

Mulheres encarceradas: relação entre autoavaliação do estado de saúde e experiências discriminatórias

Imprisoned women: relationship between self-rated health and discriminatory experiences

Mujeres encarceladas: relación entre el estado de salud autoevaluado y las experiencias discriminatorias

Lidiane Castro Duarte de Aquino¹
Cosme Rezende Laurindo²
Miria Ferreira da Silva³
Isabel Cristina Gonçalves Leite⁴
Danielle Teles da Cruz⁵

RESUMO: Objetivou-se verificar a correlação entre autoavaliação do estado de saúde e tratamento discriminatório recebido por detentas em uma unidade prisional. Trata-se de um estudo transversal. Foi realizado um inquérito com 99 mulheres acauteladas em uma unidade prisional na cidade de Juiz de Fora-MG de setembro/2019 a fevereiro/2020. A coleta de dados deu-se através de entrevista face a face, por meio de questionário semiestruturado. Os dados foram processados através do software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 15.0 e submetidos à análise descritiva e cálculo de coeficiente de correlação de *Spearman*. Foi realizada também a análise de componentes principais, utilizando o autovalor (Kaiser criterion) e o método de fatoração do eixo principal, rotação ortogonal (varimax). Foram encontrados resultados significativos ($p < 0,05$) na análise de correlação entre pior autoavaliação do estado de saúde e experiências discriminatórias relacionadas a condição social e aparência física por parte de outras detentas. O total de explicação

1 Mestra em Saúde Coletiva. Policial Penal no Anexo Feminino Eliane Betti, da Penitenciária José Edson Cavaliéri, Juiz de Fora, MG, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-9836-8134>, lili_castro21@hotmail.com

2 Especialista em Saúde Mental. Mestrando em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6878-3791>, cosmelaurindo@outlook.com

3 Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8978-1936>, miria.ferreira@medicina.ufjf.br

4 Doutora em Saúde Pública. Professora do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-1258-7331>, isabel.leite@ufjf.edu.br

5 Doutora em Saúde. Professora do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6917-1375>, danitercruz@yahoo.com.br

da variabilidade entre CP1 e CP3 para tratamento discriminatório por parte de funcionários foi 74,7%; por parte de outras detentas entre CP1 e CP2 foi 67,5%. Considerando a robustez da autoavaliação como indicador de saúde e qualidade de vida, podemos inferir que a vivência de experiências discriminatórias tem impacto negativo sobre o estado de saúde das mulheres privadas de liberdade. Os achados deste estudo evidenciam a necessidade de compreensão da dinâmica de saúde deste grupo sob a ótica do conceito ampliado de saúde, bem como a urgência de políticas públicas efetivas que garantam atendimento integral.

Palavras-chave: Prisões; Saúde da Mulher; Autoavaliação; Preconceito; Estudos Transversais.

ABSTRACT: This study aimed to verify the correlation between self-rated health status and discriminatory treatment received by inmates in a prison unit. This is a cross-sectional study. An inquiry was carried out with 99 female prisoners in a prison unit in the city of Juiz de Fora-MG from September 2019 to February 2020. Data collection took place through face-to-face interviews, using a semi-structured questionnaire. The data were processed using the software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 15.0 and submitted to descriptive analysis and calculation of Spearman's rank correlation coefficient. The principal components analysis was also performed, using the eigenvalue (Kaiser criterion) and the main axis factorization method, orthogonal rotation (varimax). Significant results ($p < 0.05$) were found in the analysis of the correlation between worse self-assessment of health status and discriminatory experiences by other inmates related to social condition and physical appearance by other inmates. The total explanation of the variability between CP1 and CP3 for discriminatory treatment by employees was 74.7%; by other inmates between CP1 and CP2 was 67.5%. Considering the robustness of self-assessment as an indicator of health and quality of life, we can infer that the experience of discriminatory experiences has a negative impact on the health status of women deprived of liberty. The findings of this study show the need to understand the health dynamics of this group from the perspective of the expanded concept of health, as well as the urgency of effective public policies that guarantee comprehensive care.

Keywords: Prisons; Women's Health; Self-Evaluation; Prejudice; Cross-Sectional Studies.

RESUMEN: El objetivo fue verificar la correlación entre la autoevaluación del estado de salud y el trato discriminatorio recibido por las internas en una unidad penitenciaria. Este es un estudio transversal. Se realizó una encuesta epidemiológica a 99 mujeres atendidas en una unidad penitenciaria de la ciudad de Juiz de Fora-MG desde septiembre/2019 hasta febrero/2020. La recolección de datos se realizó mediante entrevistas cara a cara, utilizando un cuestionario semiestructurado. Los datos se procesaron mediante el software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 15.0 y se sometieron a análisis descriptivo y cálculo del coeficiente de correlación de Spearman. También se realizó el análisis de componentes principales, utilizando el autovalor (criterio de Kaiser) y el método de factorización del eje principal, rotación ortogonal (varimax). Se encontraron resultados significativos ($p < 0,05$) en el análisis de la correlación entre una peor autoevaluación del estado de salud y las experiencias discriminatorias relacionadas con la condición social y la apariencia física de otras internas. La explicación total de la variabilidad entre

CP1 y CP3 por trato discriminatorio por parte de los empleados fue del 74,7%; por otras internas entre CP1 y CP2 fue del 67,5%. Considerando la solidez de la autoevaluación como indicador de salud y calidad de vida, podemos inferir que la vivencia de experiencias discriminatorias tiene un impacto negativo en el estado de salud de las mujeres privadas de libertad. Los resultados de este estudio muestran la necesidad de comprender la dinámica de salud de este grupo desde la perspectiva del concepto ampliado de salud, así como la urgencia de políticas públicas efectivas que garanticen la atención integral.

