



HELOÍSA MARIS MARTINS SILVA

**“PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, ESTILO DE VIDA, CONDIÇÕES DE SAÚDE E
TRANSTORNO MENTAL COMUM DE TRABALHADORES DE UMA
PENITENCIÁRIA FEMININA DO ESTADO DE SÃO PAULO”**

Campinas

2014



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

HELOÍSA MARIS MARTINS SILVA

**“PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, ESTILO DE VIDA, CONDIÇÕES DE SAÚDE E
TRANSTORNO MENTAL COMUM DE TRABALHADORES DE UMA
PENITENCIÁRIA FEMININA DO ESTADO DE SÃO PAULO”**

Dissertação de Mestrado Profissional apresentada à Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP para obtenção do Título de Mestra em **Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde**, área de concentração: Política, Gestão e Planejamento.

Orientador (a): Profa. Dra. Silvia Maria Santiago

Co-orientador (a): Dra Celene Aparecida Ferrari Audi

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA
DISSERTAÇÃO (TESE) DEFENDIDA PELO ALUNO HELOÍSA MARIS MARTINS SILVA
E ORIENTADA PELA PROFA.DRA.SILVIA MARIA SANTIAGO
Assinatura do orientador

Campinas

2014

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

Si38p Silva, Heloísa Maris Martins, 1980-
 Perfil sociodemográfico, estilo de vida, condições de
 saúde e transtorno mental comum de trabalhadores de
 uma penitenciária feminina do estado de São Paulo /
 Heloísa Maris Martins Silva. – Campinas, SP : [s.n.],
 2014.

 Orientador : Sílvia Maria Santiago.
 Coorientador : Celene Aparecida Ferrari Audi.
 Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
 Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

 1. Saúde do trabalhador. 2. Prisão. 3. Inquéritos
 demográficos. 4. Estilo de vida. 5. Transtornos mentais -
 Epidemiologia. I. Santiago, Sílvia Maria, 1958-. II. Audi,
 Celene Aparecida Ferrari. III. Universidade Estadual de
 Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Sociodemographic profile, lifestyle, health conditions and common mental disorder of the staff of a female prison in São Paulo state

Palavras-chave em inglês:

Worker's health

Prison staff

Population surveys

Lifestyle

Mental disorder, Epidemiology

Área de concentração: Política, Gestão e Planejamento

Titulação: Mestra em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde

Sílvia Maria Santiago [Orientador]

Heleno Rodrigues Corrêa Filho

Sandra Maria Spedo

Data de defesa: 24-02-2014

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde

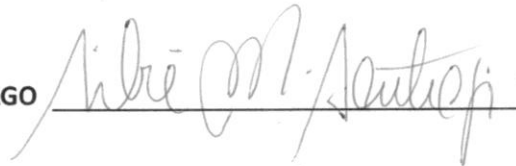
BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

HELOISA MARIS MARTINS SILVA

Orientador (a) PROF(A). DR(A). SILVIA MARIA SANTIAGO

MEMBROS:

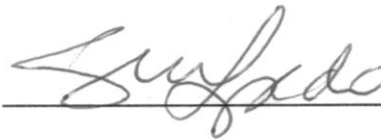
1. PROF(A). DR(A). SILVIA MARIA SANTIAGO



2. PROF(A). DR(A). HELENO RODRIGUES CORRÊA FILHO



3. PROF(A). DR(A). SANDRA MARIA SPEDO



Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Data: 24 de fevereiro de 2014

Dedico este trabalho a todos que acreditam e continuam acreditando, estimulando-me a coragem para seguir em frente.

Dedico este trabalho, em especial, ao meu companheiro, Thiago Castro, pelo amor com que construímos a nossa vida, dia-a-dia.

AGRADECIMENTOS

Profa. Dra. Sílvia Maria Santiago, minha orientadora, que entendeu minhas mudanças e deu acolhida ajudando a buscar rumos.

Profa. Dra. Celene Aparecida Ferrari Audi, que com generosidade compartilhou seus conhecimentos e ideias, dividindo com Profa Dra. Sílvia a orientação este trabalho. Recebeu-me com zelo e nos momentos em que quis esmorecer, conseguiu levantar minha confiança.

