



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca
ENSP

Ana Laura Marinho Ferreira

Velhice atrás das grades: condições de saúde de mulheres idosas
nas unidades prisionais do estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2021

Ana Laura Marinho Ferreira

Velhice atrás das grades: condições de saúde de mulheres idosas
nas unidades prisionais do estado do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração Sociedade, Violência e Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dra. Fátima Regina Cecchetto.

Coorientadora: Prof^a. Dra. Patricia Constantino.

Rio de Janeiro

2021

Título do trabalho em inglês: Old age behind bars: Health conditions of elderly women in the prison units of the state of Rio de Janeiro.

Este trabalho foi realizado com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – Código de Financiamento 001.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

F383v Ferreira, Ana Laura Marinho.
Velhice atrás das grades: condições de saúde de mulheres idosas nas unidades prisionais do estado do Rio de Janeiro / Ana Laura Marinho Ferreira. -- 2021.
103 f. : il. color. ; graf.

Orientadora: Fátima Regina Cecchetto
Coorientadora: Patricia Constantino.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2021.

1. Mulheres. 2. Envelhecimento. 3. Prisões. 4. Nível de Saúde. 5. Direito à Saúde. 6. Qualidade de Vida. I. Título.

CDD – 23.ed. – 344.0321098153

Ana Laura Marinho Ferreira

Velhice atrás das grades: condições de saúde de mulheres idosas
nas unidades prisionais do estado do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração Sociedade, Violência e Saúde.

Aprovada em: 30 de junho de 2021.

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Larissa Escarce Bento Wollz
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dr.^a Maria Cecília de Souza Minayo
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dr.^a Patricia Constantino (Coorientadora)
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dr.^a Fatima Regina Cecchetto (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2021

*Para minha tia Cecília
que me incentivou a escrever desde a mais tenra idade;*

*E para minha vó Vanda
que me ensinou todas as outras coisas.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço aqueles que primeiro acreditaram em mim e não permitiram que as chamas da esperança e da persistência se apagassem em meu interior, professores Ricardo Ventura e Gerson Marinho.

Agradeço às minhas orientadoras, professoras Fátima Regina Cecchetto e Patrícia Constantino, pela confiança, compreensão, contribuições e leituras cuidadosas que tornaram possível o desenvolvimento e finalização desta dissertação.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio financeiro a esta pesquisa ao longo do mestrado.

Ao Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro que viabilizou que o trabalho fosse realizado com segurança e agilidade.

Aos amigos de Minas que mesmo distantes se fizeram presentes e às amigas que a Fiocruz me proporcionou, Camilla e Gabriela, que nos momentos tão tortuosos que englobaram o período de escrita deste trabalho foram apoio, afeto e acolhida, e que certamente seguirão comigo para além do mestrado.

*Quando o clima é duro, as circunstâncias difíceis, os recursos insuficientes,
a velhice dos homens assemelha-se muitas vezes às dos bichos.*

BEAUVOIR, 2018, 50.

RESUMO

Este estudo analisou as condições de saúde física e mental de mulheres idosas institucionalizadas nas unidades prisionais do estado do Rio de Janeiro. Sendo um estudo quantitativo e qualitativo, como instrumentos foram aplicados 31 questionários e 2 entrevistas em profundidade, em mulheres com idade a partir de 60 anos. Como resultados, foram apresentadas as principais doenças de ordem física e mental, os principais sintomas, bem como as análises relacionadas ao cotidiano prisional, relacionamento entre as presas, atividades realizadas no presídio e percepções que as participantes nutrem a respeito de seu futuro e do que significa ser idosa no cárcere. Como conclusão, restou demonstrado que o ambiente prisional tem impacto negativo direto sobre as condições de saúde física e mental destas mulheres, sendo um espaço que, pela precariedade estrutural, escassez de medicamentos básicos, alimentação de qualidade e limitado acesso aos serviços de saúde, demonstrou ser ineficiente em fornecer assistência de qualidade à crescente população carcerária de mulheres idosas, o que por consequência potencializa os problemas de saúde por elas enfrentados.

Palavras-chave: Prisões; Mulheres; Idosas; Saúde; Envelhecimento.

ABSTRACT

This study analyzed physical and mental health conditions of institutionalized elderly women in prisons in the state of Rio de Janeiro. As a quantitative and qualitative study, 31 questionnaires and 2 in depth interviews were applied as instruments in women over age 60. As results, the main physical and mental illnesses were presented, the main symptoms, as well as the analyzes related to the prison daily life, the relationship between the inmates, activities carried out in the prison and the perceptions that the participants have about their future and what it means being old in prison. In conclusion, it was demonstrated that the prison environment has a direct negative impact on the physical and mental health conditions of these women, being a space that, due to its structural precariousness, lack of basic medicines, quality food and limited access to health services, demonstrated to be inefficient in providing quality care to the growing prison population of elderly women, which consequently expands the health problems they have.

Keywords: Prisons; Elderly Women; Health; Aging.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Distribuição do número de mulheres presas investigadas por unidades ...	43
Quadro 2	Sintomas apresentados pelas presas que recebem ou não visitas	80
Gráfico 1	Distribuição do número de presas por faixa etária	52
Gráfico 2	Distribuição do número de presas por raça	52
Gráfico 3	Distribuição do número de presas por situação conjugal	53
Gráfico 4	Distribuição do número de presas por quantidade de filhos	54
Gráfico 5	Distribuição do número de presas por escolaridade	54
Gráfico 6	Distribuição do número de presas por situação processual	55
Gráfico 7	Distribuição do número de presas por tipo de crime cometido	56
Gráfico 8	Distribuição do número de presas por tipo de vínculo familiar	57
Gráfico 9	Distribuição do número de presas por recebimento de visitas	57
Gráfico 10	Distribuição do número de presas por frequência de visitas	58
Gráfico 11	Distribuição do número de presas por atividades realizadas	59
Gráfico 12	Atividades realizadas nas unidades prisionais	62
Gráfico 13	Sintomas encontrados nas 24h anteriores à aplicação do questionário	66
Gráfico 14	Sintomas encontrados na semana anterior à aplicação do questionário ...	66
Gráfico 15	Sintomas encontrados no mês anterior à aplicação do questionário	67
Gráfico 16	Doenças respiratórias	67
Gráfico 17	Número de presas que apresentaram problemas de coração e aparelho circulatório	68
Gráfico 18	Número de presas que apresentaram doenças de aparelho digestivo	68
Gráfico 19	Número de presas que apresentaram doenças relacionadas aos músculos, ossos e pele	69
Gráfico 20	Número de presas que apresentaram doenças glandulares e das células sanguíneas	70
Gráfico 21	Número de presas que apresentaram problemas no sistema nervoso	70
Gráfico 22	Número de presas que apresentaram problemas no aparelho urinário	71
Gráfico 23	Número de presas que apresentaram problemas no aparelho reprodutivo	71
Gráfico 24	Número de presas que apresentaram quadro de doenças transmissíveis	72
Gráfico 25	Número de presas com problemas relacionados à visão, audição e fala ..	72
Gráfico 26	Número de presas que não possuem dentes	73
Gráfico 27	<i>Número de presas que necessitam usar objetos no dia a dia</i>	73

Gráfico 28	Uso de drogas lícitas e ilícitas antes do aprisionamento	74
Gráfico 29	Uso de drogas lícitas e ilícitas depois do aprisionamento	75
Gráfico 30	Especificidades das pessoas idosas no cárcere	76
Gráfico 31	Melhorias necessárias para as presas idosas nas unidades prisionais	76
Gráfico 32	Expectativas alimentadas pelas presas sobre a vida após a prisão	77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADPF	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
BOPE	Batalhão de Operações Policiais Especiais
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CLAVES	Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli
COVID	Corona Virus Disease
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
EDG	Escala de Depressão Geriátrica
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INFOPEN	Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias
ITTC	Instituto Terra, Trabalho e Cidadania
LEP	Lei de Execução Penal
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua
PNAISP	Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional
PNSSP	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
SOE/GSE	Serviço de Operações Especiais/Grupamento de Serviço de Escolta
SUS	Sistema Único de Saúde
STF	Superior Tribunal Federal
TDAS	Escala de Ansiedade de Morte do Templer

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	PROBLEMA E OBJETO DE PESQUISA	20
3	OBJETIVOS	21
3.1	OBJETIVO GERAL	21
3.2	OBJETIVO ESPECÍFICO	21
4	REFERENCIAL TEÓRICO	22
4.1	ENVELHECIMENTO, MULHERES, CÁRCERE, ABANDONO E INVISIBILIDADE	22
4.2	PRISÕES E PUNIÇÃO: A EXPANSÃO DO ENCARCERAMENTO NAS SOCIEDADES ATUAIS	31
4.2.1	O direito à saúde nas unidades prisionais	37
5	PERCURSO METODOLÓGICO	40
5.1	COVID-19 E AS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE: UM ADENDO IMPORTANTE	44
5.2	ENTRADA NO CAMPO	45
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
6.1	DESCRIÇÃO DAS UNIDADES PRISIONAIS FEMININAS	47
6.1.1	Presídio Oscar Stevenson	47
6.1.2	Cadeia Pública Joaquim Ferreira de Souza	47
6.1.3	Instituto Penal Talavera Bruce	48
6.1.4	Penitenciária Nelson Hungria	49
6.2	PERFIL DAS PRESAS ENTREVISTADAS	51
6.3	PERFIL DA POPULAÇÃO CARCERÁRIA FEMININA	51
6.3.1	Perfil processual penal	55
6.3.2	Tipos de crimes cometidos	56
6.4	COTIDIANO PRISIONAL	57
6.4.1	Relacionamento com família e amigos	57
6.4.2	Serviços utilizados	59
6.4.3	Relacionamentos na prisão	60
6.4.4	Atividades realizadas	62
6.4.5	Atividades nas prisões	63
6.5	SAÚDE NA PRISÃO: CONDIÇÕES FÍSICAS E MENTAIS DAS PRESAS	65
6.5.1	Uso de remédio controlado	73

6.5.2	Uso de drogas lícitas e ilícitas	74
6.5.3	Acesso aos serviços de saúde no presídio	75
6.6	ESPECIFICIDADES DA MULHER IDOSA NO CÁRCERE	76
6.7	CONDIÇÕES DE SAÚDE MENTAL DAS PRESAS	79
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
	REFERÊNCIAS	85
	ANEXO 1 – ROTEIRO DA ENTREVISTA	90
	ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO	91

1 INTRODUÇÃO

A referência principal da dissertação é o que se passa no Brasil em termos da invisibilidade de presos idosos e do notório silenciamento sobre as mulheres presas idosas no sistema prisional. Neste sentido, compreender melhor as questões específicas das presas idosas, principalmente suas condições de saúde, é também desvendar lógicas e dinâmicas societárias do contexto brasileiro atual.

Em termos de abordagem teórica, considera-se que a prisão é simultaneamente o reflexo da sociedade e espelho em que ela se reflete (Fassin, 2019), com suas vulnerabilidades e contradições. Em termos metodológicos, o desafio é evitar generalizações sobre as “mulheres e prisão”, e, ao mesmo tempo, iluminar os componentes de gênero e geração, pouco abordados nas discussões sobre o encarceramento no país. Para tanto, a pesquisa lançou mão dos aportes das ciências sociais e de procedimentos da etnografia para conhecer o universo das mulheres presas idosas no estado do Rio de Janeiro.

Cumprir frisar que o Brasil vem passando por mudanças demográficas e uma delas diz respeito ao envelhecimento da população. A parcela da população considerada idosa – aqui entendida como a pessoa com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, de acordo com artigo 1º do Estatuto do Idoso (2003) – era, em 2012, de 25,4 milhões e em 2017 cresceu para 30,2 milhões, consoante os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). As mulheres compõem a maioria dessa população, com 16,9 milhões de pessoas, enquanto os homens idosos alcançam o número de 13,3 milhões. O aumento da expectativa de vida da população atinge diferentes áreas, inclusive o sistema prisional, o qual, de acordo com o último Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN), tem 1% de sua população composta por pessoas com idade de 61 a 70 anos e menos de 1% por pessoas com mais de 70 anos de idade.

No estado do Rio de Janeiro, especificamente, de acordo com os dados informados pelo Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário, os quais foram atualizados até março de 2021, existiam, no total, 858 pessoas com idade acima de 60 (sessenta) anos no sistema prisional. Não foi feita desagregação por sexo nesta coleta.

Muito embora o perfil majoritário da população carcerária feminina seja composto por mulheres jovens, uma vez que metade dessas mulheres possui de 18 a 29 anos (27% possuem de 18 a 24 anos e 23% possuem de 25 a 29 anos), consoante dados do INFOPEN Mulheres, o documento também mostra uma proporção – ainda que pequena – de mulheres idosas no ambiente prisional brasileiro.

O estudo sobre o encarceramento de mulheres idosas se defronta com dois desafios. O primeiro diz respeito à parcialidade do interesse da criminologia no estudo de idosos, ciência que majoritariamente se preocupa em estudá-los na condição de vítimas, sendo escassa a produção acadêmica que investiga a atuação dos idosos como autores de crimes.

Sobre tal questão, Monteiro (2013, p. 11) salienta que, muito embora os crimes cometidos contra os idosos sejam particularmente chocantes, a realidade que envolva a sua atuação ativa na criminalidade também não pode ser deixada de lado, tendo em vista que “é importante o estudo a respeito do criminoso idoso, visto que com o envelhecimento da população ele estará mais presente no cotidiano”.

A segunda questão a ser enfrentada pelo presente estudo diz respeito ao próprio encarceramento feminino e as relações de gênero que o envolvem, uma vez que, como alguns estudos mostram, a autonomia das mulheres criminosas segue, de certa maneira, invisibilizada pela criminologia.

Um trabalho que se debruça sobre o papel que a criminalidade feminina ocupa nos estudos sobre criminalidade é o de Andrade (1995, p. 19), no qual consta que:

O sistema de justiça criminal funciona como um mecanismo público integrativo do controle informal feminino, reforçando o controle patriarcal (a estrutura e o simbolismo de gênero) ao criminalizar a mulher em algumas situações específicas e, soberanamente, ao reconduzi-la ao lugar da vítima, ou seja, mantendo a coisa em seu lugar passivo.

Em outras palavras, pode ser dito que essas concepções reafirmam os padrões rígidos com que as dinâmicas entre os gêneros são construídas, atribuindo às mulheres valores da vida privada e aos homens os valores da vida pública, o que acaba influenciando todas as áreas da vida social, inclusive o campo da criminalidade, em que a mulher não é vista como personagem principal, mas apenas como papel secundário e dependente.

Com relação às especificidades relativas ao encarceramento feminino, provavelmente o abandono suportado pelas detentas seja o que mais chame a atenção e o diferencie do

encarceramento masculino. O homem, enquanto preso, conta com a visita da esposa, companheira, familiares; a mulher, por sua vez, costumeiramente é esquecida pelos companheiros e parentes.

Tal fato pode ser explicado, em parte, pela própria construção social atribuída aos gêneros, ou seja, a mulher criminosa é vista como duplamente culpada: pelo crime que cometeu e por ter violado os padrões de gênero ligados à feminilidade que não aceitam a delinquência como um elemento feminino, uma vez que ao sexo feminino são atribuídas qualidades como docilidade, romantismo, obediência, etc.

De modo geral, pode-se compreender que muito embora tais significações não sejam de exclusividade dos idosos encarcerados, percebeu-se que, no cárcere, elas revelaram-se evidenciadas com mais facilidade, podendo-se dizer, até mesmo, que foram potencializadas.

No entanto, um dos mais relevantes agravos à saúde, segundo os próprios presos, é a violência. Minayo e Ribeiro (2016, p. 2038) frisam que:

(...) o sistema carcerário, tal como está estruturado, provoca um impacto social e de saúde desproporcional na vida dos presos e de suas famílias, as quais, na maioria, vivem em áreas urbanas socialmente desprivilegiadas, concentram jovens negros e pobres e onde as taxas de criminalidade são muito elevadas.

Nesse sentido, o sistema carcerário brasileiro, conhecido pelas violações de direitos, pela alimentação precária oferecida aos detentos, pela insalubridade e superlotação das celas, pela ausência de atividades voltadas para a ressocialização, começa ter de lidar com as transformações biológicas, físicas, psicológicas e emocionais relacionadas ao avanço da idade, conseqüentemente, o aumento da população idosa no ambiente carcerário traz novas questões a serem analisadas não só pelo campo jurídico, como também pelo campo da saúde pública.

Em outras palavras, pode-se dizer que a legislação penal brasileira dispõe tratamento diferenciado aos idosos que cometem crimes e aos idosos que são vítimas deles. Essa ambigüidade no tratamento imposta pela legislação penal a idosos autores e vítimas de crimes é objeto de críticas, a exemplo de Ghiggi (2018, p. 19), que afirma:

De um lado, houve reforma para que as vítimas fossem consideradas idosas aos 60 anos, na linha do Estatuto do Idoso. De outro, o idoso acusado, réu e condenado na seara penal é somente a pessoa com mais de 70 anos. Mais uma vez foram os acusados, réus e condenados esquecidos pelo Direito Penal? Ou, realmente, o legislador, utilizando-se do senso comum, pois nenhuma evidência científica há para que se justifique tal diferenciação, sem verificação no caso concreto, entende que o idoso vítima é mais frágil que o idoso autor de crimes e que, por isso, necessita maior proteção? Flagrante e absurda

desigualdade é o que se nota na legislação brasileira, que merece ser urgentemente adaptada ao Estatuto do Idoso e passe a considerar, sem qualquer outra distinção, toda pessoa maior de 60 anos como idosa.

Da mesma maneira, ao analisar a ausência de políticas públicas voltadas para esta parcelada população, Ghiggi (2018, p. 27) destaca uma potencial saída para o problema, que segundo ela, consistiria em: “Reconhecer o idoso, apenado ou não, como a si mesmo, em um futuro não distante, pode ser uma das formas de se evitar que suas diferenças e necessidades não passem despercebidas pelas políticas públicas”.

O envelhecimento como um processo natural de uma fase da vida sofre influência de marcadores sociais como gênero, classe, raça, idade, etc. Cada indivíduo vivenciará esse período de modo diferenciado. Nesse sentido, este estudo se valeu da contribuição dos estudos sobre o envelhecimento, para compreender as condições de saúde das mulheres idosas detidas nos presídios do estado do Rio de Janeiro. Complementarmente, se debruçou sobre o perfil das mulheres privadas de liberdade articulando-o ao panorama do encarceramento no Brasil.

Esta dissertação está dividida em cinco partes, quais sejam: introdução, referencial teórico, percurso metodológico, resultados e considerações finais. Na introdução serão apresentados o problema e objeto da pesquisa, os objetivos, a justificativa e a relevância do estudo em questão.

A segunda parte, que engloba o referencial teórico da pesquisa, se divide em três capítulos.

O primeiro capítulo “Envelhecimento, mulheres, cárcere, abandono e invisibilidade” vai lançar mão da contribuição dos estudos sobre o envelhecimento, para elaborar um painel sobre as mulheres idosas detidas nos presídios do estado do Rio de Janeiro. Complementarmente, se debruçou sobre o perfil das mulheres privadas de liberdade articulando-o ao panorama do encarceramento no Brasil

O segundo capítulo “Prisões e punição: a expansão do encarceramento nas sociedades atuais” apresentará reflexões acerca dos elementos estruturantes do sistema punitivo, aprofundando e delineando a partir das singularidades apresentadas pelo objeto do presente estudo.

O terceiro capítulo “O direito à saúde nas unidades prisionais” irá concatenar de forma crítica os marcos legais instituídos em favor das pessoas privadas de liberdade e os direitos estabelecidos no Estatuto do Idoso (2003).

A terceira parte engloba o percurso metodológico adotado na pesquisa abrangente “Estudo das condições de saúde e qualidade de vida dos presos idosos do sistema prisional do Rio de Janeiro”, oriunda da parceria entre o CLAVES e o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro,

contudo, com o recorte e as especificidades inerentes ao presente estudo que visa apresentar as condições de saúde das mulheres idosas privadas de liberdade.

A quarta parte consistirá na apresentação dos resultados obtidos através da aplicação do questionário e das entrevistas realizadas, com posterior análise crítica e teórica dos dados encontrados.

Por fim, a quinta e última parte do trabalho englobará as conclusões finais, a partir dos resultados e análises feitos anteriormente visando avaliar os resultados da pesquisa, bem como apresentar um campo de estudo ainda pouco estudado no cenário brasileiro.

O interesse e escolha pelo tema de estudo se justificavam pelo fato de que eu, ainda como estudante de Direito, já demonstrava interesse e inclinação para os estudos que abordavam a realidade de mulheres no contexto prisional. No entanto, eles se limitavam tão somente aos pontos costumeiramente abordados quando se trata de encarceramento feminino, tais como o aumento da população carcerária feminina em razão do recrudescimento do crime do chamado tráfico de drogas, o perfil dessas mulheres e a violação de seus direitos enquanto grávidas ou lactantes.

Aos poucos, fui avançando nos referenciais teóricos existentes sobre o tema, me aproximando então das contribuições viabilizadas pela Criminologia Crítica, campo de estudo que me despertou um olhar mais crítico e apurado sobre as diferentes realidades das mulheres presas. Se por um lado, a constatação do crescimento da população prisional feminina se relacionava ao aumento da participação de mulheres no tráfico de drogas, por outro, essa visão era restrita e limitava o ingresso e participação de mulheres no crime tão somente à influência de seus parceiros amorosos.

Essa visão não se diferencia daquelas que tradicionalmente explicam a participação de mulheres no crime através dos papéis tradicionais de gênero, pois, seguindo a mesma lógica, elas permanecem estigmatizando o papel das mulheres na sociedade e mascarando seu poder de agência e sua capacidade de tomar as próprias decisões em sua vida.

Essa faceta que apontava a possibilidade de uma autonomia e independência na participação de mulheres no crime chamou minha atenção e passei a me interessar por estudos que se dedicavam a investigar situações em que as mulheres ocupavam um papel ativo no campo da criminalidade ou, até mesmo, embora menos recorrente, assumiam cargos hierarquicamente altos e importantes dentro das organizações de grupos criminosos.

Nisto consistia minha inquietação inicial de pesquisa, a qual foi devidamente desenvolvida e apresentada como proposta de estudo no processo de seleção pública para ingresso no mestrado em Saúde Pública do ano de 2019. Contudo, ao iniciarem as aulas, fui informada que uma pesquisa relacionada ao sistema prisional seria iniciada, e, caso houvesse interesse, eu teria a oportunidade de participar efetivamente de cada etapa da pesquisa.

O estudo em questão se trata da pesquisa desenvolvida pelo CLAVES denominada “Estudo das condições de saúde e qualidade de vida dos presos idosos do sistema prisional do Rio de Janeiro”, que objetivou investigar as condições de saúde e qualidade de vida dos presos idosos nas unidades prisionais do estado do Rio. Embora distante do que inicialmente imaginava pesquisar, o convite para participar desta pesquisa me soou como um desafio.

Primeiro, porque a ideia de me dedicar aos estudos sobre condições de saúde de pessoas idosas não havia sido minimamente cogitado e, como dito anteriormente, minha visão sobre as realidades de encarceramento se restringiam a temas que já contavam com certa produção acadêmica e discussões teóricas. Segundo, porque a instigação de participar de uma pesquisa cujo objeto ainda não havia sido densamente explorado em trabalhos anteriores, se tratando de um campo relativamente novo de análises e reflexões, foi maior do que as incertezas que surgiram no caminho.

Ademais, outro fator que me levou a aceitar o convite para participar da pesquisa em questão foi o fato de que o tema do envelhecimento é muito caro em minha história de vida. Criada pela minha avó, a qual hoje ostenta 93 anos de idade, sempre tive muita proximidade e intimidade com pessoas idosas, em partes pelo fato de ter exercido com ela o trabalho de cuidado durante dois anos, os quais antecederam minha mudança para o Rio.

Vivenciei de perto as mudanças biológicas e físicas vivenciadas por minha avó ao longo deste período, a qual apesar de não ter sofrido alterações em sua saúde mental, necessitava de ajuda para se levantar, para andar, para comer, para tomar banho, etc.

Assim, ao refletir sobre aceitar ou não participar da pesquisa, foi impossível não pensar nas inúmeras mulheres idosas que poderiam apresentar um quadro de saúde parecido com o da minha avó, mas que ao contrário desta, estavam aprisionadas em um ambiente insalubre, despreparado para receber pessoas que apresentassem certas vulnerabilidades e doenças, sem poder contar com a presença de familiares para ajudá-las a realizar atividades diárias ou mesmo oferecer carinho, afeto e atenção. Imediatamente, aceitei.

Atualmente, já bacharela em Direito e inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), permaneço nutrindo interesse pelas questões vinculadas ao sistema prisional. No entanto, apesar de ser advogada, reconheço que a experiência de transitar - ainda que com limitações - pelo interior de uma penitenciária, somente foi possível em razão do meu ingresso e participação na pesquisa acadêmica vinculada ao mestrado, fato que também me influenciou a aceitar participar da pesquisa. Por último, a escolha do tema também se justifica em razão das mudanças demográficas pelas quais a população brasileira vem passando, sobretudo com relação ao envelhecimento, a qual será cada vez mais perceptível na população carcerária, havendo a necessidade de se analisar as condições de saúde das mulheres idosas no cárcere. Além dos poucos estudos que articulem simultaneamente os conceitos de envelhecimento, gênero e prisão, tornando pertinente a investigação de tal campo.

2 PROBLEMA E OBJETO DE PESQUISA

Essa dissertação tem como objetivo descrever e analisar os efeitos do cárcere nas condições de saúde físicas e mentais de mulheres presas idosas no estado do Rio de Janeiro. Parte de uma pesquisa mais ampla intitulada “Estudo das condições de saúde e qualidade de vida dos presos idosos do sistema prisional do Rio de Janeiro”, fruto de uma parceria entre o Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (CLAVES) e o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, a qual tem como objetivo central investigar as condições de saúde e qualidade de vida dos presos e custodiados idosos do sistema prisional do Estado do Rio de Janeiro. O referido estudo foi desenvolvido através de dois tipos de atividades metodológicas. A primeira foi a realização de um inquérito sobre a saúde e qualidade de vida dos homens e mulheres presos e custodiados idosos, os quais totalizaram um grupo de cerca de 600 pessoas. A segunda correspondeu a um estudo qualitativo, por meio de 23 entrevistas semiestruturadas realizadas com homens e mulheres presos e custodiados idosos.

Nesta dissertação o foco de análise serão os dados recolhidos ao longo de cinco meses de trabalho de campo nos presídios Oscar Stevenson, Cadeia Pública Joaquim Ferreira de Souza, Instituto Penal Talavera Bruce e Penitenciária Nelson Hungria. Pretende contribuir tanto para o conhecimento das condições de saúde de presas idosas, como para a compreensão dos significados e sentidos do encarceramento para essas mulheres.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as condições de saúde das mulheres idosas no sistema prisional do estado do Rio de Janeiro

3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Mapear o perfil das mulheres presas idosas do estado do Rio de Janeiro

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 ENVELHECIMENTO, MULHERES, CÁRCERE, ABANDONO E INVISIBILIDADE

Um breve panorama acerca da realidade do sistema prisional feminino brasileiro aponta que o Brasil ocupa a 4ª posição entre os países que mais encarceram mulheres, totalizando um grupo de 42.355 pessoas que se encontram encarceradas, atrás apenas dos Estados Unidos, da China e da Rússia, de acordo com dados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias Mulheres – INFOPEN Mulheres 2017.

Este número representa um aumento de 656% em relação ao total registrado no início dos anos 2000, quando menos de 6 mil mulheres se encontravam no sistema prisional. No mesmo período, a população masculina aumentou 293%, passando de 169 mil homens encarcerados em 2000 para 665 mil homens em 2016. (INFOPEN Mulheres, 2017)

Se for analisada a taxa de crescimento do encarceramento nos presídios brasileiros, percebe-se que o número de mulheres presas é bastante inferior ao de homens, no entanto, a população carcerária feminina aumentou em ritmo mais acelerado do que a masculina.

Nesse sentido, o aumento da criminalidade feminina introduziu no debate acadêmico nacional e internacional questões antes não pensadas pelos sistemas jurídicos e de saúde, contudo, o encarceramento feminino possui questões específicas que o diferenciam do encarceramento masculino, com relação às representações sociais que envolvem a motivação do ingresso das mulheres na criminalidade.