Palabras clave: Prisiones; Salud de la Mujer; Autoevaluación; Prejuicio; Estudios Transversales.

INTRODUÇÃO

O Brasil possui mais de 748 mil pessoas sob custódia no sistema prisional e ocupa o terceiro lugar no mundo em quantitativo de população carcerária¹⁻². Embora sejam muitos os dispositivos legais que visem à proteção dos direitos das pessoas privadas de liberdade, a maior parte dos estabelecimentos prisionais do país apresenta condições precárias de funcionamento, sendo comuns situações como: superlotação de celas, insegurança estrutural, insalubridade, alimentação inadequada, sedentarismo, uso de drogas, falta de assistência à saúde e de recursos humanos e financeiros³⁻⁶.

Todas essas condições contribuem para a exposição da população carcerária a uma série de agravos físicos e comprometimentos psicossociais. Esta realidade é ainda mais contundente quando se trata do encarceramento feminino, pauta esta que se apresenta como um grande desafio para a saúde pública na atualidade³⁻⁴.

Embora as mulheres representem uma pequena parte da população carcerária brasileira (cerca de 5%) a taxa de encarceramento feminino tem crescido de forma exponencial nos últimos anos, sendo, inclusive, proporcionalmente maior quando comparada à taxa de encarceramento masculino¹. A maioria das mulheres que são presas apresenta situação prévia de vulnerabilidade social, sendo jovens, negras, de baixa escolaridade e oriundas de estratos sociais desfavorecidos^{1,3,6}.

Além disso, de acordo com o Departamento Penitenciário Nacional, a infraestrutura é inadequada e contraria as políticas prisionais no que tange à garantia dos direitos das mulheres em privação de liberdade na maior parte dos estabelecimentos prisionais⁷. Tais circunstâncias contribuem para que as mesmas fiquem vulneráveis a diferentes tipos de agravos, seja no aspecto do bem-estar físico, mental ou social⁸⁻¹⁰.

Há de se considerar ainda a exposição a riscos e as diversas formas de violência as quais essas mulheres estão expostas^{3,11}, sendo a discriminação uma das formas de violência previamente estudada enquanto fator negativo para o estado de saúde¹², com consequências deletérias à saúde mental e à saúde física¹³.

É possível que associação das condições expostas contribuam para uma trama de vínculos e associações que predispõe a autoavaliação negativa do estado de saúde, um indicador recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para verificar a saúde e qualidade de vida das populações¹⁴.

Esse indicador é amplamente utilizado em pesquisas científicas e já foi aplicado em diferentes grupos populacionais, apesar de aplicação incipiente na população privada de liberdade¹⁵⁻¹⁷, sendo um importante preditor de morbi-mortalidade, que expressa, sob influência de diferentes dimensões, a percepção que os indivíduos possuem de sua própria saúde¹⁸⁻²⁰. Está relacionado a aspectos sociais e demográficos, bem como aspectos inerentes a subjetividade humana¹⁵⁻¹⁷, com estudo prévio apontando a relação entre autoavaliação negativa do estado de saúde em mulheres expostas a violência²¹.

Considerando a robustez deste indicador e o contexto apresentado, o presente estudo foi elaborado com o objetivo de verificar o perfil sociodemográfico e a correlação entre autoavaliação do estado de saúde e tratamento discriminatório recebido por detentas em uma unidade prisional.

MÉTODOS

A pesquisa foi realizada com mulheres acauteladas em uma unidade prisional na cidade de Juiz de Fora – Minas Gerais (MG). O município é sede da 4ª Região Integrada de Segurança Pública (RISP), que engloba mais de 80 municípios, no entanto, desses, apenas 14 possuem estabelecimentos prisionais. Dentre esses municípios, Juiz de Fora é o que apresenta o maior número de unidades prisionais e, conseqüentemente, a maior concentração de indivíduos acautelados: aproximadamente 2230 pessoas. Em toda 4ª RISP há apenas duas unidades destinadas exclusivamente ao acautelamento feminino: Presídio Feminino de Eugenópolis – MG e o Anexo Feminino Eliane Betti. O último está sob administração da Penitenciária José Edson Cavalieri, foi inaugurado em outubro de 2018, dispõe de 180 vagas e é uma referência para o acautelamento feminino para municípios no entorno de Juiz de Fora.

Assim, foi conduzido no Anexo Feminino Eliane Betti um estudo epidemiológico de delineamento transversal, observacional, realizado por meio de inquérito, no período de setembro de 2019 a fevereiro de 2020. Foram convidadas a participar do estudo todas as mulheres privadas de liberdade, com idade mínima de 18 anos, nos regimes provisório, fechado e semiaberto, com no mínimo 30 dias de reclusão, ou que viessem a completar esse tempo no decorrer da pesquisa. Os critérios de exclusão foram: acauteladas que não se comunicassem através da língua padrão portuguesa; impossibilidade de compreensão e/ou resposta ao questionário; presença de distúrbios severos que afetassem a comunicação; e aquelas que a critério da Direção da unidade não pudessem participar por colocar em risco a integridade física da pesquisadora de campo.

A coleta de dados foi precedida por estudo piloto realizado no Presídio Feminino de Eugenópolis – MG, com amostra correspondente à 10% da população esperada. Na semana anterior ao início da coleta foi realizada uma visita à unidade prisional, que teve como objetivo expor para as detentas os principais aspectos do estudo e também sensibilizá-las com vistas à participação. Além dessa abordagem inicial, foram realizados outros momentos de sensibilização da população alvo e com profissionais envolvidas na dinâmica da rotina da unidade.

No início da pesquisa haviam 134 mulheres no Anexo Feminino, conforme listagem emitida pelo Sistema Integrado de Gestão Prisional – SIGPRI da unidade. Ao longo da coleta de dados, 16 mulheres foram admitidas na unidade prisional, cumpriram o tempo mínimo de reclusão estabelecido para participação na pesquisa (30 dias) e foram, então, incluídas no estudo, totalizando 150 mulheres.

