

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

MARIA ALINE RODRIGUES BARROS

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE PRESIDIÁRIAS DO PIAUÍ

PICOS – PIAUÍ

2014

MARIA ALINE RODRIGUES BARROS

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE PRESIDIÁRIAS DO PIAUÍ

Monografia apresentada ao curso Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, como requisito final para obtenção do título em Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Ms. Dayze Djanira Furtado de Galiza

PICOS – PIAUÍ

2014

Eu, **Maria Aline Rodrigues Barros**, abaixo identificado(a) como autor(a), autorizo a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar, gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação abaixo discriminada, de minha autoria, em seu site, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, a partir da data de hoje.

Picos-PI 18 de março de 2014.


Assinatura

FICHA CATALOGRÁFICA
Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo

B277s Barros, Maria Aline Rodrigues.
Saúde sexual e reprodutiva de presidiários do Piauí /
Maria Aline Rodrigues Barros. – 2013.
CD-ROM : il.; 4 ¼ pol. (53 p.)
Monografia(Bacharelado em Enfermagem) – Universidade
Federal do Piauí, Picos, 2013.

Orientador(A): Profa.MSc. Dayse Djanira Furatdo de Galiza

1. Enfermagem. 2. Prisões. 3. Saúde Sexual e
Reprodutiva. I.Título.

CDD 616.951 081 072

MARIA ALINE RODRIGUES BARROS

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE PRESIDÁRIAS DO PIAUÍ

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, como requisito final para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Ms. Dayze Djanira Furtado de Galiza

Data de aprovação: 13 / 03 / 2014

BANCA EXAMINADORA:

Valéria Lima de Barros

Profª. Ms. Valéria Lima de Barros
Universidade Federal do Piauí/ Campus Sen. Helvídio Nunes de Barros
Presidente da Banca

Antônia Silca de Jesus Sousa

Enfª. Ms. Antônia Silca de Jesus Sousa
Hospital da Unidade Mista de Saúde Emilia de Sá Bezerra
1º. Examinador(a)

Iolanda Gonçalves de Alencar Figueiredo

Profª. Ms. Iolanda Gonçalves de Alencar Figueiredo
Universidade Federal do Piauí/ Campus Sen. Helvídio Nunes de Barros
2º. Examinador(a)

Dayze Djanira Furtado de Galiza

Profª. Ms. Dayze Djanira Furtado de Galiza (Orientadora)
Universidade Federal do Piauí/ Campus Sen. Helvídio Nunes de Barros
Suplente

AOS MEUS PAIS,

Francisco Vieira Barros e Francisca Rodrigues Barros pela dedicação e esforço imensurável para que fosse possível a obtenção dessa vitória.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelas bênçãos a mim concedidas e por sua presença que me fortalece, não me permitindo fraquejar nas adversidades da vida.

Aos meus pais, Francisco e Francisca, pelo imenso amor e esforço dedicado à realização desse sonho. Essa vitória é de vocês.

Aos meus irmãos, Geovane e Cleber pelo apoio ao longo dessa caminhada e por todos os momentos de alegria e tristeza compartilhados. Amo vocês.

À minha orientadora, Ms. Dayze Djanira Furtado de Galiza, pela disponibilidade e ajuda durante toda a elaboração deste Trabalho de Conclusão de Curso. Obrigada pela colaboração na realização desse sonho.

Ao Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva, especificamente à linha Saúde Sexual e Reprodutiva.

Aos meus colegas de curso pelos momentos compartilhados e amizades construídas. Em especial a Maiara Lima pela ajuda na coleta de dados desse trabalho.

Aos membros da banca, pela disponibilidade e ricas contribuições para o aprimoramento da pesquisa.

À Secretaria de Justiça do Estado do Piauí, por permitir a realização desta pesquisa.

A todos os Mestres que fizeram parte da minha trajetória durante todo o curso, obrigada por contribuírem na minha formação. Em especial a Profa. Ms. Ana Larissa Machado pelas oportunidades, disponibilidade nos momentos que precisei da sua ajuda e pelos conselhos. Muito obrigada.

*O homem está em permanente
reconstrução; por isto é livre:
liberdade é o direito de
transformar-se.*

(Lauro de Oliveira Lima)

RESUMO

A população feminina encarcerada é composta por mulheres jovens, de nível socioeconômico e educacional baixo, apresentando grau importante de ruptura dos vínculos familiares, elevado índice de desemprego e prostituição, solteira ou separada, possuindo história de doenças sexualmente transmissíveis. A população encarcerada no país é composta por 35 mil mulheres, o que corresponde a 7% do total, um número que vem crescendo de forma alarmante, principalmente pelo envolvimento com o tráfico de drogas, acarretando como consequência, discriminação, violência e falta de assistência médica nas cadeias. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de corte transversal, que teve por objetivo: descrever a saúde sexual e reprodutiva de presidiárias de duas penitenciárias do estado do Piauí. A amostra foi composta por 47 detentas das penitenciárias femininas de Teresina e Picos. Para a coleta de dados foi utilizado um formulário elaborado pela própria pesquisadora. Os dados foram coletados nos meses de julho a agosto de 2013, os quais foram tabulados e analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. Os resultados evidenciaram um perfil de mulheres jovens, solteiras, que exerciam ocupação que exigiam pouca qualificação, baixa escolaridade e renda. Na história sexual evidenciou a precocidade da ocorrência da coitarca, a estabilidade e a pouca variedade de parceiros sexuais. Porém, usar drogas, ser presidiário, profissional do sexo, possuir tatuagens/ piercings representaram as principais características das parcerias. A maioria era heterossexual, 78,7% e as doenças sexualmente transmissíveis estiveram presentes em 10,6% e todas as participantes realizaram tratamento, sendo relatada a sífilis em todos os casos. Apenas uma das instituições permitia o direito à visita íntima. O método contraceptivo mais usado foi a camisinha, 34%. Quanto à saúde reprodutiva, 42,5% eram multíparas, sendo que 40,4% fizeram menos de seis consultas. O índice de abortos foi elevado, 42,5%. Em relação às atividades educativas, 53,2% já haviam participado, sendo a palestra a metodologia mais utilizada e a temática de maior interesse foi sobre as DST. De acordo com os resultados, observou-se a necessidade de planejar estratégias educacionais de prevenção aos agravos à saúde sexual e reprodutiva das presidiárias, sendo indispensável à elaboração de táticas para quebrar as barreiras educacionais e assim gerar mudança de comportamento e promover o autocuidado.

Palavras- chave: Enfermagem. Prisões. Saúde sexual e reprodutiva.

ABSTRACT

The criminal female population is composed of young women, low socioeconomic and educational level, showed significant degree of disruption of family bonds, high unemployment and prostitution, unmarried or separated, having a history of sexually transmitted diseases. The female prison population in Brazil consists of 35 000 women, which corresponds to 7% of the total, a number that is growing "scary" way, mainly by involvement with drug trafficking, and they suffer from discrimination, violence and lack medical care in prisons. This is an exploratory, descriptive, cross-sectional, which aimed to: assess the sexual and reproductive health of women prisoners in two prisons in the state of Piauí health. The sample consisted of 47 female inmates of penitentiaries and Teresina peaks. For data collection a form prescribed by the researcher was used. Data were collected from July to August 2013. They were tabulated and analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 20.0. The results showed a profile of young, unmarried women, who exercised occupation that required little skill, low education and income. Sexual history revealed the occurrence of early first sexual intercourse, stability and little variety of sexual partners. However, use drugs, be convict, sex worker, have tattoos / piercings represent the main characteristics of partnerships. Most were heterosexual with 78.7%. STDs were present in 10.6% and 100% underwent treatment being reported syphilis in all cases. Only one of the institutions allowed the right to conjugal visits. The most widely used contraceptive method was the condom with 34%. Regarding reproductive health 42.5% were multiparous large, and 40.4% had less than six visits. The abortion rate was high with 42.5%. Regarding educational activities 53.2% had participated, with the lecture the most used methodology and subject of greatest interest were about STDs. According to the results we observed the need to plan educational strategies to prevent injuries to sexual and reproductive health of prisoners, being essential to the preparation of educational tactics to break the barrier and thus generate behavior change and promote self-care.

Keywords: Nursing. Prisons. Sexual health e reproductive.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Dados socioeconômicos de presidiárias dos municípios de Picos/Teresina, Piauí	27
Tabela 2	Dados da história sexual de presidiárias dos municípios de Picos/Teresina, Piauí	28
Tabela 3	Características dos parceiros de presidiárias nos últimos três meses dos municípios de Picos /Teresina, Piauí	29
Tabela 4	Saúde sexual de presidiárias dos municípios de Picos /Teresina, Piauí	30
Tabela 5	Saúde Reprodutiva de presidiárias dos municípios de Picos /Teresina, Piauí	31
Tabela 6	Ações educativas sobre saúde sexual e reprodutiva com presidiárias dos municípios de Picos /Teresina, Piauí.....	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
DSTs	Doenças Sexualmente transmissíveis
HIV	Vírus da imunodeficiência adquirida
INFOPEN	Sistema Integrado de Informações Penitenciário
DP	Desvio Padrão
PI	Piauí
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPI	Universidade Federal do Piauí

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVOS.....	16
2.1 Geral.....	16
2.2 Específicos.....	16
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
3.1 Sistema Prisional Feminino.....	17
3.2 Ações de educação em saúde com presidiárias.....	18
3.3 Realidade da saúde sexual e reprodutiva das mulheres nos cárceres.....	19
4 METODOLOGIA.....	23
4.1 Tipo de estudo.....	23
4.2 Local e período de realização do estudo.....	23
4.3 População e Amostra.....	23
4.4 Variáveis do estudo.....	24
4.4.1 Variáveis socioeconômicas.....	24
4.4.2 Variáveis sobre a saúde sexual, reprodutiva e ações de educação em saúde..	24
4.5 Coleta de dados.....	25
4.6 Análise dos dados.....	25
4.7 Aspectos éticos e legais.....	26
5 RESULTADOS.....	27
6 DISCUSSÃO.....	33
7 CONCLUSÃO.....	41
REFERÊNCIAS.....	43
APÊNDICES.....	47

1 INTRODUÇÃO

A criminalidade vem crescendo muito nos pequenos e grandes centros do mundo, e os infratores são indivíduos de diferentes sexos, classe social, raça e religião, que formam uma população carcerária que está à mercê de um sistema punitivo que nem sempre contribui para a recuperação e reintegração social desses indivíduos.

