Tem conhecimento sobre as formas de transmissão?		
Sim	21	84
Não	04	16
Total	25	100
Orientação/uso de preservativos		
Sim	21	84
Não	02	8
Não informou	02	8
Total	25	100
Utiliza preservativo nas práticas sexuais?		
Sim	15	60
Não	10	40
Total	25	100
Motivos para o uso		
Prevenir gravidez indesejada	01	6,67
Prevenir DST/aids	09	60
Prevenir gravidez e DSTs	04	26,66
Não informou	01	6,67
Total	15	100

Fonte: Própria pesquisa, 2013.

Referentes aos dados da tabela 8, observamos que 07 (68%) das mulheres presidiárias já receberam orientações sobre DST's, ao serem perguntadas por quem tinham recebido essas orientações, das 07 mulheres 47% responderam que foram orientadas pelo Médico ou Enfermeiro durante a consulta, outros 35% informaram que receberam orientações de estudantes de Enfermagem da UFCG e 18% através de outros meios como televisão, livros e internet.

As estudantes de Enfermagem da UFCG citada pelas mulheres encarceradas fizeram parte de um projeto de extensão com término em janeiro de 2013, intitulado: Educação e Práticas para a Saúde da Mulher Presidiária.

É de fundamental importância à realização de campanhas que promova orientações sobre as DST's, suas formas de transmissão e destaque o uso de preservativos como forma de prevenção, a comunicação entre profissionais de saúde e sua clientela pode ajudar a mudar as atitudes e comportamento frente aos desafios de promover saúde sexual. Nicolau (2010), ressalta que papel do profissional de Saúde, em especial do enfermeiro, na promoção do uso de preservativos é muito forte dentro dos ambientes prisionais.

Quando interrogadas se já receberam orientações sobre prevenção de doenças sexuais 92% responderam que sim, pois sabiam da importância de se prevenir para não adquirir doenças, em relação a quem orientou 52% responderam que foi o Médico e o Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família em que elas iam para consulta, 26% relataram ainda que receberam essas orientações de estudantes de Enfermagem da UFCG junto com uma professora, 22% não informaram quem repassou essas orientações.

De acordo com o levantamento de dados da tabela 8, ao serem questionadas se tem conhecimento sobre as formas de transmissão das doenças sexuais, 84% das presidiárias responderam que sim, algumas relataram ainda que a transmissão se dava através do sexo (relação sexual) sem proteção (preservativos), 16% relataram que não tem conhecimento.

A análise mostrou que 84% das mulheres já receberam orientações sobre o uso de preservativos, 8% responderam que não receberam nenhuma orientação quanto ao uso de preservativos e 8% não informaram.

Em relação ao uso de preservativos durante as práticas sexuais 60% das mulheres encarceradas responderam que sim e 40% responderam que não utilizavam, algumas relataram que não utilizavam, pois só tinha um parceiro e confiava nele. Quanto aos motivos

para o uso do preservativo, das 15 mulheres, 60% referiram o uso para prevenir DST/aids, 26,66% relataram que utilizava tanto para prevenir DST's quanto gravidez indesejada, porém 6,67% disseram que usavam para prevenir gravidez, e 6,67% não responderam a indagação.

Divergindo com a pesquisa de Miranda; Merçon-de-Vargas; Viana (2004) onde mostra que 78,5% das mulheres relataram nunca ou raramente ter usado preservativos, tanto como método contraceptivo quanto para prevenção de DST.

Tabela 9 - Distribuição numérica e percentual das participantes conforme as variáveis: Diagnóstico de DST na prisão, tipo de DST, conhecimento sobre higiene íntima e quais conhecimentos, realização da higiene íntima e entendimento sobre a importância do uso de preservativo e da realização da higiene íntima.

VARIÁVEIS	f	%
Foi diagnosticada com DST na prisão?		
Sim	02	8
Não	20	80
Não informou	03	12
Total	25	100
Tipo de doença		
Sífilis	01	50
Tricomoniase	01	50
Total	02	100
Se tem conhecimento sobre higiene íntima		
Sim	17	68
Não	06	24
Não identificou	02	8
Total	25	100
Quais conhecimentos:		
Tomar banho após as relações	16	94,12
Lavar bem as calcinhas e cuidados com roupas apertadas	01	5,88
Total	17	100
Faz a higiene íntima após as relações		
Sim	20	80
Não identificou	05	20
Total	25	100
Entende a importância da higiene íntima e do uso de preservativos		
Sim	20	80
Não	03	12
Não identificou	02	8
Total	25	100

Fonte: Própria pesquisa, 2013.