Ao final, participaram 99 mulheres e as perdas perfizeram um total de 51, sendo constituídas por detentas que receberam alvará de soltura, que foram transferidas para outras unidades prisionais ou que não puderam participar devido à interrupção da coleta de dados em decorrência da pandemia da Covid-19 (Figura 1). Quando não foi possível a abordagem da acautelada no primeiro agendamento, foram realizadas 3 novas tentativas em dias e horários distintos. Não houve recusas ao longo do estudo.

A coleta de dados foi realizada uma vez por semana, através de entrevista face a face, nas salas de atendimento da unidade prisional, no Núcleo de Assistência à Saúde – NAS e nas dependências de uma fábrica de trabalho. As policiais penais garantiram o procedimento de trânsito das detentas e a supervisão do lado externo das salas.

O instrumento de coleta de dados foi composto por questões semiestruturadas, elaboradas a partir do instrumento utilizado por Minayo e Constantino⁶ na pesquisa “Estudo das condições de saúde e qualidade de vida dos presos e das condições ambientais das unidades prisionais do Estado do Rio de Janeiro” e por escalas padronizadas e de ampla utilização em pesquisas científicas: escala de MacArthur de status social subjetivo (SSS)²²; *Oral Health Impact Profile (OHIP)*²³; e *Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4)*²⁴⁻²⁵. O questionário foi organizado em três grandes blocos temáticos, assim constituídos: Bloco 1, contendo as características socioeconômicas e demográficas; Bloco 2, contendo informações relativas às condições de saúde, onde foi abordada a autoavaliação do estado de saúde; e Bloco 3, contendo informações sobre as condições de vida na unidade prisional, inclusos dados sobre exposição à violência e preconceitos.

Os dados foram processados em um banco de dados criado por meio do software *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* versão 15.0 e submetidos às análises, que incluiu a descritiva para a obtenção de frequências absoluta e o cálculo do coeficiente de correlação de *Spearman*. A classificação utilizada para correlação foi: < 0,49, fraca; 0,50 a 0,69, moderada; e ≥ 0,70, forte. O nível de significância do estudo foi de 5% ($p \leq 0,05$). Foi realizada também a análise de componentes

principais, que considera a variância total dos dados, utilizando o autovalor (*Kaiser criterion*) para identificação das variáveis mais significativas. Com base no gráfico *screen plot*, considerando os autovalores acima de 1, optou-se por extrair fatores usando o método de fatoração do eixo principal, rotação ortogonal (*varimax*).

Para fins do presente estudo, foram selecionadas as variáveis independentes relacionadas ao tratamento discriminatório recebido na unidade prisional (condição de detenta, cor da pele, condição social, orientação sexual, tipo de crime cometido e aparência física) seja por parte de funcionários ou por outras detentas. A variável dependente foi a autoavaliação do estado de saúde, obtida por meio da pergunta: “Em geral, você diria que sua saúde é?”. As opções de resposta apresentadas foram: “muito boa”, “boa”, “regular”, “ruim” e “muito ruim”.

O estudo está inserido no projeto “Condições de vida e de saúde de mulheres privadas de liberdade em Juiz de Fora – MG”, aprovado pela Secretaria de Estado de Administração Prisional de Minas Gerais (Processo SEI nº. 1450/01.0006361/2019-14) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (Parecer nº. 3.294.253). Todas as mulheres que participaram assinaram e receberam uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi conduzida em conformidade com as diretrizes e normas para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde (Resoluções n.º 466/2012 e n.º. 510/2016).

RESULTADOS

Dentre as 99 participantes do estudo, a média de idade foi de 33,21 anos ($dp \pm 9,26$), sendo que 36,4% eram jovens (20 a 29 anos de idade). A maioria destas mulheres era negra (74,7%), possuíam o ensino fundamental incompleto (60,6%) e relataram baixa renda no período anterior à prisão, sendo que 66,7% recebiam um salário mínimo ou menos e 26,3% de um a dois salários mínimos. Mais da metade das participantes referiu ser casada (53,5%) e apenas um pequeno percentual (14,1%) declarou não ter filhos. Apesar de a maioria identificar-se enquanto cisgênero (91,9%), destaca-se que houve mulheres que se identificam enquanto transgênero (3,0%) e não-binário (5,1%). Com relação a orientação afetivo-sexual, 21,2% reportaram ser homossexuais ou bissexuais (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas de 99 mulheres encarceradas. Juiz de Fora, MG, 2020

Variável	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
<i>Idade</i>		
20 – 29 anos	36	36,4
30 – 39 anos	39	39,4
40 – 59 anos	24	24,2
<i>Cor da pele</i>		
Branca	22	22,2
Preta	74	74,7
Amarela/indígena	3	3,0
<i>Escolaridade</i>		
Analfabeta	1	1,0
Ensino fundamental incompleto	60	60,6
Ensino fundamental completo	16	16,2
Ensino médio incompleto	5	5,1
Ensino médio completo	15	15,2
Ensino superior	2	2,0
<i>Renda (salários mínimos)</i>		
0 a 1,0	66	66,7
> 1,0 e ≤ 2,0	26	26,3
> 2,0	7	7,1
<i>Situação conjugal</i>		
Solteira/divorciada/viúva	46	46,5
Casada/companheira	53	53,5
<i>Filhos</i>		
Nenhum	14	14,1
1 – 2	43	43,5
3 ou mais	42	42,4
<i>Identidade de gênero</i>		
Cisgênero	91	91,9
Transgênero	3	3,0
Não-binário	5	5,1
<i>Orientação sexual</i>		
Heterossexual	78	78,8
Homossexual/Bissexual	21	21,2
<i>Arranjo domiciliar</i>		
Residia com a família	86	86,9
Residia sozinha	8	8,1
Pessoa em situação de rua	5	5,1

Fonte: Dados da pesquisa

Com relação ao perfil de saúde, 58,6% apresentaram avaliação do estado de saúde como boa, 52,5% informaram alguma morbidade, 70,7% referiram fazer uso diário de pelo menos um

medicamento. 28,3% das participantes relataram situação prévia de abortamento, 72,7% disseram ser tabagistas e 79,8% não realizavam nenhuma atividade física. Destaca-se que 9,1% negaram receber assistência à saúde na unidade prisional (Tabela 2).