Meus pais e irmãos, pelas apostas diárias em minha capacidade.

André Baião, pelo apoio desde o início do preparo para o mestrado, e pela grande amizade construída desde os tempos do movimento estudantil.

Cecília Ferreira e Marcinha Rosalmeida, minhas amigas, entusiastas, parceiras, companheiras que estiveram comigo sobretudo em minhas ausências.

Paulo Navarro e Érika Viana, amigos das empreitadas do mestrado e da vida, pelas críticas e contribuições, pelas luzes.

Hélvia, Ivanhoé e Maria, por compreenderem o momento permitindo a presença do meu mestrado em todos os lugares de nossa casa e em nossa rotina.

Profas Maria da Graça Garcia Andrade e Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco pela delicadeza e contribuições na qualificação.

Lucas Machado e Ju Patrícia, companheiros de trabalho que deram suporte nos momentos em que precisei trocar plantões para cumprir com compromissos do mestrado.

Thiago Castro, por dedicar sua alma a seguir junto comigo por todas as estradas da vida.

Agradeço a todos que de alguma forma permitiram que eu realizasse este trabalho.

São Paulo, 14/05/96 " História " --João foi um trabalhador, em uma empresa particular, sendo que o mesmo prestava suas colaborações na empresa sem maiores problemas. --Até que um determinado dia, veio a calhar uma resseção no País, que fora provocada por uma iperinfração. Essas consequências foram trágicas para João que logo colocara em pânico. --João era um moço passivo, educado, sensato, tinha seus 26 anos quando se viu desempregado, pela trágica História que o País passava, nesse interino João saia de casa, para procurar emprego encontrava muita dificuldades. Até que um dia João saiu de casa e decidiu se juntar para protestar junto com os caras pintadas, João se viu no meio do tumulto, onde também fazia seu protesto que lhe valeu a pena com o ipetman do Presidente da República. --Na manhã seguinte João com sua curiosidade e anseio de achar um trabalho, pois se na banca de jornal e viu as manchetes, por considência acabou desviando sua atenção para um edital do Diário Oficial " CONCURSO PARA A.S.P." salário "R\$ 500,00". No dia 7/4/94 João se inscreveu, prestou concurso passou em 1º lugar. Ele não sabia que encontraria pela frente, porque o curso do CRAPH¹ não lhes deu as informações concretas sobre o que viria pela frente no trabalho. Passara 2 anos, o desgato era tanto lhe venho o stresse, doenças. Ele percebia que sua saúde não era a mesma. Chegava em casa batia na mulher, tomava pinga nos bares, junto com seus "amigos". João não era o mesmo, foi para na psiquiatria jamais se recupero. Hoje João lamenta com sua esposa e filhos que deveria ter procurado uma outra função sem ser A.S.P. Essa era a humilde e trágica história de um trabalhador, que não é reconhecido por uma sociedade e nem autoridade competente. Adeus João pois a falecer no dia 28/5/96.

Extraído do artigo *O Cotidiano da Violência: O trabalho do Agente de Segurança Penitenciária nas Instituições Prisionais* (LOPES, 2002)

¹ CRHAP, Centro de Recursos Humanos da Administração Penitenciária, era na década de 80, a instituição responsável pela formação de agentes de segurança.

APRESENTAÇÃO

Durante o percurso na graduação, estive envolvida com o Movimento Estudantil de Medicina local, nacional e internacionalmente, onde nosso objetivo maior era a busca pela melhoria da educação médica e também das políticas de saúde, num movimento em defesa da vida e em defesa do SUS. Tais atividades estimularam o meu interesse pela Saúde Pública, especialmente pela gestão e planejamento do sistema. Além disso, as disciplinas do Departamento de Medicina Preventiva e Social sempre ajudaram a dar forma à maneira através da qual eu percebia o acesso à saúde e também o sistema de saúde.