O Brasil teve 44,23 mil presos a mais em 2012 em relação ao ano anterior. De acordo com a 7ª edição do Anuário Brasileiro de Segurança Pública, produzido pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública, a população carcerária no País saltou de 471,25 mil, no fim de 2011, para 515,48 mil, no ano seguinte, o que corresponde a um crescimento de 9,39% (ANUÁRIO, 2013).

A quarta população carcerária do mundo se encontra no Brasil, com 550 mil detentos, dos quais 35 mil são mulheres, o que corresponde a 7% do total, um número que vem crescendo de forma alarmante, principalmente pelo envolvimento com tráfico de drogas, acarretando como consequência, discriminação, violência e falta de assistência médica nas cadeias (WAMBURG, 2013).

Dessa forma, a população feminina encarcerada é composta por mulheres jovens, de nível socioeconômico e educacional baixo, apresentando grau importante de ruptura dos vínculos familiares, elevado índice de desemprego e prostituição, solteira ou separada, possuindo história de doenças sexualmente transmissíveis, procedente de centros urbanos e com pouco acesso aos serviços de saúde, tem história de envolvimento com as drogas, seja pelo uso ou pelo tráfico. Esses dados compõem um retrato da exclusão social a que todas essas mulheres foram submetidas antes do ingresso na prisão e que se aprofunda com o aprisionamento (CARVALHO et al., 2006).

Ademais, o sistema prisional feminino brasileiro vem sofrendo nas últimas décadas, um aumento considerável no número de atendimentos. Apesar do número de mulheres apenas serem consideravelmente inferior ao de homens presos, este número tem crescido nas últimas décadas. A configuração da prisão como espaço de encarceramento dos desviantes e punição de seus crimes tem ganhado espaço na concepção da sociedade moderna capitalista, além do espaço historicamente disciplinar do caráter da pena. Essa política de encarceramento em massa reflete, pois, as consequências de uma sociedade capitalista que marginaliza grande parte da população:

enquanto, por um lado, acumula riqueza, por outro, miséria, incerteza, desesperança e violência (CUNHA, 2010).

Segundo dados do Sistema Integrado de Informações Penitenciárias (INFOPEN) entre as dificuldades que as presidiárias enfrentam no cárcere estão no não atendimento às suas necessidades de gênero, como, tratamento ginecológico, fornecimento de absorventes e espaço materno-infantil para as mães e seus bebês. Na questão da assistência médica, essa situação decorre da falta de profissionais especializados, pois o sistema penitenciário brasileiro conta com apenas 15 médicos ginecologistas para uma população de 35.039 presas, ou seja, um profissional para cada grupo de 2.335 mulheres (WAMBURG, 2013).

Além disso, no período da gestação, por ocorrer várias alterações, a mulher necessita de uma atenção maior e a realização do pré-natal é muito importante para garantir a saúde da mãe e do bebê durante toda a gravidez. Porém tal assistência fica comprometida em mulheres privadas de liberdade, o que aumenta a probabilidade de risco e desfechos desfavoráveis, devido estarem vulneráveis a aquisição de patologias que podem afetar o binômio materno-infantil.

Essa realidade torna esta população vulnerável a DST/AIDS, gravidez indesejada, negligência em relação ao pré-natal, entre outros. Tornando assim um dos principais grupos a disseminarem essas doenças. Isso reforça ainda mais a necessidade de medidas preventivas e de promoção, principalmente ações relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, que vise transformar a realidade dessa população.

Nesse contexto, identifica-se a necessidade de acesso dessa população às ações de atenção à saúde, seja por meio da implantação de ações básicas dentro dos presídios, ou pelas referências para média e alta complexidade, dessa forma garantindo, o atendimento das demandas específicas das mulheres em situação de prisão (BRASIL, 2006).

De acordo com Miranda; Merçon-de-Vargas; Viana (2004), a população encarcerada deveria ter uma abordagem no acesso às ações de educação e aconselhamento objetivando a detecção e tratamento de doenças e a identificação de fatores de risco, já que se encontram confinadas e acessíveis, o que torna mais fácil o desenvolvimento de tais ações.

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).

Diante da influência do conhecimento e percepção da importância das ações de educação em saúde na transformação da realidade, através da mudança e desenvolvimento de habilidades pessoais para a aquisição da promoção da saúde, compreende-se a relevância de responder ao seguinte questionamento: Como encontra-se a saúde sexual e reprodutiva de presidiárias de duas penitenciárias do estado do Piauí?

Neste contexto, acredita-se 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. Respeitando os princípios éticos e legais, com vistas a resgatar o sentido da existência humana (SOUZA; PASSOS, 2008).

A investigação das ações de educação em saúde sobre saúde sexual e reprodutiva desenvolvida com presidiárias nos serviços oferecidos nos presídios fornecerá subsídios para formulação de futuras políticas e uma melhor abordagem das ações de educação em saúde.

Além disso, esse estudo poderá melhorar a assistência de enfermagem a essas mulheres que estão expostas a vários riscos. Dessa forma, o enfermeiro poderá atuar reorientando as ações de saúde às especificidades desse grupo, levando em consideração as características próprias do sistema prisional, proporcionado, assim, uma melhor qualidade de vida para essas mulheres.

2 OBJETIVOS

Geral

- Descrever a saúde sexual e reprodutiva de presidiárias de duas penitenciárias do estado do Piauí.

Específicos

- Traçar o perfil socioeconômico das presidiárias;
- Verificar o conhecimento das presidiárias sobre os métodos contraceptivos;
- Identificar as ações educativas sobre saúde sexual e reprodutiva realizadas nos presídios.
- Avaliar o perfil dos parceiros sexuais das presidiárias.

REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Sistema Prisional Feminino

Historicamente o encarceramento feminino dava-se, frequentemente em virtude da prostituição, vadiagem e embriaguez. Baseado em aspectos morais, o ensino religioso constituiu a base para a criação de um estabelecimento prisional destinado às mulheres, denominado “reformatório especial”. A finalidade era, portanto, voltada à domesticação das mulheres criminosas e à vigilância da sua sexualidade. Tal condição delimita na história da prisão os tratamentos diferenciados para homens e mulheres (BRASIL, 2008).

Tratar a temática criminalidade feminina desde tempos remotos implica lidar com o rompimento normativo que é atribuído ao gênero e à sua identidade. A banalização da violência, a desestruturação familiar, a falta de acesso à educação e 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 do ingresso de mulheres no mundo do crime e, conseqüentemente, nas prisões (PRIORI, 2009).

Atualmente, de acordo com o Ministério da Justiça, a representação epidemiológica da mulher encarcerada tende a ser de uma mulher jovem, afrodescendente, mãe solteira e que se encontra reclusa, principalmente, em virtude do envolvimento com o tráfico de drogas (BRASIL, 2008)

Ademais, o aumento progressivo de mulheres encarceradas e egressas exige o incremento de políticas públicas voltadas ao cuidado e à ressocialização. Tendo em vista que o confinamento propicia e agrava muitas doenças, é de fundamental importância que se priorize o pleno acesso das mulheres em situação de prisão ao sistema público de saúde.

É importante ressaltar que as doenças contagiosas não ficam restritas aos muros dos estabelecimentos penais, sendo levadas à sociedade pelos servidores penitenciários e a partir das visitas em geral (BRASIL, 2007).

Nesse contexto, a disseminação de doenças contagiosas, em especial a infecção pelo HIV/ AIDS e tuberculose, constitui sério risco à saúde dos detentos, seus contatos (especialmente familiar e pessoal penitenciário) e para as comunidades nas quais irão se inserir após o livramento (DIUNA et al., 2008).

Homens e mulheres aprisionados em instituições penais estão invisíveis para a sociedade. Mas destacamos que a invisibilidade das mulheres presidiárias torna-se dupla: como presa e como mulher, em vista da diferença numérica, pois estão em menor número se comparado à população carcerária masculina; e também pela diferença de gênero. Um exemplo disso é que a maioria das instituições foram projetadas e construídas para os homens. Entretanto, mesmo que nosso enfoque esteja em torno das mulheres presidiárias, não deixamos de considerar que ambas as populações (homens e mulheres) carecem de políticas públicas (OLIVEIRA, 2009).

Ainda para Giordane (2000), pessoas detentas vivem em promiscuidade e são isoladas do convívio social, tendo suas correspondências postais violadas; seu trabalho, quando existe, é mal remunerado e sua família é humilhada e dissolvida. É comum o grupo familiar passar miséria, e no caso das mulheres reclusas, além da traumática separação dos filhos tem seus parceiros igualmente detidos em outras prisões.

A população encarcerada, por estar confinada, é mais acessível, por isso deveria ter uma maior preocupação dos profissionais de saúde, particularmente o enfermeiro, no direcionamento de ações curativas e preventivas, principalmente em relação as DST/AIDS, fundamentadas nas peculiaridades vivenciadas no sistema prisional.