Dentre essas questões estão: a recorrente visão da criminologia sobre as mulheres, que as enxerga quase exclusivamente como vítimas; o caráter androcêntrico que molda as penitenciárias, uma vez que não possuem estruturas adequadas para atender as necessidades específicas das mulheres no cárcere; a (in) aceitação social e familiar das mulheres criminosas, atingidas pelo abandono por parte de seus parceiros e família ao integrarem-se ao sistema penitenciário.

O relatório desenvolvido pelo Instituto Terra, Trabalho e Cidadania (ITTC) denominado “Mulheres em prisão: desafios e possibilidades para reduzir a prisão provisória de mulheres” (2017, p. 162), aborda o impacto que marcadores sociais de desigualdade e vulnerabilidade exercem nas distintas formas de se vivenciar a velhice:

No caso das mulheres capturadas pelo sistema penal, majoritariamente pobres, residentes em regiões de alta vulnerabilidade social, com árduas trajetórias de trabalho, muitas vezes extremamente precarizados, suas condições de saúde estão muito mais comprometidas aos 60 anos do que para mulheres da mesma faixa etária mas de mais alto poder aquisitivo.

Também a esse respeito, Balbuglio e Silva (2018, p. 34) afirmam que:

As condições de vida, dentro e fora das prisões, têm como alvo o corpo e também suas subjetividades, certamente interferindo na proteção ou no desgaste da vida, trazendo influências para os processos de envelhecimento e adoecimento, que não estão ou deveriam estar necessariamente sobrepostos. A superlotação, os castigos e condições gerais que estruturam a realidade das prisões no Brasil não significam falhas no sistema prisional, mas escancaram mecanismos e modos de operação, que atendem a funções específicas de controle. Tais condições do espaço, e também aquelas que dizem respeito a estas mulheres, individual e coletivamente, são consideradas determinantes no processo saúde-doença.

Esses dois estudos são importantes para a pesquisa porque indicam como os problemas de saúde afetam a população carcerária, em especial as mulheres, cujo aprisionamento possui especificidades, geralmente ignoradas pelo sistema penitenciário.

As relações de gênero existentes na sociedade exercem influências visíveis e invisíveis em todo o corpo social ao determinar e esperar determinados comportamentos, vestimentas, hábitos, etc., de acordo com o gênero de cada indivíduo. Tais expectativas sociais não são minimizadas quando se trata da realidade de mulheres que cometeram crimes e se encontram no cárcere. Pelo contrário, ao romperem com os padrões exigidos ao gênero feminino, essas mulheres se deparam com sua força coercitiva e estigmatizante.

Costa e Boiteux (2020, p. 471) apontam as hierarquias imanentes às tecnologias de gênero que afetam diretamente o processo de construção da subjetivação dos indivíduos:

Os dispositivos dos processos de subjetivação não são os mesmos para homens e mulheres: os primeiros seriam privilegiadamente subjetivados pelo dispositivo da eficácia, baseado na virilidade sexual e laborativa, e as segundas, pelos dispositivos materno e amoroso. Os processos de subjetivação gerados criam, também, vulnerabilidades identitárias específicas e diferenciadas, evidenciadas no sofrimento psíquico.

Tais expectativas sociais não são minimizadas quando se trata da realidade de mulheres que cometeram crimes e se encontram no cárcere. Pelo contrário, ao romperem com os padrões exigidos ao gênero feminino, essas mulheres se deparam com sua força coercitiva e estigmatizante.

A esse respeito, Davis (2018, p. 75/76) afirma:

De acordo com o ponto de vista dominante, as mulheres condenadas eram irremediavelmente perdidas, sem possibilidade de salvação. Ao passo que os criminosos do sexo masculino eram considerados indivíduos que tinham simplesmente violado o contrato social, as criminosas eram vistas como mulheres que tinham transgredido princípios morais fundamentais da condição feminina.

Davis reforça a rígida divisão de gênero no sistema penitenciário na medida em que uma vez encarceradas, elas têm de lidar com a imposição de papéis tradicionalmente associados às mulheres, visando transformá-las em especialistas na vida doméstica, especialmente cozinhar, limpar e costurar. (Davis, 2018, p. 69)

De forma geral, no campo da criminalidade, a mulher criminosa ocupa um espaço de subordinação em relação ao homem. Tal situação é corroborada pela escassez de estudos criminológicos voltados especificamente à mulher criminosa e, ainda assim, quando existentes, geralmente são organizados como meros capítulos de livros originalmente dedicados ao estudo da criminalidade masculina.

Outra especificidade que cerca as mulheres ao ingressarem no sistema prisional é o enfraquecimento dos laços familiares, e em alguns casos, sua perda total. Tal ocorrência foi abordada em um estudo desenvolvido por Santos et al. (2009, p. 180), o qual constatou que:

Alterações nos lares são frequentemente mencionadas pelas mulheres aprisionadas, dentre elas: o aumento da responsabilidade dos filhos mais velhos, que passam a cuidar da casa e dos irmãos mais novos; a preocupação com a entrada ou permanência no crime de filhos ou familiares; a quebra do vínculo com os familiares em função do sofrimento e constrangimento causados aos mesmos; o abandono por parte de seus maridos ou companheiros.

De que modo o abandono da família e dos parceiros impactam as condições de saúde físicas e mentais das mulheres encarceradas serão examinadas na pesquisa.

De acordo com os dados fornecidos pelo INFOPEN Mulheres (2017), os tipos de crimes mais cometidos pelas mulheres são aqueles relacionados ao chamado tráfico de drogas, os quais correspondem a 62% das incidências penais pelas quais as mulheres privadas de liberdade foram condenadas ou aguardavam julgamento em 2016, o que significa dizer que 3 em cada 5 mulheres que se encontravam no sistema prisional neste período respondiam por crimes ligados ao tráfico de entorpecentes.

Este fenômeno está atrelado ao que se entende por feminização da pobreza e, de forma correlacionada, aos mecanismos punitivos existentes para se lidar com o problema da droga, uma vez que esta prática tem como alvo principal a mulher pobre. Boiteux (2015, p. 6) aponta que: “The traffickers’ recruitment of women suffering from extreme poverty criminalizes those who are most vulnerable and who are attracted to the drug trafficking business because of their situation of socioeconomic vulnerability”.

No entanto, mesmo quando condenadas pelo crime de tráfico de drogas, raramente as mulheres ocupam um cargo de alto valor hierárquico, pelo contrário, os trabalhos que a elas são atribuídos não possuem prestígio na organização. Chernicharo e Boiteux (2014, p. 3) explicam que as atividades realizadas pelas mulheres são remuneradas de forma inferior às realizadas pelos homens e obedecem a padrões vinculados ao gênero feminino:

Em geral, as mulheres ocupam as posições mais subalternas, como mula, avião, bucha, vendedora, “fogueteira”, vapor, etc. Estas posições são também as mais vulneráveis, pois demandam contato direto com a droga, e como, em geral, estas mulheres são pobres, a margem de negociação ou ‘arregos’ com os policiais é muito limitada.

Outra possível interpretação para esse quadro pode ser a ideia costumeiramente manejada pelos estudos tradicionais da criminologia, os quais seguem afirmando que as mulheres foram introduzidas no crime pelos parceiros amorosos.

Para Marsicano (2016), tal entendimento representaria uma heterodeterminação da conduta criminal feminina, ou ainda, que os crimes cometidos por elas seriam considerados mais “leves”, ou seja, as mulheres seriam incapazes de cometer crimes violentos e/ou não cometeriam crimes em razão de sua própria autonomia, mas influenciadas por outras pessoas, principalmente homens com os quais elas se relacionam amorosamente.

Uma das principais categorias de análise apresentada por Beauvoir (2016a, p. 11) em sua consagrada obra “O segundo sexo” exemplifica bem tal realidade, qual seja, a ideia da mulher enquanto o “Outro”, em oposição à visão concedida ao homem enquanto o “Um”.

Isso porque, a relação existente entre os homens e as mulheres não parte de uma perspectiva simétrica, uma vez que, segundo Beauvoir (2016a, p. 11): “O homem representa a um só tempo o positivo e o neutro, a ponto de dizermos “os homens” para designar os seres humanos”, como mostram as colocações acima.

Em outras palavras, ela entende que predomina uma representação sobre a humanidade como sendo masculina e que a mulher não é visualizada em sua completude, mas sim a partir do homem. Nesse sentido, levando em consideração o entendimento de Beauvoir (2016a, p. 12-13) de que: “O homem é o Sujeito, o Absoluto; ela é o Outro”, e que “Ninguém nasce mulher, torna-se mulher” (2016b, p. 11), é possível traçar conexões entre este caráter masculino universal que direciona o mundo e a realidade de mulheres que cometeram crimes e se encontram no sistema penitenciário brasileiro.

Essa hierarquização do masculino em detrimento do feminino emerge das relações sociais existentes entre os sexos, as quais atribuem papéis sociais próprios de homens e de mulheres, sendo estes impostos desde a mais tenra idade e reforçados ao longo de toda uma vida, se aproximando assim, da categoria analítica de gênero, a qual é definida por Scott (1995, p. 21) a partir da conexão entre duas proposições: “o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder”.

Soares & Ilgenfritz (2002) destacam que uma das mais conhecidas teorias desenvolvidas sobre o tema da mulher criminosa foi desenvolvida por C. Lombroso e G. Ferrero no fim do século

XIX. Segundo estes autores, a baixa participação de mulheres no mundo do crime poderia ser explicada em razão de uma suposta natureza “feminina”, uma vez que eles adotaram a visão tradicional que vincula o papel social da mulher à família.

Já na virada para o século XX, Soares & Ilgenfritz (2002) explicam que as teorias desenvolvidas nesse período se baseavam em uma suposta influência que os estados fisiológicos da mulher poderiam exercer para a prática de crimes. As autoras (2002, p. 64) sintetizam a base das teorias da seguinte maneira:

Durante a vigência desses fenômenos biológicos que atingem o corpo da mulher, o seu estado psicológico fica alterado pela irritabilidade, instabilidade e agressividade. Por isso ela estaria mais sujeita à prática de delitos (cujas vítimas típicas seriam as crianças) como o aborto, o infanticídio, o abandono de incapaz, etc., ligados à sua condição de mulher e sua associação natural à maternidade.

As autoras (2002) citam a obra “O Suicídio”, de autoria do sociólogo francês Émile Durkheim, pois consideram que ela foi de extrema importância para que fatores de ordem sociológica – e não somente biológicos, como vigorava até então – fossem adotados nos processos

de reflexão da criminalidade feminina. Diferentemente do que havia sido produzido até então, a referida obra considerou o papel social que a mulher exercia na sociedade e de que maneira tal posição teria influência na prática de crimes.

Soares & Ilgenfritz (2002, p. 65/66) destacam AINDA que a partir de então se percebeu que:

(...) os delitos cometidos pela mulher eram dificilmente detectáveis, não só pela natureza das infrações (como o envenenamento, por exemplo, tido como crime típico), como também pelas características de suas vítimas (principalmente crianças e velhos). O raio de ação da mulher estaria restrito aos espaços privados, onde essas vítimas típicas estariam mais vulneráveis, incapazes, portanto, de denunciá-la ou de lhe opor resistência.

As autoras entendem que essas concepções sobre gênero reafirmam os padrões rígidos com que as dinâmicas entre os gêneros são construídas, atribuindo às mulheres valores da vida privada e aos homens valores da vida pública, o que acaba tendo consequências em todas as áreas da vida, inclusive na criminalidade, em que a mulher não é vista como personagem principal, mas somente exercendo um papel secundário.

Seguindo a mesma linha de pensamento, Andrade (1995, p. 18), aponta que “o sistema de justiça criminal é androcêntrico porque constitui um mecanismo masculino para o controle de condutas femininas praticado pelos homens e só residualmente feminino”. E ainda Vieira (2002, p.30) quando frisa que: “A ‘natureza feminina’ vai explicar a loucura, a degeneração moral, a criminalidade, de tal forma que a mulher é considerada como um ser incapaz de autonomia”.

Da mesma maneira, Davis (2018, p. 71) afirma:

A criminalidade masculina, entretanto, sempre foi considerada mais “normal” do que a criminalidade feminina. Sempre houve uma tendência a encarar as mulheres que foram punidas publicamente pelo Estado por seu mau comportamento como significativamente mais anormais e muito mais ameaçadoras para a sociedade do que suas numerosas contrapartes masculinas.

Nesse sentido, percebe-se que o encarceramento feminino suscita questões próprias e específicas a serem analisadas a partir da ótica das ciências sociais, sendo necessário, antes de se aprofundar nas questões de gênero e geração nos sistemas prisionais brasileiros, compreender e traçar reflexões acerca dos conhecimentos já produzidos pela sociologia das prisões e da punição, uma vez que a dinâmica da violência nas sociedades pode ser compreendida de diversas formas e possui relação direta com as políticas estatais de encarceramento que serão adotadas por país.

O fim da vida permanece um tabu na maioria das sociedades, porém, a forma como as pessoas lidam com a questão muda de acordo com a sociedade e período da civilização (Elias, 2001). Em alguns contextos, a finitude é aceita com mais naturalidade, enquanto em outros ela é negada. A ameaça constante da morte nos faz tomar precauções para nos protegermos, criando formas de socialização e ritos específicos para enfrentar o fim.

Em sua abordagem configuracional dos processos de longa duração, Norbert Elias frisa que em diferentes períodos da História, os sentimentos e as práticas em relação a morte sofreram mudanças no sinal de valor. Nas sociedades ocidentais industrializadas, mais desenvolvidas, diferente da Idade Média, os sistemas de crenças sobrenaturais diminuíram perceptivelmente, em razão da segurança proporcionada aos indivíduos pelos Estados-nação e o avanço da medicina. A segurança relativa e a previsibilidade da vida individual ao prolongarem a expectativa de vida alteraram a imagem da morte (2001, p. 15):

Seguindo essas reflexões, pode ser dito que, atualmente, quanto mais se vive, mais é possível adiar o pensamento sobre a velhice e a morte, colocando-os como um problema distante. O distanciamento que os indivíduos mantêm em relação aos velhos e aos que se encontram no leito de morte, seria pois uma atitude especular que expressaria o medo em relação a sua própria finitude. Em outras palavras, o contato com uma pessoa moribunda abalaria as fantasias defensivas que as pessoas constroem como uma muralha contra a ideia de sua própria morte (Op. Cit. 2001, p. 17).

Sintetizando as principais diferenças na maneira com que os indivíduos encontraram lidar com a morte nos distintos períodos, Elias (2001, p. 23) explica que:

(...) a vida na sociedade medieval era mais curta; os perigos, menos controláveis; a morte, muitas vezes mais dolorosa; o sentido da culpa e o medo da punição depois da morte, a doutrina oficial. Porém, em todos os casos, a participação dos outros na morte de um indivíduo era muito mais comum. Hoje sabemos como aliviar as dores da morte em alguns casos; angústias de culpa são mais plenamente recalcadas e talvez dominadas. Grupos religiosos são menos capazes de assegurar sua dominação pelo medo do inferno. Mas o envolvimento dos outros na morte de um indivíduo diminuiu.

Todavia, segundo o autor, na atualidade as pessoas prestes a morrer são cada vez mais afastadas do convívio público. O resultado disso é que muitas pessoas, especialmente ao envelhecerem, vivem secretamente ou abertamente em constante terror da morte (2001, p. 76). Assim como a morte, o envelhecimento é cercado de tabus e é tratado com certo distanciamento e estranheza pelas pessoas que, nas palavras do sociólogo, pertencem ao grupo de “idade normal”.

O termo normal entre aspas demarca o desvio da norma social estabelecida. A dinâmica geracional é analisada da seguinte forma:

Não é fácil imaginar que nosso próprio corpo, tão cheio de frescor e muitas vezes de sensações agradáveis, pode ficar vagaroso, cansado e desajeitado. Não podemos imaginá-lo e, no fundo, não o queremos. Dito de outra forma, a identificação com os velhos e com os moribundos compreensivelmente coloca dificuldades especiais para as pessoas de outras faixas etárias. Consciente ou inconscientemente, elas resistem à ideia de seu próprio envelhecimento e morte tanto quanto possível (2001, p. 80).

Conforme a abordagem eliasiana de longa duração, assim, como a morte, a forma subjetiva de lidar com o processo de envelhecimento segue uma tendência de acordo com o estágio em que cada sociedade se encontra.

Enquanto nas sociedades pré-industriais existia uma propensão para que os indivíduos permanecessem no ambiente familiar até a morte - a relação não era necessariamente baseada em afeto, nas sociedades industriais percebe-se uma tendência ao isolamento dos velhos, tanto do convívio social, quanto do familiar, sendo eles internados em abrigos ou asilos, “verdadeiros desertos de solidão” (Elias, 2001, p. 86). Paradoxalmente, cada vez mais, nas sociedades industriais as pessoas morrem silenciosas e higienicamente e em condições propícias à solidão.

Este quadro é analisado por antropólogo brasileiro José Carlos Rodrigues (2006) como um aspecto do Tabu da morte. Segundo ele, os seres humanos, por sua própria natureza social, necessitam e buscam explicações para os fenômenos que o rodeiam e, quando se defrontam com aquilo que não podem compreender ou controlar, tendem a considerá-los como fonte de perigo. O distanciamento e a negação do fenômeno seriam soluções para se lidar com a questão.

Tal interdição, presente nas representações coletivas, segue em permanente vulnerabilidade a fatores que ameaçam a “realidade” por ela estabelecida coletivamente. Nas palavras de Rodrigues (2006, p. 60) o ambíguo, o intersticial, o desestruturado, etc., origina nos indivíduos sensações como medo, inquietação, insegurança e, “converte-se imediatamente em fonte de perigo”. Para o autor (2006, p. 61):

Aí está a razão de serem as doenças e os doentes vistos como perigosos na nossa sociedade e em muitas outras, porque uma categoria intermediária, ambigualmente situada entre a condição de vida e a condição de morte. Eis, a razão de as sociedades se cercarem de proteções simbólicas: não somente para protegerem o doente, mas para protegerem-se a si mesmas.

Rodrigues (2006) aponta ainda que essa consciência que os seres humanos possuem acerca da mortalidade de seus membros faz parte do entendimento do homem sobre o mundo e com o corpo social em que ele está inserido, realidade esta que o autor denomina de “cultura”, tendo em vista que cada sociedade vai se apropriar desse processo natural de uma forma diferente, razão pela qual “a morte se situa no ponto de entrecruzamento das correntes bio-antropológicas fundamentais”.(p. 33)

Complementarmente, a obra de Minayo e Coimbra Jr. (2002) contribui de forma substancial ao debate, tendo em vista que buscam suscitar reflexões desafiadoras que vão na contramão do pensamento estigmatizante, o qual associa a fase da velhice a um período da vida vergonhoso e inútil.

Os autores (2002, p. 13) ressaltam que a maioria dos estudos existentes sobre o processo de envelhecimento segue associando a velhice à doença, transformando-a:

(...) ora em problema político, ora em problema de saúde, seja para ser regulado por normas, seja para ser pensado de forma preventiva, seja para ser assumido nos seus aspectos de disfunções e distúrbios que, se todos padecem, são muito mais acentuados com a idade.

Importante frisar que tais representações produzem muitas vezes alterações na vivência e aceitação desta fase da vida, uma vez que (2002, p. 14): leva os idosos a uma atitude de negação, buscando parecerem mais jovens para serem aceitos e acolhidos, obscurecendo suas características, seus atributos e suas identidades.

Sendo assim, a questão do envelhecimento está intimamente ligada à forma como as sociedades lidam com a morte, aspecto crucial para se compreender os impactos da velhice nas pessoas, sobretudo, como se pretende na presente dissertação, entre aquelas do sexo feminino que se encontram no cárcere, ou seja, quais os impactos diretos do envelhecimento no cárcere e quais são as representações das mulheres presas sobre sua saúde física e mental.

Dessa forma, se torna evidente a importância de entrecruzar as vulnerabilidades específicas impostas às mulheres idosas, reconhecidas por sua vulnerabilidade em razão da idade e gênero que vivenciam o cárcere, sobretudo com relação às consequências que tal vivência acarretam sua saúde física, mental, emocional, bem como em suas trajetórias extramuros, uma vez que questões como o abandono familiar, a falta de cuidados específicos de saúde, a solidão e o estigma que a acompanham no cárcere e permanecem vivas fora das prisões, possivelmente exercem

influência em suas trajetórias de ressocialização, sendo imprescindível também mapear as perspectivas de reabilitação que elas alimentam.

4.2 PRISÕES E PUNIÇÃO: A EXPANSÃO DO ENCARCERAMENTO NAS SOCIEDADES ATUAIS

Foucault (2014) apresenta suas reflexões sobre a adoção da “prisão-castigo” em detrimento de outras técnicas punitivas que existiram simultaneamente ao longo do século XVIII, apontando que o fortalecimento desta nova economia do poder punir se deu concomitante ao desenvolvimento da sociedade capitalista. Isso porque, o sistema penal passa a ser gerido não como intenção de suprimir radicalmente todas as ilegalidades, mas sim para tratar cada uma delas de forma diferenciada, de acordo com quem as cometem, ou seja, de qual classe social elas se originam.

Logo: “a ilegalidade mais acessível às classes populares será a dos bens – transferência violenta das propriedades; de outro, a burguesia, então, se reservará à ilegalidade dos direitos: a possibilidade de desviar seus próprios regulamentos e suas próprias leis”. (Foucault, 2014, p. 86)

Foucault (2014) ainda ressalta que essa reformulação do sistema punitivo foi baseada na teoria geral do contrato formulada por Hobbes, Jean-Jacques Rousseau e John Locke, a qual marca o surgimento do Estado Moderno. De acordo com tal teoria, o homem não poderia mais voltar ao estado de natureza, necessitando assim, de um contrato entre seus semelhantes, os quais pactuaram um acordo, em que ao mesmo tempo em que aceitariam reduzir em parte sua liberdade, receberiam em troca proteção contra forças individuais ilegítimas.

Hobbes (1974, p. 111) sintetiza a lógica de tal contrato apontando que:

Diz-se que um Estado foi instituído quando uma multidão de homens concorda e pactua cada um com cada um dos outros, que a qualquer homem ou assembleia de homens a quem seja atribuído pela maioria o direito de representar a pessoa de todos eles (ou seja, de ser seu representante), todos sem exceção, tanto os que votaram a favor dele como os que votaram contra ele, deverão autorizar todos os atos e decisões desse homem ou assembleia de homens, tal como se fossem seus próprios atos e decisões, a fim de viverem em paz uns com os outros e serem protegidos dos restantes homens.

A partir de então, todo ato criminoso passa a ser considerado um ato indigno contra toda a sociedade, o direito de punição deixa de pertencer ao soberano e passa a ser um direito da sociedade inteira, sendo o criminoso considerado um “inimigo social”.

E foi neste contexto que a instituição carcerária, enquanto um aparato “coercitivo, corporal, solitário, secreto” (Foucault, 2014, p. 130) se encaixou tão harmoniosamente às necessidades exigidas pela aparelhagem punitiva da época e que continua em vigor atualmente. O autor (2014, p. 229) aduz que:

(...) a solidão realiza uma espécie de autorregulação da pena e permite uma como que a individualização espontânea do castigo: quanto mais o condenado é capaz de refletir, mais ele foi culpado de cometer seu crime; mas mais também o remorso será vivo, e a solidão dolorosa; em compensação, quando estiver profundamente arrependido, e corrigido sem ameno dissimulação, a solidão não lhe será mais pesada.

A “prisão-castigo” funcionaria como uma verdadeira garantia da recuperação do infrator, pois a solidão auxiliaria o indivíduo a reconhecer a magnitude do poder exercido sobre ele, o que inevitavelmente o levaria a se arrepender e buscar sua regeneração moral.

Ao analisar os mecanismos de controle exercidos sobre os indivíduos que se encontram encarcerados, Foucault (2014, p. 167) discorre sobre a dimensão que a vigilância possui sobre tais sujeitos, caracterizando-a, como “a técnica específica de um poder que toma os indivíduos ao mesmo tempo como objetos e como instrumentos de seu exercício”. Nesse sentido, o poder judiciário, e, por sua vez, o poder punitivo, não escapa a tal lógica, sendo a vigilância condição intrínseca ao pleno funcionamento do sistema penal.

Analisando os paradoxos desvelados pela prisão, Foucault (2014, p. 244) também tece considerações acerca de sua (in) utilidade: “Conhecem-se todos os inconvenientes da prisão e sabe-se que é perigosa quando não inútil. E, entretanto, não ‘vemos’ o que pôr em seu lugar. Ela é a detestável solução, de que não se pode abrir mão”.

No entanto, mesmo após dois séculos do fracasso da institucionalização da “prisão-castigo” como principal punição adotada por nossa sociedade, permanecemos confirmando a tese defendida por Davis (2018, p. 16) de que nossa sociedade enxerga a prisão: “(...) como um fato inevitável da vida, como o nascimento e a morte”.

De fato, mesmo que o fracasso das prisões como mecanismo de combate à criminalidade desfile diariamente diante de nossos olhos, elas já fazem parte do imaginário social, sendo quase impensável conceber uma sociedade sem a sua presença. A esse respeito, Davis (2018, p. 16) complexifica:

De modo geral, as pessoas tendem a considerá-las algo natural. É difícil imaginar a vida sem elas. Ao mesmo tempo, há relutância em enfrentar a realidade que se esconde nas prisões, medo de pensar no que acontece dentro delas. Dessa maneira, o cárcere está presente em nossa vida e, ao mesmo tempo, está ausente de nossa vida. Pensar nessa presença e nessa ausência simultâneas é começar a compreender o papel desempenhado pela ideologia em modelar a forma como interagimos com nosso entorno social.

Em síntese, a autora aponta uma ambiguidade na maneira como a sociedade lida com a instituição prisão, pois ao mesmo tempo em que naturaliza sua existência, tornando inconcebível imaginar a vida sem ela, também nega sua existência ao se distanciar o máximo possível do que acontece no interior de seus muros, o que conseqüentemente se estende aos indivíduos encarcerados, os quais carregam em seus corpos as marcas da invisibilidade e da negação do direito de existir.

França Junior (2019, p. 33) aponta os resultados do enfraquecimento do ideal igualitário entre os indivíduos: “Alargam-se, para sermos bem sucintos, as portas de entrada dos cárceres, enrijece-se o trato com o preso, obstaculiza-se o acesso a instrumentos democráticos de defesa e manutenção da liberdade, amplificam-se os estigmas durante o contato com o sistema criminal”.

A penalização da pobreza advém de uma poderosa influência material e simbólica de instituições e sistemas de forças que operam no seio da estrutura das relações de competição, subordinação e dependência que se intensificaram no contexto do neoliberalismo. Ao analisar a legitimação que as forças de extrema direita cravaram nas democracias liberais modernas em todoo mundo, Wendy Brown (2019) apresenta (p. 25/26) uma conceituação sobre o que é neoliberalismo:

O neoliberalismo é mais comumente associado a um conjunto de políticas que privatizama propriedade e os serviços públicos, reduzem radicalmente o Estado Social, amordaçamo trabalho, desregulam o capital e produzem um clima de impostos e tarifas amigáveis para investidores estrangeiros.

De acordo com a autora, com a ascensão da razão neoliberal, o ataque ao social – à sua própria existência e à sua “adequabilidade como uma província de justiça” – tem sido significativoo quanto o antiestatismo edifica o poder corporativo, legitima a desigualdade, desencadeando um novo e desinibido ataque aos membros mais vulneráveis da sociedade.

Dessa maneira, os papéis associados ao Estado vão se redefinindo e tendo consequênciasdiretas sobre o desenho da sociedade, sobretudo entre os mais pobres, tendo em vista que a participação estatal na área econômica vai sumindo, dando espaço ao livre mercado, e a atuação

social do Estado vai enfraquecendo, o que leva, por via de consequência, o encontro da população pobre e mais necessitada de intervenções sociais com um aparato penal fortemente repressivo e intolerante.