O meu interesse pela saúde pública fortaleceu-se ainda mais quando eu tive a oportunidade de participar em um grupo de pesquisa em Economia da Saúde em um projeto de análise de custo-efetividade das terapias renais substitutivas sob orientação das Profas Dra Mariângela Leal Cherchiglia e Dra Eli lola Gurgel. Participar nesta pesquisa definiu que, em algum momento de minha vida, eu gostaria de fazer mestrado.

Depois da graduação, tornei-me uma trabalhadora do SUS atuando como médica do Programa de Saúde da Família na cidade de Buenópolis e posteriormente na cidade de Mariana, ambas no estado de Minas Gerais. Enquanto durante a semana eu me dedicava à Atenção Primária, nos finais de semana eu trabalhava em Belo Horizonte em uma Unidade de Pronto Atendimento. Daí até o início do Programa de Residência trabalhei também nas cidades de Contagem e Nova Lima em unidades de Urgência e Emergência.

Com a experiência de campo vieram vários questionamentos a partir de uma maior compreensão do sistema a partir do olhar de um trabalhador, que um dia tinha olhado para este mesmo sistema como estudante. Percebi que alguns dos nós do SUS eram a falta de qualificação de gestores, a formação de recursos

humanos, a baixa participação social. Neste momento tornar-me uma sanitária se configurou como a minha escolha de vida profissional.

Em 2009, fui aprovada na seleção para o Programa de Residência em Medicina Preventiva e Social na UNICAMP. Fui apresentada a conceitos e ferramentas em Política de Saúde e Planejamento, Epidemiologia, Estatística, Vigilância em Saúde, Análise Institucional, Educação em Saúde, Ética, Sociologia/Antropologia, Saúde do Trabalhador, Pesquisa Qualitativa, Sistemas de Informação em Saúde, Avaliação de Serviços e Gestão Hospitalar. Fui ganhando lentes para enxergar sob diversos prismas

Terminados os dois anos da residência fui trabalhar inicialmente no núcleo de gestão de um município da região metropolitana de Campinas e na atenção básica do município de Campinas.

Na segunda metade de 2011, recebi um convite de André Baião, antigo companheiro de movimento estudantil, para contribuir na gestão da Secretaria Estadual de Saúde (SES) no Sergipe. Nesta época, eu atuava na assistência como médica no Centro de Saúde Santa Odila, na Santa Casa de Vinhedo e na Real Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campinas. Sempre gostei de trabalhar na assistência, mas também tinha gana de trabalhar e contribuir para mudanças no sistema de saúde a partir da gestão. Tive mais conversas com o André e conversei por telefone com Dr. Davi Souza, na época Diretor de Saúde. Fiquei interessada na proposta e minha *mineirice* desconfiada levou-me a pegar o avião naquela mesma semana e ir para Aracaju sentir o clima da cidade, das pessoas com quem eu iria trabalhar, da secretaria; eu precisava conversar *olho no olho*.

Fui muito bem recebida pela equipe do Núcleo de Gestão de Linhas de Cuidado (NUGELC), pelo diretor de saúde e pelo Secretário Adjunto de Saúde, Dr. Jorge Viana. Foram conversas aprazíveis e motivadoras. Voltei para Campinas decidida a me mudar para o Sergipe e aceitar o desafio de trabalhar no NUGELC/SES com a responsabilidade de ser a referência técnica da Linha de

Cuidado da Saúde da Mulher. Meus pais, Luiz Tadeu e Stella Maris, acompanharam-me durante o processo de mudança e ainda sem casa na capital sergipana fomos acolhidos no primeiro mês na casa de André e Rubiane, sua esposa.

O trabalho era desafiador a cada dia e eu participava ativamente do dia-a-dia da SES. Estávamos no contexto da implantação da Rede Cegonha no estado e uma das frentes de trabalho era a capacitação das parteiras tradicionais. Foi neste Foi durante este trabalho que me inscrevi no 1º Processo Seletivo do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Política e Gestão Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP) com a proposta de projeto intitulada “Parteiras Tradicionais: agregando valores e formando redes para a qualificação da assistência ao parto e à saúde da mulher do sertão.”