Nesse sentido, a reclusão pode configurar um momento oportuno para programar estratégias de vida saudável e assistência adequada, principalmente pelo fato de muitas dessas mulheres nunca terem se dirigido a um serviço de saúde anteriormente ao cárcere.

3.2 Promoção da saúde de mulheres presidiárias

A Promoção de Saúde vem se consolidando enquanto espaço de reflexão da história social do processo saúde-doença, como ação estratégica que alia o conhecimento e as práticas, incorporando e analisando os determinantes biopsicossociais, econômicos, culturais, políticos e ambientais (COHEN et al. 2007).

As ações de educação em saúde são primordiais na prevenção de várias doenças, principalmente as DST/AIDS. Por isso deve haver mais investimento por parte do Ministério da saúde, dessa forma os profissionais poderão ter subsídios na elaboração de ações que diminua os índices destas patologias.

Segundo Lopes, Anjos, Pinheiro (2009), as práticas educativas em saúde no contexto da enfermagem vêm sendo uma realidade cada vez mais efetivada devido à

mudança de paradigmas de atenção à saúde, partindo do modelo biomédico ineficaz para a implantação do conceito da promoção da saúde humana.

A promoção da saúde e a relação com o ambiente ocorrem em espaço multidimensional, onde diversos atores sociais interagem em torno de uma intervenção, que envolve ações políticas, de engenharia, gerenciais e educacionais (SOUZA, 2007).

Diante de tais pressupostos, o espaço prisional ao ser analisado sob suas dimensões físicas, sociais, políticas e culturais torna-se desafiador para a promoção da saúde. As unidades prisionais de todo o país ainda sofrem com o problema da superlotação, tornando-se mais um fator desfavorável à saúde. Atreladas a esse entrave, encontram-se as condições insalubres, sem cuidados mínimos de higiene ambiental e pessoal dos indivíduos privados de liberdade (NICOLAU, 2010).

A prisão é, então, considerada um lugar de alto risco, principalmente pela heterogeneidade da população confinada no mesmo espaço, indivíduos vivendo regras próprias, tendo como consequência maior exposição a riscos físicos e psicológicos. O confinamento estimula práticas que aumentam o risco de transmissão de doenças infecciosas pelos comportamentos sexuais inadequados, maior aglomeração de indivíduos vivendo em condições inadequadas de higiene, baixa qualidade da assistência à saúde, bem como pelo uso de drogas. Isto constitui um problema de saúde pública em potencial, uma vez que o sistema penal como um "concentrador" destas infecções, pode representar um foco de dispersão para a população em geral (ALTICE et al., 2005).

Por isso é fundamental e indispensável a conscientização dessa população sobre os métodos de prevenção de DST e a importância de usá-los, tais informações podem ser transmitidas através de educação em saúde no ambiente prisional, favorecendo a promoção do autocuidado.

3.3 Realidade da saúde sexual e reprodutiva das mulheres nos cárceres

A vida sob cárcere possui características singulares. A população privada de liberdade tende a necessitar de maior atenção à saúde, visto que possuem maiores riscos no processo de adoecimento. Destarte, é premente que a saúde como direito humano fundamental seja incluída na realidade prisional de pessoas detidas sob custódia do Estado (NICOLAU, 2010).

Vale considerar, também, que a superlotação, nos presídios femininos, está sobretudo, relacionada ao crescente cenário criminal em que a mulher vem

progressivamente se inserindo em nossa sociedade ao longo do tempo. A criminalidade é um fenômeno, na atualidade, relacionada a diferentes aspectos, porque perpassa a diferentes segmentos sociais, contextos históricos, onde a mulher amplia sua participação na sociedade, inclusive no crime (LIMA, 2006).

Nesse contexto, Brasil (2010) afirma que as mulheres em situação de prisão são uma parcela pequena da população carcerária no país, embora seu número tenha crescido nos últimos anos, desde o ano 2000: representavam 5% e recentemente são 12% da população prisional. As unidades penitenciárias exclusivas para pessoas do sexo feminino, bem como as unidades mistas, devem levar em conta as peculiaridades do atendimento em saúde a essa população, com base nas diretrizes e princípios da saúde da mulher no âmbito do SUS.

Apesar de existência de normas e políticas de saúde já devidamente estabelecidas para os sistemas prisionais, o que se tem notado é a persistência de diferentes contextos no Brasil, não padronização das práticas e serviços e falta de intersetorialidade na busca pela implementação das metas estabelecidas pelas políticas vigentes (NICOLAU, 2010).

As mulheres raramente têm seus direitos respeitados, vivem em condições precárias, apenas uma instituição estudada, permitia o direito a visita íntima e estas são agendas quinzenalmente ou mensalmente.

As atividades sexuais em ambiente carcerário, tanto são heterossexuais, durante as “visitas íntimas”, como homossexuais com companheiras de cela. A realização da visita íntima foi legalizada desde 1999, porém a mulher encarcerada ainda enfrenta sérias dificuldades no que diz respeito à garantia desse direito (BRASIL, 2004).

Carvalho et al. (2006) confirmaram essa assertiva ao concluírem que ser mulher esteve-se associado ao fato de ter alguém na prisão antes de ser presa, enquanto os homens presos apresentaram três vezes mais chance de receber visitas íntimas do que as mulheres presas. Ademais, as visitas íntimas de pessoas do mesmo sexo, não são asseguradas enquanto direito.

As visitas conjugais, quando permitidas, ampliam o risco de contaminação às suas parcerias sexuais e ao seu grupo familiar imediato. Destarte, é necessária a implantação de programas de prevenção às DST/HIV e drogas dentro das instituições penais aliadas a disponibilização da visita íntima (NICOLAU, 2010).

Uma pesquisa realizada com 299 mulheres detentas de um presídio de São Paulo evidenciou que o não uso do preservativo no último ano, no relacionamento sexual com

homens, foi referido por 60% (95) das detentas, as demais referiram uso irregular. Nenhuma referiu seu uso de forma regular ou ter usado na prática sexual com mulheres (STRAZZA et al., 2007)

Estratégias de promoção da saúde sexual que propagam o uso de preservativos como medidas preventivas precisam ser congruentes às peculiaridades vivenciadas por presidiárias, muitas vezes, marcadas por uma relação de dependência afetiva, conformismo e ocultamento, ou até mesmo de medo da rejeição dos parceiros. Para elas, manter o companheiro continua sendo importante para a garantia do apoio emocional e também do suporte financeiro, já que, às vezes, é o único meio de amparo de que dispõem estas mulheres (ARAÚJO; JONAS; PFRIMER, 2007).

Diante do exposto, deve-se investir mais na promoção da saúde, conscientizando-as acerca dos riscos de adquirirem DST/AIDS, para que possam adotar medidas preventivas de forma rotineira, como o uso do preservativo nas relações sexuais.

Outra questão peculiar é a saúde reprodutiva dessas mulheres reclusas, pois devido às condições precárias que as mesmas são submetidas, constituem fator de risco para o binômio materno-fetal. Por isso, há necessidade de elaboração de políticas mais eficientes que proporcione uma assistência de qualidade neste período tão especial na vida da mulher.

Ainda existem grandes dificuldades de reconhecer os direitos reprodutivos e sexuais da mulher na sociedade, que se agravam na situação de confinamento, a gravidez, pré-natal, parto, amamentação, a visita íntima e a separação da mãe e do bebê constituem ainda um grande problema, principalmente por não terem seus direitos respeitados (LIMA, 2006).

De acordo com Ministério da Saúde (2004), a atenção às gestantes com restrição de liberdade tem o objetivo de reduzir as taxas de morbimortalidade materna e infantil, adotando medidas que assegurem o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento no pré-natal de baixo e alto risco. Porém sabe-se que para realizar as ações de saúde voltada para a população penitenciária feminina é necessário uma reestruturação dos presídios femininos existentes no Brasil.

Por isso, o acesso ao cuidado à saúde integral da mulher, com oferecimento de exames, acompanhamento a tratamentos, assim como ações educativas e prevenção, constituem igualmente dificuldades e desafios à vida sexual de mulheres encarceradas e

deveriam se colocar na ordem do dia como política pública indispensável por parte do Estado, como questão de direito das mulheres (LIMA, 2006).

Infelizmente a realidade das mulheres no sistema penitenciário não condiz com os aspectos legais, essas mulheres vivem em condições precárias, sem acesso a assistência médica de qualidade o que resulta em aumento dos índices de morbidade, mortalidade e quando voltam a sociedades cometem mais crimes, pois não foram preparadas para serem reinseridas a sociedade.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de corte transversal. O método exploratório proporciona uma maior familiaridade com o fato ou o tema, tornando-o mais explícito e permite uma visão geral acerca do que está sendo pesquisado. As pesquisas descritivas têm como objetivo principal descrever as características de determinada população ou fatos e fenômenos de uma determinada realidade (GIL, 2010).

Os delineamentos transversais são devidamente apropriados para descrever a situação, o perfil do fenômeno ou ainda as relações entre os fenômenos em um ponto fixo (POLIT; BECK, 2011).

3.2 Local e período de realização do estudo

A pesquisa foi realizada em duas penitenciárias femininas do estado do Piauí no período de julho de 2013 a março de 2014.

A Penitenciária Feminina de Teresina foi inaugurada em 23 de junho de 1980, no governo de Lucídio Portela com capacidade para 114 detentas, dividida em dois pavilhões A e B, sendo este último composto por mulheres com alto potencial criminoso. Atualmente encontra-se com 95 presidiárias e 76 profissionais de diferentes categorias, tais como: agentes penitenciários, dentistas, assistentes sociais, psicóloga, enfermeira, nutricionista, médicos, professores, técnicos em enfermagem e policiais militares.