A explosão do encarceramento nas democracias liberais nas últimas décadas converge com o desenho das políticas neoliberais. O aumento da utilização do aparato penitenciário e prisional para “combater o crime” foi analisado por Loïc Wacquant (2011) como uma estratégia neoliberal implementada pelos Estados Unidos da América no final do século XX. Tendência que seguiu uma perspectiva individualizante de responsabilização das condutas criminosas desvinculada da visão de que a miséria e a criminalidade possuem suas raízes em questões sociais. A adoção do punitivismo como solução dos problemas da criminalidade começou a ser difundido em Washington e Nova York e se ramificou para os países da Europa e da América Latina. Segundo as análises de Wacquant, isso explica, em parte, os Estados Unidos liderarem hoje o ranking mundial de encarceramento, com 2.145.100 pessoas aprisionadas, segundo o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN 2017.

A base de sustentação ideológica do encarceramento em massa seria a doutrina conhecida como de “tolerância zero”, qual seja, um conjunto de ações elitistas, higienistas e políticas que disseminaram o pânico moral em relação a uma onda crescente de violência no país, assentada na imagem dos pobres moradores dos guetos e beneficiários do Welfare como os causadores principais da desordem social.

A imagem do inimigo foi caracterizada pela figura do “subproletariado negro que suja e ameaça”, o que o torna inimigo da segurança pública e legitima socialmente a intervenção das forças repressivas e brutais do aparato penal. É nele que se centra prioritariamente a política de “tolerância zero” visando restabelecer a “qualidade de vida” dos brancos ricos que, ao contrário, sabem se comportar em público”. (2011, p. 34/35).

Segundo Wacquant (2011), a construção da figura do negro como “inimigo”, logo, como criminoso, foi instituída por um projeto popularmente conhecido como “guerra às drogas”, arquitetado pelas classes dominantes para permitir o controle da população negra por meio dos aparatos do sistema penal, tornando a prisão na visão do autor (2011, p. 103):

(...) um domínio no qual os negros gozam de fato de uma “promoção diferencial”, o que não deixa de ser uma ironia no momento em que o país vira as costas para os programas de affirmative action com vistas a reduzir as desigualdades raciais mais gritantes no acesso à educação e ao emprego.

A relação entre pobreza e indisciplina como problema moral a ser enfrentado pelos Estados Unidos através da “tolerância zero” foi adotada em vários países europeus e legitimada por vários tipos de instrumentos – jornalísticos, televisivos, pseudoacadêmicos que se prestava a apresentar relatórios e resultados sem qualquer validade científica, etc. O interesse e a anuência das autoridades dos diversos países destinatários da tolerância zero a lógica punitivista, estaria atrelada a possibilidade de obter uma solução “fácil” para o problema estrutural da pobreza como um problema individual.

A solução para a pobreza, logo, da criminalidade, deveria estar vinculada à imposição obrigatória do trabalho precarizado aos pobres. O uso da força do Estado a serviço de um projeto classista e segregacionista foi abonado através dessa ideologia. Segundo Wacquant (2011, p. 53) surge “a necessidade de um Estado forte, tutor moral inflexível, único capaz de vencer a ‘passividade’ dos pobres mediante a disciplina do trabalho e a remodelagem autoritária de seu ‘estilo de vida’ disfuncional e dissoluto”.

A vigilância constante sobre os pobres beneficiários de ajudas sociais está relacionada ao processo de enfraquecimento do Estado-providência e o fortalecimento do punho punitivo do Estado, o Estado Penitência.

Ao abordar essas políticas e práticas vinculadas ao crime, Garland (2008, p. 288) apresenta as contradições inerentes à criminologia oficial, as quais podem ser consideradas diametralmente opostas entre si:

Existe uma criminologia do Eu, que caracteriza o criminoso como consumidores normais, racionais, assim como nós; e existe uma criminologia do Outro, do excluído, ameaçado, do estranho, do marginalizado, do revoltado. Uma é invocada para banalizar o crime, para mitigar os medos desproporcionais e para promover ação preventiva. A outra funciona para demonizar o criminoso, para expressar simbolicamente os medos e ressentimentos populares e para promover apoio ao poder punitivo estatal.

A lógica passa a ser do controle e reeducação das condutas dos membros fracos ou incompetentes da classe trabalhadora, onde trabalho social e trabalho policial são os dois lados da mesma moeda (Garland, 2008, p. 55). No entanto, a adoção desse projeto de encarceramento em massa não ocorreu de forma passiva e estanque pelos países que importaram tal modelo, tendo cada um deles adaptado a inserção da política carcerária em seus territórios de acordo com suas necessidades específicas.

De acordo com a visão de Foucault (2014, p. 225): "(...) o encarceramento penal, desde o início do século XIX, recobriu ao mesmo tempo a privação de liberdade e a transformação técnica dos indivíduos". Para isso, a imposição do isolamento do indivíduo se encaixou perfeitamente na busca pela regeneração da criatura criminosa.

Dessa forma, diante da afirmação do autor (2014, p. 230): "A solidão é a condição primeira da submissão total", compreende-se melhor o porquê de a utilização do isolamento do indivíduo ter se encaixado tão harmoniosamente às necessidades exigidas pela aparelhagem punitiva da época e que continua em vigor atualmente.

Foucault (2014, p. 229) acrescenta:

(...) a solidão realiza uma espécie de autorregulação da pena e permite uma coisa que a individualização espontânea do castigo: quanto mais o condenado é capaz de refletir, mais ele foi culpado de cometer seu crime; mas mais também o remorso será vivo, e a solidão dolorosa; em compensação, quando estiver profundamente arrependido, e corrigido sem a menor dissimulação, a solidão não lhe será mais pesada.

O autor explica que a adoção do isolamento na "prisão-castigo" funciona como uma verdadeira garantia da recuperação do indivíduo infrator, pois a solidão auxiliaria o indivíduo a reconhecer a magnitude do poder exercido sobre ele no cárcere, o que inevitavelmente o levaria a se arrepender e buscar sua regeneração moral.

Contudo, uma rápida e não sistematizada busca pela internet (Cerqueira, 2019) resultou em trabalhos que seguem caminhos diversos, uma vez que apontam os impactos negativos que tais medidas disciplinares podem exercer, tanto em relação às violações de normas de proteção de Direitos Humanos, quanto aos malefícios que o isolamento pode representar na saúde física e mental dos indivíduos.

Para citar apenas um dos resultados encontrados, Cerqueira (2019, p. 850) discorre sobre a questão relativa ao isolamento dos presos foi tratada em sessão da ONU:

No Relatório Especial do Conselho de Direitos Humanos sobre tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes, de Juan Mendez, destaca-se o seguinte trecho: "O Relator tem consciência do esforço arbitrário que é definir o momento a partir do qual um regime já prejudicial se torna prolongado e, portanto, capaz de infligir uma dor inaceitável". O Relator conclui que o prazo de 15 (quinze) dias representa o marco que separa o "regime de isolamento" ao "regime de isolamento prolongado", porque, a partir deste momento, de acordo com a literatura pesquisada, alguns dos danos psicológicos causados pelo isolamento se tornam irreversíveis.

A autora complementa (2019, p. 852) fazendo uma importante observação: “Indivíduos submetidos a quaisquer destas práticas são, de certa forma, colocados em uma prisão dentro de uma prisão, e, portanto, estão submetidos a uma forma extrema de angústia e exclusão, o que claramente excede uma pena de prisão normal”.

No entanto, mesmo após dois séculos do reconhecimento e institucionalização da "prisão-castigo" como principal punição adotada por nossa sociedade e mesmo diante das evidências que demonstram os efeitos nocivos do isolamento para a saúde dos detentos durante o processo de aprisionamento, infelizmente, permanecemos confirmando a tese defendida por Davis (2018, p. 16) de que nossa sociedade enxerga a prisão: "(...) como um fato inevitável da vida, como o nascimento e a morte".

De fato, mesmo que o fracasso das prisões como mecanismo de combate à criminalidade desfile diariamente diante de nossos olhos, ainda não fomos capazes de elaborar um modelo alternativo que substitua o cárcere tal como hoje o concebemos.

Em síntese, a autora aponta uma ambiguidade na maneira como a sociedade lida com a instituição prisão, pois ao mesmo tempo em que naturaliza sua existência, tornando inconcebível imaginar a vida sem ela, também nega sua existência ao se distanciar o máximo possível do que acontece no interior de seus muros, o que consequentemente se estende aos indivíduos encarcerados, os quais carregam em seus corpos as marcas da invisibilidade e da negação do direito de existir.

Analisando os paradoxos desvelados pela prisão, Foucault (2014, p. 244) também tece considerações acerca de sua (in) utilidade: “Conhecem-se todos os inconvenientes da prisão, e sabe-se que é perigosa quando não inútil. E, entretanto, não ‘vemos’ o que pôr em seu lugar. Ela é a detestável solução, de que não se pode abrir mão”.

4.2.1 O direito à saúde nas unidades prisionais

O cenário de degradação e abandono vivenciado pelas pessoas privadas de liberdade nas unidades penitenciárias do Brasil escancarou a urgência de se normatizar legalmente o direito dessas pessoas, a qual se deu através da decretação da Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984, mais conhecida como a Lei de Execução Penal (LEP). Segundo o artigo 14 deste documento: “A

assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico”.

Com efeito, amparados pela norma constitucional que dispõe que a saúde é direito de todos e dever do Estado, o Ministério da Saúde em conjunto com o Ministério da Justiça elaboraram o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), o qual foi posteriormente redesenhado pela Portaria Interministerial que instituiu a Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste documento (2014, p. 7) é possível encontrar importantes contribuições:

Todos os tipos de agravos em saúde que acometem a população geral também são encontrados no sistema prisional, mas podem ser potencializados devido às condições precárias de confinamento de grande parte das unidades prisionais e também à superlotação. Portanto, nesse cenário, é obrigatório que as políticas públicas sejam transversais, de forma a atender a todos em todas as suas especificidades.

Essa política está subordinada e respeita os princípios elementares do SUS, tais como a universalização do acesso, a integralidade da atenção e equidade em saúde, através do acesso aos serviços de promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento por meio da Atenção Primária em Saúde.

Complementarmente, o Estatuto do Idoso (2003) também representa uma das grandes conquistas na luta pelo reconhecimento dos direitos das pessoas idosas pela legislação brasileira. Este regulamento (2013, p. 6) reafirma preceitos constitucionais ao reconhecer que:

O envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção, um direito social, e é dever do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde mediante a efetivação de políticas públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade.

No entanto, é sabido que muito embora regulamentados em leis e estatutos com abrangência federal, estadual e municipal, esses marcos legais não alcançam sua efetividade na prática, sobretudo com relação ao seu limitado alcance perante as pessoas privadas de liberdade.

Internacionalmente, o Brasil também é signatário de uma série de documentos que visam garantir minimamente as condições de vida das pessoas reclusas, como é o caso das Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Reclusos (Regras de Mandela), que dispõe, dentre outras tantas normas dispostas ao longo do documento, na Regra nº 24:

A prestação de serviços médicos aos reclusos é da responsabilidade do Estado. Os reclusos devem poder usufruir dos mesmos padrões de serviços de saúde disponíveis à comunidade e ter acesso gratuito aos serviços de saúde necessários, sem discriminação em razão da sua situação jurídica.

A gritante diferença entre o que se encontra nos dispositivos legais e a realidade vivenciada pelos presidiários no Brasil escancara o estado de coisa inconstitucional do sistema penitenciário brasileiro, a qual inclusive foi reconhecida pelo Superior Tribunal Federal (STF) em 2015 através da análise da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 347. No entanto, embora seja de suma importância apresentar os marcos legais existentes no país visando resguardar a dignidade humana dos presos e presas acautelados nas unidades prisionais brasileiras, se faz ainda mais urgente pensar criticamente acerca da naturalidade com que o não cumprimento das regras é aceito pela sociedade e nas interferências que isso causa no ordenamento jurídico do país.

A este respeito, Giorgio Agamben (2004 p. 48/49) aponta:

Mas, na verdade, em que consiste a lacuna em questão? Será ela, realmente, algo como uma lacuna em sentido próprio? Ela não se refere, aqui, a uma carência no texto legislativo que deve ser reparada pelo juiz; refere-se, antes, a uma suspensão do ordenamento vigente para garantir-lhe a existência. Longe de responder a uma lacuna normativa, o estado de exceção apresenta-se como a abertura de uma lacuna fictícia no ordenamento, com o objetivo de salvaguardar a existência da norma e sua aplicabilidade a situação normal. A lacuna não é interna a lei, mas diz respeito a sua relação com a realidade, a possibilidade mesma de sua aplicação. É como se o direito contivesse uma fratura essencial entre o estabelecimento da norma e sua aplicação e que, em caso extremo, só pudesse ser preenchida pelo estado de exceção, ou seja, criando-se uma área onde essa aplicação é suspensa, mas onde a lei, enquanto tal permanece em vigor.

É a partir de tal análise crítica que o presente trabalho deverá ser lido.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

O presente estudo está inserido em uma pesquisa mais ampla intitulada “Estudo das condições de saúde e qualidade de vida dos presos idosos do sistema prisional do Rio de Janeiro”, fruto de uma parceria entre o CLAVES e o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, a qual tem como objetivo central investigar as condições de saúde e qualidade de vida dos presos e custodiados idosos do sistema prisional do estado do Rio de Janeiro, de ambos os sexos. Trata-se de um censo, ou seja, todos os presos e presas com mais de 60 anos do estado do Rio de Janeiro foram acessados. Para essa dissertação foi feito um recorte das mulheres idosas presas no estado do Rio de Janeiro.

A pesquisa utilizou teorias e técnicas da triangulação metodológica que vem sendo aprimorada pelos pesquisadores do CLAVES (MINAYO et al., 2005) e têm se mostrado pertinentes para pesquisas que abordam o impacto da violência sobre a saúde. Essa forma de abordagem articula conhecimentos e métodos quantitativos e qualitativos visando a ampliar a compreensão da realidade e iluminar determinados aspectos das situações estudadas com o propósito de subsidiar ações dos agentes públicos e dos movimentos da sociedade civil engajados na questão.

O estudo maior foi realizado por três tipos de atividades metodológicas: (1) um inquérito sobre saúde e qualidade de vida da totalidade dos homens e mulheres presos e custodiados idosos; um estudo qualitativo, por meio de entrevistas em profundidade (ANEXO 1) com homens e mulheres presos e custodiados idosos; gestores de Unidades Prisionais e profissionais que atuam diretamente com esse público; (3) o acompanhamento de todo o trabalho por um processo de observação da realidade da prisão em relação ao grupo estudado.

Para o estudo quantitativo, o instrumento de coleta de dados foi um questionário (ANEXO 2) aplicado a todos os presos e presas idosos do Estado. Na época do trabalho de campo – ano de 2019 – havia 724 idosos e 39 idosas encarcerados com idade entre 60 e 88 anos. Desse total, foram investigados 679 homens e 31 mulheres, essas últimas serão alvo desse estudo. Essa população de mulheres e homens idosos presos se encontrava dispersa em várias unidades prisionais. Para garantir plena cobertura do inquérito foram visitadas 33 unidades masculinas e cinco femininas. O trabalho de campo ocorreu de setembro a dezembro de 2019.

O questionário foi construído com base em inquéritos nacionais já realizados que usam instrumentos validados nacionalmente, como a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios/PNAD (BARROS et al, 2006); o Inquérito do Instituto Nacional do Câncer/INCA-MS (BRASIL, 2004); o Inquérito de Saúde do Município de São Paulo (SMS/SÃO PAULO, 2010); o Programa Pró-Saúde da Universidade do Estado do Rio de Janeiro/PRO-SAÚDE Uerj (FAERSTEIN et al, 2005); e pesquisas anteriores já realizadas pelo Claves/Fiocruz (MINAYO e SOUZA, 2003; MINAYO, SOUZA e CONSTANTINO, 2008; MINAYO, 2014; MINAYO e CONSTANTINO, 2015), bem como na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (BRASIL, 2014).

Esse instrumento foi organizado em blocos de questões majoritariamente fechadas:

Bloco I – Dados socioeconômicos e demográficos – idade, sexo, gênero, etnia/cor, estado conjugal, religião, naturalidade, tempo de permanência no cárcere, tipo de crime escolaridade, profissão/ocupação, renda.

Bloco II - Condições e qualidade de vida dentro da instituição - questões que avaliam qualidade de vida através de parâmetros objetivos (indicadores acerca da infraestrutura física e de direitos) e subjetivos (o que os sujeitos percebem, sentem e valorizam em relação a vários aspectos de sua vida). O bloco inclui também alguns itens da escala World Health Organization Instrument to Evaluate Quality of Life/WHOQOL-Bref, elaborada pela Organização Mundial de Saúde e validada no Brasil (FLECK, 2000), que abrange quatro domínios: físico (dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamento e capacidade de trabalho); psicológico (sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais); relações sociais (interações pessoais; suporte/apoio social; atividade sexual); e meio ambiente (segurança física e proteção; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidade de adquirir novas informações e habilidades; oportunidades de recreação/lazer e ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima; e transporte).

Bloco III - Condições de saúde – avalia deficiência física; doenças crônicas (hipertensão e diabetes); doenças infectocontagiosas como DST/AIDS, tuberculose, pneumonia, dermatoses, hepatites, diarreias; traumas; transtorno mental comum; dependência física; dependência mental;

autoavaliação de saúde (antes e após a institucionalização). Para identificar as prevalências de transtorno mental comum e de estresse, foram usadas: a escala Self-Reported Questionnaire – SRQ20 desenvolvida por Harding et al (1980) e validade no Brasil por Mari e Williams (1986) e o Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos/ISSL padronizado e validado para o Brasil por Lipp (2000). Hábitos alimentares, atividade física, tabagismo, consumo e dependência de álcool e outras drogas. Ocorrência de acidentes ou violências nos últimos 12 meses, com informações sobre o tipo de acidente ou violência, a lesão provocada, o local de ocorrência e as limitações causadas.

Bloco IV - Usos de serviços de saúde – acesso; ações de promoção; prevenção de doenças crônicas como câncer de mama, útero e próstata; hanseníase, tuberculose, imunizações (hepatite B, rubéola, gripe, pneumonia, tétano); saúde bucal; saúde mental; ações de redução de danos associados ao uso de drogas; hospitalizações e consumo de medicamentos.

As informações originadas dos questionários foram codificadas, digitadas e arquivadas em um banco de dados do programa EPIDATA 3 e posteriormente criticadas a fim de se checar erros ou falhas no preenchimento e inconsistência nas variáveis. Foram usados pacotes estatísticos específicos para a análise dos dados, como o SPSS 19.0. O estudo descritivo das frequências simples e relativas das variáveis foi realizado por meio de cruzamentos que se mostraram necessários para o maior entendimento de determinadas questões.

2) O estudo qualitativo da pesquisa original foi realizado com presos de ambos os sexos, gestores de unidades e profissionais de saúde que atuam no sistema prisional. Para essa dissertação foram analisadas em profundidade as entrevistas (ANEXO) feitas com 2 mulheres presas. As entrevistas abordaram questões como a rotina prisional, os vínculos familiares ao longo do cumprimento das penas, o relacionamento das presas com outras presas e com os agentes penitenciários, as atividades realizadas nos presídios, a percepção das presas sobre o acesso e qualidade dos serviços de saúde existentes na prisão, etc.

Além das entrevistas foram realizados diários de campo de todas as Unidades prisionais visitadas. Essa atividade aconteceu de forma sistemática, em que, após cada visita realizada, descrevi os estabelecimentos visitados, as interações com as mulheres, bem como minhas impressões, sensações, desconfortos, encontros, etc.

A análise e interpretação dos dados qualitativos foram efetuadas a partir do enfoque da análise temática, seguindo a perspectiva da análise de conteúdo de Bardin (1979) em sua versão

adaptada por Minayo (2010), ou seja, destacando-se as relevâncias evidenciadas pelos próprios interlocutores na interpretação de sua situação.

A análise das entrevistas cumpriu as seguintes etapas: a) transcrição e digitação das gravações das entrevistas; b) atribuição de códigos aos entrevistados e às pessoas por eles mencionadas; c) leitura compreensiva dos textos transcritos; d) elaboração de estruturas de análise, agrupando trechos de depoimentos mais significantes de cada eixo temático; e) identificação de ideias centrais presentes em cada um dos eixos; f) identificação dos sentidos atribuídos às ideias; g) elaboração de sínteses compreensivas, interpretativas e contextualizadas dos problemas assinalados e h) comparação entre as falas a partir dos diversos atores envolvidos.

Aspectos Éticos - Além da autorização da Secretaria de Administração Penitenciária, os diretores das Unidades Prisionais assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) autorizando a pesquisa com os presos da Unidade sob sua gestão. A cada preso e presa também foi solicitado, caso concordem, que assinem o termo de assentimento onde estarão esclarecidos todos os objetivos e possíveis riscos da pesquisa, assim como o sigilo e o anonimato garantidos por parte dos pesquisadores. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública ENSP- FIOCRUZ, sob o nº CAAE: 18723319.5.0000.5240

Em Síntese: o banco de dados para essa dissertação foi composto de 31 questionários respondidos pelas presas idosas que estão distribuídas em 5 unidades prisionais; 2 entrevistas em profundidade realizada com 2 mulheres e 4 diários de campo realizados nas visitas às unidades femininas. Em apenas uma das 5 unidades destinadas às mulheres eu não realizei o trabalho de campo. Esta unidade se localiza no Norte Fluminense dificultando o meu acesso. A distribuição de questionários, entrevistas e diários de campo realizados com as presas idosas serão apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 – Distribuição do número de mulheres presas investigadas por unidades

UNIDADE	QUESTIONÁRIOS	ENTREVISTAS
Instituto Penal Oscar Stevenson	10	0
Penitenciária Talavera Bruce	8	0
Presídio Nelson Hungria	5	2
Cadeia Pública Joaquim Ferreira de Souza	5	0
Presídio Nilza da Silva Santos	3	0

A seguir vou detalhar a realização do campo, descrevendo os estabelecimentos femininos acima citados e as interações com as mulheres.

5.1 COVID-19 E AS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE: UM ADENDO IMPORTANTE

Muito embora as informações acima tenham sido embasadas no cenário prisional fluminense encontrado no período do trabalho de campo que ocorreu entre os meses de outubro a dezembro de 2019, cumpre ressaltar a importância de se contextualizar os dados encontrados na pesquisa com a realidade que se impôs mundialmente no campo da saúde pública que foi a pandemia da COVID-19 (Corona Virus Disease 2019), declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no dia 11 de março de 2020.

Isso porque, o grupo de risco para infecção do novo coronavírus engloba as pessoas que participaram da pesquisa, quais sejam, idosos com doenças crônicas, respiratórias, comorbidades preexistentes, etc., e que apresentam maior vulnerabilidade a um agravamento do estado de saúde caso contaminadas, razão pela qual foram priorizadas por diferentes normativos legais visando a prevenção à propagação do vírus nas unidades prisionais nas diferentes fases do processo penal, como por exemplo, a Recomendação nº 62 de 17 de março de 2021 elaborada pelo Conselho Nacional de Justiça, que prevê a possibilidade de prisão domiciliar ou reavaliação da prisão em favor das pessoas integrantes do grupo de risco acusadas de crimes sem violência ou grave ameaça à pessoa.

Medida mais do que necessária e integralmente amparada nos preceitos constitucionais, pois nos dizeres de Sánchez et al. (2020, p. 1)

Ressalta-se que a pandemia chega ao Brasil num momento em que o sistema de saúde prisional está frágil e sobrecarregado, o que tem resultado em alta mortalidade por doenças infecciosas potencialmente curáveis, como a tuberculose. Além disso, há PPL idosas e/ou portadoras de doenças associadas à evolução para formas graves e fatais de COVID-19 (grupo de risco), entre as quais, diabetes, cardiopatias, hipertensão, insuficiência renal, asma, HIV/aids e tuberculose.

Nesse sentido, diante da persistência e agravamento da pandemia no Brasil, a 2ª Turma do Supremo Tribunal Federal ratificou unanimemente a decisão do Ministro Fachin que acolheu os pedidos constantes no Habeas Corpus Coletivo (HC 188820) impetrado pela Defensoria Pública

da União e pela Defensoria do Estado do Rio de Janeiro para fazer valer as orientações constantes na Recomendação nº 62 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ).

Por isso, imprescindível registrar que as condições epidemiológicas singulares que envolveram o período de produção do presente trabalho o torna datado e situado em um momento bastante específico, sendo bastante provável que os dados aqui encontrados e apresentados não se refiram mais ao que atualmente se deve encontrar nas unidades prisionais femininas, tendo em vista que muitas das presas que participaram da pesquisa – espera-se! – tenham sido beneficiadas pelas normas legais ora citadas.

5.2 ENTRADA NO CAMPO

Ao todo, a pesquisa teve acesso às cinco unidades prisionais femininas existentes no estado do Rio de Janeiro. Eu participei do processo de pesquisa em quatro delas, todas localizadas na cidade do Rio de Janeiro: Presídio Oscar Stevenson, Cadeia Pública Joaquim Ferreira de Souza, Instituto Penal Talavera Bruce e Penitenciária Nelson Hungria. A única exceção foi o Presídio Nilza da Silva Santos, localizado no município de Campos de Goytacazes, que não acessei por motivos de organização do grupo de pesquisadores.

A primeira unidade visitada foi o Presídio Oscar Stevenson. Ainda bastante insegura e ansiosa, tive contato com apenas uma presa. Me recordo dela ter ressaltado em diferentes momentos a importância de seus netos em sua vida, o que me deixou um pouco receosa de que este fator interferisse na visão que eu tive da detenta nesta interação.

Confesso ter me aliviado ao ler o posicionamento de Minayo (2014, p. 266) acerca da relação entrevistador/entrevistado nas pesquisas sociais:

No caso da pesquisa qualitativa, ao contrário, o envolvimento do entrevistado com o entrevistador, em lugar de ser considerado falha ou risco comprometedor da objetividade, é necessário como condição de aprofundamento de uma relação intersubjetiva.

O segundo presídio feminino visitado foi a Cadeia Pública Joaquim Ferreira de Souza. Nesta unidade, interagi com três detentas, uma durante o auxílio na aplicação do questionário e as outras duas durante a aplicação do exame mental. Como já havia visitado outros tantos presídios masculinos ao longo da pesquisa, não havia mais a insegurança inicial, tampouco qualquer

dificuldade de interação com as presas, apesar de nesta unidade as presas terem demonstrado as piores condições de saúde visíveis, tamanhas eram a vulnerabilidade e fragilidade demonstradas.

A terceira unidade prisional visitada foi o Instituto Penal Talavera Bruce. Impossível não notar a diferença arquitetônica desta unidade com relação às outras, em diversos momentos senti que estava em um hospital antigo ou em uma instituição religiosa. Não era uma sensação reconfortante. A impressão que tive foi que o sofrimento vivenciado há anos pelas primeiras mulheres encarceradas no Brasil continuava enclausurado ali, entre as paredes recém-pintadas e tudo isso se mostrou ao longo do trabalho.

Ao todo, havia oito presas na unidade, mas estabeleci interação mais profunda com apenas duas delas. Esta talvez tenha sido a unidade que mais tenha fornecido elementos para compreender a dinâmica do encarceramento feminino. Isso porque, nas outras havia ordem e organização durante as visitas, ao contrário desta, em que uma das presas tumultuou todo o trabalho, seja porque respondia pelas outras presas, seja porque falava mais alto e contava longas histórias, causando desconforto e irritação entre as detentas.

Por último, visitei a Penitenciária Nelson Hungria, onde, além da aplicação dos questionários, também realizei as entrevistas que compõem o presente trabalho. Nesta unidade observei que as presas possuíam maior instrução, bem como apresentavam melhores condições de saúde.

De forma geral, ao longo das interações que estabeleci com as detentas, não constatei nenhum tipo de objeção ou resistência por parte das presas, pelo contrário, observei um traço em comum entre todas elas: a urgência de serem ouvidas, como se aqueles pequenos momentos fossem capazes de restaurar a subjetividade outrora perdida no encarceramento.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como dito anteriormente, o estado do Rio de Janeiro conta com cinco unidades prisionais voltadas para a população carcerária feminina, no entanto, somente tive acesso a quatro delas ao longo do trabalho de campo, momento em que pude registrar minhas percepções e sensações a respeito de cada uma delas, as quais serão descritas a seguir.