Quanto a diagnóstico de DST depois que entrou na prisão, 80% responderam que não, 12% não informaram e 8% que corresponde a 02 mulheres responderam que sim, destas uma teve tricomoníase e a outra sífilis, já tratadas.

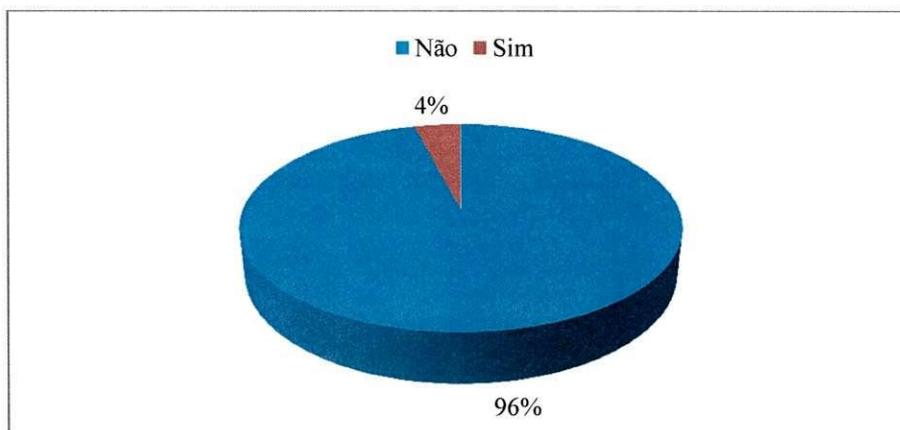
A relação existente entre presidiárias e DST/ HIV, além de estar relacionada a comportamentos de risco, mostra-se arraigada em aspectos culturais, sociais e econômicos resultantes da interação das mulheres com o meio em que vivem e de como o compreendem. A reunião de todos os aspectos mencionados, somado às características biológicas femininas e a combinação entre desigualdade de gênero, estigma e discriminação, aumentam a vulnerabilidade das mulheres privadas de liberdade às DSTs/HIV (NICOLAU; PINHEIRO, 2012).

Em relação à higiene íntima 68% das participantes responderam que tinham conhecimento, 24% disseram que não entendiam o que era e 8% não informou. Questionadas quais os tipos de conhecimentos, das 17 mulheres que relataram conhecer, 94,12% responderam que era tomar banho após as relações sexuais e 5,88% relataram que higiene íntima é lavar bem as calcinhas e ter cuidado com o uso de roupas apertadas.

Após as indagações as mulheres foram orientadas quanto à realização da higiene íntima e depois questionadas se realizava após as relações e 80% responderam que sim e outros 20% não identificaram.

Um achado positivo foi à questão sobre o entendimento da importância do uso do preservativo e da realização da higiene íntima nas práticas sexuais, pois 80% das presidiárias responderam que entendiam a importância destas práticas, pois são formas de prevenção de doenças sexuais.

Gráfico 9 – Distribuição numérica e percentual das participantes conforme gravidez depois que entrou na prisão.



Fonte: Própria pesquisa, 2013.

A investigação de gravidez mostrou que 96% das mulheres encarceradas nunca engravidaram após o ingresso na prisão e 4% apenas responderam que sim. Essa realidade também foi comprovada a partir do estudo realizado por Viafore (2005) percebeu-se que as reclusas dificilmente engravidam em razão da visita íntima. Isto se comprova verificando-se que das 32 presas com filhos alojadas na Creche Penitenciária, 31 detentas já ingressaram na Instituição Prisional grávidas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foi possível conhecer o perfil sociodemográfico e da saúde sexual das presidiárias da Cadeia Feminina de Cajazeiras. Trata-se de uma população constituída na sua maioria por mulheres jovens, solteiras, com baixa escolaridade e renda familiar mensal, que exerciam trabalho com pouca ou nenhuma remuneração e presas por tráfico de drogas.

Esta é uma realidade de muitos brasileiros que vivem em meio às desigualdades sociais e econômicas. Isso reflete na qualidade de vida, tendo em vista que existe grande deficiência por parte das políticas públicas na garantia de educação de qualidade, habitação, alimentação, qualificação profissional e oferta de trabalho, levando esses jovens a buscar um lugar de ascensão na sociedade através da criminalidade.