A Penitenciária Feminina Regional de Picos foi inaugurada em outubro de 2001, com capacidade para 13 detentas. Atualmente abriga 20 mulheres. Conta ainda com 15 profissionais, que prestam serviços de saúde, segurança, coordenação e gerência da instituição.

3.3 População e amostra

As instituições penitenciárias femininas selecionadas para o estudo contam, atualmente com 112 reclusas. Os critérios de inclusão foram:

a) Não apresentar, no momento da pesquisa, comportamento agressivo ou qualquer outra alteração psíquica ou emocional que venha a impedir a realização da entrevista ou proporcionar resultados não condizentes com a realidade da instituição;

b) Cumprir pena em regime fechado.

Assim sendo, a amostra foi constituída pelas reclusas que se enquadraram nos critérios acima descritos.

3.4 Variáveis do estudo

Nesta pesquisa as variáveis foram agrupadas da seguinte forma: socioeconômicas, sexual, histórico reprodutivo e ações de educação em saúde, sobre saúde sexual e reprodutiva.

3.4.1 Variáveis Socioeconômicas

Ao traçar o perfil socioeconômico foram utilizados os seguintes critérios:

Idade: computada em anos;

Situação conjugal: casado/união consensual; solteiro; viúvo; separado;

Renda familiar: Foi considerado o valor bruto dos vencimentos mensais da família da pesquisada em reais;

Escolaridade: anos de estudo;

Profissão Anterior: Foi considerada a profissão exercida pela entrevistada, antes de sua reclusão.

3.4.2 Variáveis relacionadas à vida sexual, histórico reprodutivo e ações de educação em saúde

Na entrevistada indagou-se sobre a vida sexual: idade da primeira menstruação, números de parceiros, comportamento sexual, história de prostituição, realização do exame preventivo, número de gestações, partos, abortos, método contraceptivo de escolha, histórico reprodutivo, realização de pré-natal. A paridade foi entendida como número de gestações que resultaram em nascidos vivos ou mortos, sendo classificada semelhante ao estudo de Almeida (2002): múltiparas (1 a3 filhos anteriores) e grandes múltiparas (4 e mais filhos anteriores).

As atividades de educação em saúde: ocorrências de atividade sobre saúde sexual e reprodutiva, como são realizadas essas reuniões, quem realiza e quais temáticas gostariam que fossem abordadas.

3.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada nos meses de julho a agosto de 2013, nas instituições selecionadas. Para isso, foi utilizado um instrumento (APÊNDICE A) elaborado pela própria pesquisadora.

Destaca-se que a coleta das informações ocorreu de maneiras distintas entre as penitenciárias envolvidas no estudo, a saber:

Na Penitenciária Feminina de Teresina, a pesquisadora teve acesso ao pavilhão A, que no momento da coleta de dados apresentava 22 detentas. Neste pavilhão obteve-se uma amostra de 12 participantes, já que as demais não concordaram em participar da pesquisa. Já no pavilhão B o acesso não foi permitido, em virtude do potencial criminoso das mulheres que lá se encontravam. No entanto, foi consentida pela administração da penitenciária a distribuição de 35 formulários neste pavilhão, que foram entregues pelas agentes penitenciárias as mulheres reclusas, onde obteve-se o retorno de 15 deles.

Na Penitenciária Feminina de Picos, a pesquisadora teve acesso a todas as celas da unidade, resultando em uma amostra de 20 participantes, pois havia sete a mais. Todas concordaram em participar do estudo e se enquadraram nos critérios de inclusão da pesquisa.

Ressalva-se que toda a informação só foi colhida após o consentimento da entrevistada, que se deu por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

3.6 Análise dos dados

Os dados coletados foram tabulados e analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0 e os resultados foram discutidos de acordo com a literatura pertinente.

3.7 Aspectos éticos e legais

Tendo em vista a complexidade do tema exposto e a importância ética do estudo, o mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (UFPI) com CAEE: 07371412.3.0000.5214. Os participantes do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), conforme recomenda a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata das

pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2013). Ao final, ficou em posse da pesquisadora a primeira via do termo e a segunda com a entrevistada.

Os sujeitos da pesquisa foram esclarecidos de que o estudo não desencadeará nenhum prejuízo bem como constrangimento aos mesmos e ainda que teriam o anonimato garantido e o direito de se retirar da pesquisa a qualquer momento.

RESULTADOS

A fim de expor e analisar as características sociodemográficas de 47 presidiárias investigadas no estudo foram utilizadas as variáveis: idade, estado civil, escolaridade, renda e ocupação anterior. As informações foram expostas na Tabela 1.

Tabela 1. Dados socioeconômicos de presidiárias dos municípios de Picos /Teresina, Piauí.

Variáveis (n: 47)	N	%	
Idade			
18-24	15	31,9	Média: 28,3
25-29	13	27,6	Mediana: 29,0
30-34	11	23,4	DP: $\pm 7,6$
35-45	08	17,0	
Estado civil			
Solteira	27	57,4	
Casada	08	17,0	
União estável	08	17,0	
Divorciada	02	4,3	
Viúva	02	4,3	
Escolaridade			
Não Alfabetizadas	02	4,3	
Ensino fundamental incompleto	05	10,6	
Ensino fundamental completo	28	59,6	
Ensino médio incompleto	07	14,9	
Ensino médio completo	05	10,6	
Renda Familiar*			
< 1 salário	23	49,0	Média: 690,4
1 a 3 salários	04	8,5	Mediana: 102,0
>3 salários	01	2,1	DP: $\pm 2911,3$
Não mencionado	19	40,4	
Ocupação anterior			
Empregada doméstica	22	46,8	
Vendedora	03	6,4	
Cabeleireira	02	4,3	
Não mencionado	05	10,6	
Outro	15	31,9	

*Salário mínimo vigente 678,00

As informações referentes à idade das participantes revelaram uma população jovem envolvida no mundo do crime apresentando média de 28,3 anos com desvio padrão de $\pm 7,6$. A faixa etária de 18 a 24 anos, apresentou maior frequência com 31,9% das mulheres. Em relação à situação conjugal observou que 57,4% eram solteiras.

Os dados referentes ao nível educacional revelaram a realidade de muitos brasileiros. A maioria das participantes concluiu o Ensino Fundamental, 59,6%.

Ademais, percebeu-se que o grau máximo de escolaridade foi o ensino médio completo 10,6%.

Quanto à renda familiar mensal, 49% das participantes possuíam renda inferior a um salário mínimo apesar de a média ter sido de 690,40 com desvio padrão de $\pm 2911,30$, sendo que 25,5% possuíam rendimento de no máximo R\$ 280,00. Podendo essa situação está relacionada à baixa escolaridade.

A investigação referente à ocupação anterior ao aprisionamento revelou uma população feminina que desempenhava, especialmente, trabalhos que exigiam pouca especialização profissional. As principalmente funções eram empregada doméstica, vendedora e cabeleireira que constituem empregos de baixa remuneração.

Os dados sobre idade da menarca evidenciaram uma maior frequência do intervalo de 13 a 16 anos de idade com 57,5% mulheres, seguido da faixa etária de 10 a 12 anos que somou 31,9%. Portanto, em sua maioria, não houve um início precoce dos ciclos menstruais, pois apenas 4,3% mulheres tiveram a menarca antes dos 11 anos, sendo a mínima de 10 e a máxima de 16 anos (tabela 2).

Tabela 2. Dados da história sexual de presidiárias do município de Picos /Teresina, Piauí.

Variáveis (n= 47)	N	%	
Menarca			
10-12 anos	15	31,9	Média: 11,64
13-16 anos	27	57,5	Mediana: 13,00
Não mencionado	05	10,6	DP: 4,275
Idade de início da vida sexual			
≤ 12 anos	06	12,7	Média: 13,40
13-15 anos	27	57,4	Mediana: 14,00
16-18 anos	11	23,4	DP: 3,916
Não mencionado	03	6,3	
Tipo de parceria			
Estável	25	53,2	
Instável	10	21,3	
Sem parceiro	12	25,5	
Nº parceiro nos últimos três meses			
Nenhum	14	29,8	
Um	31	66,0	
Dois	02	4,3	
Comportamento sexual:			
Heterossexual	37	78,7	
Homossexual	02	4,3	
Bissexual	01	2,1	
Não mencionado	07	14,9	
História de prostituição			
	12	25,5	

Tempo de prostituição

15 anos	01	2,1	Média: 0,66
2 anos	04	8,5	Mediana: 0,00
1 ano	03	6,4	DP: 2,268
3 meses	01	2,1	
Não mencionado	03	6,4	

Quanto a análise da idade da primeira relação sexual, observou-se um início precoce, pois 57,4% iniciaram a vida sexual entre 13-15 anos. Vale ressaltar que 2,1% teve sua primeira relação aos 9 anos de idade, antes mesmo de sua menarca.

Em relação ao número de parcerias sexuais presentes nos últimos três meses 66,0% das mulheres tiveram um único parceiro, e apenas 4,3% possuíam dois. Ao serem indagadas sobre o tipo de parceria, 53,2% mulheres consideraram estáveis. Cabe salientar que nem todas as mulheres que possuem parceiros ou parceiras mantiveram relações sexuais nos últimos três meses devido apenas uma das instituições permitiu o direito a visita íntima. Quanto ao tipo de comportamento sexual, a maioria, 78,7% caracterizou-se como heterossexual.

A investigação sobre a prática da prostituição apresentou uma baixa porcentagem, tendo em vista que apenas 25,5% já realizaram essa atividade. Sendo que 8,5% estavam nessa profissão há dois anos e 2,1% há 15 anos.