Tabela 2. Condições de saúde de 99 mulheres encarceradas. Juiz de Fora, MG, 2020

Variável	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
<i>Autoavaliação do estado de saúde</i>		
Muito boa	10	10,1
Boa	58	58,6
Regular	23	23,2
Ruim	5	5,1
Muito ruim	3	3,0
<i>Morbidade referida</i>		
Sim	52	52,5
Não	47	47,5
<i>Número de medicações diárias</i>		
1 – 3	40	40,4
4 ou mais	30	30,3
Nenhum	29	29,3
<i>Aborto</i>		
Induzido	12	12,1
Espontâneo	16	16,2
Não	71	71,7
<i>Tabagismo</i>		
Sim	72	72,7
Não	27	27,3
<i>Atividade física</i>		
Sim	20	20,2
Não	79	79,8
<i>Assistência à saúde</i>		
Sim	90	90,9
Não	9	9,1

Fonte: Dados da pesquisa

A Tabela 3 apresenta a frequência e a natureza dos tratamentos discriminatórios que essas mulheres sofreram, especificando aqueles que foram realizados por parte de funcionários e aqueles por parte de outras detentas. A condição de detenta, o tipo de crime cometido e a aparência física se destacaram entre as outras formas de tratamento discriminatório, seja por parte dos funcionários ou por outras reclusas.

Tabela 3. Tratamento discriminatório recebido na unidade prisional, de acordo com 99 mulheres encarceradas. Juiz de Fora, MG, 2020

TRATAMENTO DISCRIMINATÓRIO RECEBIDO NA UNIDADE PRISIONAL				
Motivo	Por funcionários		Por outras detentas	
	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
<i>Condição de detenta</i>				
Muitas vezes	19	19,2	14	14,1
Poucas vezes	21	21,2	17	17,2
Nunca	59	59,6	68	68,7
<i>Cor da pele</i>				
Muitas vezes	1	1,0	1	1,0
Poucas vezes	2	2,0	4	4,0
Nunca	96	97,0	94	94,9
<i>Condição social</i>				
Muitas vezes	6	6,1	10	10,1
Poucas vezes	8	8,1	16	16,2
Nunca	85	85,9	73	73,7
<i>Orientação sexual</i>				
Muitas vezes	3	3,0	4	4,0
Poucas vezes	5	5,1	12	12,1
Nunca	91	91,9	83	83,8
<i>Tipo de crime cometido</i>				
Muitas vezes	9	9,1	11	11,1
Poucas vezes	10	10,1	7	7,1
Nunca	80	80,8	81	81,8
<i>Aparência física</i>				
Muitas vezes	8	8,1	11	11,1
Poucas vezes	6	6,1	13	13,1
Nunca	85	85,9	75	75,8

Fonte: Dados da pesquisa

A correlação de *Spearman* mostrou resultados significativos ($p < 0,05$) entre a autoavaliação do estado de saúde e experiências discriminatórias relacionadas à condição social e aparência física por parte de outras detentas. Para ambas foi verificada correlação negativa fraca ($r = -,204$) (Tabela 4).

Tabela 4. Correlação entre autoavaliação da saúde e variável de tratamento discriminatório recebido na unidade prisional, de acordo com 99 mulheres encarceradas. Juiz de Fora, MG, 2020

TRATAMENTO DISCRIMINATÓRIO RECEBIDO NA UNIDADE PRISIONAL				
Variável	Por funcionários		Por outras detentas	
	r	p	r	p
Condição de detenta	-,063	,536	-,111	,273
Cor da pele	-,020	,844	-,076	,457
Condição social	,023	,822	-,204*	,043
Orientação sexual	,032	,757	-,061	,550
Tipo de crime cometido	-,172	,089	-,048	,638
Aparência física	,079	,437	-,240*	,017

r: Coeficiente da correlação de Spearman

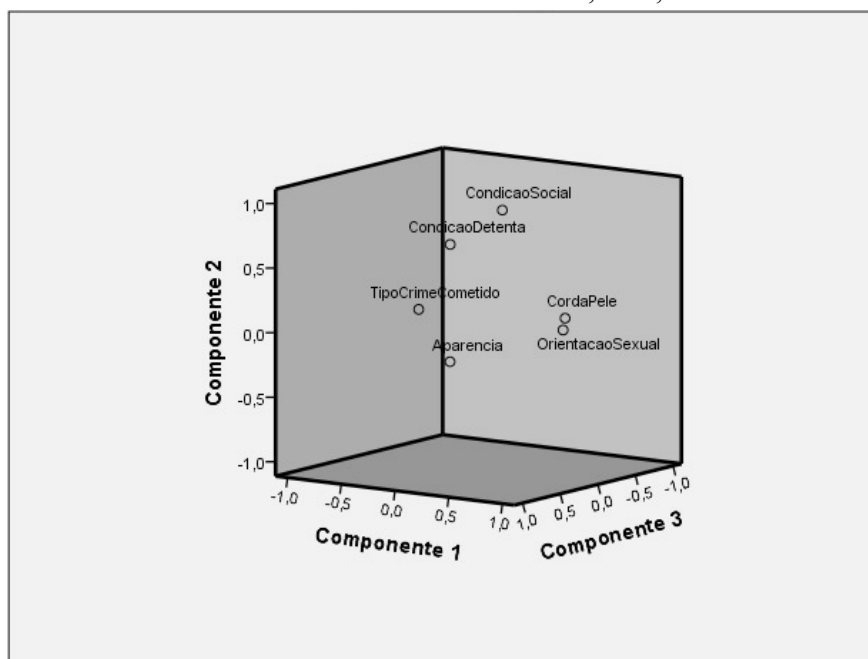
p: Nível de significância exato para o coeficiente da correlação de *Spearman*