Diante do exposto, pode-se concluir que os fatores sociais, culturais e econômicos tem estreita relação com a inserção dos jovens na criminalidade. É primordial que haja mais incentivo à educação e mais oportunidades de qualificação.

Hábitos de vida são determinantes no estado geral da saúde e interferem na qualidade de vida, diante disto comprovamos que muitas mulheres não possuem hábitos saudáveis, o estudo evidenciou que muitas mulheres usam drogas lícitas e ilícitas, sendo mais frequente o consumo de bebida alcoólica.

A investigação sobre a vida sexual das mulheres presidiárias demonstrou precocidade no início da vida sexual, quanto ao parceiro sexual evidenciou estabilidade e pouca variedade, levando a uma diminuição da vulnerabilidade, posto que a multiplicidade de parceiros seja um dos fatores de risco para transmissão de doenças sexuais.

O comportamento sexual revelou que a maioria das mulheres estudadas é heterossexual, entretanto a bissexualidade foi mencionada no estudo.

A história de DST's antes e após o aprisionamento apresentou baixas porcentagens, esses fatores podem estar ligados à falta de conhecimento sobre as doenças que são agravadas pelo fato de que as DST's são geralmente assintomáticas, entretanto a proteção através do uso de preservativos citadas por algumas também tem influência nos resultados. Quanto à contracepção evidenciou-se que a maioria não utiliza de nenhum método, configurando risco para uma gravidez não planejada.

Quanto ao acompanhamento ginecológico, concluímos que a maioria das participantes tem cuidado de sua saúde buscado assistência preventiva através da realização do exame de prevenção do câncer de colo uterino, entretanto houve um déficit na realização do autoexame das mamas, configurando preocupação, pois o câncer de mama ainda é a doença mais frequente entre as mulheres no Brasil. Contudo faz-se necessário a realização de estratégias que destaque a realização deste exame dentro do presídio.

É notório que muitas mulheres conhecem, são orientadas e se preocupam com prevenção e a transmissão de doenças sexuais, todavia ainda existem aquelas mulheres que não tem conhecimento nenhum sobre essas doenças e suas formas de prevenção, isto configura fator de risco para transmissão de DST's, visto que a maioria destas doenças é assintomática, se tornando um agravante no rastreamento. Com isso o papel da enfermagem dentro do presídio faz-se necessário na realização de práticas educativas e de investigação por meio de consultas de enfermagem e debates.

O uso de preservativo nas práticas sexuais é uma das formas de prevenir as DST's, muitas entendem essa importância, porém não usam por confiar em seus parceiros. A higiene íntima também foi vista como aliada na promoção da saúde sexual das mulheres, mas ainda existem aquelas que não tinham conhecimento e durante as entrevistas foram orientadas quanto as DST's, formas de prevenção e de transmissão, o uso de preservativos e também a realização da higiene íntima.

Perante as vulnerabilidades encontradas são necessárias intensificações das políticas, estratégias e campanhas que destaque a promoção da saúde sexual dentro do ambiente prisional, levando em consideração todas as fragilidades abordadas é preciso sensibilizar o poder público para conscientizar a disponibilização de recursos para colocar em prática essas campanhas.

REFERÊNCIAS

ARTUR, Ângela Teixeira. **“Presídio de Mulheres”**: as origens e os primeiros anos de estabelecimento. São Paulo, 1930-1950. ANPUH – XXV SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA – Fortaleza, 2009. Disponível em: <http://anpuh.org/anais/wp-content/uploads/mp/pdf/ANPUH.S25.0925.pdf> Acesso em: 20 de março de 2013.

BARBOSA, Regina Maria; FACCHINI, Regina. **Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25s2/11.pdf> Acesso em: 17 de março de 2013.

BORGES, Paulo César Corrêa. **Sistema penal e gênero. Tópicos para a emancipação feminina**. São Paulo: Editora Cultura Acadêmica Unesp, 2011. Disponível em: http://www.culturaacademica.com.br/_img/arquivos/Sistema_penal_e_genero.pdf#page=30 Acesso em: 29 de março de 2013.

BORGES, Gustavo André; JUNIOR, Raymundo Pires. Idade da menarca em adolescentes de Londrina-PR. **Revista Brasileira Atividade Física & Saúde**, vol. 5, 2000. Disponível em: <http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/1006> Acesso em: 18 de abril de 2013.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento. **Bolsa Família**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>. Acesso em: 08 de abril de 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário. 2º. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pdf Acesso em: 10 de fevereiro de 2013.