6.1 DESCRIÇÃO DAS UNIDADES PRISIONAIS FEMININAS

6.1.1 Presídio Oscar Stevenson

Localizado em Benfica, o presídio Oscar Stevenson foi o primeiro presídio feminino visitado pela equipe de pesquisadores. Ao chegarmos na unidade enfrentamos dificuldades para ingressar na instituição, tendo em vista certas burocracias exigidas pela diretora da unidade, razão pela qual tivemos que aguardar um tempo na porta de entrada. Enquanto isso, em um cômodo minúsculo construído ao lado da garagem foi possível vislumbrar uma mulher, jovem, nos observando fixamente por uma pequena abertura na parte superior da porta. Aguardamos a liberação da diretora e ingressamos no presídio.

A instituição disponibilizava de um espaço de convivência com paredes pintadas de verde e branco, o qual é munido de televisão, cadeiras e mesas de plástico, local onde foram realizados os questionários. Na lateral, havia uma pequena brinquedoteca e um banheiro. Separando este espaço das celas, um portão de grades. Não nos permitiram acessar as celas.

6.1.2 Cadeia Pública Joaquim Ferreira de Souza

No dia 05 de novembro de 2019 a equipe visitou a segunda unidade prisional feminina do estado do Rio de Janeiro, a Cadeia Pública Joaquim Ferreira de Souza. Exatamente em frente à entrada do presídio fica alocada a maior base do SOE/GSE – Serviço de Operações Especiais/Grupo de Serviço de Escolta – responsável pelo transporte dos presos do sistema penitenciário do Rio de Janeiro. Assim como no BOPE – Batalhão de Operações Policiais Especiais – os agentes vinculados ao SOE conduzem automóveis pretos e usam farda preta.

O brasão do grupamento, que é estampado tanto nas imensas viaturas pretas, quanto nas fardas dos agentes é constituído por uma águia – ave de rapina carnívora que possui grande acuidade visual – sobrevoando uma grade e segurando correntes em suas garras, enlaçada por louros da vitória – espécie de planta que simbolizava na Grécia Antiga distinção, glória e era oferecida em forma de coroa aos vencedores. Logo na entrada da base do grupamento, que também era inteiramente pintada de preto, uma grande placa com uma oração, cuja frase final era: “SOE/GSE, essa chama jamais se apagará”.

Ao subirmos uma escada por demais estreita que nos levaria até o gabinete da diretora, percebo uma primeira diferença que aparentemente pode parecer superficial, mas que em termos sensoriais me causou uma impressão diferente: as paredes eram pintadas de branco e em tons de amarelo-claro, ao contrário do cinza habitual e inóspito encontrado nas cadeias masculinas.

Com a devida apresentação da equipe e autorização para realizarmos a pesquisa, fomos até a sala onde iríamos aplicar os questionários. Era um pequeno cômodo de paredes brancas com cerâmica de flores no piso. Havia uma pequena mesa e cadeiras de plástico empilhadas, bem como um palco simples ao fundo, com um ambão de madeira no canto direito. Provavelmente ali seja o local onde são realizadas as celebrações religiosas.

6.1.3 Instituto Penal Talavera Bruce

Na mesma data em que visitamos a Cadeia Pública Joaquim Ferreira de Souza também nos dirigimos ao Instituto Penal Talavera Bruce. Construída em 1942, o Instituto Penal Talavera Bruce, originalmente chamado de Penitenciária de Mulheres, foi a primeira penitenciária exclusivamente feminina do estado do Rio de Janeiro, no período, ainda Distrito Federal. Inicialmente, a administração interna do presídio ficou sob a responsabilidade da congregação religiosa conhecida como “Irmãs do Bom Pastor”, existente até os dias atuais.

Certamente tal fato possui relação com as características arquitetônicas da unidade, que se diferenciam das demais até então visitadas: logo na entrada, é possível vislumbrar uma antiga capela com algumas árvores no entorno, bem como uma estátua do Juiz de Direito que dá nome ao presídio.

Ao atravessar um primeiro portão, pude constatar que o restante das instalações da unidade também seguia o mesmo padrão da entrada, uma construção antiga que mais parecia um hospital

ou algo similar. Duas mulheres estavam pintando os cômodos localizados na lateral da entrada. Uma terceira estava enjaulada sozinha em um quarto minúsculo com grades brancas e nos olhava. Entramos. Seguimos por um corredor enquanto algumas mulheres pintavam as paredes com tinta branca, a qual deixava marcas no chão. À nossa esquerda, um mural de cartolina pregado na parede exibia os dizeres “Biblioteca Rachel de Queiroz” e logo embaixo, a conhecida frase de Clarice Lispector transcrita: “Liberdade é pouco. O que eu desejo ainda não tem nome”.

Observei que nas paredes da sala haviam sido colados papéis sulfite com palavras como amizade, respeito, colaboração, gentileza, compreensão, etc., embora, ao longo da aplicação dos questionários, eu não tenha visto a materialização de tais sentenças, pelo contrário.

6.1.4 Penitenciária Nelson Hungria

No dia 06 de dezembro de 2019 visitei a última unidade prisional junto à equipe da pesquisa. Ao nos aproximarmos da entrada da unidade, nada de excepcionalmente diferente se revelou aos meus olhos, senão, obviamente, o nome da unidade. Com o tempo, as unidades prisionais e os procedimentos de segurança inerentes a elas vão se tornando bastante parecidos, o que talvez explique o fato de alguns presos que foram transferidos algumas vezes não se lembrarem do nome da unidade que estão em um dado momento.

Ingressamos na unidade, e, nesse momento, uma dissimetria se apresentou. Diferentemente dos outros presídios até então visitados, em que não foi possível sequer vislumbrar as celas onde os detentos permanecem durante a maior parte do cumprimento de suas penas, no Nelson Hungria, para que chegássemos ao local onde iríamos realizar a pesquisa, tivemos que atravessar um corredor ladeado de celas.

Conforme íamos seguindo, foi possível observar as mulheres enjauladas nas celas que nos cercavam. Como passamos rapidamente, não houve tempo para que qualquer tipo de encenação fosse feita por elas, o que inicialmente pode aparentar ser um fato negativo, mas que também possui suas vantagens. Isso porque, embora a travessia tenha sido veloz, meus olhos estavam trabalhando freneticamente, tendo observado um ambiente carregado de naturalidade, sensação que só é possível encontrar em momentos de verdadeira espontaneidade.

À primeira vista, as celas aparentavam estar minimamente organizadas e limpas, apesar dos lençóis pendurados ao redor das camas, do fluxo de mulheres se movimentando de um lado para outro no interior das celas, da fumaça produzida pelo tabaco que algumas pitavam, das conversas que se davam em tons de voz que, de tão altas, atravessavam as grades e chegavam perfeitamente aos nossos ouvidos.

Após atravessarmos essa longa passagem rodeada por mulheres enclausuradas, chegamos ao espaço comunitário destinado à visita onde iríamos realizar a pesquisa. O local possuía várias mesas e cadeiras de concreto pintadas de verde, ventiladores de teto, dois micro-ondas, dois berços, uma televisão presa na parede, dois banheiros e uma cantina. Enquanto a organização da unidade prisional separava as presas aptas a participar da pesquisa, aproveitei para me aproximar da tabela colada ao lado da cantina que indicava os produtos disponíveis e os preços de cada um deles.

Como era de se esperar, os preços das mercadorias estavam superfaturados. Anotei o valor de alguns produtos que chamaram minha atenção por conta do valor elevado que ostentavam dentro da cadeia. Um gel para cabelo custava R\$ 15,00; um tubo de pasta de dente valia R\$ 5,00; já uma lata de milho, ervilha ou sardinha custava R\$ 8,00 cada, o leite condensado, por sua vez, estava valendo R\$ 8,00. Essa parte se refere a pesquisa em geral.

Durante a realização das entrevistas, embora ambas tenham sido solícitas e dispostas a participar da pesquisa, senti maior proximidade com uma delas, ao passo que, com a outra, percebi certo receio, como se ela não confiasse em mim como alguém capaz de compreender a realidade que ela estava enfrentando. Havia sido imposta uma distância entre nós.

Teoricamente, já estava preparada para enfrentar tal cenário. Minayo (2014) já prelecionava que:

(...) é preciso ressaltar que nas Ciências Sociais existe uma identidade entre sujeito e objeto. A pesquisa nessa área lida com seres humanos que, por razões culturais, de classe, de faixa etária, ou por qualquer outro motivo, têm um substrato comum de identidade com o investigador, tornando-os solidariamente imbricados e comprometidos (...).

Certamente, a forma como eu fui vista em campo pela detenta corroborou para que ela estabelecesse uma distância “segura” entre nós, sobretudo em razão dos marcadores identitários que me acompanham, enquanto jovem, branca, de camada média, os quais por sua vez repercutiram na interação estabelecida entre nós.

6.2 PERFIL DAS PRESAS ENTREVISTADAS

Além dos 31 questionários aplicados entre as presas idosas ao longo do trabalho de campo, no dia 06 de dezembro de 2019 foram realizadas entrevistas com duas detentas institucionalizadas no Presídio Nelson Hungria, localizado no Complexo de Gericinó: Carolina* e Luciana*, ambas com 63 anos de idade.

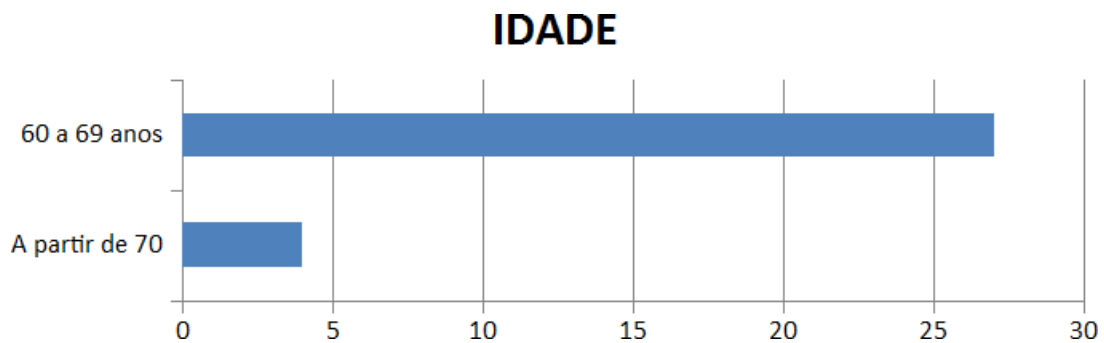
Bastante desenvolta e comunicativa desde a primeira abordagem, Carolina tinha pele branca e cabelos loiros que ornavam agradavelmente com sua armação de óculos vermelha. Funcionária de um órgão federal foi presa pelo cometimento do artigo 313-A do Código Penal no capítulo que versa sobre crimes praticados por funcionários públicos contra a administração em geral e condenada à pena de treze anos de prisão, tendo cumprido até aquele momento três anos, sendo oito meses destes no Nelson Hungria. Mãe de dois filhos e filha de uma mãe de 87 anos que recebe cuidados de uma enfermeira, mas que apesar das dificuldades físicas a visitava frequentemente na prisão, relatou ter a saúde mental fragilizada e ser dependente de remédios.

A segunda foi Luciana*. Com uma postura bastante assertiva, Luciana tinha a pele negra e usava o cabelo preso em um coque tão firme quanto o que pude perceber de sua personalidade. Estava presa há pouco mais de três meses e havia recebido a notícia que seu alvará de soltura seria expedido em razão da prescrição de seu crime cometido há dezesseis anos, o que talvez explique as respostas mais mecânicas que obtive, quase como se ela estivesse seguindo um roteiro que validasse seu bom comportamento dentro da unidade. Ainda assim informações valiosas apareceram. Mãe de um filho e cuidadora de sua mãe de 90 anos de idade descobriu que sua família se uniu após seu aprisionamento para organizar os cuidados com a genitora, o que pode ter relação com a força que emanava dela ao longo da entrevista.

6.3 PERFIL DA POPULAÇÃO CARCERÁRIA FEMININA

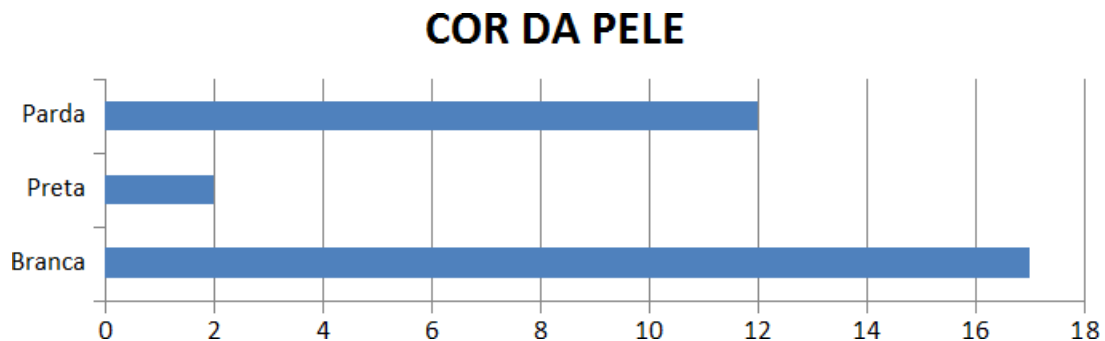
O inquérito realizado com as 31 mulheres presas institucionalizadas nas unidades prisionais fluminenses se mostrou fonte de importantes informações a respeito do perfil populacional destas presas, a fim de delinear de forma mais aprofundada quem são estas mulheres idosas presas.

Gráfico 1 - Distribuição do número de presas por faixa etária



Com efeito, quando se analisa os dados acerca da faixa etária da população prisional no mundo há uma tendência de encarceramento da população jovem, a qual se mantém em relação às prisões do Brasil e do Rio de Janeiro. De acordo com dados do INFOPEN Mulheres (2017) apenas 1,94% das mulheres presas nas instituições fluminenses têm de 61 a 70 anos de idade e 0,24% possui mais de 70 anos de idade. O censo realizado demonstra que o grupo etário entre 60 a 69 anos possui maior representação nas prisões.

Gráfico 2 – Distribuição do número de presas por raça

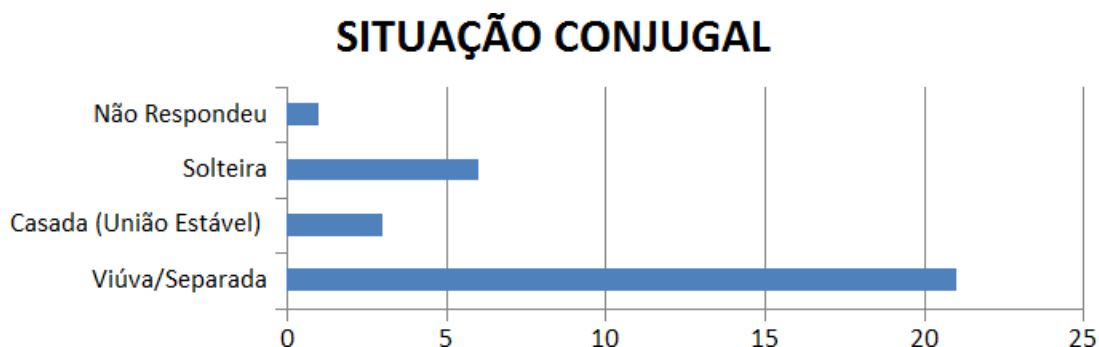


Com relação à raça/cor/etnia, o dossiê INFOPEN Mulheres (2017) indica que 63,55% das mulheres aprisionadas no Brasil são negras ou pardas, o que também é o cenário encontrado nas prisões do Rio de Janeiro, tendo em vista que o relatório penitenciário aponta que 65% das presas do estado são da cor preta ou parda e 32% são da cor branca.

No entanto, conforme demonstra a imagem abaixo, a população prisional feminina idosa do estado se diferencia do quadro encontrado no cenário nacional e estadual, uma vez que entre este grupo as mulheres que se declararam brancas se destacaram das demais raças/cor/etnias.

Em parte, essa constatação pode ser explicada pelo fato das mulheres brancas estarem mais representadas no segmento idoso do que as pardas e pretas. De acordo com o Censo 2010 a esperança de vida da população branca é de 3,3 anos mais elevada do que a da população negra e 3,0 anos maior do que a das pardas.

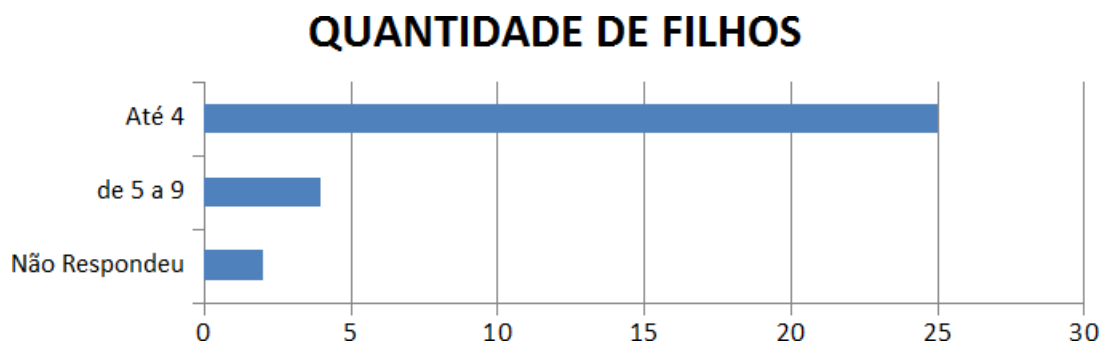
Gráfico 3 – Distribuição do número de presas por situação conjugal



Ao se debruçar sobre o estado civil das presas idosas um cenário incomum mais uma vez é encontrado, sobretudo com relação ao que usualmente se depara nos estudos tradicionais sobre encarceramento feminino. Isso porque, o relatório penitenciário nacional aponta que 58,4% das mulheres brasileiras em privação de liberdade são solteiras e, no caso do estado do Rio de Janeiro, 86% delas estão na mesma situação. Entre as presas idosas nas prisões fluminenses os dados indicam que a maior parte está ou esteve em algum momento da vida em um relacionamento amoroso.

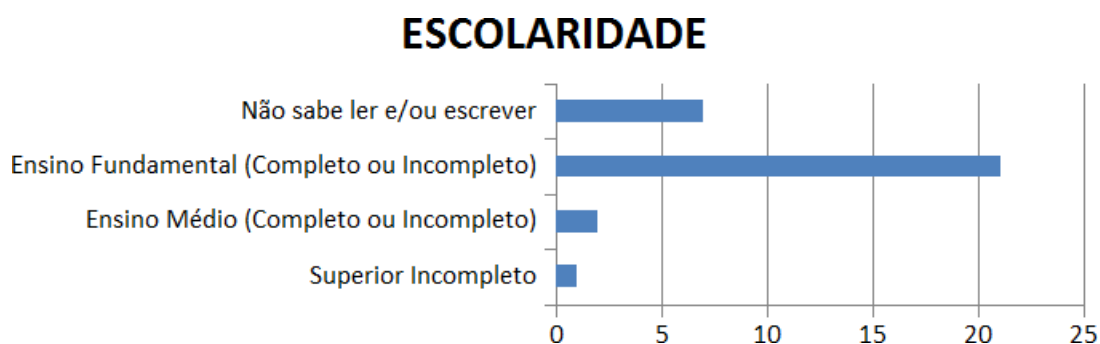
De acordo com Melo et al. (2016) o estado conjugal na velhice possui um forte componente de gênero. Isso porque, as regras culturais de nossa sociedade favorecem ao homem se casar com mulheres mais jovens e, quando viúvos, um novo casamento também é mais comum entre eles.

Gráfico 4 – Distribuição do número de presas por quantidade de filhos



A respeito da maternidade das presidiárias, os dados do INFOPEN Mulheres (2017) indicam que 28,7% da população prisional feminina no Brasil possui 1 filho, 27% dois filhos, 21,7% três filhos e 11,01% mais de 4 filhos. Entre a população idosa investigada, a maternidade também se fez presente. Entre o grupo de idosas que participou da pesquisa se constatou que 30 delas eram mães, enquanto somente 1 alegou não ter filhos.

Gráfico 5 – Distribuição do número de presas por escolaridade



A baixa escolaridade presente entre a população carcerária feminina brasileira também foi encontrada entre a população feminina idosa. No Brasil, o nível educacional com maior expressividade entre as mulheres presas foi o ensino fundamental incompleto, sendo este compartilhado por 44,42% das mulheres. Já na população prisional feminina do Rio de Janeiro este grau de escolaridade foi encontrado entre 56,88% das presas.

O mesmo cenário foi encontrado entre a população idosa fluminense analisada. Entre este grupo, a maioria delas - 21 mulheres - havia estudado até o ensino fundamental (completo ou incompleto) e apenas 1 havia cursado ensino superior completo.

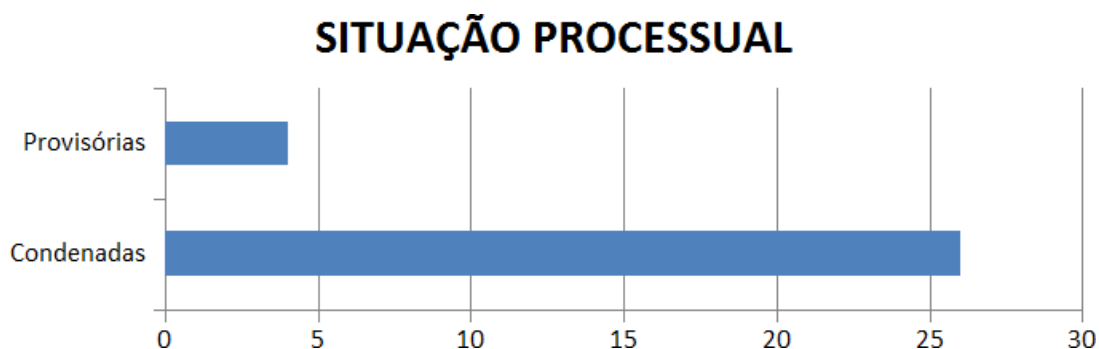
De acordo com o documento “Indicadores sociais das mulheres no Brasil” que dispõe dados sobre a população feminina, no geral 12,9% das mulheres com 45 anos ou mais possuem ensino superior completo, demonstrando que o baixo grau de instrução da população carcerária feminina é mais recorrente do que entre aquelas não privadas de liberdade.

Apesar disso, quando se analisa a realidade prisional encontrada entre as presas idosas, alguns pontos destacados merecem maior atenção. Um deles é que, embora não seja oficialmente uma questão do questionário, foi possível constatar através das interações no campo que os tipos penais mais cometidos pelas mulheres idosas são aqueles que por sua própria natureza exigem da parte autora maior escolaridade, tais como estelionato, fraude, etc.

Tal cenário também está atrelado a autoidentificação racial das presas, uma vez que entre as jovens se destaca o encarceramento pela prática do crime de tráfico de drogas, sobretudo entre as jovens negras, no entanto, o mesmo não é encontrado entre as presas idosas, em sua maioria, brancas.

6.3.1 Perfil processual penal

Gráfico 6 – Distribuição do número de presas pela situação processual



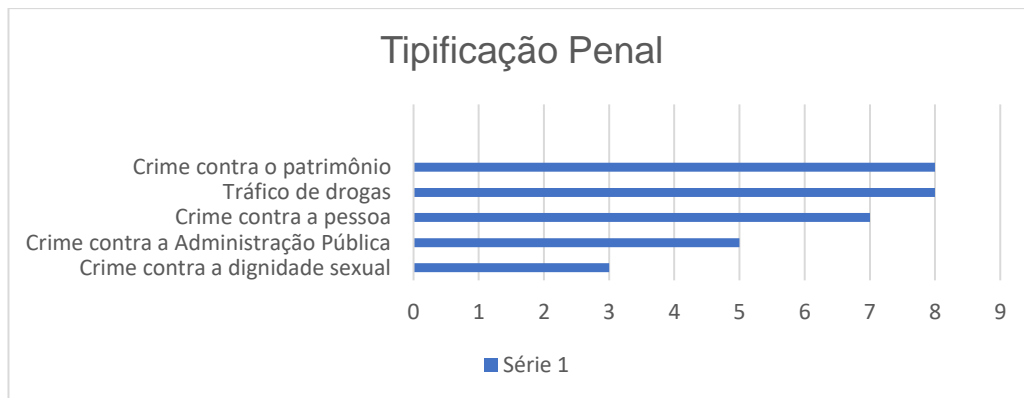
Com relação à situação processual do grupo analisado, foram identificadas diferenças quanto ao cenário geral apresentado pela população prisional feminina em âmbito nacional e estadual. Isso porque, os dados constantes no relatório penitenciário demonstram que 37,67% das

mulheres presas no Brasil encontram-se em regime provisório, seguidas de 36,21% de presas sentenciadas em regime fechado e 16,87% de presas sentenciadas em regime semiaberto. Já no estado do Rio de Janeiro, o documento aponta que 41,37% das 2.168 mulheres presas ainda não tinham sido condenadas.

Já entre a população idosa fluminense o quadro é outro. Entre o grupo de 31 mulheres que participaram da pesquisa apenas 4 delas ainda não haviam sido condenadas, seguidas de 27 mulheres com condenação.

6.3.2 Tipos de crimes cometidos

Gráfico 7 – Distribuição do número de presas por tipo de crimes cometidos



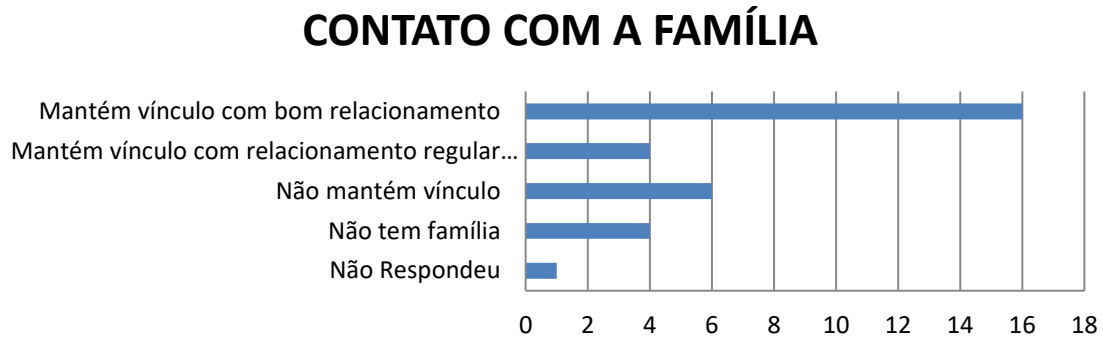
Quando se analisa os tipos de crimes cometidos pelas mulheres idosas nas prisões fluminenses, mais uma vez o cenário encontrado entre este grupo destoa daquele apresentado entre as presas mais jovens. Isso porque, no cenário nacional, o crime de tráfico de drogas se destaca como o principal motivo do encarceramento de mulheres no país, sendo responsável por 59,6% das prisões femininas (INFOPEN, 2017), ao passo que entre as presas idosas, este percentual cai mais do que a metade, sendo responsável por 25,8% das prisões, seguido de 25,8% pela prática de crimes contra o patrimônio; 22,5% por crimes contra a pessoa; 16,1% por crimes contra a Administração Pública e, por último, 9,6% por crimes contra a dignidade sexual.

Neste último item, mais um ponto diferenciador é encontrado entre a população prisional feminina idosa, uma vez que entre os presos idosos esta tipificação penal foi a maior responsável pelo encarceramento dos homens, não sendo crimes desta natureza encontrados com expressividade entre a população carcerária feminina.

6.4 COTIDIANO PRISIONAL

6.4.1 Relacionamento com família e amigos

Gráfico 8 – Distribuição do número de presas por tipo de vínculo familiar



Os dados do questionário apontam que mais da metade das presas idosas não recebiam visitas ao longo do cumprimento de suas penas, embora praticamente a metade delas tenha informado que mantém vínculo familiar com bom relacionamento. Em média, as mulheres indicaram que tinham apoio familiar e social moderado em suas vidas, embora cerca de um quarto delas não tenha identificado apoiadores regulares em sua rede de apoio.