*A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades)

Fonte: dados da pesquisa

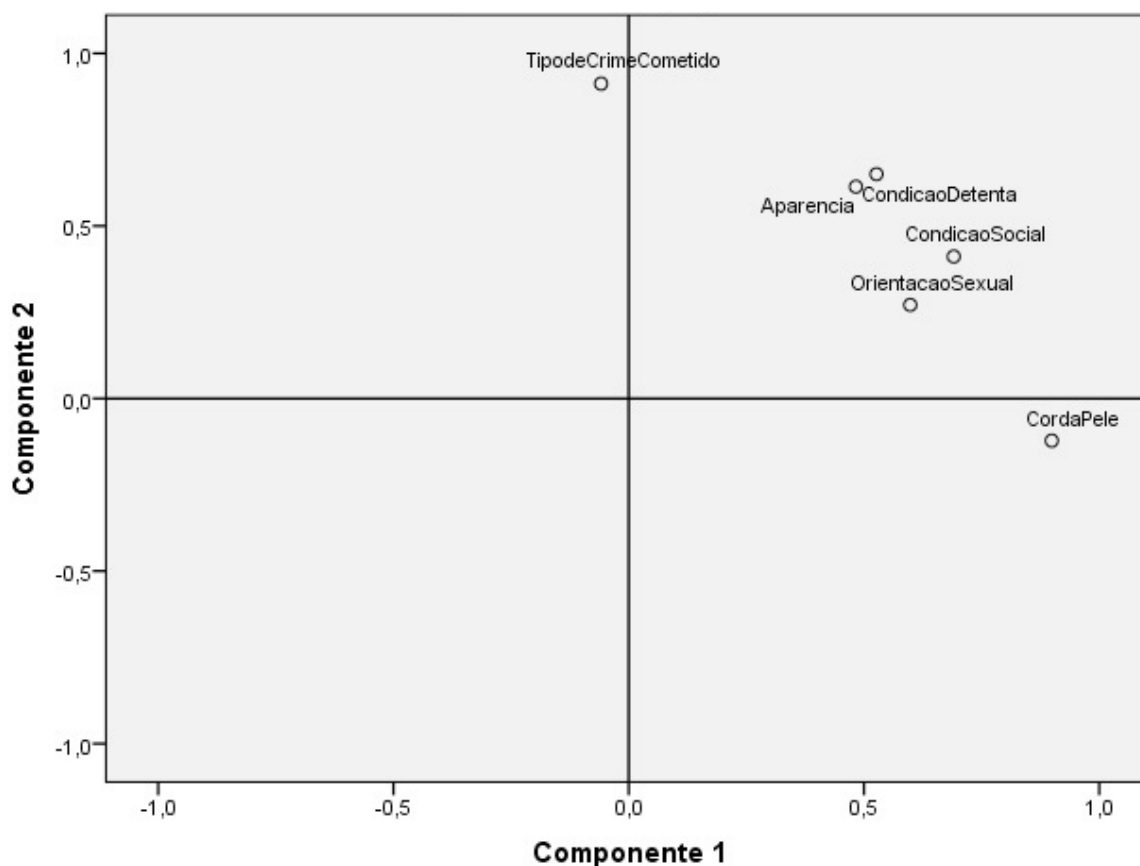
Os gráficos 1 e 2 apresentam a análise de componentes principais, respectivamente, para tratamento discriminatório por parte de funcionários e tratamento discriminatório por parte de outras detentas. Com relação ao tratamento discriminatório por parte de funcionários, o total de explicação da variabilidade dos dados entre CP1 e CP3 é de aproximadamente 74,7%. Já com relação ao tratamento discriminatório por outras detentas, 67,5% do total da variabilidade é representada pelos CP1 e CP2.

Gráfico 1. Componentes principais do tratamento discriminatório por parte de funcionários, de acordo com 99 mulheres encarceradas. Juiz de Fora, MG, 2020



Fonte: Dados da pesquisa

Gráfico 2. Componentes principais do tratamento discriminatório por parte de outras detentas, de acordo com 99 mulheres encarceradas. Juiz de Fora, MG, 2020



DISCUSSÃO

No Brasil, a saúde deve ser compreendida enquanto condição complexa e multifatorial, expressa através de determinantes sociais da saúde resultantes das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde, tal como é apresentado pela lei orgânica da saúde, Lei nº 8.080/1990²⁶. A desigualdade social, a baixa qualidade de vida e o pertencimento a grupos vulneráveis são condições que interferem no processo saúde doença²⁷⁻²⁸ e podem incidir negativamente sobre a autoavaliação do estado de saúde.

O perfil da população carcerária feminina brasileira, representada majoritariamente por jovens, negras, com baixo nível de escolaridade e oriundas de extratos sociais desfavorecidos economicamente¹, confirma a ligação entre os marcadores de gênero, raça e classe que colocam as mulheres negras e pobres em desvantagem na hierarquia social. A situação prévia de vulnerabilidade deste grupo, somada às condições precárias dos cárceres brasileiros^{5-6,29} sobretudo na perspectiva de gênero³⁻⁴, geram uma trama de associações que predispõe, quando observamos os achados da literatura¹⁵⁻¹⁷, à pior autoavaliação da saúde.