_____, Ministério da Saúde. **Legislação da Saúde no Sistema Penitenciário**. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário. 1º ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_sistema_penitenciario.pdf Acesso em: 19 de janeiro de 2013.

_____, Ministério da Saúde. **A Saúde da Família em Populações Carcerárias**. Organizadores: Leika Aparecida Ishiyama Geniole, Vera Lúcia Kodjaoglanian, Cristiano Costa Argemon Vieira . – Campo Grande, MS : Ed. UFMS : Fiocruz Unidade Cerrado

Pantanal, 2011. Disponível em: <http://www.portalsaude.ufms.br/manager/titan.php?target=openFile&fileId=347> Acesso em 02 de março de 2013.

_____, Ministério da Saúde. **Visita Íntima**. Brasília, 2010. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33721&janela=1 Acesso em: 15 de fevereiro de 2013.

_____, Ministério da Saúde. **Guia sobre gênero, HIV/AIDS, coinfeções no Sistema Prisional**. UNAIDS. Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário, DAPES, SAS, Ministério da Saúde; Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, SVS, Ministério da Saúde; Programa Nacional de Controle da Tuberculose, SVS, Ministério da Saúde. p. 65, 2012. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/guia_sobre_genero_2012.pdf Acesso em: 20 de março de 2013.

_____, Ministério da Saúde. **Saúde da Mulher: Um diálogo aberto e participativo**. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Série B. Textos Básicos de Saúde. 1º. ed. Brasília: do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_da_mulher_um_dialogo_aberto_part.pdf Acesso em 29 de março de 2013.

CARVALHO, Márcia Lazaro de; VALENTE, Joaquim Gonçalves; ASSIS, Simone Gonçalves de; VASCONCELOS, Ana Glória Godoi. Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social. **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 461-471, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v11n2/30433.pdf> Acesso em: 21 de março de 2013.

CASTRO, Augusto Everton Dias; SOARES, Éricka Maria Cardoso. **Dispositivos legais e as políticas voltadas à saúde da mulher em situação de prisão**. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XV, n. 107, dez 2012. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=12516 Acesso em: 14 de março de 2013.

CAVALCANTE, Ana Lúcia Ribeiro Coutinho; PORTUGAL, Flavio Fulton de Almeida. **Perfil da saúde sexual e reprodutiva de mulheres em idade fértil na localidade de logradouro – Cacimba de Dentro – PB**. Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – UFPB. João Pessoa, 2002. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/ct/pdf/ana_lucia.pdf Acesso em: 20 de abril de 2013.

CORREA, Nelton Anderson Bespalez; MATUMOTO, Francisco H.; LONARDONI Maria Valdrinez Campana; **Doenças sexualmente transmissíveis em mulheres profissionais do**

sexo, Umuarama, Estado do Paraná. RBAC, vol. 40(3): 209-213, 2008. Disponível em: http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac_40_03/10.pdf Acesso em: 30 de abril de 2012.

DORETO, Daniella Tech; VIEIRA, Elisabeth Meloni. **O conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis entre adolescentes de baixa renda em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, p. 2511-2516, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/26.pdf> Acesso em: 17 de março de 2013.

DYNIWICZ, Ana Maria. **Metodologia da Pesquisa em Saúde para iniciantes.** 2 ed. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2009.

FAÚNDES, Aníbal; DUARTE, Graciana Alves; NETO, Jorge Andalaft; OLIVATTO, Adriane Elisabeth; SIMONETI, Rosana Martins. **Conhecimento, Opinião e Conduta de Ginecologistas e Obstetras Brasileiros sobre o Aborto Induzido.** RBGO - vol. 26, nº 2, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbgo/v26n2/a02v26n2.pdf> Acesso em 12 de abril de 2013.

FOLTRAN, Paula Juliana; LEVYSKI, Ludmila Weizmann Suaid; FREITAS, Camila dos Santos. As ações de DST/HIV/AIDS no sistema penitenciário do distrito federal: os desafios da atuação profissional do assistente social frente aos ditames da Segurança Pública. **REVISTA SER SOCIAL**, vol. 11, nº 24, 2009. Disponível em: http://seer.bce.unb.br/index.php/SER_Social/article/viewArticle/173 Acesso em: 25 de abril de 2013.