Gráfico 9 – Distribuição do número de presas por recebimento de visitas

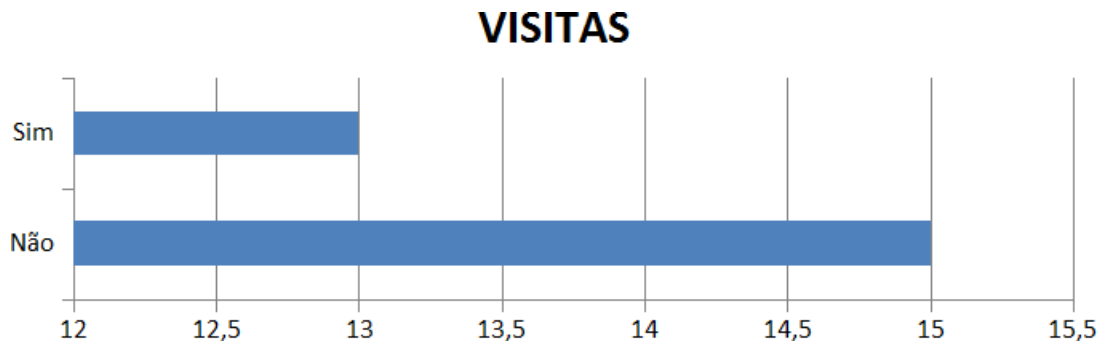
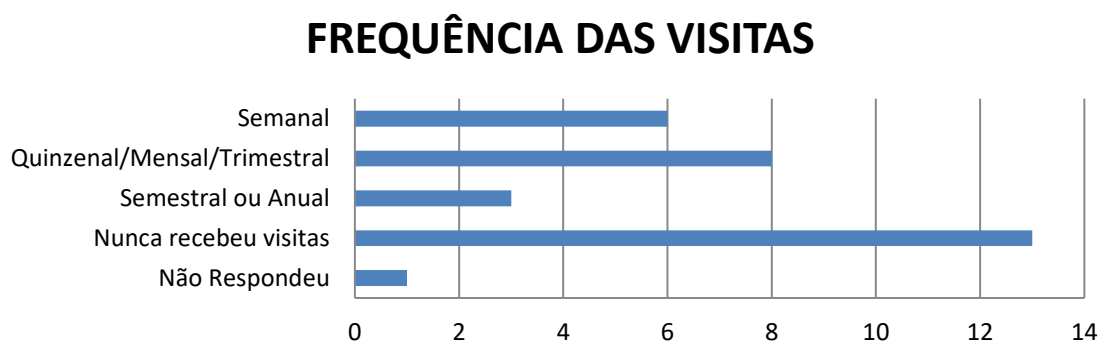


Gráfico 10 – Distribuição do número de presas por frequência das visitas



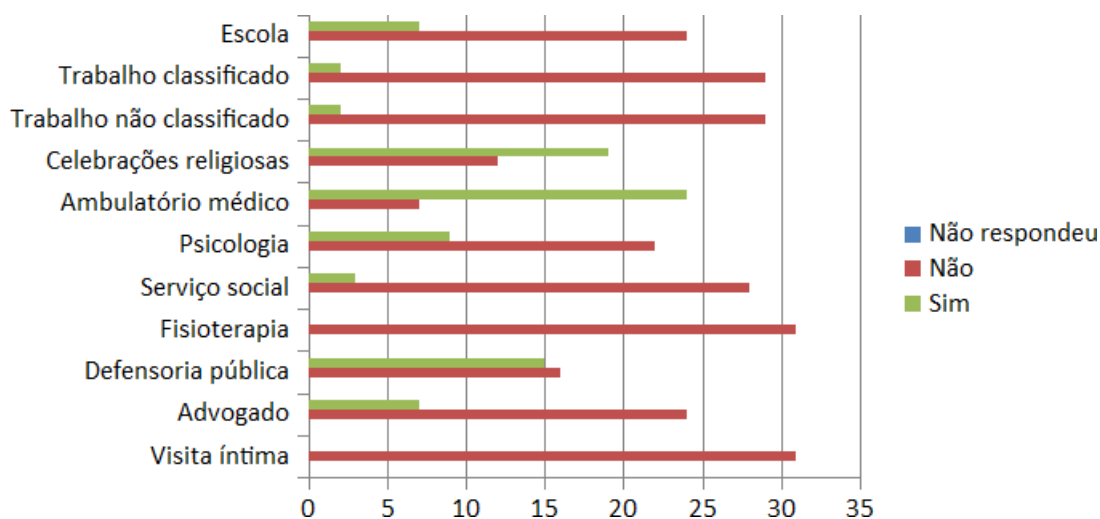
No grupo em análise, a maioria das mulheres não recebia visitas na prisão e, dentre aquelas que as recebiam, a frequência semanal foi a mais habitual. Algumas relataram a preferência por não receber visitas para evitar que os familiares passassem por situações constrangedoras e/ou o medo de que o cadastro na instituição penitenciária pudesse prejudicá-los em situações da vida civil, como no caso de aprovação em concurso público, por exemplo.

As duas presas entrevistadas recebiam visitas durante o cumprimento de suas penas, o qual é um elemento importante para manter e fortalecer os laços familiares, também facilita a elas o acesso a itens escassos ou faltantes na prisão, como alimentos de melhor qualidade e medicamentos. No entanto, alguns presos preferem não receber visitas em razão do estigma que isso pode gerar na vida de seus familiares, como é o caso da Carolina:

(...) e tenho uma filha de 24. Graças a deus “tão” bem encaminhados, mas eu não deixo eles fazerem a carteirinha não, sabe por que? Porque isso atrapalha muito, né? Atrapalha a presidência, de repente vai fazer um concurso público, quer fazer alguma coisa e aí...”. (Carolina)

6.4.2 Serviços utilizados

Gráfico 11 – Distribuição do número de presas por atividades realizadas



O baixo número de presas idosas que realizam algum tipo de atividade dentro do presídio chama a atenção. Poucas são aquelas que frequentam escola ou exercem algum tipo de atividade dentro das unidades, embora tanto o trabalho quanto a educação sejam fundamentais para ampliar as oportunidades laborais e de reinserção social das presas após o cumprimento das penas, além de serem fatores que poderiam favorecer a integração social deste grupo.

Outro ponto que merece destaque é o acesso aos serviços de saúde no sistema prisional que, embora não tenha sido baixo o acesso ao ambulatório médico, as presas o avaliaram como precário e/ou de baixa qualidade, sobretudo em relação às demandas específicas da população idosa. Com efeito, as presas foram instadas a dar uma nota entre 0 a 10 acerca de determinadas características e experiências do ambiente prisional.

Acerca do tamanho e das condições de suas celas, 12,9% deram nota 0, 12,9% deram nota 8 e 29,03% deram nota 10. Em seguida, avaliaram as atividades desenvolvidas no presídio e as avaliações que mais se destacaram foram a nota 0 compartilhadas por 29,03% das detentas e a nota 5 que foram destacadas por 16,13%. Sobre a alimentação oferecida na unidade, a nota 0 foi a mais apontada pelas detentas, sendo compartilhada por 29,03% delas.

Importante destacar o alto número de presas que compartilharam da nota 0 sobre as atividades desenvolvidas no presídio, tendo em vista a rotina ociosa que é imposta a elas no cárcere, o que faz surgir a ideia de que a pena é uma completa perda de tempo e exerce nenhum impacto

positivo em suas vidas, além disso, a alimentação também é um ponto que merece destaque, uma vez que tanto pelos dados dos questionários, quanto pelas interações ao longo do trabalho de campo foi um ponto bastante salientado por todas elas, sobretudo em razão das demandas nutricionais específicas da população idosa, que são amplamente ignoradas no ambiente prisional.

Os serviços de saúde no sistema penitenciário também foram alvo de avaliação, tendo o serviço de psicologia variado em maior frequência entre as notas 0 e 10, sendo aquela compartilhada por 16,13% das presas e esta 25,81%. O atendimento do serviço social seguiu o mesmo padrão do serviço de psicologia, tendo 25,81% delas avaliado o serviço com a nota 0 e 22,58% com a nota 10. A avaliação dada ao atendimento médico se destacou pela quantidade de presas que o avaliaram com a nota 0, uma vez que esta avaliação foi compartilhada por 32,26% das detentas. O tratamento dentário não teve resultado muito diferente, tendo recebido nota 0 por 41,94% das presas, sendo o serviço mais mal avaliado entre todos analisados.

6.4.3 Relacionamentos na prisão

Durante as entrevistas, as presas falaram sobre uma transferência de presídio que estava próxima de ocorrer, no entanto, não souberam dar maiores detalhes sobre o processo, o que lhes gerava ansiedade e indicava a insatisfação das idosas com a arbitrariedade presente nas tomadas de decisões dos gestores e demais profissionais do sistema prisional, sobretudo pela incerteza e desconhecimento que elas nutriam quanto ao seu futuro no ambiente carcerário.

“(...) eu acho que após a transferência “pro” outro presídio, parece que nós “tamo” sendo transferida, “tô” aguardando (...)”. (Luciana)

“Primeiro eles estavam dizendo a gente vai mudar, né? A gente vai mudar de presídio, vai aqui pro Degase de Santo Expedito. (...) Dia 10, dizem. Aí faz aquele terror: é amanhã! Não vai poder levar nada. (...) Então, primeiro ia ser no dia seguinte, já tem três meses atrás todo mundo desfez as coisas”. (Carolina)

O tratamento dispensado às presas por partes dos profissionais dos serviços de saúde também surgiram no discurso das entrevistadas, embora tenham sido dissonantes. Luciana relatou que, se não fosse a falta de medicação e insumos na unidade, não teria o que se queixar dos profissionais, pois sabe que esta responsabilidade não cabe a elas. Carolina por outro lado disse que respostas ignorantes e destratos são comuns na rotina prisional.

Em seu estudo sobre as instituições totais, Goffman (2015, p. 19) constatou que nestes ambientes existe uma separação entre os dois grupos - o grupo dos internados e o grupo das pessoas que trabalham no local – e discorreu ainda sobre a concepção que cada grupo alimenta sobre o outro. De acordo com o autor: “(...) a equipe dirigente muitas vezes vê os internados como amargos, reservados e não merecedores de confiança; os internados muitas vezes veem os dirigentes como condescendentes, arbitrários e mesquinhos”.

Essas ideias internalizadas limitam ainda mais a aproximação entre estes dois grupos, o que pode ser observado inclusive nos diálogos, os quais ocorrem de forma distante, hierarquizada e costumeiramente deixam o grupo dos internados submetidos a certas restrições quanto a transmissão de informações.

Com relação ao relacionamento entre as próprias presas, houve uma homogeneidade no discurso tanto de Carolina quanto de Luciana. O fato de as presas idosas não terem uma cela separada para elas nesta unidade foi um ponto de queixa, tendo em vista eventuais brigas e xingamentos que ocorrem entre as presas não idosas, bem como a ausência de silêncio na cela.

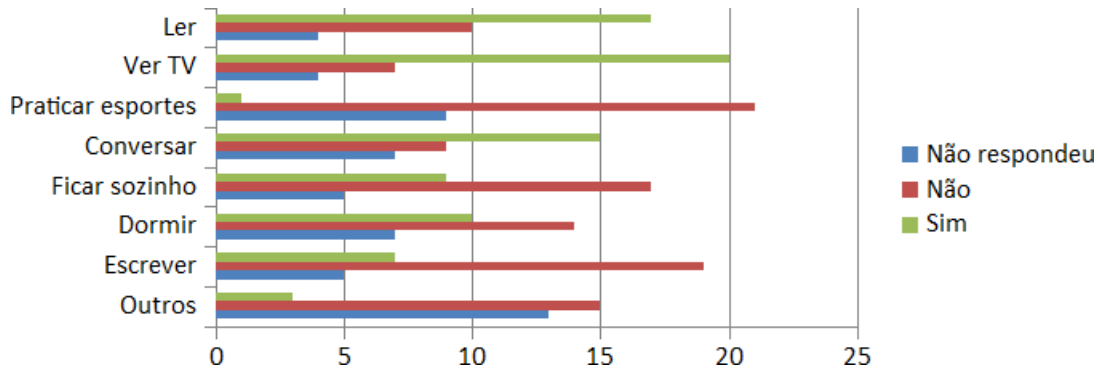
No entanto, essa realidade não se estende às idosas, pelo contrário. As relações intergeracionais são atravessadas pela hierarquia da idade e por um senso de cuidado e afeto das mais jovens com relação às idosas.

“Não, não, até pelo contrário”. Eles: “Ah, as senhoras primeiro na fila do café. Prioridade primeiro”. (Carolina)

“Sim, elas se preocupam: tia, ‘tá’ bem?”, vó, ‘tá’ com a pressão boa?, vó, tomou o remédio? Se eu tiver, se elas passam e eu ‘tô’ dormindo, se elas passam de novo e eu ‘tô’ dormindo, vão lá e mexem no meu pé pra ver se eu ‘tô’ bem. “Vó, ‘tá’ tudo bem?” (Luciana)

6.4.4 Atividades realizadas

Gráfico 12 – Atividades realizadas nas unidades prisionais



A rotina prisional é fortemente marcada pela ociosidade existente entre as presas em razão das poucas atividades ofertadas pelo presídio e pela desorientação temporal que as acomete, sendo os horários das refeições usadas por elas como subterfúgio para se localizarem temporalmente. A ausência de atividades – escolares, profissionais, culturais, etc. – ofertadas às presas nas unidades prisionais foi um ponto bastante demarcado pelas entrevistadas, fato associado por elas como abandono estatal e à sensação de que a pena nada mais é do que uma perda de tempo.

“Aí depois do almoço a gente deita. Aí todo mundo faz força pra dormir, fica aquela chatura, poxa, meu deus, não passa o tempo... ai, meu pai!” (...) Eu acho que... eu acho que deveria ter alguma coisa alguma pra você fazer, um curso de bordado... é, um curso de costura... alguma coisa pra passar o tempo entendeu? Porque fica... eu vejo, eu fico assim deitada, fica aquele bando de mulher ali assim ó...” (Carolina)

“Precisamos trabalhar nossa mente porque senão atrofia cada vez mais, nós já ‘tamo’ ‘numa’ idade avançada, vamos sair daqui como? Eu fui avisada que vou embora a qualquer momento. E elas que têm mais tempo? Vão sair daqui atrofiadas? Esquecidas?(...) ‘É’ muitas horas paralisada, deitada ‘numa’ cama vendo televisão e jogando conversa fora”. (Luciana)

Ao discorrerem sobre suas rotinas nas prisões, as entrevistadas transpareceram o incômodo que o cotidiano prisional representa pra elas, sobretudo com relação à necessidade de individualidade que é amplamente ignorada, uma vez que as atividades são realizadas coletivamente e aos olhos de todos, no entanto, conforme fala de Carolina, elas lançam mão de alguns subterfúgios para driblar tal situação:

(...) Acorda... Tem o confere. Aí tem que tirar todos os “quietos”, tirar tudo, “botar”, porque elas não podem ver o “quieto”. A gente responde o confere nominal. Depois ela conta, ela vai contando... a gente tem que ficar em pé até ela fazer toda a contagem, do presídio todo, aí até ela falar “dispensado”. (Carolina)

“Temos o local de lavar roupa, o local de jogar os restos de comida fora, têm três chuveiros que “falta” as “cortina” pra individualidade, que não existe individualidade”.(Luciana)

Tal dinâmica já foi apontada por Goffman (2015, p.18) em seus estudos sobre instituições totais. Segundo ele, nestes espaços: “Quando as pessoas se movimentam em conjuntos, podem ser supervisionadas por um pessoal, cuja atividade principal não é orientação ou inspeção periódica (...), mas vigilância”.

Além disso, a dinâmica prisional tende a facilitar a ocorrência do fenômeno conhecido como “prisionização”. Segundo Thompson (1980, p. 43):

Todo encarcerado sucumbe, de alguma maneira, à cultura da prisão. Mesmo porque a cadeia é um sistema de poder totalitário formal, pelo qual o detento é controlado 24 horas por dia, sem alternativa de escape. Extramuros, o princípio é considerar lícito tudo não expressamente interdito, enquanto, na cadeia, a lei é considerar proibido tudo que não expressamente autorizado.

6.4.5 Atividades nas prisões

Dentre as 31 presas idosas que participaram da pesquisa, somente 2 declararam exercer trabalho classificado na prisão, muito embora a Lei de Execução Penal disponha de todo um capítulo para versar sobre as disposições gerais dos trabalhos realizados pelos presos. Em seu artigo 28 dispõe que: “o trabalho do condenado, como dever social e condição de dignidade humana, terá finalidade educativa e produtiva”. Ademais, aos presos que exercem atividades oficiais ofertadas pelas unidades prisionais ou demais instituições externas é dado o direito de remir sua pena em 1 dia para cada 3 dias de trabalho, conforme redação do artigo 126: “O condenado que cumpre a pena em regime fechado ou semiaberto poderá remir, por trabalho ou por estudo, parte do tempo de execução da pena”. Este tipo de trabalho é chamado de trabalho classificado.

No entanto, há outra forma de trabalho realizada pelas presas, denominado trabalho não classificado, que consiste nas atividades não formais realizadas pelas presas nos presídios, tal como

lavar as roupas de outra presa, fazer as unhas, organizar a cela, etc. Este tipo de atividade foi encontrada entre 2 das 31 presas idosas e comumente é realizada pelas detentas que não recebem “sucata” da família e, com isso, conseguem comprar comida, cigarros ou outros itens de desejo.

Ademais, embora não devesse ser a regra, é sabido que na prisão não há trabalho para todos os presos, no entanto, a dificuldade que pessoas idosas enfrentam para conseguir trabalho é ainda maior. A hipótese é que o estigma da idade seja o motivo, o que é inclusive reproduzido pelas próprias idosas.

“Na cela J, na... na I, mas são jovens, não tem ninguém que... não tem uma senhora tipo eu, entendeu? Que pega peso, não tiro a razão”. (Carolina)

Em relação ao trabalho realizado na prisão, Didier Fassin (2019, p. 262) aduz que:

“(…) nos estabelecimentos penitenciários são tomadas todas as disposições para garantir uma atividade profissional, uma formação profissionalizante ou geral às pessoas encarceradas que a solicitarem. Ou seja, os detentos têm obrigação de trabalhar e a administração tem a obrigação de fornecer-lhes trabalho. Entretanto, esse compromisso recíproco é atenuado por dois elementos: entre os detentos, a obrigação só se aplica aos condenados e, para a administração, trata-se apenas de uma obrigação de oferecer meios”.

A prática religiosa entre as presas idosas foi compartilhada praticamente por todas elas, tendo 19 afirmado exercer algum tipo de religião dentro da prisão, 11 confirmado eventualmente praticar alguma religião e apenas 1 delas ter respondido negativamente à questão. Isso se deve, dentre outros fatores, ao fato de as celebrações religiosas serem uma das poucas atividades realizadas com regularidade nos presídios.

A busca pela religião entre mulheres encarceradas também apareceu como um elemento do encarceramento feminino. A espiritualidade demonstrou ter para elas a função de libertação da culpa e de auxílio para a reinvenção de suas trajetórias de vida, permitindo que elas possam alimentar esperanças sobre suas perspectivas de vida após a prisão.

As entrevistadas frequentavam as celebrações religiosas realizadas no presídio, porém ambas fizeram ressalvas quanto à forma como a atividade era organizada, seja com relação à arbitrariedade e unilateralidade do poder exercido por parte dos gestores penitenciários, seja quanto à inexistência de outros tipos de atividades que não as de caráter religioso, sendo esta exclusividade ressaltada negativamente por elas.

“Eles só... eles escolhem: hoje vai a cela tal, cinco pessoas. Hoje vai a cela tal para a universal, Assembleia vai a cela tal”. (Carolina)

“Se puder ter uma oficina que faça trabalhos manuais seria ótimo. Só igreja, só aremissão do livro não “tá” vencendo”. (Luciana)

Ademais, alguns estudos (Dias, 2008; Andrade, 1995) já formularam críticas e o que está por trás do espaço praticamente exclusivo destinado aos eventos religiosos nas unidades prisionais em detrimento de outros de diferentes naturezas. Um primeiro ponto diz respeito à massiva participação que as religiões evangélicas ocupam nas cadeias com relação às religiões de outras vertentes, inclusive os benefícios a elas atreladas, como celas mais limpas, melhor alimentação, mais segurança e silêncio. Por outro lado, não se pode afastar a permanência do ideal dogmático e moral de transformação dos indivíduos existente desde os primórdios das cadeias femininas no Brasil.

Outro estudo (Deaton, Aday e Wahidin, 2010) investigaram a relação entre numerosas variáveis de saúde e a Escala de Ansiedade de Morte do Templer (TDAS) em um grupo de 327 mulheres com mais de 50 anos encarceradas em cinco regiões dos Estados Unidos.

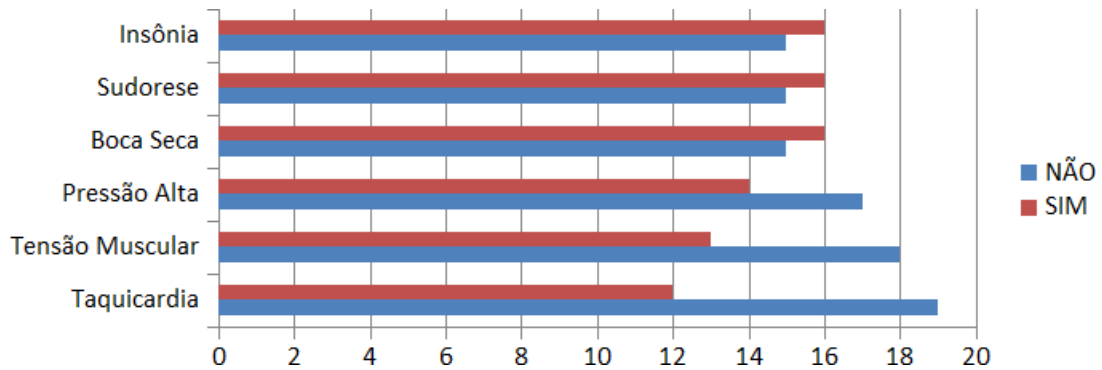
Especificamente, o estudo buscou investigar como a saúde em declínio e a falta de cuidados médicos experienciado por mulheres mais velhas na prisão influenciaram seus medos da morte. Um dos pontos importantes que se destacou no estudo foi o de que a participação em atividades religiosas na prisão teve correlação negativa com a ansiedade da morte, ou seja, as presidiárias que participavam de eventos religiosos possuíam menos probabilidade de ter ansiedade de morte. Embora este tópico não seja consensual na literatura, a crença na vida após a morte é vista como importante mecanismo de enfrentamento para muitas pessoas.

6.5 SAÚDE NA PRISÃO: CONDIÇÕES DE SAÚDE FÍSICA DAS PRESAS

Nesta seção serão apresentados os principais sintomas e problemas de saúde associados à saúde física das presas, muito embora seja impossível não relacioná-los às questões afeitas à saúde mental destas mulheres. Através do questionário foram analisados os principais sintomas identificados pelas presas como parte de suas vidas no período de 24 horas anteriores à aplicação do questionário, uma semana anterior à aplicação e de um mês anterior ao questionário. Nos

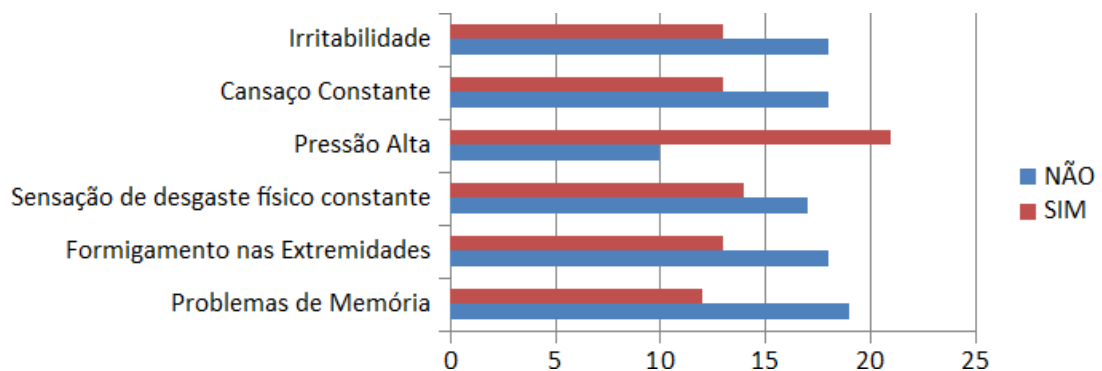
gráficos abaixo, foram destacados apenas os sintomas identificados por mais da metade delas, em razão de sua relevância.

Gráfico 13 – Sintomas encontrados nas 24h anteriores à aplicação do questionário



Quando questionadas a respeito da percepção que mantinham sobre suas condições de saúde, a maioria delas – 17 presas - considerou que sua saúde era ruim ou péssima. Comparando suas condições de saúde atuais com os últimos cinco anos, a maioria considerou que o estado atual de pessoas na mesma faixa etária, a maioria afirmou estar nas mesmas condições – 12 presas -, seguida das que consideraram estarem em pior estado – 10 presas.

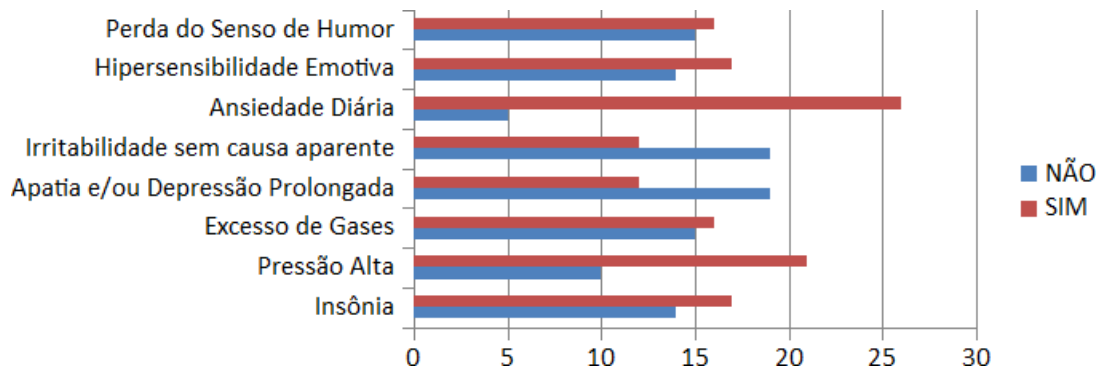
Gráfico 14 – Sintomas encontrados na semana anterior à aplicação do questionário



Muitos dos sintomas encontrados tanto nos gráficos acima, quanto no gráfico abaixo fazem parte da Escala de Depressão Geriátrica (EDG), a qual inclusive foi estudada por Siqueira et al. (2007, p. 254), os quais destacaram a diversidade dos sintomas depressivos, que podem se manifestar no organismo através das mais distintas maneiras físicas e comportamentais dos

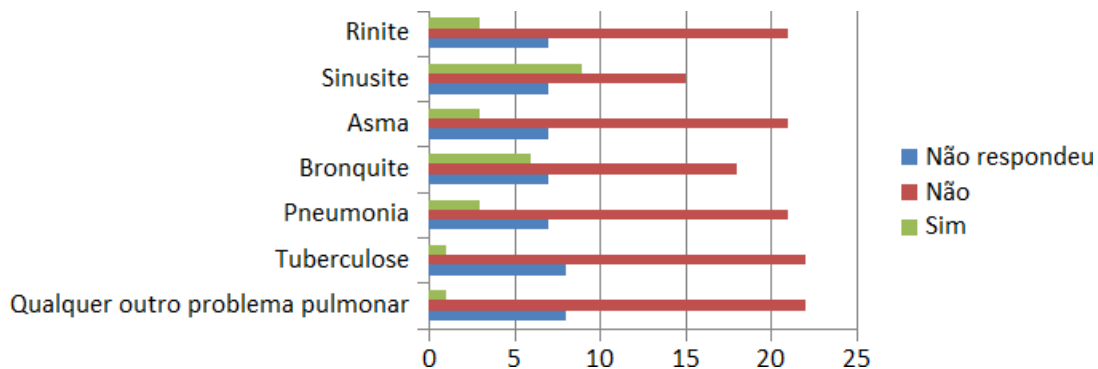
indivíduos. De forma geral, pode-se perceber que grande parte dos problemas ora apontados se encaixam neste padrão, tal como a ocorrência de insônia, taquicardia, pressão alta, perda do senso de humor, vontade de chorar, etc.