Cabe ainda ressaltar que os processos discriminatórios a que essas mulheres estão expostas antes do encarceramento, são potencializados em diferentes perspectivas no âmbito das prisões. A discriminação, uma espécie de resposta comportamental ao estigma e ao preconceito³⁰, é estudada enquanto um dos fatores que impactam negativamente no estado de saúde¹², provocando resposta fisiológica ao stress, com aumento de emoção negativa, aumento do nível de cortisol, aumento da pressão arterial, podendo ainda ocasionar alteração nos comportamentos de saúde, contribuindo desfavoravelmente tanto para saúde física, quanto mental¹³.

Como principal achado deste estudo, observou-se uma fraca correlação negativa entre a autoavaliação do estado de saúde e experiências discriminatórias relacionadas a condição social e aparência física por parte de outras detentas. Jylhä¹⁹, na tentativa de descrever o processo da autoavaliação da saúde, enfatiza que o indicador pode ser entendido como uma declaração resumida sobre a maneira pela qual numerosos aspectos da saúde subjetiva e objetiva são combinados dentro da percepção individual do respondente. Sendo assim, é possível que o recebimento de tratamento discriminatório desencadeie uma série de reações que influenciem na pior percepção da saúde.

Pode-se compreender que fatores biopsicossociais estão intrinsecamente ligados à constituição do sujeito³¹, exercendo influência sobre a capacidade associativa, interpretativa, de elaboração e simbolização e, por conseguinte, sobre a saúde mental. Isto corrobora para a constatação do efeito negativo de experiências discriminatórias sobre a autoavaliação do estado de saúde, ao que se entende que um sujeito em sofrimento psíquico construirá um processo de autoavaliação negativo, impactando na maneira como avalia-se enquanto saudável ou não.

Estudos prévios apontam para presença de iniquidades em saúde e aumento do efeito deletério sobre a saúde mental consequentes das experiências discriminatórias, tendo sido verificada associação com transtornos de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático, bem como com comportamentos prejudiciais à saúde, tais como tabagismo, sedentarismo, dietas menos saudáveis, com pior quadro em indivíduos e grupos histórica e socialmente estigmatizados, tais como as mulheres privadas de liberdade, participantes deste estudo^{13,32-33}.

A existência de experiências discriminatórias dentro dos estabelecimentos penais é reflexo da estrutura da sociedade, com agravante para as mulheres, tal como observado pelo encontrado no relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento lançado em 2020³⁴ que aponta que 90% das pessoas têm alguma forma de preconceito contra mulheres. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher³⁵ destaca, inclusive, que as questões de gênero, inclusos preconceito e discriminação, devem ser consideradas como um dos determinantes da saúde na formulação das políticas públicas.

As construções relativas à identidade de gênero e atribuição de determinados papéis e status sociais são também reflexos da maneira como a sociedade se organiza, ao que ambos impactam nas experiências discriminatórias vivenciadas, principalmente ao se considerar o contexto de privação

de liberdade.

Em uma sociedade pautada no machismo, no sexismo, na misoginia e na cultura patriarcal, as consequências sobre a vida das mulheres é marcada pela presença de violências diversas^{21,36-37}, sendo que a mulher privada de liberdade não só é rejeitada socialmente pela vulnerabilidade econômica e social em que se encontra, como também por transgredir o que lhe é atribuído socialmente^{3,11}, sendo previamente documentada a relação entre violência contra a mulher e autopercepção negativa da saúde²¹.

Este contexto é somado com o que é trazido por Goffman³⁸ ao discorrer sobre as marcas negativas sobre os grupos estigmatizados, em consequência a experiências discriminatórias subsequentes, que ocasionam que estes grupos sejam vistos e inclusive passem a ser ver com menor humanidade do que aqueles que exercem a opressão. Assim, a reprodução da violência a que são expostas, que ocorre entre as próprias presas³, pode exercer um potencial adoecedor de reconhecimento maior para elas, por compreenderem-se ocupando uma mesma posição social. Isto pode explicar a relação significativa entre autoavaliação do estado de saúde e experiências discriminatórias por outras presas, em detrimento da ausência de significância quando a discriminação é causada por funcionários.

Há ainda que se ponderar que o agente público, uma vez revestido da função estatal, está obrigado a proceder conforme legislação vigente e os preceitos dos Direitos Humanos, sob pena de responsabilização das esferas administrativa e criminal. Isso poderia exercer efeito sobre a frequência e maneira como os funcionários externalizam seus pensamentos discriminatórios, impactando sobre a maneira com a qual as mulheres recebem e percebem as experiências discriminatórias por parte de funcionários em comparação a outras detentas. Além disso, as detentas passam mais tempos juntas, o que poderia contribuir para reforçar/potencializar situações de discriminação entre elas.

Considerando ainda que as participantes do estudo são mulheres negras (pardas e pretas), há tendência de autoavaliação negativa da saúde se comparado a mulheres brancas, devido à manutenção e percepção de status mais baixo do primeiro grupo em relação ao segundo³⁸⁻³⁹, reflexo do racismo estrutural e institucional⁴⁰. Estudo prévio traz que mulheres e homens pardos relataram maiores níveis de discriminação em comparação com homens brancos⁴¹, propiciando piora na autoavaliação do estado de saúde, além de favorecer desigualdade de acesso e qualidade da assistência em saúde⁴².