Quando entrei na seleção eu não tinha definição de um(a) orientador(a) e grata foi minha surpresa quando na primeira aula do curso fui comunicada que a Profª Drª Sílvia Maria Santiago teria aceitado me guiar nestas descobertas. Durante a residência médica, ela foi uma professora com a qual eu tinha boa relação e que se mostrou aberta a agregar pessoas. A cada 15 dias eu percorria a ponte aérea entre Aracaju e Campinas até que fui convocada para assumir vaga em concurso público nos municípios de Paulínia, Louveira e Campinas, todos ao mesmo tempo. Apesar das boas relações de trabalho em Aracaju, o cenário político estava conturbado na secretaria e além disso eu estava longe da minha família e amigos, passando muito tempo sozinha. Resolvi voltar para Campinas e escolhi assumir o concurso em Paulínia e Louveira.

Paralelamente e transversalmente a estas mudanças, surge um colega das aulas do mestrado que na época era residente de Medicina Preventiva e Social que passou a integrar minha trajetória e que foi essencial em meu desenvolvimento, Thiago Castro.

O desenvolvimento da proposta de projeto com as parceiras estava enfrentando dificuldades devido a atrasos no Ministério da Saúde quanto ao fornecimento do material, tendo sido postergada diversas vezes a realização das capacitações com as parceiras previstas na implantação da rede cegonha no Sergipe. Com o meu retorno a Campinas, tornou-se inviável continuar com a mesma proposta para o mestrado. Como poderia eu desenvolver um projeto tão grande sem estar tão próxima geograficamente e não mais vinculada à SES nem envolvida nos processos como outrora? Era necessário repensar todo o meu objeto de estudo e reformular o meu trabalho.

Senti estar perdida... Procurei minha orientadora que me acalmou e ofereceu abertura para construir uma nova proposta de trabalho, abrindo a possibilidade para que o projeto de mestrado fosse desenvolvido em qualquer uma de suas linhas de pesquisa. Conversando sobre o projeto envolvendo saúde e cárcere que a professora desejava desenvolver na época em que eu era residente, ela me ofereceu participar no projeto que já estava sendo desenvolvido pela Dr^a Celene Aparecida Ferrari Audi em seu pós-doutorado. Fui apresentada à Dr^a Celene que também me acolheu dentro do projeto.

Inicialmente delineado para uma avaliação de saúde das reeducandas da penitenciária, o Projeto Atenção Integral à Saúde da Mulher no Cárcere e dos Servidores da Penitenciária Feminina de Campinas – SP recebe a reivindicação informal de diversos trabalhadores para que sua saúde também fosse avaliada. O trabalho no presídio começa com atividade assistencial às mulheres em 2006, que perdura até o presente e que motivou a pesquisa sobre as condições de saúde na instituição. A atividade assistencial vem sendo desenvolvida com os alunos do 4º ano do curso de medicina da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)², desde 2006, no Centro de Saúde que tem esta penitenciária em sua área de cobertura.

² O estágio desenvolvido faz parte do currículo do curso.

Este movimento dos servidores de solicitar um olhar para eles pode ter vários significados e suscitam diversas perguntas:

1. Seria um pedido de atenção-socorro através da inclusão em uma pesquisa desenvolvida por uma instituição reconhecida?
2. Seria o reconhecimento e a declaração de partilharem da mesma fragilidade que os encarcerados?
3. Seria o reconhecimento de que o trabalho por eles desenvolvido pode ser responsável por adoecê-los? Seria medo de adoecer?

Diante disso, a solicitação foi acolhida, mesmo que este acolhimento tenha imposto uma dificuldade adicional ao projeto para obter aprovação no CEP/SAP - Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Administração Penitenciária. Tal dificuldade quase fez o grupo desistir, mas finalmente recebeu aprovação e cabendo desvendar, ao menos em parte, a mensagem que foi lançada de início com a reivindicação dos trabalhadores.