Gráfico 15 – Sintomas encontrados no mês anterior à aplicação do questionário



A superlotação e a insalubridade dos presídios brasileiros contribuem para o elevado número de presos com problemas respiratórios, no entanto, tal cenário não foi encontrado de forma representativa entre as presas idosas. As maiores queixas se deram com relação à rinite.

Gráfico 16 – Doenças respiratórias

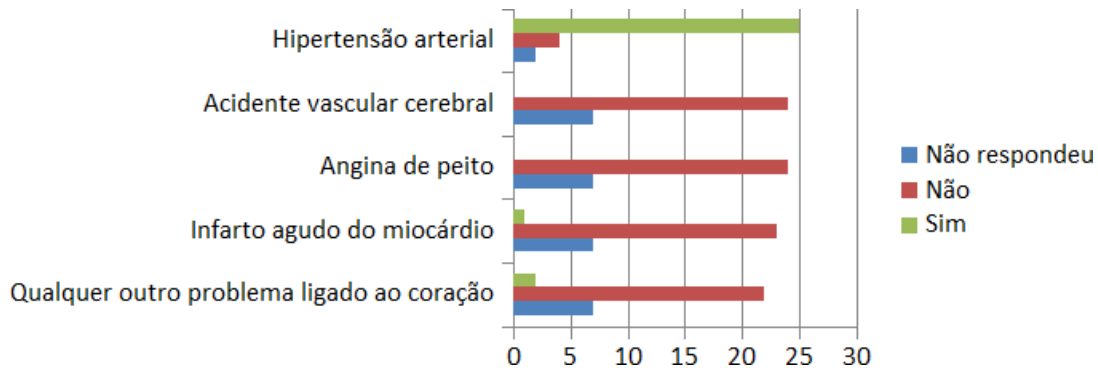


Dentre os problemas de saúde relacionados ao coração e ao aparelho circulatório, chama a atenção o número de presas idosas acometidas pela hipertensão arterial, o qual contrasta com as demais doenças elencadas.

Alguns estudos (Audi et al., 2016; Da Silva, 2018) apontam onexo causal entre a doença e a experiência do encarceramento. Isso porque, fatores como má alimentação, sedentarismo,

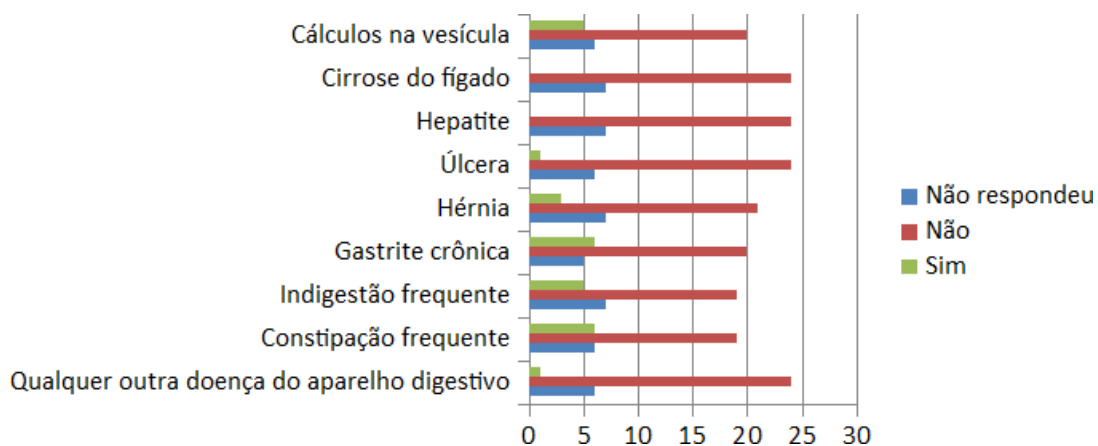
tabagismo, exposição prolongada às condições insalubres da prisão contribuem negativamente para as condições de saúde destas mulheres, notadamente quanto às doenças crônicas.

Gráfico 17 – Número de presas que apresentaram problemas do coração e aparelho circulatório



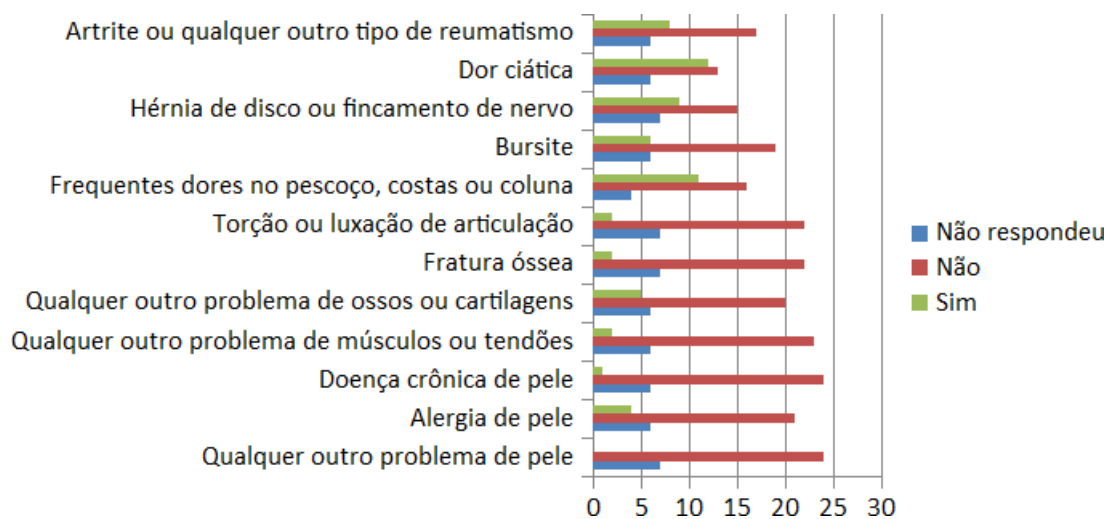
Embora não tenham sido tão representativas, as principais queixas encontradas com relação às doenças relacionadas ao aparelho digestivo foram a gastrite crônica e constipação frequente, as quais frequentemente foram associadas pelas presas como decorrentes da alimentação oferecida pelas unidades.

Gráfico 18 – Número de presas que apresentaram doenças do aparelho digestivo



Com relação às doenças relacionadas aos músculos, ossos e pele, se destacaram a dor ciática; frequentes dores no pescoço, costas ou coluna; hérnia de disco e bursite. Esses problemas são recorrentes entre pessoas idosas, contudo, certos aspectos impostos pelo cárcere podem agravar os sintomas das doenças, como o uso de colchões inadequados, a dificuldade para realizar atividades físicas, a falta de medicamentos, etc.

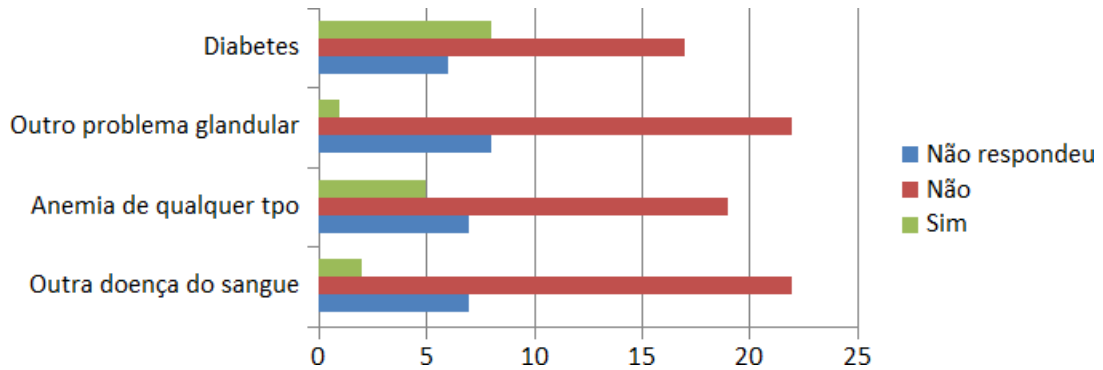
Gráfico 19 – Número de presas que apresentaram doenças relacionadas aos músculos, ossos e pele



Dentre os problemas glandulares e das células sanguíneas, diabetes e anemia foram encontrados em maior proporção. Francisco et al. (2018) apontam o diabetes como um dos principais riscos globais para a mortalidade da população idosa. Complementarmente, Prado et al. (2016, p. 1) destacam que: “O diabetes nos idosos está relacionado a um risco maior de morte prematura, maior associação com outras comorbidades e, principalmente, com as grandes questões geriátricas”.

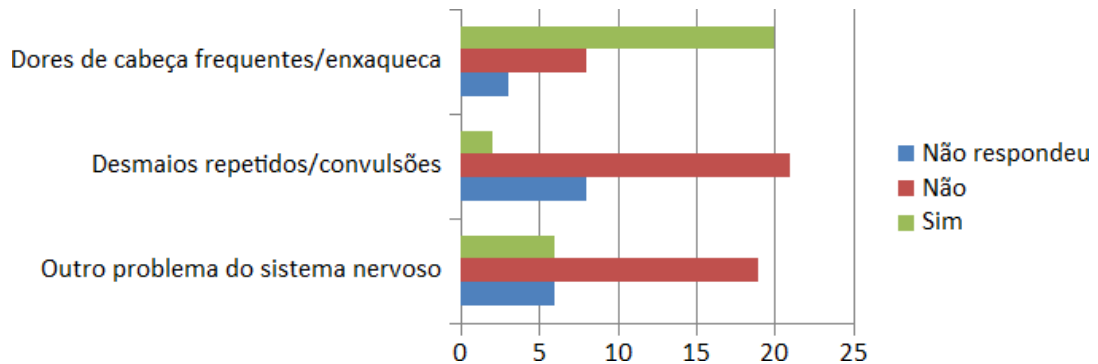
As medidas de controle da doença são prejudicadas no sistema prisional, tendo em vista a recorrente falta de medicamentos e a dificuldade para manter uma alimentação equilibrada e praticar exercícios físicos, o que impacta negativamente na adoção de hábitos mais saudáveis pelas presas.

Gráfico 20 – Número de presas que apresentaram problemas glandulares e das células sanguíneas



Mais da metade das presas afirmaram sofrer com dores de cabeça frequentes e/ou enxaquecas, que possivelmente são agravadas pelas condições precárias em que vivem e pela falta de medicamentos e tratamento médico adequado.

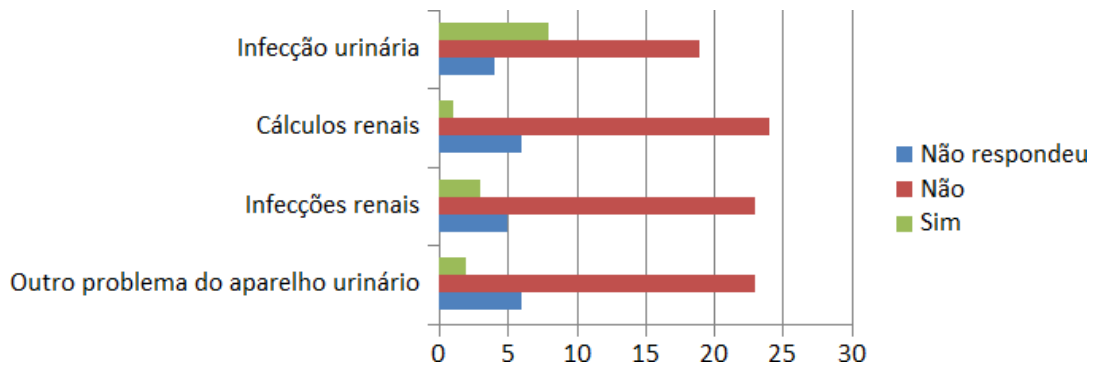
Gráfico 21 – Número de presas que apresentaram problemas do sistema nervoso



Com relação aos problemas de saúde relacionados ao aparelho urinário, a ocorrência de infecção urinária entre as idosas se destacou.

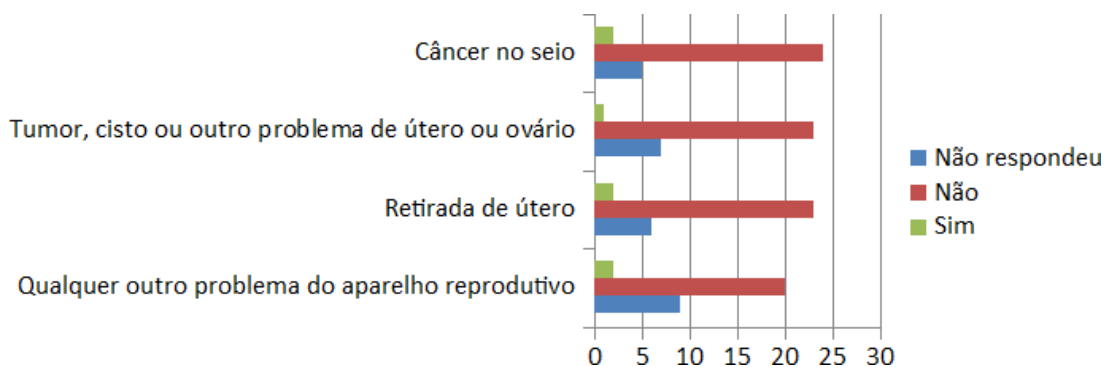
Inclusive, ao serem questionadas se já aconteceu delas perderem um pouco de urina e se molharem acidentalmente, seja porque não deu tempo de chegar ao banheiro, estavam dormindo ou quando fizeram força ao tossir e espirrar, 10 delas responderam positivamente, 19 disseram que não e 2 não responderam. A frequência com que episódios como este mais apareceu nos dados do questionário foi a de mais que duas vezes por semana.

Gráfico 22 – Número de presas que apresentaram problemas no aparelho urinário



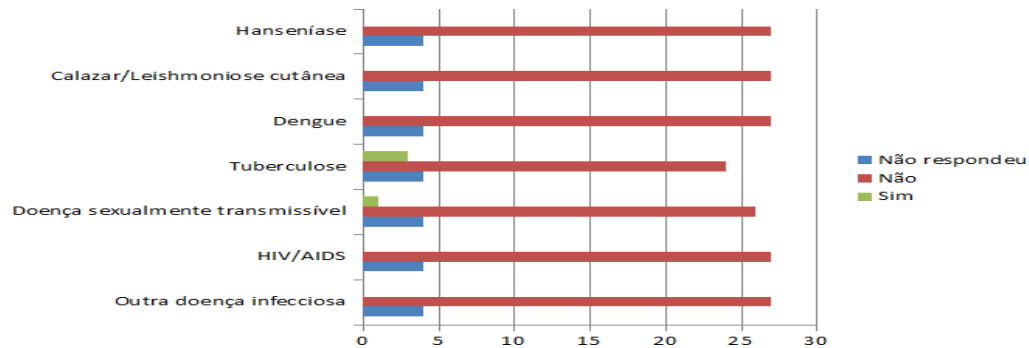
Ao contrário dos resultados encontrados em diversos estudos (Moore et al., 2019; Pankeye Ramaswamy, 2015; Da Silva et al., 2017; Williams R., Mahoney e Williams Jr., 1998) que se dedicaram a analisar os fatores de risco a que presas jovens estão submetidas para o surgimento de problemas ligados ao sistema reprodutor e que apontaram, de forma geral, insuficiência de informações por parte das presas acerca da prevenção, baixo acesso aos serviços de saúde, dentre outros, o mesmo não ocorre entre as pessoas idosas, que não apresentaram dados alarmantes para este tipo de problema.

Gráfico 23 – Número de presas que apresentaram problemas relacionados ao aparelho reprodutivo



Comparado ao cenário habitual dos presídios brasileiros, em que principalmente a tuberculose se destaca entre os presos no que se refere às doenças transmissíveis, o mesmo não se observa entre as presas idosas. O número de presas que apresentaram doenças transmissíveis não foi relevante.

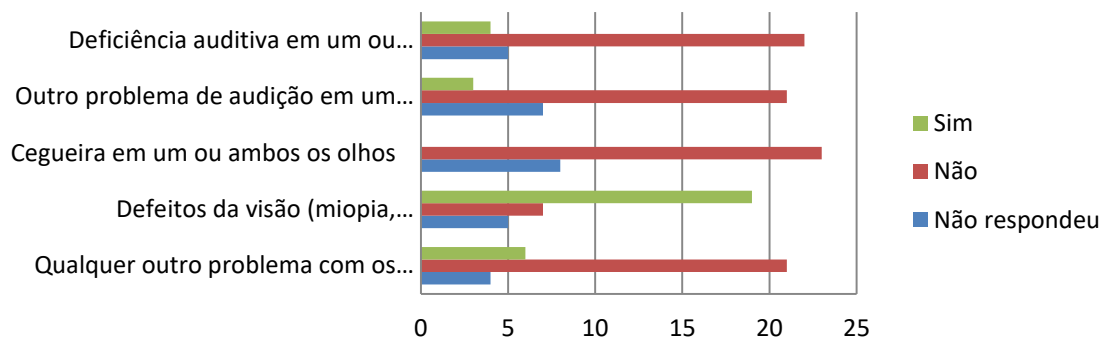
Gráfico 24 – Número de presas que apresentaram quadro de doenças transmissíveis



Problemas ligados à visão, audição e fala também foram objeto de análise no presente estudo, tendo os defeitos de visão, tais como miopia e astigmatismo se destacado entre as presas idosas, seguido em menor proporção por problemas auditivos em um ou ambos os ouvidos.

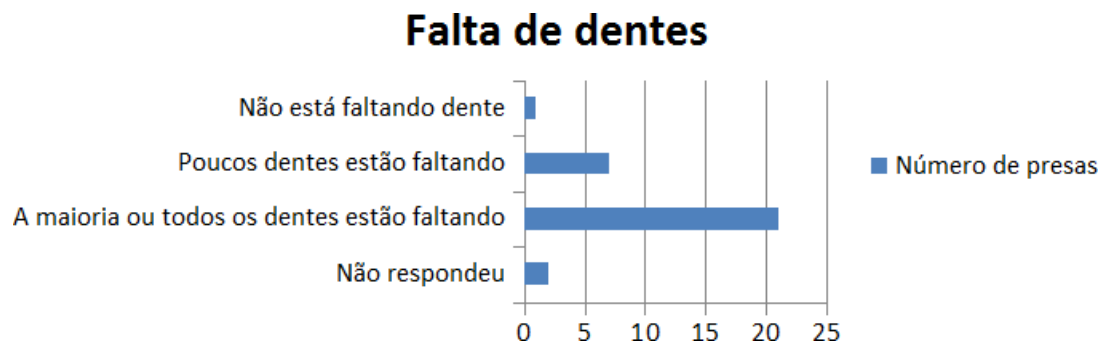
Ao serem questionadas se consideravam que estes problemas as atrapalhavam a praticar as atividades diárias, 20 responderam que sim, 8 que não, 2 afirmaram não ter problemas de saúde e 1 não respondeu.

Gráfico 25 – Número de presas com problemas relacionados à visão, audição e fala



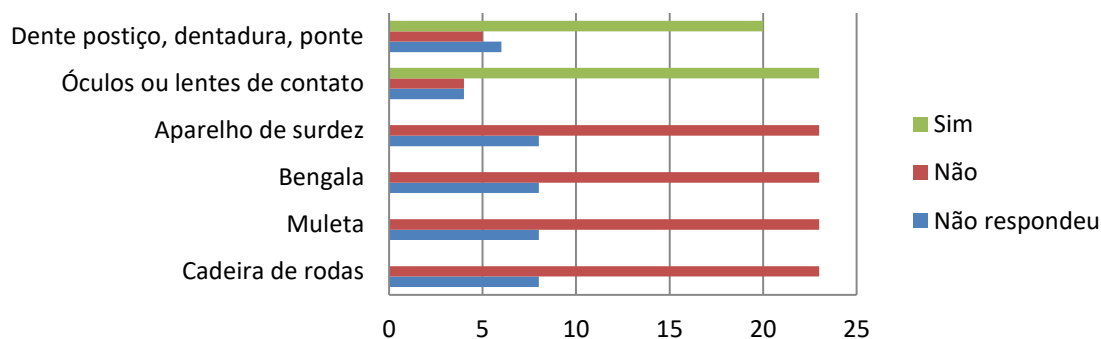
Um ponto que se destacou neste estudo diz respeito às condições odontológicas das presas idosas. Quando questionadas sobre como avaliavam o estado de saúde de seus dentes, 12 declararam ser ruim, enquanto 10 o avaliaram como péssimo. Conseqüentemente, o mesmo cenário se apresentou quando foram indagadas a respeito dos seus dentes, tendo 21 delas declarado que não tem a maioria ou nenhum dos dentes.

Gráfico 26 – Número de presas que não possuem dentes



Mais da metade das presas idosas fazem uso de dente postiço, dentadura ou ponte, seguida de maior proporção por aquelas que necessitam usar óculos ou lentes de contato. Chama atenção a proporção destas que, fazendo uso de tais objetos, declararam a necessidade de trocá-los, pois praticamente não há diferenças consideráveis.

Gráfico 27 – Número de presas que necessitam usar objetos no dia a dia



6.5.1 Uso de remédio controlado

Os resultados acerca do uso de remédios controlados pelas presas idosas apontaram que 23 delas faziam uso de algum tipo de medicação controlada, 6 declararam não fazer uso e 2 não responderam. O cenário encontrado é alarmante, sobretudo porque ao longo da aplicação dos questionários se percebia no discurso das presas que o uso da medicação frequentemente era representado como um instrumento de alívio do sofrimento, de auxílio do sono e fuga da realidade.

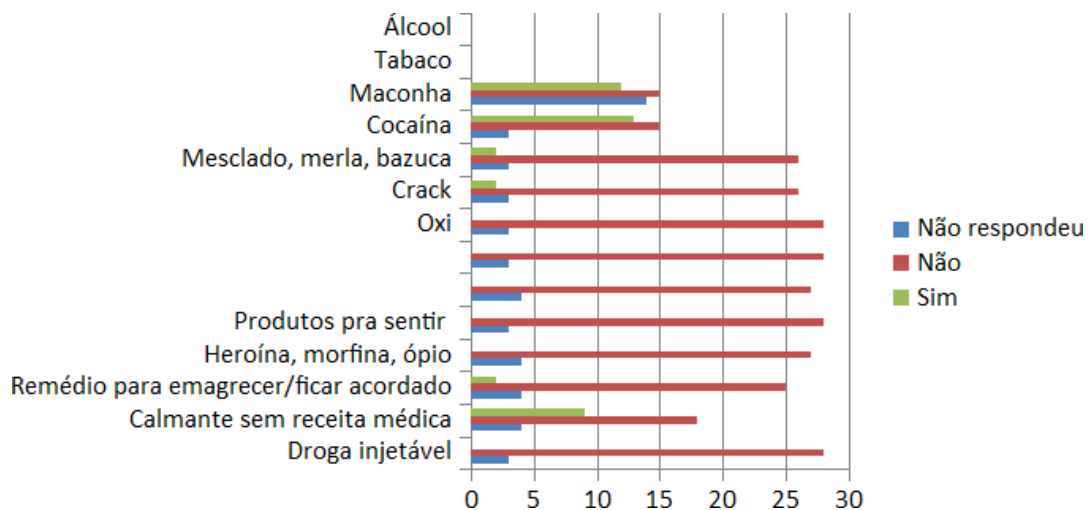
Esta realidade não é exclusividade das presas idosas. O relatório do ITTC (2017) aponta quadro similar encontrado entre presas jovens, uma vez que neste documento a prescrição excessiva de remédios controlados por parte dos profissionais de saúde para as presas é vista de forma dúbia, isso porque, a escassez de medicação para tratar os problemas de saúde mais básicos se configuram como uma violação ao direito destas mulheres, ao passo que, em consequência disso, este tipo de medicação é cada vez utilizada pelos profissionais como meio de fornecer algum tipo de conforto físico e emocional para estas mulheres.

(...) A utilização de remédios no cárcere é extremamente problemática e contraditória. Por um lado, como abordado no tópico sobre a enfermagem, remédios básicos para tratar dores, alergias e doenças crônicas são limitados e escassos, e sua ausência contribui para caracterizar a negligência em relação à saúde da mulher presa. Por outro lado, a recomendação do uso de remédios psicotrópicos, na condição de ferramenta que oferece conforto por meio do sono, é abundante e feita pelos profissionais de saúde das próprias unidades prisionais. Com o corpo e mente cada vez mais fragilizados, o número de mulheres entrevistadas que fazem uso de remédio controlado é considerável.

6.5.2 Uso de drogas lícitas e ilícitas

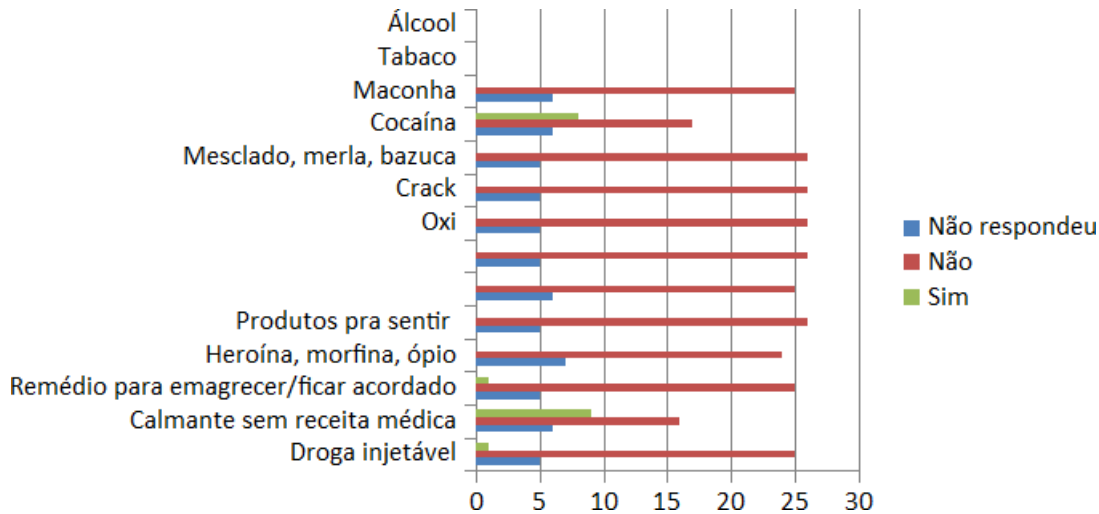
O uso de drogas ilícitas foi praticamente inexistente entre as presas idosas, tendo muitas delas relatado sequer saber do que se tratavam certas substâncias. No entanto, com relação às drogas lícitas, álcool, tabaco e calmantes sem receitas médicas foram as drogas mais usadas pelas presas antes do aprisionamento.

Gráfico 28 – Uso de drogas lícitas e ilícitas antes do aprisionamento



Após o aprisionamento, o uso de álcool zerou, o uso de tabaco teve uma pequena queda (13 usavam antes de serem presas e 8 continuaram usando após o aprisionamento) e o uso de calmantes sem receita médica não sofreu nenhuma alteração pelo aprisionamento.