Os dados relacionados às características dos parceiros sexuais 59,5% e 42,5% possuíam tatuagens e eram usuários de drogas respectivamente, sendo o crack 30,5% a droga mais usada. Características que tornam esse grupo vulnerável a aquisição de DST, porém o número de casos foi baixo com apenas 10,6% e 100% realizaram tratamento (tabela 3).

Tabela 3. Características dos parceiros de presidiárias dos municípios de Picos/Teresina, Piauí.

Variáveis(n=47)	N	%
Possui tatuagens e/ou piercings	28	59,5
Usa drogas	20	42,5
Qual		
Maconha	04	9,4
Crack	13	30,5
Cocaína	03	7,0
Presidiário	23	48,9
Profissional do sexo	05	10,6
Homo/bissexual	05	10,6
História de DST	05	10,6
Tipo de DST (n= 5)		

Sífilis	05	10,6
Realizado tratamento	05	10,6
Não possui tais características	19	40,4

Quanto à saúde sexual, observou-se que das 53,2% possuíam união estável, apenas 17 das mulheres desfrutavam da garantia do direito a vista íntima, já que apenas em uma das instituições estudadas, as presidiárias tinham esse direito garantido (tabela 4).

Tabela 4. Saúde sexual de presidiárias do município de Picos /Teresina, Piauí.

Variáveis (n=47)	N	%
Visita íntima	17	36,2
Quinzenal	06	12,2
Mensal	01	2,1
Não mencionado	10	21,2
Não tem esse direito	20	42,5
DST antes da prisão	05	10,6
Tipo de DST (n:5)		
Sífilis	05	10,6
Não mencionado	42	89,3
Realização do exame preventivo na instituição	38	80,8
Periodicidade		
Anualmente	12	25,5
Seis em seis meses	12	25,5
Não mencionado	14	29,8
Não fazem o exame	9	19,1
Usam Método contraceptivo	28	59,6
Tipo		
Camisinha	16	34,0
Anticoncepcional oral	09	19,2
Injetáveis	03	6,4
Não mencionaram/não fazem uso	19	40,4
Conhecimento sobre os tipos de métodos	36	76,5
Quais		
Camisinha	16	34,0
Anticoncepcional	16	34,0
DIU	4	8,5
Não possuem conhecimento/não mencionaram	11	23,4

Os dados sobre a saúde sexual das participantes do estudo mostrou que 10,6% tiveram alguma DST antes do aprisionamento, sendo que 100% destas foram diagnosticadas com Sífilis. A realização do exame preventivo do câncer do colo do útero no sistema prisional foi relatado por 80,8% presidiárias, sendo com uma frequência de 25,5% anualmente e a cada seis meses.

Dentre os métodos contraceptivos, o mais utilizado foi a camisinha 34,0%, seguido do anticoncepcional oral 19,2%, sendo que 48,9% faziam uso dos dois métodos anteriormente citados. Quanto ao conhecimento dos métodos contraceptivos 76,5% afirmaram conhecer todos, mas ao relatarem, observou-se que as presidiárias possuem informações muito restritas em relação aos métodos que existe.

Nos dados reprodutivos, observou-se que 42,5% presidiárias tiveram de 1-4 filhos. Em relação ao número de abortos houve ocorrência de um número bastante relevante, sendo que o aborto provocado foi bem significativo com 42,5%. Quanto à realização do pré-natal mais da metade 59,6% realizaram as consultas durante a gravidez, porém 40,4% não fizeram nenhuma consulta (tabela 5).

Tabela 5. Saúde Reprodutiva de presidiárias do município de Picos /Teresina, Piauí.

Variáveis (n=47)	N	%	
Nº de filhos			Média: 1,43
Múltipara	20	42,5	Mediana: 1,00
Grande múltipara	5	10,6	DP: 1,70
Não mencionado	22	46,8	
Realização do Pré-natal	28	59,6	
<6 consultas	16	34,0	
>6 consultas	12	25,5	
Não fez	19	40,4	
Abortos	34	72,3	
Espontâneos	14	29,8	
Provocados	20	42,5	
Não mencionado/não abortaram	13	27,6	

Em relação às ações de educação em saúde, 53,2% haviam participado de alguma atividade durante o período de reclusão, sendo que a metodologia mais utilizada foi palestra, principalmente realizada por médicos correspondendo 44,7% e 23,4% respectivamente. O número de presidiárias que gostariam de participar dessas atividades é bastante expressivo 72,3%, sendo a DST o tema que mais interessa com 46,8% (tabela 6).

Tabela 6. Ações educativas sobre saúde sexual e reprodutiva com presidiárias do município de Picos /Teresina, Piauí.

Variáveis (n=47)	N	%
Participo de atividades educativas	25	53,2
Metodologia utilizada		
Palestra	21	44,7
Vídeo	4	8,5

Não mencionado/não participo	22	46,8
Profissional que realizou atividade		
Médico	11	23,4
Enfermeiro	4	8,5
Psicólogo	5	10,6
Assistente social	5	10,6
Interesse em participar	34	72,3
Especificar temática		
DST	22	46,8
Pré-natal	4	8,5
Drogas	2	4,3
Diabetes	2	4,3
Depressão	3	6,4

Na análise dos dados, pode-se observar que o enfermeiro ainda tem pouca participação em relação a promoção da saúde nessa população. Isso reforça a necessidade de ampliação da equipe de enfermagem, visto a exposição e carência de informações desse grupo.

DISCUSSÃO

As informações referentes à idade das participantes revelaram uma população na faixa etária de 18-24 anos, semelhante aos dados do Departamento Penitenciário Nacional de 2008 a 2009, em que a população carcerária do Brasil apresentou tal faixa etária (BRASIL, 2008), confirmando o perfil de mulheres jovens na criminalidade.

A média de idade encontrada, 28,3 anos, foi menor do que as obtidas nos estudos de Carvalho et al. (2006) realizado no Rio de Janeiro com 2.039 presos e de Anjos et al. (2013) com 36 detentas da penitenciária feminina do Estado do Ceará que identificaram uma média de idade para as mulheres de 32,9 e 32 anos respectivamente.

Esses dados demonstram a inserção muito cedo na criminalidade, fator este que pode está relacionado a vários problemas sociais como pobreza, falta de educação de qualidade, oportunidades de emprego, entre outros.

Quanto à situação conjugal das participantes, observou-se que 57,4% eram solteiras, compondo o estado civil mais frequente, corroborando com o estudo de Kim (2009) realizado em Brasília onde o percentual de mulheres solteiras foi de 65,4%, destoando do de Araújo (2006), realizado em Goiás que detectou o estado civil casada e união estável como os mais prevalentes, 71,9%.

O fato de muitas mulheres não terem parceiros estáveis, pode aumentar a vulnerabilidade as DST, por isso há necessidade de trabalhar educação em saúde, onde enfoque essa temática acerca da forma de evitar, prevenir e tratar, para assim favorecer a promoção da saúde.

Ademais, os dados sobre o nível educacional mostraram que 59,6% das presidiárias concluíram o ensino fundamental, e que o grau máximo de escolaridade não ultrapassou o ensino médio completo, contradizendo os achados de uma pesquisa realizada no Rio de Janeiro com 2.039 detentos, onde 125 eram mulheres e destas 62,1% apresentavam apenas o primeiro grau incompleto (CARVALHO et al. 2006).

Isso pode está diretamente relacionado ao fato de estarem presas, pois à baixa escolaridade acaba por não proporcionar muitas oportunidades de emprego, consequentemente baixa remuneração, contribuindo para a entrada dessas mulheres no mundo do crime. Resultando na dificuldade do acesso a informações importantes, relacionadas principalmente a promoção de sua saúde.

A esse respeito, Nicolau (2010) afirma que o baixo nível escolar interfere negativamente nas oportunidades de emprego, aumentando a pobreza e a prática de

subempregos. Assim, o envolvimento de mulheres com pouca escolaridade na criminalidade é, portanto, vislumbrado como uma forma de rápida ascensão econômica.

As informações referentes à renda familiar mensal mostraram outro aspecto negativo, pois 49% da amostra possui renda mensal menor que um salário mínimo, fato já esperado devido à baixa escolaridade apresentada pelas participantes. Isso justifica o tipo de ocupação dessas mulheres anterior ao aprisionamento, que exerciam trabalho com pouca especialidade profissional, como empregada doméstica representando 46,8% da amostra, seguido de vendedora e cabeleireira.

A situação financeira dessas mulheres reclusas apresentou-se inferior quando comparadas as do estudo de Sousa et al. (2005), que envolveu 86 reeducando que cumpriam pena em regime semiaberto do Estado de Goiás e evidenciou a predominância de 58,6% participantes possuíam renda familiar de três salários mínimos.

Segundo Priouri (2009) a banalização da violência, 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 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 conseqüentemente nas prisões, fatores esses demonstrados nesta pesquisa.

Com relação à história sexual, a idade da menarca evidenciou uma maior frequência do intervalo de 13 a 16 anos de idade, porém no estudo de Nicolau (2010) o início dos ciclos menstruais foi mais precoce entre 11 e 13 anos.

Dessa forma, para Nicolau (2010) e Aquino et al (2008), a fase inicial da adolescência é demarcada pela primeira menstruação, de forma que a comunicação entre mãe e filha em torno desse marco é uma oportunidade de compartilhar valores e conhecimentos sobre comportamentos preventivos, pois estudos constataram que as mulheres cujas mães conversaram sobre menstruação antes da menarca engravidaram menos na adolescência, demonstrando o importante papel familiar.