Estamos agora em 2013 e neste ponto, eu percebi que trabalhar em Paulínia e Louveira estava dificultando muito os meus estudos. Uma vez que no segundo município eu ia diariamente, optei por pedir exoneração deste, mantendo meu vínculo em Paulínia e me vinculando a Vinhedo onde eu trabalho uma noite por semana. Meus dias úteis livres não duraram muito, pois surgiu uma oportunidade para iniciar a carreira docente participando de processo seletivo na Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Comecei a trabalhar com os alunos do Internado em Saúde da Família do quinto ano do curso de medicina e junto com este trabalho surgiu a supervisão do Programa de Valorização da Atenção Básica. Foi um ano de muito trabalho, cheio de atividades e mudanças.

Tive a oportunidade de visitar a penitenciária em algumas ocasiões junto com a Dr^a Celene, acompanhando entrevista e também a coleta de dados antropométricos e medidas por capilaridade. Minha primeira visita causou-me bastante apreensão pela expectativa de entrar em um mundo conhecido somente

através das notícias nos jornais, dos livros, daquilo que as pessoas falam nas ruas, de depoimentos de pessoas que já atendi que são parentes de presos, que já foram presas e também pessoas que trabalham no sistema penitenciário. Quando cheguei e estacionei o carro na rua da frente, fiquei com medo de que os guardas cismassem com a minha presença ali parada dentro do carro esperando. Eu esperava pela Dr^a Celene que já tinha negociado a liberação de minha entrada com a diretoria do estabelecimento.

Tudo fechado, muros altos, portão gigante de aço. Tinha medo de ter alguma atitude suspeita, sei lá, eu estava assustada. Tudo transcorreu tranquilamente, exceto pela adrenalina que corria em minhas veias, tensão. No final daquela manhã a tensão cedeu depois que encontrei duas pessoas conhecidas: uma funcionária que trabalha comigo em outro lugar e uma policial já havia conduzido pessoas ao hospital para avaliação. Chorei ao chegar em casa, acho que pelo alívio de ter conseguido sair daquele ambiente tão diferente. Neste momento, eu entendi o trecho do livro **Carcereiros**:

As cadeias são ambientes cinzentos, mesmo que não estejam pintadas desta cor. A presença ostensiva das grades, das trancas e o som de ferro das portas quando se fecham oprimem o espírito de forma tão contundente, que em mais de vinte anos jamais encontrei alguém que dissesse sentir prazer quando entra num presídio. Ao contrário, a sensação de alívio ao cruzar o portão que dá acesso à rua é universal. (VARELLA, 2012, p.115)

Seguiram-se outras visitas.

Foi assim que nasceu esta dissertação de mestrado que tenta traçar o perfil sociodemográfico, de trabalho e de saúde dos trabalhadores de uma penitenciária do interior do estado de São Paulo. Ela é fruto de trabalho árduo e da tentativa de equilibrar a construção da dissertação, o trabalho como médica, o trabalho docente e a vida familiar.

RESUMO

O presente trabalho tem como principal objetivo descrever o perfil dos trabalhadores de uma penitenciária feminina do estado de São Paulo de forma a conhecer suas necessidades e desenvolver ações de promoção à saúde e prevenção de doenças. Para atingir este objetivo serão abordadas características sociodemográficas, estilo de vida, condições de saúde e transtorno mental comum. Trata-se de um estudo descritivo transversal que faz parte do Projeto Atenção Integral à Saúde da Mulher no Cárcere e dos Servidores da Penitenciária Feminina de Campinas – SP, desenvolvido por pesquisadores do Departamento de Saúde Coletiva (DSC) da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM-UNICAMP). Os dados foram obtidos através de questionário. O hábito de fumar, o consumo de bebidas alcoólicas e o transtorno mental comum foram avaliados a partir da aplicação de instrumentos validados que são respectivamente, Teste de Fagerström, AUDIT e SQR 20. Foram entrevistados 127 servidores envolvidos tanto na área administrativa quanto na área de segurança. A maioria dos trabalhadores é do sexo feminino (57,9%), a média de idade foi 41,3 anos (DP 10,2). Vivem em união conjugal 63,5% dos entrevistados e 75,4% tem filhos. Quanto à escolaridade, 50% dos servidores já cursou ou está cursando o curso superior. Foi encontrado que 63,5% trabalham na área de segurança, carga horária média de 38,6 horas por semana (DP=5,1), tempo de trabalho nesta unidade prisional de 10 anos ou mais em 48,7% dos casos, sendo que 68,2% tem renda de até 4 salários mínimos. Não foi encontrada prevalência de doenças crônicas estatisticamente diferente da população geral e de outros estudos. O transtorno mental comum foi encontrado em 15,2% da amostra.