GOIS, Swyanne Macêdo; JUNIOR, Hudson Pires de Oliveira Santos; SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo; GAUDÊNCIO, Mércia Maria de Paiva. Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. **Ciências & Saúde Coletiva**, p 1235-1246, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n5/a17v17n5.pdf> Acesso em: 20 de março de 2013.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dados Básicos. Localização; Área; População.** Rio de Janeiro: IBGE, 2007. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=250370#>

Acesso em: 12 de março de 2013.

LEIVAS, Vânia Bernardetti do Amaral; KERBER, Nalu Pereira da Costa; Marcelino, Helen Gomes; SILVEIRA, Daniela Maack; PARULHA, Cibele Duarte; OLIVEIRA, Flávia Seles. Assistência Integral à Saúde da Mulher Privada de Liberdade. **Rev. UDESC em ação**, vol. 5, nº 1 (2011). Disponível em: <http://200.19.105.203/index.php/udescemacao/article/view/2223> Acesso em 19 de abril de 2013.

MIRANDA, Angélica Espinosa; MERÇON-DE-VARGAS, Paulo Roberto; VIANA, Maria Carmen. Saúde sexual e reprodutiva em penitenciária feminina, Espírito Santo, Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n2/19786.pdf> Acesso em: 02 de fevereiro de 2013.

NICOLAU, Ana Isabel Oliveira; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra. **Condicionantes sociodemográficos e sexuais do conhecimento, atitude e prática de presidiárias quanto ao uso de preservativos.** *Texto contexto - enferm.* 2012, vol.21, n.3, pp. 581-590. 0707 http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300013 Acesso em: 20 de abril de 2013.

NICOLAU, Ana Isabel Oliveira; RIBEIRO, Samila Gomes; LESSA, Paula Renata Amorim; MONTE, Alana Santos; FERREIRA, Rita de Cassia do Nascimento; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra. **Retrato da realidade socioeconômica e sexual de mulheres Presidiárias.** *Acta Paul Enferm, Fortaleza,* 2011. Disponível em: <http://www.unifesp.br/acta/artigo.php?volume=25&ano=2012&numero=3&item=11> Acesso em: 29 de janeiro de 2013.

NICOLAU, Ana Isabel Oliveira. **Conhecimento, atitude e prática de presidiárias quanto ao uso do preservativo feminino e masculino.** 2010. Dissertação (mestrado de Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br:8080/ri/handle/123456789/1917> Acesso em 13 de fevereiro de 2013.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Grande Tratado de Enfermagem Prática: clínica e prática hospitalar.** 7º ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PRIORI, Claudia. **Mulheres Infratoras e o Sistema Prisional: Uma Discussão Prévia.** IV Congresso Internacional de História, Maringa-PR, 2009. Disponível em: <http://www.pph.uem.br/cih/anais/trabalhos/178.pdf> Acesso em: 15 de abril de 2013.

SALMASSO, Rita de Cássia. Criminalidade e Condição Feminina: Estudo de caso das mulheres criminosas e Presidiárias de Marília – SP. **Revista de Iniciação Científica da FFC,** vol. 4, nº. 3, 2004. Disponível em: <http://revistas.marilia.unesp.br/revistas/index.php/ric/article/viewFile/97/98> Acesso em: 19 de abril de 2013.

SCHERER, Zeyne Alves Pires; SCHERER, Edson Arthur; NASCIMENTO, Andressa Duarte; RAGOZO, Fábio Dias. Perfil sociodemográfico e história Penal da População encarcerada de uma Penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo. *SMAD. Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas* (Ed. port.), 2011. Disponível em: http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos/en_02.pdf Acesso em: 12 de março de 2013.

SILVA, Carla Marins; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. **Rev. Escola de Enfermagem USP**, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a20v43n2.pdf> Acesso em: 17 de março 2013.

SILVA, Magda Lucia Novaes. **Condições de vida e de saúde de mulheres do Sistema Prisional da Região da Baixada Santista**. 2011. Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Católica de Santos, Programa de Mestrado em Saúde Coletiva, Santos, 2011. Disponível em: http://biblioteca.unisantos.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=282 Acesso em 28 de janeiro de 2013.