Além do mais, evidenciou-se que o início da vida sexual foi precoce, uma vez que 57,4% a iniciaram entre 13-15 anos. A média de idade da coitarca foi de 13,4 anos com mínima de 9 e máxima de 18 anos, dado semelhante a um estudo realizado por Anjos et al (2013) no Estado do Ceará com 36 presidiárias em que 66,6% iniciaram a sexualidade com idade inferior a 15 anos.

Dessa forma, percebe-se que o início da vida sexual necessita ser orientado, pois muitas mulheres iniciam na adolescência, sem estarem preparadas, o que acaba por se expor a vários tipos de riscos, principalmente as DST e gravidez indesejada. Portanto, há necessidade da promoção da saúde sexual e reprodutiva o mais precocemente possível.

Quanto ao tipo de parceria sexual, 53,2% afirmaram ser estável e 25,5% não possuíam parceiro. Das que garantiram a parceria sexual, 66% tiveram apenas um parceiro nos últimos três meses, sendo que mais da metade das presidiárias tinham relacionamento heterossexual com 78,7%. Cabe destacar que nem todas as mulheres que possuem parceiros ou parceiras mantiveram relações sexuais nos últimos três meses, pois apenas uma das instituições estudadas permitia o direito à visita íntima.

O número de parcerias estáveis do presente estudo foi maior do que a encontrada na pesquisa realizada por Araújo e Jonas (2007) com mulheres reclusas sobre vulnerabilidade ao vírus HIV/AIDS em que apenas 23,3% afirmaram ter esse tipo de relacionamento.

Infelizmente esse tipo de parceria não diminui a incidência de doenças sexualmente transmissíveis, pois de acordo com Nicolau (2010) a crença no amor como ilusória proteção às DST/HIV entre pessoas que possuem parcerias estáveis têm elevado os casos de AIDS em mulheres com parcerias fixas. Assim, independente do número e estabilidade da parceria sexual, o uso do preservativo em todas as relações é imprescindível para a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e a quebra da cadeia epidemiológica.

Os dados referentes à prática da prostituição apresentou uma baixa porcentagem, tendo em vista que apenas 25,55% mulheres já realizaram essa atividade. Sendo que somente uma relatou está há 15 anos nessa profissão, as outras estavam atuando de 3 meses a 2 anos, semelhante a pesquisa realizada por Nicolau (2012) em Fortaleza com 155 detentas em que 34,2% tinham histórico de prostituição.

Além disso, características dos parceiros das presidiárias demonstram aspectos que ampliam a exposição dessas mulheres, pois o uso de tatuagens/ piercings, serem profissionais do sexo, uso de drogas, principalmente o crack, estiveram presentes nos parceiros de 59,5%, 10,6% e 42,5% presidiárias respectivamente. Tais atributos mostram os riscos que as mesmas estão submetidas possibilitando a aquisição e transmissão de patologias, dentre elas a sífilis que foi relatada de terem tido por 10,6% dos parceiros.

A prática do homo/bissexual antes da prisão teve um baixo índice com apenas 10,6% das mulheres. Um estudo realizado por Strazza et al. (2007) com 290 detentas de uma penitenciária de São Paulo mostrou que todas já haviam tido relação sexual pelo menos uma vez na vida, sendo que as relações sexuais fora da prisão com mulheres foi de 5% e com homens e mulheres igualmente 3%. Nenhuma referiu uso do preservativo de forma regular ou ter usado em sexo com mulheres.

Essas informações reforçam ainda mais a importância de trabalhar educação em saúde com essas mulheres, principalmente sobre as DST, visto muitas não terem consciência de sua vulnerabilidade, conseqüentemente não usam o preservativo em todas as relações sexuais.

Muitas mulheres, por estar em situação de miséria, pouca escolaridade, entre outros motivos, procuram na prostituição um meio de sobrevivência e muitas vezes entram no mundo da criminalidade, principalmente no tráfico de drogas, para aumentarem sua renda ou sustentarem seus vícios, além da influência que o parceiro pode exercer sobre essa mulher, já que neste estudo demonstrou que 48,9% possuem parceiros presos.

Acerca da visita íntima nas instituições estudadas, apenas uma garante esse direito e os encontros acontecem quinzenalmente ou mensalmente. Quando os parceiros são também reclusos, nesse caso, a mulher se desloca da sua instituição prisional escoltada para a do seu parceiro de acordo com a periodicidade da visita.

Porém, isso contraria o que está estabelecido na resolução N° 01, de 30 de março de 1999, a qual garante que a visita íntima é entendida como a recepção pelo preso, nacional ou estrangeiro, homem ou mulher, de cônjuge ou outro parceiro, no estabelecimento prisional em que estiver recolhido, em ambiente reservado, cuja privacidade e inviolabilidade sejam asseguradas. O direito de visita íntima é, também, assegurado aos presos casados entre si ou em união estável (BRASIL, 1999).

Segundo Lima (2006) as desigualdades de gênero sancionadas pela sociedade e suas instituições são constatadas quando se observa que para os homens a visita íntima foi introduzida há muito mais tempo e com regras flexíveis. Possibilidade de mais encontros e com diferentes parceiras porque não discriminam tipos de vínculo. Já em relação às mulheres, estas necessitam comprovar um vínculo, existindo uma maior preocupação institucional com o controle da sexualidade e seus riscos, o que dificulta o acesso a esse direito às mulheres reclusas. Além disso, o maior controle da sexualidade

também pode está relacionado à possibilidade de gravidez e maior vulnerabilidade das mulheres às DST/HIV.

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (2004) reforça a premissa de que as pessoas presas, qualquer que seja a natureza de sua transgressão, mantêm todos os direitos fundamentais, e principalmente o direito de gozar dos mais elevados padrões de saúde física e mental. As pessoas estão privadas de liberdade e não dos direitos humanos inerentes à sua cidadania.

As pessoas encarceradas precisam ter seus direitos respeitados através do cumprimento das políticas criadas para as mesmas, pois constitui uma população que teve pouco acesso à saúde, além de ser vulnerável a aquisição de várias doenças como DST/AIDS, tuberculose, pneumonia, hepatites, hipertensão, entre outros.

A realização do exame preventivo foi realizada por 80,8% mulheres, um dado surpreendente, pois mais da metade passou por esse serviço após ingressar na prisão. Quanto à periodicidade do exame 25,5% realizavam anualmente e a cada seis meses. Porém, 29,8% afirmaram não haver periodicidade certa.

Contudo, estudo realizado por Rafael et al.(2010) sobre os fatores associados da não realização do colpocitologia oncótica, evidenciou que mulheres com menor escolaridade e baixa renda são as que menos comparecem ao serviço de saúde para a realização desse exame. Apesar da amostra em estudo possuir tais características,pois houve uma ocorrência prevalente de realizações desse exame após reclusão.

O exame citopatológico é o método de rastreamento do câncer do colo do útero e de suas lesões precursoras e o início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram atividade sexual, uma vez ao ano e após dois exames consecutivos negativos, deverão ser realizados a cada três anos (BRASIL, 2013).

O Papanicolau é um exame muito importante para mulheres que tem vida sexual ativa, pois além de detectar o câncer de colo do útero precocemente, é também um momento oportuno para o fornecimento de orientações e esclarecimento de dúvidas.

Quanto aos dados sobre o uso dos métodos contraceptivos evidenciou que 59,6% das mulheres utilizavam algum método. Os mais relatados e conhecidos pelas presidiárias foram a camisinha com 34,0%, seguido do anticoncepcional oral com 19,2%.

Berquó, Barbosa, Lima (2008) analisaram a tendência de uso do preservativo entre 1998 e 2005 na população brasileira urbana e os resultados revelaram aumento significativo no uso do preservativo nos últimos anos, cabendo às pessoas solteiras

maiores frequências de uso do preservativo (70,3%). Também percebeu-se maior aumento no uso do preservativo entre os casados ou unidos, de 11,6% em 1998 para 25,0% em 2005. Sendo que a escolaridade se mostrou diferencial importante no uso do preservativo. Fato que também pode ter contribuído para o não uso dos métodos contraceptivos por algumas mulheres do presente estudo, visto possuírem pouca escolaridade.

Na análise acerca da saúde reprodutiva 42,5% tinham de 1- 3 filhos, sendo que 40,4% não realizaram pré-natal e 34,0% participaram de menos de seis consultas. Discordante de um estudo realizado por Barros et al. (2013) no qual a população dessa pesquisa, 71,1% fizeram o pré-natal com seis ou mais consultas.

De acordo com Brasil (2012), apesar da redução importante da mortalidade infantil no Brasil nas últimas décadas, os indicadores de óbitos neonatais apresentaram uma velocidade de queda aquém do desejado. Um número expressivo de mortes ainda faz parte da realidade social e sanitária de nosso País. Tais mortes ainda ocorrem por causas evitáveis, principalmente no que diz respeito às ações dos serviços de saúde e, entre elas, a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

O pré-natal é muito importante para a mulher no período gestacional, principalmente para as detentas, que muitas vezes não procuravam os serviços de saúde antes de estarem na prisão. Essa consulta é um momento em que o profissional pode detectar alguma intercorrência, e, conseqüentemente reduzir os índices de mortalidade materna e perinatal.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (2004), o Ministério da Saúde assegura a inclusão da população privada de liberdade no Sistema Único de Saúde. Entre as áreas estratégicas de atuação está a Saúde da Mulher que prevê a realização de pré-natal, controle do câncer cérvico-uterino e de mama, garantindo assim o mandamento previsto na constituição de que a saúde é um direito fundamental de todo e qualquer ser humano e dever do Estado.