A existência da construção social de um padrão de aparência torna-se fator relevante para compreensão das experiências discriminatórias, somando aos aspectos relativos à raça. O impacto negativo sobre a autoestima, tratando-se do nível de satisfação do 'eu', bem como sobre a autoimagem, representação mental do indivíduo de si⁴³, favorece o sentimento de não pertencimento e pode inviabilizar o reconhecimento do próprio sujeito enquanto parte da sociedade em que está inserido. Este contexto é reflexo de uma sociedade machista, racista, misógina, sexista, patriarcal

e lgbtfóbica.

Enquanto efeito direto para o sentimento de não pertencimento e ausência do reconhecimento de si, tem-se impacto negativo sobre a construção da autoidentidade, com danos subjetivos que causam incorporação de imagens distorcidas e redutoras pelos próprios sujeitos alvos de opressão⁴⁴⁻⁴⁵. Isto traz não só sofrimento psíquico, como piora na autoavaliação do estado de saúde, a partir da insatisfação com a própria imagem devido ao cabelo, cor da pele e internalização de expectativas sociais quanto a aparência⁴⁶⁻⁴⁷, agravado no contexto do estudo por se tratar de um espaço ao qual as mulheres têm pouco ou nenhum acesso a condições para exercer o autocuidado³.

Apesar da relação entre experiências discriminatórias e piora do estado de saúde, bem como potencial relação entre discriminação e pior autoavaliação do estado de saúde, destaca-se que nem a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)⁴⁸, nem a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional⁴⁹ citam as palavras preconceito, discriminação ou estigma explicitamente no corpo de seus textos.

Embora este estudo tenha trazido importantes reflexões no que diz respeito à temática do encarceramento feminino, com ênfase no olhar ampliado da saúde, é necessário compreendê-lo dentro de suas limitações. Dentre elas destaca-se se tratar de um estudo a nível local, com um número reduzido de participantes e que contemplou informações pontuais a respeito das experiências discriminatórias vivenciadas por essas mulheres. No entanto, cabe ressaltar a carência de estudos semelhantes realizados com esta população, configurando este enquanto potencial subsídio para pesquisas futuras, além de importante subsídio para elaboração de ações interventivas e políticas públicas. Aponta-se também a potência da autoavaliação do estado de saúde enquanto instrumento para melhor compreensão do estado de saúde deste público.

CONCLUSÃO

Como resultados relevantes deste estudo aponta-se a relação verificada entre pior autoavaliação do estado de saúde e experiências discriminatórias relacionadas a condição social e aparência física por parte de outras detentas. As diferentes configurações dos tratamentos discriminatórios podem ser compreendidas como elementos que impactam nas relações sociais e no processo saúde-adoecimento da população, sobretudo, aquela exposta às condições que envolvem o encarceramento no Brasil.

Apesar da complexidade do conceito de saúde estabelecido no território brasileiro por meio dos dispositivos e ferramentas legais, não se pode afirmar que esse direito seja efetivado, principalmente no contexto dos estabelecimentos penais. A lógica do conceito ampliado de saúde demanda que sejam englobadas as oscilações da vida, inclusive a própria possibilidade de adoecimento, para que sejam captadas situações com potencial adoecedor, tal como situações de discriminação.

Reforça-se que estudos devem ser realizados para compreensão de como ocorrem as situações de discriminação dentro dos estabelecimentos penais, bem como a maneira como este fenômeno é interpretado por esta população específica, de forma a possibilitar construção de modelos conceituais que busquem melhor direcionar ações de prevenção à estas experiências e ações de recuperação e promoção da saúde para mulheres acauteladas que tiverem sido expostas a estas situações. Cabe reportar também que as condições precárias de funcionamento dos estabelecimentos penais são desfavoráveis e que se faz necessária mudança radical não só em termos estruturais, como também institucionais.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Justiça e Segurança Pública (Brasil) [internet]. Brasil: MJSP; 2020 [acesso em 2020 Jul 24]. Disponível em: <https://app.powerbi.com/w?r=eyJrIjoiTlZGJjODQtNmJiMi00OTJhLWFiMDktNzRlNmFkNTM0MWI3IiwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MwYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9>.
2. World Prison Brief [internet]. London, England: WPF; 2020 [acesso em 2020 Jul 24]. Disponível em: <https://www.prisonstudies.org/>.
3. Akotirene C. Ó pa í, prezada: Racismo e sexismo institucionais tomando bonde nas penitenciárias femininas. São Paulo: Pólen; 2020.
4. Brasil. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. Comissão Parlamentar de Inquérito do Sistema Carcerário. CPI sistema carcerário brasileiro. Brasília: Câmara dos Deputados; 2015.
5. Martins ELC, Martins LG, Silveira AM, Melo EM. O contraditório direito à saúde de pessoas em privação de liberdade: o caso de uma unidade prisional de Minas Gerais. *Saúde Soc.* 2014 Out/Dez;23(4):1222-1234.
6. Minayo MCS, Constantino P (org.). *Deserdados sociais: condições de vida e saúde dos presos do estado do rio de janeiro*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015.
7. Ministério da Justiça e Segurança Pública (Brasil). Departamento Penitenciário Nacional. Relatório temático sobre mulheres privadas de liberdade – Junho de 2017. Brasília: MJSP; 2019.
8. Audi CAF, Santiago SM, Andrade MGG, et al. Inquérito sobre condições de saúde de mulheres encarceradas. *Saúde debate* [internet]. 2016 Abr/Jun [acesso em 2020 Jul 24]; 40(109):112-124. Disponível em: DOI: 10.1590/0103-1104201610909.
9. Lima GMB, Pereira Neto AF, Amarante PDC, Francisco PMSB. Mulheres no

cárcere: significados e práticas cotidianas de enfrentamento com ênfase na resiliência. *Saúde debate*. 2013;37(98):446-456.