SMELTZER, Suzanne C; BARE, Brenda G. **Brunner e Suddarth: Tratado de enfermagem médico cirúrgico**. 10. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOUZA Mônica Oliveira da Silva e; PASSOS Joanir Pereira. A prática de enfermagem no sistema penal: Limites e possibilidades. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n3/v12n3a04.pdf> Acesso em: 27 de março de 2013

VIAFORE, Daniele. A gravidez no cárcere Brasileiro: uma análise da Penitenciária Feminina Madre Pelletier. **Direito & Justiça – Revista de Filosofia da PUCRS**, Vol. 31, n. 2, p. 91-108, 2005. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fadir/article/view/571> Acesso em: 12 de março de 2013.

APÊNDICE

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

QUESTIONÁRIO

1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA

Idade: _____ Procedência: _____

Escolaridade:

() Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Fundamental Completo

() Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo

() Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior Completo

Renda Familiar:

() Menos de um salário mínimo () Um salário mínimo

() Dois salários mínimos () Mais de dois salários mínimos

Estado civil:

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

Você se considera:

() Branca () Negra () Parda/Morena/Mulata () Indígena () Outra _____

Profissão/Ocupação antes da prisão: _____

Delito cometido: _____

2. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

2.1 História Sexual

Idade da Menarca (1º menstruação): _____	
Idade da primeira relação sexual: _____	
Recebe visita íntima? () Sim () Não	
Periodicidade: _____	
Possui parceiro (a) sexual: () Sim () Não	Tipo de parceiro: () Instável () Estável
Nº de parceiros (as): () um parceiro () mais de um parceiro	
Comportamento sexual: () Heterossexual () Homossexual () Bissexual	
História de DST/HIV? () Sim () Não	Tipo(s): _____
Faz uso de algum método contraceptivo? () Sim () Não	
Qual? _____	
Tem acompanhamento ginecológico na instituição penitenciária? () Sim () Não	
Já fez exame de prevenção do câncer de colo uterino? () Sim () Não	
Já fez exame de prevenção do câncer de mama (autoexame das mamas)? () Sim () Não	
Já teve algum aborto? () Sim () Não	Quantos? _____ () Espontâneo () Induzido
Tem filhos? () Sim () Não	
Quantos? _____	

2.2 Hábitos de vida

História de tabagismo? () Sim () Não	
Frequência? _____	
História de etilismo? () Sim () Não	
Frequência? _____	

Uso de drogas? () Sim () Não Qual? _____

Possui tatuagens? () Sim () Não

2.3 Conhecimentos sobre saúde e doença sexual

Tem conhecimento sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis? () Sim () Não

Qual (is)? _____

Recebe (u) orientações sobre as principais doenças sexuais? () Sim () Não

Já recebeu orientações sobre as formas de prevenção das doenças sexuais? () Sim () Não

Por quem? _____

Tem conhecimento sobre as formas de transmissão das doenças sexuais? () Sim () Não

Foi orientada quanto ao uso de preservativos? () Sim () Não

Nas práticas sexuais, você utiliza preservativo? () Sim () Não

Porque? _____

Qual (is) o (s) motivo (s) para o uso do preservativo?

() Prevenir gravidez indesejada

() Prevenir doenças DSTs/HIV

() Outros motivos

Já engravidou após o ingresso na penitenciária?

() Sim Número de gestações: _____

() Não

Já foi diagnosticada alguma doença sexual, DST/HIV após o ingresso na penitenciária?

() Sim Especifique: _____

() Não

Tem algum conhecimento sobre higiene íntima? () Sim () Não

Faz a higiene íntima após as relações sexuais? () Sim () Não

Entende a importância do uso do preservativo e da higiene íntima nas práticas sexuais?

() Sim () Não

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Eu, _____, portador da cédula de identidade, RG _____ em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa intitulada: PERFIL DA SAÚDE SEXUAL DAS MULHERES PRESIDÁRIA NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS – PB.

O presente trabalho terá como objetivo geral: Traçar o perfil da saúde sexual de mulheres presidiárias no município de Cajazeiras.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

- A pesquisa cumpre as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário.

- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (83) 96171168 com a profª. Mércia de França Nóbrega. Se houver dúvidas quanto aos seus direitos como participante contate o Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do HUAC, Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n, São José. Campina Grande- PB. Telefone: (83) 2101-5545.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Cajazeiras, _____ de _____ de 2013

Assinatura do pesquisador responsável

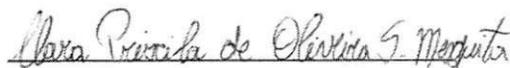
Assinatura do Participante

ANEXO B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Clara Priscila de Oliveira Sousa Mesquita, diretora da Cadeia Pública Feminina de Cajazeiras, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: "PERFIL DA SAÚDE SEXUAL DAS MULHERES PRESIDÁRIAS NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS – PB.", que será realizada com abordagem quantitativa, na referida cadeia no mês de maio, tendo como pesquisadora responsável a professora Mércia de França Nóbrega e colaboradora Francisca Cristina Pinheiro de Oliveira, acadêmica da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG.

Cajazeiras PB, 26 março de 2013.


Clara Priscila de Oliveira Sousa Mesquita

ANEXO C – OFÍCIO

Vossa Excelência Senhor Juiz de Direito da 1ª vara de Execuções Penais de Cajazeiras-PB, Dr. Djaír Soares Alves.

Venho por meio deste solicitar autorização para entrada na cadeia pública feminina do município de Cajazeiras-PB com a finalidade de coletar dados referentes ao Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulado: PERFIL DA SAÚDE SEXUAL DAS MULHERES PRESIDIÁRIA NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS - PB, vinculado a Universidade Federal de Campina Grande. O referido trabalho é parte complementar para a obtenção do grau de bacharel em enfermagem da UFCG.

Informo ainda que por se tratar de pesquisa que envolve seres humanos, a pesquisa passará por análise de um comitê de ética e obedecerá a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que trata sobre a privacidade e sigilos das informações coletadas.

As visitas ocorrerão no turno da tarde em dias determinados pelo juizado envolvido e na presença dos agentes penitenciários que lá atuam.

Mércia de França Nóbrega, RG: 1639058 SSP/PB; CPF: 884405404-34, matrícula SIAPE: 1663798, docente do Curso de Graduação em Enfermagem, CFP/UAENF/UFPB.

Francisca Cristina Pinheiro de Oliveira, RG: 3350874 SSP/PB; CPF: 083.434.434-38 matrícula acadêmica: 210120004, aluna do 9º período do Curso de Graduação em Enfermagem, CFP/UAENF/UFPB.

R. H.
H. H. H.
P. 0003/2013
Dr. José Djaír Soares Alves
Juiz de Direito, Vara de 1ª Vara
Execuções Penais

Mércia de França Nóbrega
Mércia de França Nóbrega

Orientadora

Francisca Cristina P. de Oliveira
Francisca Cristina P. de Oliveira

Orientanda

ANEXO D - TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PROFESSOR
ORIENTADOR E CO-ORIENTADOR



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

**TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PROFESSOR
ORIENTADOR E CO-ORIENTADOR**

Eu Mércia de França Nóbrega Medeiros
professor(a), matrícula 3663798, vinculado(a) a instituição Universidade
Federal de Campina Grande, responsabilizo-me pela
() orientação () co-orientação do(a) aluno(a) do Curso de Graduação em Enfermagem
cujo projeto de pesquisa intitula-se “ Perfil da saúde sexual
das mulheres presidiárias do município
de Cajazeiras - PB. ” e comprometo-me
a assegurar que sejam seguidos os preceitos éticos previstos na Resolução 196/96 do
Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares, assim como a Resolução
nº 01/2009 do Colegiado do Curso de Enfermagem da UFCG/CFP/UAENF.

Cajazeiras – PB, 06 de maio de 2013

Mércia de França Nóbrega Medeiros

Assinatura do(a) Professor(a)

ANEXO E - TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO(A)
ORIENTANDO(A)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO(A) ORIENTANDO(A)

Eu Francisca Justina Pinheiro de Oliveira, aluno(a) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, responsabilizo-me, junto com o meu(minha) orientador(a), o(a) professor(a) Mércia de Franca Nóbrega Medeiros, a desenvolver o projeto de pesquisa intitulado "Perfil da Saúde Sexual das mulheres presidiárias no município de Cajazeiras-PB" e comprometo-me a assegurar que sejam seguidos os preceitos éticos previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares, assim como a Resolução nº 01/2009 do Colegiado do Curso de Enfermagem da UFCG/CFP/UAENF.

Responsabilizo-me também pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pelo meu (minha) orientador(a) nas atividades de pesquisa.

Cajazeiras - PB, 06 de maio de 2013.

Francisca Justina Pinheiro de Oliveira

Assinatura do(a) Orientando(a)