Gráfico 29 – Uso de drogas lícitas e ilícitas depois do aprisionamento



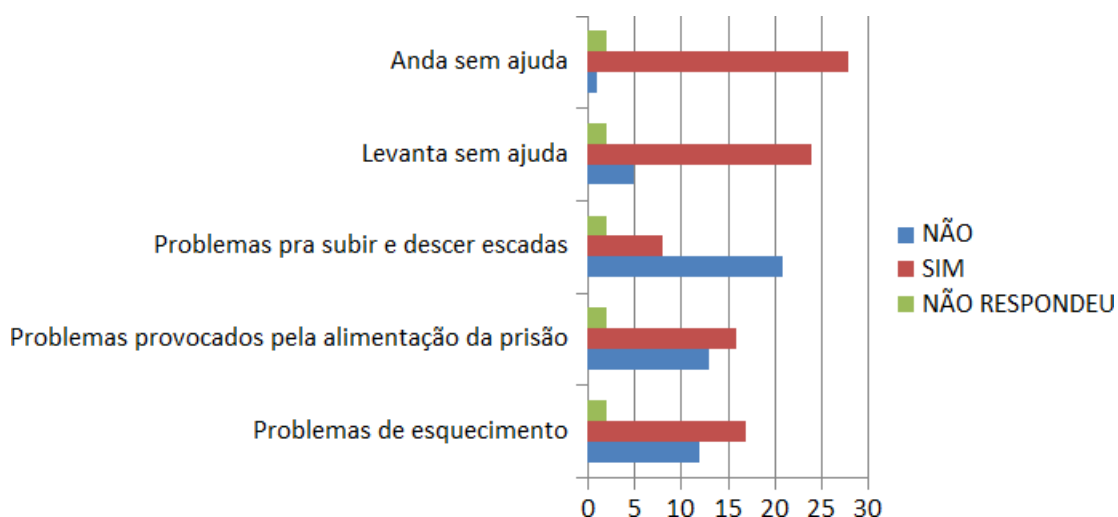
6.5.3 Acesso aos serviços de saúde no presídio

As detentas foram instadas a responder se já frequentaram, durante o cumprimento de suas penas, serviços de saúde e, se sim, quantas vezes. As informações apontam um dado alarmante a respeito da precariedade do sistema penitenciário em oferecer condições dignas para as presas.

58,6% delas já tiveram acesso à consulta com médico, no entanto, 29,03% apenas o tiveram uma única vez. O acesso aos serviços psicológicos foi ainda mais alarmante, 58,6% afirmaram nunca ter tido qualquer acesso a este tipo de cuidado. O acesso aos serviços da assistência social também não foi diferente, 61,29% delas jamais tiveram contato com este tipo de profissão no sistema prisional. No entanto, foram os serviços odontológicos que tiveram maior destaque em termos de falta de acesso e violação de direitos. 74,19% afirmaram não ter tido qualquer contato com um profissional da odontologia.

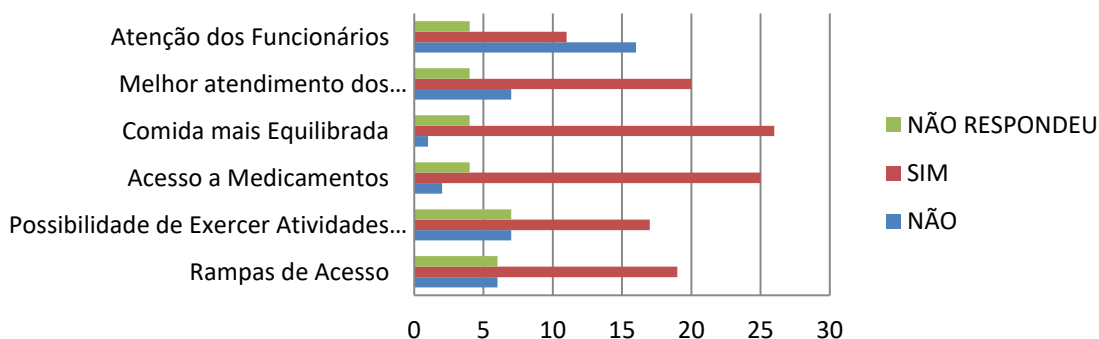
6.6 ESPECIFICIDADES DA MULHER IDOSA NO CÁRCERE

Gráfico 30 – Especificidades das pessoas idosas no cárcere



Quanto às especificidades de saúde das presas idosas, notadamente com relação às questões vinculadas à mobilidade e independência, não se verificou entre as mulheres um cenário alarmante, com exceção dos problemas provocados pela alimentação da prisão e esquecimentos, que metade delas declarou enfrentar.

Gráfico 31 – Melhorias necessárias para as presas idosas nas unidades prisionais



As considerações relevantes pontuadas nas entrevistas a respeito das melhorias necessárias no sistema prisional para atender as pessoas idosas foram: atendimento adequado nos serviços de saúde, fornecimento de medicamentos básicos, alimentação balanceada e diversificada,

a separação das presas em celas por critérios de idade e a organização de atividades para que elas possam cumprir suas penas com dignidade.

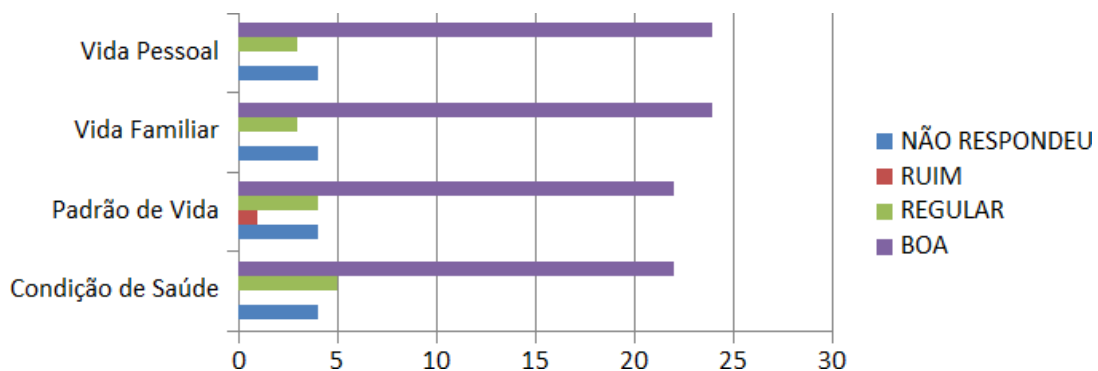
Certamente um dos pontos que mais se destacou ao longo do período de aplicação do inquérito nas unidades prisional foi a alimentação oferecida aos detentos. Nas entrevistas não foi diferente. A pouca diversidade de alimentos, a insuficiência nutricional da comida e a (má) apresentação foram salientadas reiteradamente pelas presas.

“(...) enfim, é muito ruim, parece que faz assim... o arroz vem duro, que é aquele arroz parboilizado, nunca vem cozido, é muito angu, carne moída, frango... frango é assim, pedaço de frango, é frango que a gente chama atropelado, que é aquela coisa de frango assim... não vem legumes, verduras não vem...”
(Carolina)

“Sou muito bem tratada aqui nessa unidade, que tenha a reclamar é só atendimento médico e falta de medicamento. A alimentação que é de péssima qualidade, “falta” proteínas para nós principalmente para idosos”. (Resposta de uma detenta à questão aberta do questionário)

No entanto, estando presente no campo e em contato com as presas, não acredito que apenas tais frases exaltem o horror que elas me transmitiram pessoalmente ao falar a respeito da comida do presídio. Houve relatos de presas que não comiam a quentinha (“brilhosa”) porque a dentadura – ou a falta dela – não permitia que elas mastigassem os alimentos, uma vez que frequentemente eles não vinham cozidos o suficiente; outras que preferiam comer qualquer outra coisa à comida da prisão; que não raro a comida vinha azeda e com um cheiro que tornava desumano o hábito de se alimentar.

Gráfico 32 – Expectativas alimentadas pelas presas sobre a vida após a prisão



De forma geral, as presas idosas da pesquisa nutriam boas perspectivas com relação a vida que teriam após o cumprimento de suas penas, demonstrando sentimentos de esperança, desejo, confiança e fé.

Em contrapartida, um estudo realizado por Deaton, Aday e Wahidin (2010) demonstrou que o pensamento de viver os últimos dias de vida atrás das grades de uma prisão suscita emoções das mais variadas ordens e, sobretudo, destacou a importância de compreender as características únicas de saúde desta população para gerenciar suas vulnerabilidades. Diante das inúmeras especificidades relacionadas ao encarceramento de mulheres, a discussão acerca da reabilitação feminina demonstrou que particularidades que atingem as mulheres de forma mais potencializada existem também neste campo. Uma delas diz respeito ao estigma social.

Embora esta marca seja suportada por todos os indivíduos com passagem no sistema prisional, a que é imposta às mulheres presidiárias também passa por questões ligadas ao gênero, mormente quanto aos papéis sociais esperados de uma mulher, os quais são considerados infringidos tão logo ingressam no sistema de justiça criminal.

Assim, elas não são vistas apenas como violadoras da lei, mas também como transgressoras de seu gênero. A repercussão deste estigma tem consequências na vida dessas mulheres, sobretudo nas oportunidades que terão após a libertação, seja de trabalho, estudo, apoio familiar, etc.

Ademais, as condições – sociais, familiares, econômicas, de acesso aos serviços básicos – das mulheres com passagem pelo sistema prisional demonstram que elas são mais vulneráveis do que os homens e, por isso, o peso do estigma acaba sendo sentido por elas de forma intensificada, inclusive no que diz respeito à reincidência criminal.

Da mesma maneira, Shantz e Frigon (2009), buscando compreender a maneira com que as experiências de aprisionamento e o processo de envelhecimento interferem nas condições de saúde de mulheres idosas, sobretudo com relação ao processo de reabilitação após o cumprimento de suas penas, utilizam dois estudos canadenses sobre a reintegração social de presas idosas para amparar suas investigações.

Os pesquisadores divagam sobre a realidade que mulheres mais velhas que foram presas encontram ao sair da prisão, tendo em vista que as marcas de suas sentenças as acompanham mesmo após a libertação. Estas marcas podem aparecer em seus corpos através de tatuagens, em suas sociabilidades como a maneira de falar e em suas condições de saúde, tendo em vista o impacto

do cárcere em seus estados físicos e mentais. Todas essas marcações remontam suas experiências no ambiente prisional e passam a ser verdadeiros desafios em seus processos de reintegração.

A escassez de serviços específicos dedicados a ajudá-las também contribui para dificultar este processo. Juntamente a isso, outros aspectos se cruzam e interferem na dificultosa reabilitação de mulheres idosas, tais como baixa renda, o impasse em encontrar emprego e moradia, bem como a dificuldade que elas encontram para se reconectarem às suas famílias.

6.7 CONDIÇÕES DE SAÚDE MENTAL DAS PRESAS

Tendo em vista que a maioria das presas não recebia visitas na prisão, considerou-se importante avaliar se este ponto, somado ao tempo de aprisionamento já cumprido por elas, exerce algum impacto relevante em suas condições de saúde mental. Para isso, foram feitos os cruzamentos das frequências do tempo de prisão, estratificadas pelas doenças constantes no questionário no campo de saúde mental com o recebimento ou não de visitas.

Os resultados apontam que receber ou não visitas possui relação com maiores ou menores incidências de sintomas apresentados pelas presas.

Quadro 2 – Sintomas apresentados pelas presas que recebem ou não visitas

	NÍVEL	SIM	NÃO
Boca seca	Sim	46.2% (6)	60% (9)
	Não	53.8% (7)	40% (6)
Sudorese	Sim	38.5% (5)	60% (9)
	Não	61.5% (8)	40% (6)
Insônia	Sim	46.2% (6)	60% (9)
	Não	53.8% (7)	40% (6)
Formigamento nas extremidades	Sim	46.2% (6)	66.7% (10)
Pressão alta	Sim	76.9% (10)	60% (9)
	Não	23.1% (3)	40% (6)
Excesso de gases	Sim	38.5% (5)	60% (9)
	Não	61.5% (8)	40% (6)
Angústia/Ansiedade	Sim	76.9% (10)	93.3% (14)
	Não	23.1% (3)	6.7% (1)
Hipersensibilidade emotiva	Sim	38.5% (5)	66.7% (10)
Perda do senso de humor	Sim	30.8% (4)	66.7% (10)
	Não	69.2% (9)	33.3% (5)
Dores de cabeça	Sim	66.7% (8)	78.6% (11)
	Não	33.3% (4)	21.4% (3)

A prevalência de transtornos mentais entre as mulheres encarceradas é superior não só em relação à masculina como também à detectada entre mulheres não aprisionadas, inclusive entre aquelas que não recebem visitas ao longo do cumprimento de suas penas. Logo, aprisionamento e desordens mentais demonstram se tratar de duas categorias que se relacionam.

As mulheres encarceradas são mais suscetíveis a desenvolver transtornos mentais do que homens na mesma situação. Parte considerável das mulheres presidiárias apresenta sintomas depressivos e/ou distúrbios de ansiedade. Histórico de vitimização, uso abusivo de substâncias, ausência de apoio familiar e pobreza foram alguns dos elementos que com frequência se apresentaram de forma simultânea aos distúrbios mentais, indicando a existência de uma questão social por trás das disparidades encontradas.

Os dados apontados demonstram que transtornos mentais, falta de visitas e apoio familiar, vitimização e outras questões vulnerabilizantes atingem de forma desproporcional as mulheres em detrimento dos homens, contudo, as políticas de cuidados de saúde encontradas nas unidades prisionais femininas raramente levam em consideração estas particularidades e quando o fazem, funcionam de forma inconsistente e com abrangência limitada.

Se o aumento do encarceramento feminino segue sendo um desafio para a gestão das unidades penitenciárias, um segundo fator também se destaca quando se trata do aprisionamento de mulheres, que é o fato de cada vez mais as mulheres estarem envelhecendo dentro no sistema de justiça prisional, trazendo novas demandas e necessidades específicas de cuidado, as quais demonstraram não receber a devida atenção.

Algumas questões que usualmente atingem todos os indivíduos que passam pelo sistema de justiça penal demonstraram ser potencializadas em desfavor das mulheres idosas na prisão, tais como as representações sociais acerca da velhice, os estigmas, o quadro de saúde geralmente mais vulnerável e que se desgasta ainda mais no cárcere, a fragilização dos laços familiares, a insegurança quanto ao futuro e sentimentos que envolvem a morte na prisão.

Esses pontos se revelaram nos discursos das idosas e demonstraram estar conectados a outros tantos aspectos. Isso porque, a maior proporção de transtornos de ansiedade e depressão encontrada entre elas se comparada com os detectados entre jovens pode ser explicada, em parte, pela precariedade dos serviços de saúde prestados nas unidades prisionais e pela desatenção dos profissionais, pontos que, por sua vez, colaboram para a intensificação de transtornos mentais entre este grupo.

Tal conjuntura tem impacto direto nas condições de saúde física e mental de mulheres encarceradas, sendo o cárcere um espaço que, pela precariedade da atenção dada à saúde, frequentemente funciona como potencializador de tais problemas e dos fatores de risco por elas enfrentados.

No entanto, embora certamente exerça influência no quadro de saúde de mulheres presas, a prisão não deve ser considerada exclusivamente responsável por ele, tendo em vista que fatores sociais que envolvem este grupo também devem ser considerados. Histórico de pobreza, abandono, vitimização, uso abusivo de substâncias e acesso restrito aos serviços de saúde mesmo antes de serem presas são fatores que devem ser vistos conjuntamente ao impacto que a prisão exerce na saúde dessas mulheres.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ante todo o exposto, alguns pontos desta dissertação merecem ser alvo de reflexões críticas. Isso porque, o crescimento populacional das pessoas idosas já é um fenômeno em curso no Brasil e como visto, será cada vez mais presente no ambiente carcerário. No entanto, a realidade vivenciada pela população encarcerada no país constitui uma violação dos mais básicos direitos voltados a respeitar a dignidade humana, sendo a velhice neste ambiente vivenciada de forma ainda mais deplorável e humilhante.

Cumprido frisar que, ao longo do trabalho de campo, além de procurar treinar meu olhar para captar o ambiente da forma mais aproximada possível do real, também busquei estabelecer diálogos com as teorias desenvolvidas por autores que se dedicam à questão do cárcere, as quais me permitiram enxergar a prisão de forma mais amadurecida, impedindo, inclusive, que uma visão conformista se estruturasse em meu espírito.

No entanto, apesar de tais contribuições ratificarem a certeza que carrego sobre o fracasso que é a prisão e, sobretudo, dotarem as ilusões de estruturas fortes capazes de tornar pensável vislumbrar a instituição a partir de outros modelos terem fortalecido minha esperança por um mundo mais justo, admito que a realidade agressiva do sistema também opera com a mesma rapidez e intensidade, mas em movimento contrário.

Ademais, a escassez de estudos sobre o tema também demonstrou ser um aspecto desafiador da pesquisa, tendo em vista que o presente trabalho representa um instrumento para lançar luz a este assunto tão invisibilizado no campo científico, tanto pelas questões de gênero a ele vinculadas, quanto pelos seus aspectos geracionais, o que o tornam de fundamental importância para o campo do conhecimento.

Isso porque, se no cenário geral dos estudos tradicionais sobre encarceramento no Brasil, as análises sobre o encarceramento de mulheres já são um tema bastante invisibilizado, o cenário que se impõe sobre as pesquisas que buscam articular os conceitos de velhice, cárcere e prisão aponta um quadro de ainda maior invisibilidade e apagamento, mas que, ao mesmo tempo, ante sua relevância temática, solidifica o atributo de ser um campo precursor e por enquanto pouco explorado na academia.

Pode-se dizer que se as prisões são construídas por e para homens, da mesma maneira, elas também demonstraram ser construídas por e para jovens, sendo as mulheres idosas o grupo mais

vulnerabilizado e desamparado pelo sistema prisional. Neste sentido, diante do recrudescimento do encarceramento de mulheres, sobretudo pelo crime de tráfico de drogas, bem como o envelhecimento feminino da população brasileira, a realidade encontrada e exposta pelo presente trabalho será cada vez mais comum no ambiente prisional.

Em suma, os dados obtidos apontam as dificuldades enfrentadas pelas presas para ter acesso aos direitos resguardados tanto pela constitucional quanto pelas infraconstitucionais, notadamente quanto ao acesso aos serviços de saúde. Ficou nítido que as unidades prisionais possuíam recursos inadequados para prestar assistência de qualidade à crescente população feminina e em envelhecimento nas prisões, sendo imprescindível considerar estas evidências para atender as demandas de saúde da mulher idosa.

A precariedade dos serviços de saúde na prisão já é uma realidade na vida das presidiárias antes mesmo do encarceramento, logo, quando acessam os serviços comumente apresentam um quadro mais desfavorável do que o restante da população feminina e, por isso, demandas que não foram anteriormente atendidas passam a ser de responsabilidade das unidades prisionais, as quais, por sua vez, praticamente as ignoram.

O descaso do poder público em relação à saúde de pessoas presas é justificado, em partes, pela função disciplinar da pena, além do julgamento moral sobre a conduta do preso que indica uma recusa em reconhecer a legitimidade de seu direito à saúde. Neste sentido, se torna ainda mais urgente voltar os olhares para a precariedade enfrentada pelas idosas em restrição de liberdade pelos diversos motivos outrora já apontados, tais como as condições das celas, alimentação inadequada; dificuldades para a prática de exercícios físicos, falta de medicamentos, o abandono estatal de sua responsabilidade concernente aos problemas de saúde de seus tutelados, etc.

Diante deste cenário, percebe-se que tanto o Brasil, quanto outros países que também enfrentam o fenômeno do encarceramento em massa e da longevidade da população têm diante de si um enorme desafio a ser enfrentado, pois se nenhuma mudança séria e responsável a respeito do sistema prisional for colocada em curso, pessoas idosas serão cada vez mais representadas nas prisões, tendo violados os direitos humanos mais essenciais.

E por fim, embora incapazes de responder integralmente ao problema de pesquisa, as conclusões finais retiradas desta dissertação – sendo a prisão, mesmo ante todo seu fracasso, permanecer sendo a pena criminal por excelência, bem como a quase completa invisibilização das

demandas da população idosa em situação de prisão -, podem, apesar disso, contribuir para este ainda inexplorado campo de estudo que se apresenta com tamanha urgência.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, G. 1942 - Estado de exceção. São Paulo: Editora Boitempo, 2004.

ANDRADE, V. R. P. Do paradigma etiológico ao paradigma da reação social: mudança e permanência de paradigmas criminológicos na ciência e no senso comum. *Revista CCJ/UFSC*, n. 30, ano 16, p. 24-36, junho de 1995.

AUDI et al. Inquérito sobre condições de saúde de mulheres encarceradas. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 112-124, abr-jun 2016.

BALBUGLIO, V.; SILVA, A.M. “Amanhã é outro dia”: uma história e algumas reflexões sobre mulheres idosas em situação de prisão. In: *Mais 60 – Estudos sobre envelhecimento*, v. 29, número 71, agosto de 2018.

BARROS, R. P.; CARVALHO, M.; FRANCO, S. O papel das transferências públicas na queda recente da desigualdade de renda brasileira. In: Barros, R. P.; Foguel, M. N.; Ulyssea, G. (Orgs.). *Desigualdade de renda no Brasil: uma análise da queda recente*. Brasília: Ipea, v. 2, p. 41-86, 2006.

BEAUVOIR, S. O segundo sexo: fatos e mitos. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016.

BOITEUX, L. The Incarceration of Women for Drug Offenses - The Research Consortium on Drugs and the Law (CEDD). 2015. Disponível em: <http://fileserv.idpc.net/library/CEDD-women-2015.pdf> Acesso em 24/04/2021.

BRASIL. Decreto-Lei nº 3.689/1941. Código de Processo Penal. Diário Oficial da União, 1941.

BRASIL. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua). Síntese dos indicadores de 2010 da PNAD. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home> Acesso em: 25 de maio de 2019.

BRASIL. INCA (Instituto Nacional do Câncer). Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: Inca, 2004.

BRASIL. Lei nº 6.830/1980. Lei de Execução Penal. Diário Oficial da União, 1980. BRASIL, Lei nº 10.741/2003. Estatuto do Idoso. Diário Oficial da União, Brasília, 2003.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), 2014.

BRASIL. Ministério da Justiça. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias /INFOPEN. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Justiça. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias mulheres /INFOPEN Mulheres. Junho de 2017.

BROWN, W. Nas ruínas do neoliberalismo: A ascensão da política antidemocrática no ocidente. São Paulo: Editora Filosófica Politeia, 2019.

CENSO SISTEMA PRISIONAL RIO DE JANEIRO: Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. Grupo de monitoramento e fiscalização do sistema carcerário. Outubro de 2019. Disponível em: <http://gmf.tjrj.jus.br/censo-sistema-prisonal>. Acesso em 24/04/2021.

CERQUEIRA, P. G. O.; TOURINHO, L. O. S. Direito humano e fundamental à saúde nos presídios federais brasileiros. *Revista Internacional Consinter de Direito*. Publicação Semestral Oficial do Conselho Internacional de Estudos Contemporâneos em Pós-Graduação Ano V – Número VIII 1º Semestre 2019. Estudos Contemporâneos. Porto Editorial Juruá, 2019

CHERNICHARO, L; BOITEUX, L. Encarceramento feminino, seletividade penal e tráfico de drogas em uma perspectiva feminista crítica. In: Seminário Nacional de Estudos Prisionais, Marília, SP, Brasil, 2014.

COSTA, B. M. e BOITEUX, L. 2020 Egressas da medida de segurança no Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Políticas Públicas* v. 10, n. 2, 2020.

DA SILVA et al. Perfil socioeconômico e sexual de mulheres privadas de liberdade. *Rev enferm. UFPE on line.*, Recife, 12(7):1978-85, julho 2018.

DAVIS, A. Estarão as prisões obsoletas? Rio de Janeiro: Editora Difel, 2018.

DEATON, D.; ADAY, R.H.; WAHIDIN, A. The Effect of Health and Penal Harm on Aging Female Prisoners' Views of Dying in Prison. *OMEGA - Journal of Death and Dying*. 60(1):51-70, 2010. doi:10.2190/OM.60.1.c

DIAS, C. C. N. A Igreja como Refúgio e a Bíblia como Esconderijo: religião e violência na prisão. São Paulo: Editora Humanitas. 2008.

ELIAS, N. A solidão dos moribundos, seguido de Envelhecer e morrer. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2001.

FAERSTEIN et al. Estudo Pró-Saúde: características gerais e aspectos metodológicos. Estudos de Coorte. *Rev. bras. epidemiol.* 8 (4). Dez 2005.

FASSIN, D. A sombra do mundo: uma antropologia da condição carcerária. São Paulo: Editora Unifesp, 2019.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciênc. saúde coletiva*, 5 (1), 2000.

FOUCAULT, M. Vigiar e punir: nascimento das prisões. 42ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2014.

FRANÇA JR, F. A. No rastro das penas perdidas: Ensaio crítico sobre o sistema penal. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2019.

FRANCISCO et al. Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. *Temas Livres. Ciênc. saúde colet.* 23 (11), Nov 2018.

GARLAND, D. A cultura do controle: crime e ordem social na sociedade contemporânea. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2008.

GHIGGI, M. P. Envelhecimento e cárcere: vulnerabilidade etária e políticas públicas. In: *Mais 60 – Estudos sobre envelhecimento*, v. 29, número 71, agosto 2018.

GOFFMAN, E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Editora Perspectiva, 2015.

HOBBS, T. *Leviatã*. Tradução: João Paulo Monteiro e Maria Beatriz Nezza da Silva; São Paulo: Abril SA Cultural e Industrial. 1974.

ITTC Instituto Terra, Trabalho e Cidadania. Relatório Mulheres em prisão: desafios e possibilidades para reduzir a prisão provisória de mulheres. 2017.

MARSICANO, A. C. O. Histórias de vida, histórias de morte: o protagonismo feminino nos crimes contra a vida. Dissertação de mestrado, Ciências Sociais, UFJF, 2016.

MELO et al. Qualidade de vida em idosos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus. *Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, v. 10, n. 31, 2016.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. & ASSIS, S. G. (Orgs.) Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. S. & SOUZA, E. R. (Orgs.) Violência sob o Olhar da Saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. e CONSTANTINO, P. (Orgs.). Missão prevenir e proteger: condições de vida, trabalho e saúde dos policiais militares do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 328 pp, 2008. ISBN: 978-85-7541-161-2

MINAYO, M. C. S. Introdução. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Orgs.). Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. pp. 19-51.

MINAYO, M. C. S. e CONSTANTINO, P. (Org.) Deserdados sociais: condições de vida e saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015

MINAYO, M. C. S. e COIMBRA JR, C. E. A (org.). Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MINAYO, M. C. S. e RIBEIRO, A. P. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência Saúde Coletiva*. vol. 21, n.7, 2016. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.08552016>

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. /São Paulo: Editora Hucitec, 2014.

MONTEIRO, S. R. Crimes cometidos por idosos: considerações criminológicas. (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Ciências Criminais, 2013.

MOORE et al. HPV Vaccination in Correctional Care: Knowledge, Attitudes, and Barriers Among Incarcerated Women. *Journal Correct Health Care*. 25(3):219-230. 2019 Jul doi: 10.1177/1078345819853286.

PANKEY, T.; RAMASWAMY, M. Incarcerated women's HPV awareness, beliefs and experiences. *International Journal of Prisoner Health*. Vol. 11 No. 1, pp. 49-58. 2015.

PRADO et al. Diabetes em idosos: uso de medicamentos e risco de interação medicamentosa. *Ciênc.saúde colet*. 21 (11), Nov 2016. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.24462015>

RODRIGUES, J. C. Tabu da morte. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

SÁNCHEZ et al. COVID-19 nas prisões: um desafio impossível para a saúde pública? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00083520>

SANTOS et al. Do outro lado dos muros: a criminalidade feminina. *Mnemosine*, v. 5, nº 2, 2009.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*. Porto Alegre, vol. 20, nº 2, jul./dez. 1995.

Secretaria Municipal da Saúde (SMS). Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo. Boletim ISA - Capital 2008, nº 1, 2010: Inquérito de Saúde | Primeiros Resultados. São Paulo: CEInfo, 28 p, 2010.

SHANTZ, L. R.; FRIGON, S. Aging, women and health: From the pains of imprisonment to the pains of reintegration. *International Journal of Prisoner Health*, Vol. 5, No. 1, pp. 3-15, 2009. <https://doi.org/10.1080/17449200802692045>

SIQUEIRA et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. Artigos Originais. *Rev. Saúde Pública*, 41 (5), Out 2007.

SOARES, B. M.; ILGENFRITZ, I. Prisioneiras: Vida e violência atrás das grades. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2002.

THOMPSON, A. A Questão Penitenciária, 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 1980. VIEIRA,

E. M. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

WACQUANT, L. As prisões da miséria. Tradução de André Telles; tradução da introdução à segunda edição e do prefácio: Maria Luiza X. de A. Borges. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2011.

WILLIAMS, R; MAHONEY, T; WILLIAMS Jr., R. M. Breast Cancer Detection among Women Prisoners in the Southern United States, Volume 21 - Issue 3 - p 32-41. October, 1998.

ANEXO 1 - ROTEIRO DA ENTREVISTA

A Senhora está nesta unidade há quanto tempo?