Outro fato preocupante foi à taxa de abortos com 72,3%, sendo que 42,5% foram provocados. Semelhante aos resultados da pesquisa HEXCA – Brasil, que investigou, por meio de entrevistas em profundidade, a interrupção da gravidez nas trajetórias biográficas de 31 mulheres e 28 homens. Os 31 depoimentos femininos congregam 116 gestações, cujos desdobramentos foram abortos provocados (71), salientando-se que, tanto nas declarações femininas quanto nas masculinas, o aborto

como desenlace das gestações representa o dobro dos filhos nascidos vivos (HEILBORN et al., 2012).

O que reforça a necessidade de orientar a população, em especial, as mulheres sobre a importância do uso de métodos contraceptivos, principalmente a camisinha, que além de prevenir a gravidez indesejada, protege também das DST.

Por isso, a educação em saúde, ao prevenir patologias e agravos ao bem-estar humano, potencializa a redução de custos junto aos vários contextos da assistência e favorece a promoção do autocuidado e o desenvolvimento da responsabilidade do paciente sobre decisões relacionadas à sua saúde (CHAVES et al., 2006).

Acerca das ações educativas sobre saúde sexual e reprodutiva, 53,2% das presidiárias participaram de alguma dessas atividades, sendo que a palestra foi a metodologia mais utilizada e o profissional que mais realizou essas atividades dentro dos presídios foi o médico, 23,4%.

Os profissionais da saúde, principalmente o enfermeiro deve ampliar mais sua participação com essa população em relação a promoção da saúde, sobre diversos temas, principalmente saúde sexual e reprodutiva, devido a exposição dessas mulheres a diversos riscos e a carência de informações.

Segundo Lopes, Anjos e Pinheiro (2009), as práticas educativas em saúde no contexto da enfermagem vêm sendo uma realidade cada vez mais efetivada devido a mudanças de paradigmas de atenção a saúde, partindo do modelo biomédico em crise para a implantação do conceito da promoção da saúde humana.

As metodologias participativas são estratégias que permitem uma maior conscientização e influenciam positivamente nas mudanças de comportamento, induzindo a uma melhor condição de saúde. Dentre esses métodos, enfatiza-se o emprego de dinâmicas de grupo e oficinas em ambiente de sala de espera, que proporcionam um sentimento de valorização, equidade e inclusão do sujeito (MORAES, 2008).

Notou-se no presente estudo que 72,3% das detentas possuem o interesse em participar de atividades educativas, e a temática que mais interessa é sobre as DST. Um dado importante, pois demonstra o interesse em conhecer mais sobre essas doenças e de como preveni-las.

Perante a problemática, percebeu-se que os profissionais de saúde possuem um papel fundamental na mudança da realidade dessa população. Pois o desenvolvimento

de educação em saúde em longo prazo resultará em diminuição dos índices de DST, entre outros problemas, como gravidez indesejada.

CONCLUSÃO

O perfil sociodemográfico das presidiárias estudadas apontou para uma maioria de mulheres jovens, solteiras com baixa escolaridade e renda familiar, por isso as profissões que exerciam anterior a reclusão não exigiam muita qualificação profissional.

A história sexual das presidiárias evidenciou a prematuridade da ocorrência da primeira relação sexual. Além disso, os parceiros apresentavam fatores de risco que aumenta a vulnerabilidade das presidiárias a várias doenças, principalmente as DST.

Na análise dos dados sobre o uso dos métodos contraceptivos, observou-se que mais da metade utilizavam algum método, destacando-se a camisinha. Isso é um fator preocupante, pois muitas das presidiárias adotam comportamentos de riscos. Diante dessa situação os profissionais da saúde devem investir mais em educação em saúde de acordo com as especificidades desse grupo e assim mudar a realidade dessa população.

Um achado muito preocupante foi a ocorrência de abortos, sendo a maior parte provocado. Isso reforça a necessidade de trabalhar mais com ações de educação sobre saúde sexual e reprodutiva com essa população, sendo que não se deve limitar a distribuição de preservativos, mas formar grupos de discussão sobre a temática com o objetivo a longo prazo de promover mudanças de comportamento.

A realização desse estudo teve dificuldades, dentre elas o potencial criminoso de algumas presidiárias, sendo o principal obstáculo, por isso não se pôde obter um número maior de participantes.

Espera-se que esse estudo possa contribuir na formulação de estratégias de promoção da saúde sexual e reprodutiva no ambiente prisional, que englobe todas as especificidades dessa população. Os profissionais da saúde, em especial o enfermeiro, precisam conhecer a realidade dessas mulheres para elaborarem ferramentas que quebrem barreiras e assim tenham efeito.

Esse estudo também é relevante para a população acadêmica, pois conhecendo tal realidade poderá ajudar a mudar o comportamento dessas mulheres, com elaboração de material educativo adaptado a realidade dessa população, promovendo estratégias de educação em saúde através de palestra, vídeos, grupo de discussão, entre outros. Além disso, há necessidade de mais estudos com esse público, que aborde essa temática para que cada vez mais se possa ter conhecimento da realidade dessas mulheres e assim cooperar na elaboração de políticas públicas para melhorar a situação das presidiárias.

A população encarcerada, por estar confinada, é mais acessível para trabalhar com temas ligados a educação em saúde pelos profissionais de saúde, particularmente o enfermeiro, no direcionamento de ações curativas e preventivas, de acordo com as peculiaridades das detentas no sistema prisional.

Dessa forma, é necessário o planejamento de estratégias educacionais de prevenção aos agravos à saúde sexual e reprodutiva, DST, pré-natal, drogas, diabetes e depressão às presidiárias, sendo indispensável à elaboração de táticas para quebrar as barreiras educacionais e assim gerar mudança de comportamento e promover o autocuidado.

REFERENCIAS

ARAÚJO, R. C; JONAS, E; PFRIMER, I. A. H. Mulheres reclusas e vulnerabilidade ao vírus HIV/aids. **Estudos**, v.34, n.11, p.1021-40, 2007.

ALTICE, F. L; MARINOVICH, A; KHOSHNOOD, K; BLANKENSHIP, K. M; SPRINGER, S. A; SELWYN, P. A. Correlates of HIV infection among incarcerated women: implications for improving of HIV infection. **J Urban Health**, v.82, n.2, p.312-26, 2005.

ARAÚJO, R. C. **Agência Goiana do Sistema Prisional: estudo das condições sociodemográficas e comportamentais de mulheres de detentos, relacionadas à vulnerabilidade ao vírus HIV.** 2006. 64f. Dissertação (Mestrado)- Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde, Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2006.

AQUINO, P. S. **Desempenho das atividades de vida por prostitutas de Fortaleza.** 2007. 128f. Dissertação (Mestrado)- Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

AQUINO, P. S; NICOLAU, A. I. O; MOURA, E. R. F; PINHEIRO, A. K. B. Perfil sociodemográfico e comportamento sexual de prostitutas de Fortaleza - CE. **Texto & contexto enferm.**, v.17, n.3, p.427-34, 2008.

ANJOS, S. J. S. B; RIBEIRO, S. G; LESSA, P. R. A; NICOLAU, A. I. O; VASCONCELOS, C. T. M; PINHEIRO, A. K. B. Fatores de risco para o câncer de colo do útero em mulheres reclusas. **Rev Bras Enferm**, v. 66, n. 4, p.508-13, 2013.

ALMEIDA, M. F; Novaes, H. M. D; Alencar, G. P; Rodrigues, L. C. Mortalidade neonatal no Município de São Paulo: influência do peso ao nascer e de fatores sócio-demográficos e assistenciais. **Rev Bras Epidemiol**, v.5, n. 1, 2002.

BRASIL. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** Normas e Manuais Técnicos/Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. n. 13. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. **Resolução nº 01, de 30 de março de 1999.** Assegura o direito à visita íntima aos presos de ambos os sexos, recolhidos aos estabelecimentos prisionais. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 05 de abr. 1999. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** 2ª edição Cadernos de Atenção Básica, nº 13 Brasília – DF, 2013.

_____. Ministerio da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, nº 32 Brasília – DF. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação da saúde no sistema penitenciário.** 1ª edição – 2010.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Grupo de Trabalho Interministerial. **Reorganização e Reformulação do Sistema Prisional Feminino**. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas Estratégicas. **Política nacional integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.

_____. Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN). **Sistema Penitenciário do Brasil: dados consolidados. Informações Penitenciárias (InfoPen)**. 2008.

_____. Política nacional de atenção integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. Portaria Interministerial nº 1.777 de 09 de novembro de 2003. Brasília; DF, 2004.

BERQUÓ, E; BARBOSA, R. M.; LIMA, L. P. Uso do preservativo: tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira. **Rev Saúde Pública**, v.42, supl.1, p.34-44, 2008.

BARROS, M. A. R; HOLANDA, M. A. G; LOPES, K. R; NICOLAU A. I. O. Fatores obstétricos associados ao peso ao nascer do recém-nascido a termo não gemelar. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.7, n.12, p.6821-7, dez., 2013.

CUNHA, E. L. Ressocialização: o desafio da educação no sistema prisional feminino. **Cad. Cedes**, Campinas, v. 30, n. 81, p. 157-178, mai.-ago. 2010.

CHAVES, E.S; LÚCIO, I. M. L; LEITE, T. L; DAMASCENO, M. M. C. Eficácia de programa de educação para adultos portadores de hipertensão arterial. **Rev Bras enfermagem**. V. 59, p. 543-7, 2006.

CARVALHO, M. L; VALENTE, J. G. A; ASSIS S. G; VASCONCELOS A. G. G. Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.11, n.2, p.461-71, Abr-Jun. 2006.