PALAVRAS-CHAVE: 1. Saúde do trabalhador. 2. Prisão. 3. Inquéritos demográficos. 4. Estilo de vida. 5. Transtornos mentais – Epidemiologia

ABSTRACT

This research was designed to describe the profile of the staff of a female prison in São Paulo State to subsidize actions of health promotion and disease prevention. Designed as a cross-sectional study, it is part of the project “Atenção Integral à Saúde da Mulher no Cárcere e dos Servidores da Penitenciária Feminina de Campinas-SP” and it investigates sociodemographic characteristics, lifestyle, health conditions and common mental disorder. Data was collected through a questionnaire. Smoking cigarettes, alcohol use and common mental disorder were investigated using validated questionnaires: Fagerström Test, AUDIT and SRQ20, respectively. There were interviewed 127 workers involved in administrative or security areas. The majority of the staff is female (57.9%), the mean age is 41.3 years (SD= 10,2). 63,5% of the interviewed workers live with a partner and 75.4% have children. Coming to education, 50% have reached or are enrolled in a graduate course. We found that 63,5% of the workers are in the security area, the mean weekly workload is 38.6 hours (SD=5.1), presenting a mean time of work in this prison of 10 or more years in 48.3% of the cases and 68.2% of the workers have a salary under 4 times the minimum wage valid in the country. There were no significantly statistical differences neither between the population in study and the general population nor between the population in study and other studies in this field. Mental common disorder was found in 15.2% of the sample.

KEY-WORDS: 1. Worker's health 2. Prison staff 3. Population surveys 4. Lifestyle 5. Mental disorder, Epidemiology

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEP	Associação Brasileira de Estudos Populacionais
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
SAP	Secretaria de Administração Penitenciária
CNPCP	Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DCV	Doença cardiovascular
DEPEN	Departamento Penitenciário Nacional
DM	Diabetes mellitus
DP	Desvio-padrão
DSC	Departamento de Saúde Coletiva
DST	Doença sexualmente transmissível
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
FIES	Fundo de Financiamento Estudantil
FUNCAMP	Fundação de Desenvolvimento da UNICAMP
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
INCA	Instituto Nacional do Câncer

INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LEP	Lei de Execução Penal
MS	Ministério da Saúde
NUGELC	Núcleo de Gestão de Linhas de Cuidado
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PROUNI	Programa Universidade para Todos
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SM	Salário Mínimo
SP	São Paulo
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SQR	Self reporting questionnaire
SUS	Sistema Único de Saúde
TMC	Transtorno Mental Comum
UFESP	Unidade Fiscal do Estado de São Paulo
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
WHO	World Health Organization
SD	Standard Deviation

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos trabalhadores de uma penitenciária feminina, interior do estado de São Paulo, 2012/2013	72
Tabela 2 - Prevalência de morbidade referida na amostra por sexo e por agravo/doença. Penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo, 2012/2013	80
Tabela 3 - Prevalência de morbidade referida na amostra por núcleo de trabalho e por agravo/doença. Penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo, 2012/2013	80
Tabela 4 - Prevalência de acompanhamento por morbidade referida na amostra. Penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo, 2012/2013	85
Tabela 5 - Características de estilo de vida entre os trabalhadores de uma penitenciária feminina, interior do estado de São Paulo, 2012/2013.....	88

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de Dahlgren e Whitehead.....	42
Figura 2 - Mapa do Sistema Penitenciário Paulista (Unidades da Coordenação da Região Central)	51
Figura 3 - Modelo de Controle-Demanda de Karasek.....	56

LISTA DE QUADROS

Quadro A - Publicações brasileiras que avaliam o TMC em trabalhadores através do SQR20.....	47
Quadro B - Classificação e intervenção sugerida por zona de risco de acordo com o Score AUDIT	66
Quadro C - Níveis de atividade física em tempo livre de acordo com a quantidade semanal de atividade aeróbica.....	89