Como é seu dia a dia nesta unidade? Conte um pouco a respeito da sua rotina.

Como é a alimentação dentro da unidade?

A Senhora trabalha aqui dentro?A

Senhora estuda aqui dentro? A

Senhora recebe visitas?

Qual sua visão sobre o atendimento de saúde na unidade prisional?A

Senhora pratica alguma religião?

A Senhora já foi condenada? Qual a duração da sua pena? Já cumpriu quanto tempo?

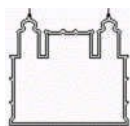
O que a Senhora considera que mais precisa melhorar dentro da unidade para as pessoas idosas?A

Senhora fica em cela separada para pessoas idosas?

Como é sua relação com as outras presas?

Com relação à população idosa que está aqui dentro, o que a Senhora considera que poderia melhorar?

O que a Senhora reivindicaria para o(a) diretor(a) da unidade para melhorar as condições de vida dentro da unidade para as pessoas idosas?



Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública

Pesquisa “Estudo das Condições de Saúde e Qualidade de Vida dos Presos Idosos do Estado do Rio de Janeiro”

ESTE CAMPO SÓ DEVE SER PREENCHIDO PELA EQUIPE DA PESQUISA

Aplicador: _____ No quest.: _____

No da Unidade: _____ Data: _____

Prezado (a),

Este questionário que você irá preencher se refere **a algumas questões sobre você, como as relacionadas à sua saúde e à rotina da unidade.**

O questionário é **anônimo**. Desta forma, você estará protegido (a), isto é, ninguém vai saber quem respondeu cada questionário. Os questionários serão enviados diretamente para a Fundação Oswaldo Cruz, e apenas a equipe da pesquisa terá acesso a eles.

Não existem respostas certas ou erradas para as questões, por isso a sua sinceridade é muito importante ao respondê-lo. Leia com atenção cada pergunta e suas opções de resposta. **Não deixe de responder a nenhuma delas.**

Tente respondê-las de forma rápida, para que todas possam ser respondidas.

Se você marcar errado alguma questão, escreva “**nulo**” ao lado e assinale a opção correta.

Você não é obrigado(a) a participar da pesquisa e tem o direito de desistir a qualquer momento. Caso não queira participar, por favor, dirija-se ao pesquisador e entregue o questionário.

Antes de finalizar o preenchimento do questionário, por favor, faça uma revisão para ver se não deixou nenhuma resposta em branco.

Agradecemos sua colaboração!

BLOCO 1

Este primeiro bloco de perguntas se refere a informações gerais sobre você

1. Qual é a sua idade? _____

2. Qual é a cor da sua pele (como você se vê)?

1. BRANCA

3. PARDA

2. PRETA

4. AMARELA / INDÍGENA

3. NÃO MANTÉM VÍNCULO

4. NÃO TEM FAMÍLIA

9. Você recebe visitas no presídio?

1. SIM. DE QUEM? _____
 2. NÃO

10. Com que frequência você recebe visitas no presídio?

1. SEMANAL 4. TRIMESTRAL
 2. QUINZENAL 5. SEMESTRAL OU ANUAL
 3. MENSAL 6. NUNCA RECEBI VISITAS

BLOCO 3

A seguir você responderá a perguntas sobre a sua rotina nesta unidade

11. Há quanto tempo está preso (a)? _____ ANOS _____ MESES

12. Já foi sentenciado (a)?

1. SIM 2. NÃO

13. Qual foi a sentença? _____ ANOS _____ MESES

14. Quais das atividades/setores abaixo você costuma frequentar?

1. ESCOLA
 2. TRABALHO CLASSIFICADO
 3. TRABALHO NÃO CLASSIFICADO
 4. CELEBRAÇÕES RELIGIOSAS
 5. AMBULATÓRIO MÉDICO
 6. PSICOLOGIA
 7. SERVIÇO SOCIAL
 8. FISIOTERAPIA
 9. DEFENSORIA PÚBLICA
 10. ADVOGADO
 11. VISITA ÍNTIMA
 12. OUTRO. QUAL _____

15. Dê uma nota de 0 a 10 para o seu grau de satisfação com:

NOTA

1. O TAMANHO E AS CONDIÇÕES DA CELA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. AS ATIVIDADES QUE DESENVOLVE NO PRESÍDIO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. ALIMENTAÇÃO OFERECIDA PELA UNIDADE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. ATENDIMENTO DA PSICOLOGIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. ATENDIMENTO MÉDICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. ATENDIMENTO DENTÁRIO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

8. RELACIONAMENTO COM OUTROS PRESOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. RELACIONAMENTO COM OS AGENTES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. RELACIONAMENTO COM A DIREÇÃO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. TRANSPORTE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. DEFENSORIA/ASSISTÊNCIA JURÍDICA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

16. Você já foi tratado (a) de forma inferior pelos funcionários desta unidade por causa de seu (sua):

1. CONDIÇÃO DE DETENTO(A) 1. MUITAS VEZES 2. POUCAS VEZES 3. NUNCA
2. COR DA PELE 1. MUITAS VEZES 2. POUCAS VEZES 3. NUNCA
3. CONDIÇÃO SOCIAL 1. MUITAS VEZES 2. POUCAS VEZES 3. NUNCA
4. ORIENTAÇÃO SEXUAL 1. MUITAS VEZES 2. POUCAS VEZES 3. NUNCA
5. TIPO DE CRIME COMETIDO 1. MUITAS VEZES 2. POUCAS VEZES 3. NUNCA
6. APARÊNCIA FÍSICA 1. MUITAS VEZES 2. POUCAS VEZES 3. NUNCA

17. Você já foi tratado (a) de forma inferior pelos outros detentos desta unidade por causa de seu (sua):

1. CONDIÇÃO DE DETENTO(A) 1. MUITAS VEZES 2. POUCAS VEZES 3. NUNCA
2. COR DA PELE 1. MUITAS VEZES 2. POUCAS VEZES 3. NUNCA
3. CONDIÇÃO SOCIAL 1. MUITAS VEZES 2. POUCAS VEZES 3. NUNCA
4. ORIENTAÇÃO SEXUAL 1. MUITAS VEZES 2. POUCAS VEZES 3. NUNCA
5. TIPO DE CRIME COMETIDO 1. MUITAS VEZES 2. POUCAS VEZES 3. NUNCA
6. APARÊNCIA FÍSICA 1. MUITAS VEZES 2. POUCAS VEZES 3. NUNCA

18. O que você costuma fazer aqui?

1. LER 1. SIM 2. NÃO
2. VER TV 1. SIM 2. NÃO
3. PRATICAR ESPORTE 1. SIM 2. NÃO
4. CONVERSAR 1. SIM 2. NÃO
5. FICAR SOZINHO 1. SIM 2. NÃO
6. DORMIR 1. SIM 2. NÃO
7. ESCREVER 1. SIM 2. NÃO
8. OUTROS _____ 1. SIM 2. NÃO

BLOCO 4

O quarto bloco se refere a suas condições de saúde no presídio

19. Em geral o (a) Sr. (a) diria que sua saúde está:

Marque apenas uma opção:

1. Ótima
2. Boa
3. Ruim
4. Péssima

20. Em comparação com os últimos 5 anos, o (a) Sr. (a) diria que sua saúde hoje é:

1. Melhor
2. Mesma coisa
3. Pior

20. Em comparação com as outras pessoas de sua idade, o (a) Sr. (a) diria que sua saúde está:

1. Melhor
2. Igual
3. Pior

22. Sinalize com um (x) os sintomas que tem apresentado nas ÚLTIMAS 24 HORAS (pode marcar mais de uma opção)

- | | |
|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> MÃOS E PÉS FRIOS | 9. <input type="checkbox"/> TAQUICARDIA (BATEDEIRA NO PEITO) |
| 2. <input type="checkbox"/> BOCA SECA | 10. <input type="checkbox"/> HIPERVENTILAÇÃO (RESPIRAR OFEGANTE, RÁPIDO) |
| 3. <input type="checkbox"/> NÓ NO ESTÔMAGO | 11. <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL SÚBITA E PASSAGEIRA (PRESSÃO ALTA) |
| 4. <input type="checkbox"/> AUMENTO DE SUDORESE (MUITO SUOR, SUADEIRA) | 12. <input type="checkbox"/> MUDANÇA DE APETITE |
| 5. <input type="checkbox"/> TENSÃO MUSCULAR | 13. <input type="checkbox"/> AUMENTO SÚBITO DE MOTIVAÇÃO |
| 6. <input type="checkbox"/> APERTO DE MANDÍBULA/RANGER OS DENTES | 14. <input type="checkbox"/> ENTUSIASMO SÚBITO |
| 7. <input type="checkbox"/> DIARREIA PASSAGEIRA | 15. <input type="checkbox"/> VONTADE SÚBITA DE INICIAR NOVOS PROJETOS |
| 8. <input type="checkbox"/> INSÔNIA (DIFICULDADE PARA DORMIR) | |

23. Sinalize com um (x) os sintomas que tem apresentado na ÚLTIMA SEMANA (pode marcar mais de uma opção)

1. PROBLEMAS COM A MEMÓRIA
2. MAL-ESTAR GENERALIZADO SEM CAUSA ESPECÍFICA
3. FORMIGAMENTO DAS EXTREMIDADES (PÉS E MÃOS)
4. SENSAÇÃO DE DESGASTE FÍSICO CONSTANTE
5. MUDANÇA DE APETITE
6. APARECIMENTO DE PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS (PROBLEMAS DE PELE)
7. HIPERTENSÃO ARTERIAL (PRESSÃO ALTA)
8. CANSAÇO CONSTANTE
9. APARECIMENTO DE ÚLCERA (FERIDAS)
10. TONTURA/SENSAÇÃO DE ESTAR FLUTUANDO
11. SENSIBILIDADE EMOTIVA EXCESSIVA (ESTAR MUITO NERVOSO)
12. DÚVIDA QUANTO A SI PRÓPRIO
13. PENSAR CONSTANTEMENTE EM UM SÓ ASSUNTO
14. IRRITABILIDADE EXCESSIVA
15. DIMINUIÇÃO DA LIBIDO (SEM VONTADE DE SEXO)

23. Sinalize com um (x) os sintomas que tem apresentado no ÚLTIMO MÊS (pode marcar mais de uma opção)

1. DIARREIA FREQUENTE
2. DIFICULDADES SEXUAIS

3. INSÔNIA (DIFICULDADE PARA DORMIR)
4. NÁUSEA
5. TIQUES
6. HIPERTENSÃO ARTERIAL CONTINUADA (PRESSÃO ALTA)
7. PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS PROLONGADOS (PROBLEMAS DE PELE)
8. MUDANÇA EXTREMA DE APETITE
9. EXCESSO DE GASES
10. TONTURA FREQUENTE
11. ÚLCERA
12. ENFARTE
13. IMPOSSIBILIDADE DE TRABALHAR
14. PESADELOS
15. SENSAÇÃO DE INCOMPETÊNCIA EM TODAS AS TAREFAS
16. VONTADE DE FUGIR DE TUDO
17. APATIA, DEPRESSÃO OU RAIVA PROLONGADA
18. CANSAÇO EXCESSIVO
19. PENSAR/FALAR CONSTANTEMENTE EM UM SÓ ASSUNTO
20. IRRITABILIDADE SEM CAUSA APARENTE
21. ANGÚSTIA/ANSIEDADE DIÁRIA
22. HIPERSENSIBILIDADE EMOTIVA
23. PERDA DO SENSO DE HUMOR

25. Quais os riscos que você corre no interior do presídio?

- | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------|
| 1. SOFRER AGRESSÃO FÍSICA | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 2. SOFRER VIOLÊNCIA SEXUAL (ASSÉDIO/ESTUPRO) | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 3. SOFRER VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA (AMEAÇAS/HUMILHAÇÕES) | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 4. SER FERIDO (A) POR ARMA BRANCA | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 5. SER FERIDO (A) POR ARMA DE FOGO | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 6. QUEIMADURA POR FOGO OU QUÍMICA | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 7. EXPLOSÃO (BOMBA, GRANADA, OUTROS EXPLOSIVOS) | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 8. OUTRO. QUAL? _____ | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |

26. Você pratica com regularidade, atividades físicas específicas para melhorar sua saúde? Atenção! Considere atividade física regular aquela praticada pelo menos durante 20 minutos.

- | | | |
|--|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> 4 OU MAIS VEZES POR SEMANA | 3. <input type="checkbox"/> UMA VEZ POR SEMANA | 5. <input type="checkbox"/> POUCAS VEZES POR ANO |
| 2. <input type="checkbox"/> DE 2 A 3 VEZES POR SEMANA | 4. <input type="checkbox"/> DE 2 A 3 VEZES POR SEMANA | 6. <input type="checkbox"/> NÃO PRATICO |

27. Em relação às doenças respiratórias, quais das condições abaixo você apresentou ou tratou nos últimos 12 MESES?

- | | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|-----|-----------------------------|-----|
| 1. RINITE ALÉRGICA | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |
| 2. SINUSITE | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |
| 3. ASMA | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |
| 4. BRONQUITE CRÔNICA | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |
| 5. PNEUMONIA | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |
| 6. TUBERCULOSE PULMONAR | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |
| 7. QUALQUER OUTRO PROBLEMA PULMONAR | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |

28. Em relação a problemas do coração e aparelho circulatório, quais das condições abaixo você apresentou ou tratou nos últimos 12 MESES?

- | | | | | |
|--|-----------------------------|-----|-----------------------------|-----|
| 1. HIPERTENSÃO ARTERIAL (PRESSÃO ALTA) | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |
| 2. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL
(DERRAME, TROMBOSE, EMBOLIA, HEMORRAGIA CEREBRAL) | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |
| 3. ANGINA DE PEITO | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |
| 4. INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |
| 5. QUALQUER OUTRO PROBLEMA RELACIONADO AO CORAÇÃO | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |

29. Em relação às doenças do aparelho digestivo, quais das condições abaixo você apresentou ou tratou nos últimos 12 MESES?

- | | | | | |
|--|-----------------------------|-----|-----------------------------|-----|
| 1. CÁLCULOS (PEDRAS) NA VESÍCULA BILIAR | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |
| 2. CIRROSE DO FÍGADO | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |
| 3. HEPATITE | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |
| 4. ÚLCERA | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |
| 5. GASTRITE CRÔNICA | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |
| 6. INDIGESTÃO FREQUENTE | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |
| 7. CONSTIPAÇÃO FREQUENTE (PRISÃO DE VENTRE) | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |
| 8. QUALQUER OUTRA DOENÇA DO APARELHO DIGESTIVO | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |

30. Em relação a músculos, ossos e pele, quais das condições abaixo você apresentou ou tratou nos últimos 12 MESES?

- | | | | | |
|--|-----------------------------|-----|-----------------------------|-----|
| 1. ARTRITE OU QUALQUER OUTRO TIPO DE REUMATISMO | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |
| 2. DOR CIÁTICA | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |
| 3. HÉRNIA DE DISCO OU PINÇAMENTO DE NERVO | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |
| 4. BURSITE | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |
| 5. FREQUENTES DORES NO PESCOÇO, COSTAS OU COLUNA | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |
| 6. TORÇÃO OU LUXAÇÃO DE ARTICULAÇÃO | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |
| 7. FRATURA ÓSSEA | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |
| 8. QUALQUER OUTRA PROBLEMA DE OSSOS OU CARTILAGENS | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |
| 9. QUALQUER OUTRA PROBLEMA DE MÚSCULOS OU TENDÕES | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |
| 10. DOENÇA CRÔNICA DE PELE (ÚLCERAS, ECZEMAS, PSORÍASE, ETC) | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |

11. ALERGIA DE PELE, DERMATITE ALÉRGICA, URTICÁRIA 1. SIM 2. NÃO
12. QUALQUER OUTRO PROBLEMA DE PELE 1. SIM 2. NÃO

31. Em relação a problemas glandulares e das células sanguíneas, quais das condições abaixo você apresentou ou tratou nos últimos 12 MESES?

1. DIABETES 1. SIM 2. NÃO
2. OUTRO PROBLEMA GLANDULAR 1. SIM 2. NÃO
3. ANEMIA DE QUALQUER TIPO 1. SIM 2. NÃO
4. OUTRA DOENÇA DO SANGUE 1. SIM 2. NÃO

32. Em relação a problemas do sistema nervoso (cérebro, medula e nervos), quais das condições abaixo você apresentou ou tratou nos últimos 12 MESES?

1. DORES DE CABEÇA FREQUENTES/ENXAQUECAS 1. SIM 2. NÃO
2. DESMAIOS REPETIDOS/CONVULSÕES 1. SIM 2. NÃO
3. OUTRO PROBLEMA DO SISTEMA NERVOSO 1. SIM 2. NÃO

33. Em relação a problemas do aparelho urinário (rins, ureteres, bexiga e uretra), quais das condições abaixo você apresentou ou tratou nos últimos 12 MESES?

1. INFECÇÃO URINÁRIA (CISTITE/URETRITE) 1. SIM 2. NÃO
2. CÁLCULOS RENAIIS (PEDRA NOS RINS) 1. SIM 2. NÃO
3. INFECÇÕES RENAIIS 1. SIM 2. NÃO
4. OUTRO PROBLEMA DO APARELHO URINÁRIO 1. SIM 2. NÃO

34. Aconteceu com o Senhor (a) de perder um pouco de urina e molhar acidentalmente; seja porque não deu tempo de chegar ao banheiro; ou quando está dormindo; ou quando tosse ou espirra; ou faz força?

1. SIM 2. NÃO

35. Com que frequência isso acontece?

1. UMA OU DUAS VEZES POR DIA
2. MAIS DE DUAS VEZES POR DIA
3. UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA
4. MAIS DO QUE DUAS VEZES POR SEMANA
5. UMA OU DUAS VEZES POR MÊS
6. MAIS DE DUAS VEZES POR MÊS
7. NUNCA ACONTECEU

36. SOMENTE PARA HOMENS responderem (mulheres deixem em branco) em relação ao aparelho reprodutivo masculino quais das condições abaixo você apresentou ou tratou nos últimos 12 MÊSES

1. PROBLEMA DE PRÓSTATA 1. SIM 2. NÃO
2. QUALQUER OUTRO PROBLEMA DO APARELHO REPRODUTIVO 1. SIM 2. NÃO

37. SOMENTE PARA MULHERES responderem (homens deixem em branco) em relação ao aparelho reprodutivo feminino quais das condições abaixo você apresentou ou tratou nos últimos 12 MESES

- | | | |
|--|---------------------------------|---------------------------------|
| 1. CÂNCER NO SEIO | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 2. TUMOR, CISTO OU OUTRO PROBLEMA DE ÚTERO OU OVÁRIO | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 3. RETIRADA DO ÚTERO (HISTERECTONIA) | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 4. QUALQUER OUTRO PROBLEMA DO APARELHO REPRODUTIVO | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |

38. Em relação a doenças transmissíveis, quais das condições abaixo você apresentou ou tratou nos últimos 12 MESES?

- | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------|
| 1. HANSENÍASE | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 2. CALAZAR/LEISHMANIOSE CUTÂNEA | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 3. DENGUE | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 4. TUBERCULOSE | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 5. DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL (SÍFILIS, GONORREIA, CANCRO, ETC) | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 6. HIV/AIDS | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 7. OUTRA DOENÇA INFECCIOSA | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |

39. Em relação a visão, audição e fala, quais das condições abaixo você apresentou ou tratou nos últimos 12 MESES?

- | | | |
|--|---------------------------------|---------------------------------|
| 1. DEFICIÊNCIA AUDITIVA EM UM OU AMBOS OS OUVIDOS | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 2. OUTRO PROBLEMA DE AUDIÇÃO EM UM OU AMBOS OS OUVIDOS | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 3. CEGUEIRA EM UM OU AMBOS OS OLHOS | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 4. DEFEITO DA VISÃO (MIOPIA, ASTIGMATISMO, VISTA CANSADA, ETC) | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 5. QUALQUER OUTRO PROBLEMA EM AMBOS OS OLHOS | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |

40. Este (s) seu (s) problema (s) de saúde o (a) Sr. (a) para fazer as coisas que o (a) Sr. (a) precisa/quer fazer?

1. SIM 2. NÃO 3. NÃO TENHO PROBLEMA DE SAÚDE

41. O (a) Sr. (a) usa algum remédio controlado?

1. SIM. QUAIS? _____ 2. NÃO 3. NÃO USO NENHUM REMÉDIO

42. Quem receitou?

1. MÉDICO ANTES DE SER PRESO
 2. MÉDICO DA UNIDADE PRISIONAL
 3. NÃO USO NENHUM REMÉDIO

43. O (a) Sr. (a) normalmente usa:

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 1. DENTE POSTIÇO, DENTADURA, PONTE | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 2. ÓCULOS OU LENTE DE CONTATO | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-----|-----------------------------|-----|
| 3. APARELHO DE SURDEZ | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |
| 4. BENGALA | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |
| 5. MULETA | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |
| 6. CADEIRA DE RODAS | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |

44. Atualmente o (a) Sr. (a) está precisando ter ou trocar:

- | | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------|-----|-----------------------------|-----|
| 1. DENTE POSTIÇO, DENTADURA, PONTE | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |
| 2. ÓCULOS OU LENTE DE CONTATO | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |
| 3. APARELHO DE SURDEZ | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |
| 4. BENGALA | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |
| 5. MULETA | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |
| 6. CADEIRA DE RODAS | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |
| 7. OUTROS (ESPECIFIQUE) | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |

45. Nos últimos 12 MESES, quais das situações abaixo você sofreu?

- | | | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|-----|-----------------------------|-----|
| 1. AGRESSÃO FÍSICA | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |
| 2. AGRESSÃO VERBAL | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |
| 3. ASSÉDIO OU AGRESSÃO SEXUAL | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |
| 4. PERFURAÇÃO POR ARMA DE FOGO | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |
| 5. PERFURAÇÃO POR ARMA BRANCA | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |
| 6. QUEDA | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |
| 7. TENTATIVA DE SUICÍDIO | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |
| 8. TENTATIVA DE HOMICÍDIO | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |

46. Em relação a lesões permanentes, quais das condições abaixo você apresenta?

- | | | | | |
|---|-----------------------------|-----|-----------------------------|-----|
| 1. ALGUM DEDO OU MEMBRO AMPUTADO | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |
| 2. ALGUM SEIO, RIM OU PULMÃO RETIRADO | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |
| 3. ALGUMA PARALISIA PERMANENTE DE QUALQUER TIPO | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |
| 4. ALGUMA DEFORMIDADE PERMANENTE, OU RIGIDEZ CONSTANTE DE PÉ, PERNA OU COLUNA | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |
| 5. ALGUMA DEFORMIDADE PERMANENTE, OU RIGIDEZ CONSTANTE DE DEDO MÃO OU BRAÇO | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |
| 6. INCAPACIDADE PARA RETER FEZES OU URINA | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |
| 7. QUALQUER OUTRA INCAPACIDADE | 1. <input type="checkbox"/> | SIM | 2. <input type="checkbox"/> | NÃO |

47. Alguma dessas lesões permanentes foi causada após seu ingresso no presídio?

1. SIM. 2. NÃO 3. NÃO TENHO LESÕES PERMANENTES

48. Nos últimos 12 MESES, quantas vezes você teve consultas no presídio?

- | | | | |
|------------------|----------------|-----------------------------|-------------|
| 1. COM MÉDICO | 1. _____ VEZES | 2. <input type="checkbox"/> | NENHUMA VEZ |
| 2. COM PSICÓLOGO | 1. _____ VEZES | 2. <input type="checkbox"/> | NENHUMA VEZ |

3. COM ASSISTENTE SOCIAL 1. _____ VEZES 2. NENHUMA VEZ
 3. COM DENTISTA 1. _____ VEZES 2. NENHUMA VEZ

49. Em geral, qual é o estado de seus dentes?

1. ÓTIMO 3. RUIM
 2. BOM 4. PÉSSIMO

50. Está faltando algum dos seus dentes?

1. NÃO ESTÁ FALTANDO DENTE
 2. POUCOS DENTES ESTÃO FALTANDO
 3. A MAIORIA OU TODOS OS DENTES ESTÃO FALTANDO

51. O (a) Sr. (a) tem algum dente postiço, dentadura, ponte...?

1. SIM 2. NÃO

52. Você foi internado(a) em hospital por mais de 24 horas durante o tempo que está preso?

1. EM HOSPITAL DE CUSTÓDIA 1. _____ VEZES 2. NENHUMA VEZ
 2. EM HOSPITAL DA REDE PÚBLICA 1. _____ VEZES 2. NENHUMA VEZ

53. Você fez cirurgias depois de estar preso (a)?

1. SIM, FUI SUBMETIDO A _____ CIRURGIAS 2. NÃO

BLOCO 5

O quinto bloco se refere ao consumo de drogas

As questões a seguir se referem ao uso não médico de drogas, isto é, não envolve uso de uma droga indicada para você por um médico.

DROGA	A USAVA ANTES DE SER PRESO	B USA NO MOMENTO?
12.1 VOCÊ JÁ USOU ÁLCOOL ?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
12.2 VOCÊ JÁ USOU TABACO/CIGARRO ?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
12.3 VOCÊ JÁ USOU MACONHA ?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
12.4 VOCÊ JÁ USOU COCAÍNA ?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
12.5 VOCÊ JÁ USOU MESCLADO, MERLA, BAZUCA OU PASTA DE COCA ? QUAL (IS) _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
12.6 VOCÊ JÁ USOU CRACK ?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
12.7 VOCÊ JÁ USOU OXI ?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
12.8 VOCÊ JÁ USOU PRODUTOS PARA SENTIR BARATO (LANÇA PERFUME, LOLÓ, COLA, GASOLINA, BENZINA, ACETONA, REMOVEDOR DE TINTA, AGUARRÁS, ÉTER, ESMALTE, TINTA)?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
12.9 VOCÊ JÁ USOU LS (ÁCIDO), CHÁ DE COGUMELO , MESCALINA , ÊXTASE , KETAMINA ?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
14 VOCÊ JÁ USOU ALGUM REMÉDIO PARA EMAGRECER OU FICAR ACORDADO (LIGADO) SEM RECEITA MÉDICA? (EXEMPLOS: HIPOFAGIN, MODEREX, GLUCOENERGAN, INIBEX, DESOBESI, REACTIVAN, PERVITIN, DASTEN, ISOMERIDE, MODERNE, DUALID, PRELUDIN. NÃO VALE	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

ADOÇANTE NEM CHÁ)

15 VOCÊ JÁ TOMOU ALGUM TRANQUILIZANTE, ANSIOLÍTICO, CALMANTE OU ANTIDISTÔNICO SEM RECEITA MÉDICA? (EXEMPLOS: DIAZEPAM, DIENPAX, LORIAM, VALIUM, LIBRIUM, LORAX, ROHYPNOL, PSICOSEDIN, SOMALIUM, LEXOTAN, RIVOTRIL)

SIM
 NÃO

SIM
 NÃO

16 ALGUMA DESSAS DROGAS VOCÊ JÁ USOU DE FORMA INJETÁVEL? QUAL? _____

SIM
 NÃO

SIM
 NÃO

55. Questões relativas à condição de pessoa idosa

1. Você consegue se levantar sem a ajuda de outra pessoa?

1. SIM 2. NÃO

2. Você consegue andar sem ajuda?

1. SIM 2. NÃO

3. Você tem problema para subir e descer escada?

1. SIM 2. NÃO

4. Os lugares que você frequenta têm algum perigo para sua segurança física (falta de rampa, escadas e pisos escorregadios)?

1. SIM 2. NÃO

6. Você consegue comer sem ajuda?

1. SIM 2. NÃO

7. Você tem algum problema provocado pela alimentação da prisão?

1. SIM 2. NÃO

8. Você tem problema de fala que o impede de se comunicar com os outros presos?

1. SIM 2. NÃO

9. Você tem problema de esquecimento?

1. SIM 2. NÃO

10. Você acha que sua cabeça está boa?

1. SIM 2. NÃO

56. O que você acha que precisa melhorar para uma pessoa idosa?

1. A atenção dos funcionários

1. SIM 2. NÃO

2. Melhor atendimento dos profissionais de saúde

1. SIM 2. NÃO

3. Melhor atendimento das assistentes sociais

1. SIM 2. NÃO