COHEN, S. C.; BODSTEIN, R.; KLIGERMAN, D. C.; MARCONDES, W. B. Habitação saudável e ambientes favoráveis à saúde como estratégia de promoção da saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.12, n.1, p.191-8, 2007.

DIUANA, V; LHUILIER, D; SÁNCHEZ, A. R ; AMADO, G; Araújo, L ; DUARTE, A. M; GARCIA, M; MILANEZ, E; POUBEL, L; ROMANO, E; LAROUZÉ, B. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.8, p.1887-1896, ago, 2008.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo; Atlas, 2010. 175 p.

GOIS, S. M; SANTOS JUNIOR, H. P. O; SILVEIRA, M. F. A; GAUDÊNCIO, M. M. P. Beyond bars and punishments: a systematic review of prison health. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n.5, p.1235-1246, 2012.

GIORDANI, A. T. **Pesquisa-ação com mulheres detentas sobre sexualidade, DST-AIDS e drogas.** 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2000.

HEILBORN, M. H; CABRAL, C. S; BRANDAO, E. R; CORDEIRO, F; AZIZE R. L. Gravidez imprevista e aborto no Rio de Janeiro, Brasil: gênero e geração nos processos decisórios. **Revista Latino-americana**, n.12, pp. 224-257, 2012.

KIM, J. E; LOUREIRO, P. R. A; MOREIRA, T. B. S; SACHSIDA A. criminalidade feminina: uma análise empírica a partir dos dados do presídio feminino de Brasília. **Economia e Desenvolvimento**, Recife (PE), v. 8, n.1, 2009.

LOPES, E. M; ANJOS, S. J. S. B; PINHEIRO, A. K. B. Tendência das ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros no Brasil. **Rev. enferm. UERJ**, v. 17, n. 2, abr-jun. 2009.

LIMA, M. **Da visita íntima à intimidade da visita:** a mulher no sistema prisional. 2006. 103f. Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

MIRANDA, A. E; MERÇON-DE-VARGAS, P. R; VIANA, M. C. Saúde Sexual e Reprodutiva em Penitenciária Feminina, Espírito Santo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 2, set. 2004.

MORAES M. L. C; COSTA P. B; AQUINO O. S; PINHEIRO A. K. B. Educação em saúde com prostitutas de Fortaleza: relato de experiência. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v.10, n. 4, p.1144-51, 2008.

NICOLAU, A. I. O. **Conhecimento, atitude e prática de presidiárias quanto ao uso do preservativo masculino e feminino.** 2010. 134f. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

POLIT, D. F; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** métodos, avaliação e utilização. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRIORI, C. **Mulheres infratoras e o sistema prisional:** uma discussão prévia. In: IV Congresso Internacional de História. Maringá, 2009.

ROMAN, E. P; RIBEIRO R. R; GUERRA-JÚNIOR G; BARROS-FILHO A. A. Antropometria, maturação sexual e idade da menarca de acordo com o nível socioeconômico de meninas escolares de Cascavel (PR). **Rev Assoc Med Bras.** v. 55 n.3, p. 317-21, 2009.

RAFAEL, R. M. R; MOURA A. T. M. S. Barreiras na realização da colpocitologia oncológica: um inquérito domiciliar na área de abrangência da Saúde da Família de Nova Iguaçu. **Cad. Saúde Pública.** v. 26, n.5, p. 1045-50, 2010.

SOUZA, M. O. S; PASSOS, J. P. The nursing practice inside the penal system: limits and Possibilities. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.12, n.3, set. 2008.

SOUZA, C. M. N. Relação saneamento-saúde-ambiente: os discursos preventivista e da promoção da saúde. **Saúde Soc**, v.16, n.3, p.125-37, 2007.

SOUZA, A. O; PEREIRA, G. S; SOUZA, G. E; TELES, S. A. avaliação do conhecimento, comportamentos de risco e adesão à vacina contra hepatite b em reeducandos da cidade de Goiânia. **Ciência, Cuidado e Saúde**. v. 4, n. 3, p. 250-258, set./dez. 2005.

STRAZZA, L; MASSAD, E; AZEVEDO, R. S; CARVALHO, H. B. Estudo de comportamento associado à infecção pelo HIV e HCV em detentas de um presídio de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.1, p.197-205, jan, 2007.

OLIVEIRA, E. P. T. Mulheres em conflito com a lei: a ressignificação de identidades de gênero em um contexto prisional. **RBLA**, Belo Horizonte, v. 9, n. 2, p. 391-414, 2009.

WAMBURG J, **Mulheres são 7% da população carcerária no Brasil**. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia>. Acessado em 13/12/2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A

FORMULÁRIO Nº

DADOS SOCIOECÔMICOS

Idade _____

Estado Civil _____

Ocupação antes da prisão _____

Renda familiar mensal: _____

Escolaridade _____

- Analfabeta
- Ensino Fundamental Incompleto
- Ensino Fundamental Completo
- Ensino Médio Incompleto
- Ensino Médio Completo
- Curso Superior

HISTÓRIA SEXUAL

Idade da primeira menstruação: _____

Início da vida sexual: _____

Possui parceria sexual?

- Sim Não

Caso sim, tipo de parceria:

- Estável Instável

Nº de parceiros nos últimos 3 meses: _____

Comportamento sexual:

- Heterossexual Homossexual Bissexual

História de prostituição:

- Sim Não Por quanto tempo? _____

Quanto ao(s) parceiro (a) (s) sexual(is) dos últimos três meses

Utiliza algum tipo de droga?

- Sim Não

Se sim, qual (is)? _____

História de DST/ aids?

Sim Não

Se sim, tipo(s)/ realização de tratamento: _____

Possui tatuagens ou piercings.

Sim Não

Possui outras parcerias sexuais.

Sim Não

Profissional do sexo.

Sim Não

Presidiário(a).

Sim Não

Homossexual/bissexual.

Sim Não

Outras informações: _____

História de DST/HIV antes da prisão:

Sim Não

Tipo(s)/ realização de tratamento: _____

Realizava acompanhamento ginecológico ?

sim não

periodicidade _____

Data da última consulta ___/___/___

G: _____ P: _____ A: _____ Abortos provocados: _____

Método contraceptivo?

Sim Não

Qual _____

Conhece os métodos contraceptivos existentes?

Sim Não

Se sim, quais?

Sabe como usar o método contraceptivo de escolha de forma correta?

sim não

Tem direito a visita íntima?

Sim Não

Periodicidade das visitas íntimas:

HISTORICO REPRODUTIVO

Realizou Pré-natal durante a gestação?

sim não

Número de consultas de Pré-natal durante a gestação? _____

< 6 consultas

> 6 consultas

Realizou algum exame durante pré-natal ?

Sim Não Quais _____

AÇÕES EDUCATIVAS

Você já participou de alguma atividade educativa sobre o tema sexual e reprodutivo dentro desta unidade?

Sim Não

Especificar a metodologia utilizada:

grupo de discussão teatro

palestras vídeo seminário

outro Especificar: _____

Marcar o(s) profissional(s) que realizaram tal atividade:

enfermeiro Sim Não

médico

psicólogo

odontólogo

nutricionista

psiquiatra

fisioterapeuta

tec. enfermagem

educador físico

assistente social

aux. de consultório dentário

outro Especificar: _____

Em caso negativo:

Gostaria de receber informações referentes à esse tema ?

Sim Não

Se sim, sobre qual temática? _____

Se não, qual outro tema gostaria que fosse abordado ? _____

APÊNDICE B- Termo de consentimento livre e esclarecido



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

Título do projeto: Ações de educação e saúde em penitenciárias femininas do estado do Piauí

Pesquisador responsável: Dayze Djanira Furtado de Galiza

Instituição/Departamento: UFPI/CSHNB/Picos

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (89) 9972- 2332

Pesquisador participante: Sheyla Dayana Coelho Cavalcanti

Telefones para contato: (89) 9414- 8706 / (89) 9997-7819

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizada de forma alguma.

Você será entrevistada sobre as ações de educação e saúde voltadas a mulheres presidiárias a fim de que se possa conhecer a realidade das penitenciárias femininas do Piauí. O que você disser será registrado para posterior estudo. Você poderá experimentar constrangimento ou medo ao responder algumas perguntas. No entanto, você não terá riscos e/ou prejuízos em participar do estudo. Você não será beneficiada financeiramente. O estudo poderá trazer benefício, em geral, para que as ações de educação e saúde voltadas a essa população em estudo possam ser desenvolvidas com vistas na qualidade de vida das mesmas. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para obter esclarecimentos sobre eventuais dúvidas. Caso você concorde em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, a equipe de estudo, o Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo (quando necessário) terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo. O período de participação envolve somente o momento da entrevista. Você tem o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo/etapa do estudo, sem a possibilidade de existir quaisquer prejuízos a sua pessoa.

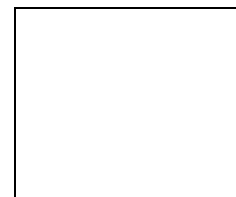
Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____,
 RG _____,
 CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo
**AÇÕES DE EDUCAÇÃO E SAÚDE EM PENITENCIÁRIAS FEMININAS DO
 ESTADO DO PIAUÍ.**

Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo **AÇÕES DE EDUCAÇÃO E SAÚDE EM PENITENCIÁRIAS FEMININAS DO ESTADO DO PIAUÍ**. Eu discuti com Dayze Djanira Furtado de Galiza sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Local _____ e _____ data _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável:



Digitais, caso não assine.

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

_____, ____ de _____ de 2013

Assinatura do pesquisador responsável

Observações complementares

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella -Bairro Ininga. Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina –PI tel.: (86) 3215-5734 - email: cep.ufpi@ufpi.br web: www.ufpi.br/cep