10. Fazel S, Seewald K. Severe Mental Illness in 33,588 Prisoners Worldwide: Systematic Review and Meta-Regression Analysis. *Br J Psychiatry*. 2012 Mai;200(5):364-373.
11. Helpes SS. A superexploração do trabalho antes, durante e depois da prisão. *Entropia*. 2020 Mai;4(7):102-125.
12. Williams DR, Mohammed SA. Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *J Behav Med*. 2009 Fev;32(1):20-47.
13. Pascoe EA, Smart Richman L. Perceived Discrimination and Health: A Meta-Analytic Review. *Psychol Bull*. 2009 Jul;135(4):531-554.
14. Bruin A, Picavet HSJ, Nossikov A. Health interview surveys: towards international harmonization of methods and instruments. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1996.
15. Fonseca SA, Blank VLG, Barros MVG, Nahas MV. Percepção de saúde e fatores associados em industriários de Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saude Publica*. 2008;24(3):567-576.
16. Pavão ALB, Werneck GL, Campos MR. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. *Cad. Saúde Pública (Online)*. 2013 Abr;29(4):723-734.
17. Reichert FF, Loch MR, Capilheira MF. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012;17(12):3353-3362.
18. Bamia C, Orfanos P, Juerges H, Schöttker B, Brenner H, Lorbeer R, et al. Self-rated health and all-cause and cause-specific mortality of older adults: Individual data meta-analysis of prospective cohort studies in the CHANCES Consortium. *Maturitas*. 2017 Set 1;103:37-44.
19. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med*. 2009 Ago;69(3):307-316.
20. DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question: a meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2006 Mar;21(3):267-275.
21. Cruz MS, Irffi G. Qual o efeito da violência contra a mulher brasileira na autopercepção da saúde? *Ciênc. saúde coletiva*. 2019 Jul;24(7):2531-2542.

22. Ferreira WA, Giatti L, Figueiredo RC, Mello HR, Barreto SM. Validade Concorrente e de Face da Escala de MacArthur para avaliação do status social subjetivo: estudo longitudinal de saúde do adulto (ELSA-Brasil). *Ciênc. saúde coletiva*. 2018;23(4):1267-1280.
23. Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005;33:307-14.
24. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Löwe B. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics*. 2009;50(6):613-21.
25. Löwe B, Wahl I, Rose M, Spitzer C, Glaesmer H, Wingenfeld K, et al. A 4-item measure of depression and anxiety: validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *J Affect Disord*. 2010 Apr;122(1-2):86-95.
26. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 20 Set 1990.
27. Barros MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011;16(9):3755-3768.
28. Oliveira-Campos M, Rodrigues-Neto JF, Silveira MF, Neves DMR, Vilhena JM, Oliveira FJ, et al. Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013;18(3):873-882.
29. Soares Filho MM, Bueno PMMG. Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. *Ciênc. Saúde Colet*. 2016;21(7):1999-2010.
30. Parker R. Estigma, preconceito e discriminação na saúde pública global. *Cad. Saúde Pública (Online)*. 2012;28(1):164-169.
31. Schwalbe, ML. Goffman Against Postmodernism: Emotion and the Reality of the Self. *Symb Interact*. 1993;16(4):333-350.
32. Carter RT, Johnson VE, Kirkinis K, Roberson K, Muchow C, Galgay C.. A Meta-Analytic Review of Racial Discrimination: relationships to health and culture. *Race Soc Probl*. 2018 Nov;11(1):15-32.
33. Paradies Y, Ben J, Denson N, Elias A, Priest N, Pieterse A, et al. Racism as a Determinant of Health: a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*. 2015;10(9):e0138511.
34. United Nations Development Programme (UNDP). Tackling Social Norms: a game

changer for gender inequalities. New York, USA: UNDP; 2020.

35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
36. Kalra G, Bhugra D. Sexual violence against women: Understanding cross-cultural intersections. *Indian J Psychiatry*. 2013 Jul/Set;55(3):244–249.
37. Saffioti HIB. O poder do macho. São Paulo: Moderna; 1987.
38. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. 7. ed. São Paulo-SP: Editora Perspectiva; 2005.
39. Gray-Little B, Appelbaum MI. Instrumentality effects in the assessment of racial differences in self-esteem. *J Pers Soc Psychol*. 1979;37(7):1221–1229.
40. Almeida S. Racismo Estrutural. São Paulo: Pólen Livros; 2018.
41. Burgard S, Castiglione DP, Lin KY, Nobre AA, Aquino EML, Pereira AC, et al. Relatos diferenciados de experiências com discriminação no Brasil e Estados Unidos. *Cad. Saúde Pública (Online)*. 2017;33(Suppl 1):e00110516.
42. Barnes LL, Leon CFM, Bienias JL, Evans DA. A Longitudinal Study of Black-White Differences in Social Resources. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2004 Mai;59(3):S146-153.
43. Branden N. Auto-estima: como aprender a gostar de si mesmo. 6. ed. São Paulo: Saraiva; 1992.
44. Taylor C. A política do reconhecimento. In: Taylor C. Argumentos filosóficos. São Paulo: Edições Loyola; 2000.
45. Honneth A. Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais. São Paulo: Ed. 34; 2003.
46. Awad GH, Norwood C, Taylor DS, Martinez M, McClain S, Jones B, et al. Beauty and Body Image Concerns Among African American College Women. *J Black Psychol*. 2015 Dez;41(6):540-564.
47. Watson KL, Livingston JN, Cliette G, Eaton S. Internalization of the Thin Ideal, Media Images and Body Image Dissatisfaction in African American College Women. *J Black Sex Relatsh*. 2015;1(4):23-43.

48. Brasil. Ministério da Saúde e Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 3 Jan 2014.

49. Brasil. Ministério da Saúde e Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 210, de 16 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 17 Jan 2014.

Artigo submetido em novembro de 2021

Artigo aprovado de julho de 2021

Artigo publicado em agosto de 2021