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição de anos de estudo dos agentes de segurança, segundo época	74
Gráfico 2 - Distribuição dos tipos de agressão segundo sexo. Penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo, 2012/2013	77
Gráfico 3 - Incidência dos tipos de agressão, segundo Núcleo de trabalho. Penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo, 2012/2013	79
Gráfico 4- Prevalência de Hipertensão segundo presença de diabetes. Penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo, 2012/2013	81
Gráfico 5 - Prevalência de Hipertensão segundo presença de alteração metabólica. Penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo, 2012/2013	82
Gráfico 6 - Prevalência de Hipertensão segundo presença de doença cardiovascular. Penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo, 2012/2013	83
Gráfico 7 - Distribuição de trabalhadores por quantidade de morbididades referidas. Penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo, 2012/2013	84
Gráfico 8 - Prevalência de níveis de atividade física em tempo livre (classificação do PAGA 2008), segundo sexo. Penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo, 2012/2013	90
Gráfico 9 - Prevalência de atividade física em tempo livre adequada, segundo núcleo de trabalho. Penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo, 2012/2013	91
Gráfico 10 - Prevalência de atividade física em tempo livre adequada, segundo escolaridade. Penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo, 2012/2013	92
Gráfico 11 - Distribuição percentual segundo consumo de álcool, por sexo . Penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo, 2012/2013	93

Gráfico 12 - Prevalência de tabagismo, segundo consumo de álcool. Penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo, 2012/2013.....	94
Gráfico 13 - Prevalência de tabagismo, segundo sexo. Penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo, 2012/2013	95
Gráfico 14 - Prevalência de fumantes segundo prática de atividade física em tempo livre. Penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo, 2012/2013	95
Gráfico 15 - Distribuição de TMC, segundo sexo. Penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo, 2012/2013	97
Gráfico 16 - Distribuição da prevalência de TMC, segundo prática de atividade física adequada. Penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo, 2012/2013	98
Gráfico 17 - Distribuição da prevalência de TMC, segundo ter referido condição mórbida. Penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo, 2012/2013 .	99

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	37
__1.1. Saúde.....	38
__1.2. Transtorno Mental Comum (TMC).....	45
__1.3. Um pouco de história do Sistema Prisional Paulista	48
1.3.1. Estabelecimentos Prisionais da Capital Paulista	49
1.3.2. Secretaria de Administração Penitenciária (SAP).....	50
1.3.3. A penitenciária onde foi realizado o estudo	51
__1.4. O trabalho em Penitenciária.....	52
2. JUSTIFICATIVA	57
3. OBJETIVOS	59
__3.1. Objetivo Geral.....	59
__3.2. Objetivos Específicos	59
4. SUJEITOS E MÉTODOS	61
__4.1. Tipo de estudo	61
__4.2. Campo de Estudo	61
__4.3. População de estudo	62
__4.4. Instrumentos de Pesquisa.....	62
4.4.1 Dados gerais.....	63
4.4.2. Condições relacionadas ao trabalho.....	63
4.4.3. Condições de saúde e estilo de vida	63
4.4.4. Violência	66
4.4.5. Transtorno Mental Comum (TMC)	67
4.4.6. Medida objetiva de dados antropométricos, sinais vitais e dosagens séricas por capilaridade.....	68

__4.5. Análise de dados.....	68
__4.6. Considerações éticas	69
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	71
__5.1. Perfil sociodemográfico	71
__5.2. Perfil socioeconômico e de trabalho	74
__5.3. Violência.....	76
__5.4. Condições de Saúde.....	79
__5.5. Transtorno Mental Comum	95
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105
ANEXO I - QUESTIONÁRIO MÓDULO SERVIDOR	116
ANEXO II - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	132

1. INTRODUÇÃO

Diversos estudiosos se dedicam a estudar a população carcerária, suas condições de vida e de saúde. Entretanto, poucos são os estudos com enfoque em outros atores que dividem o mesmo espaço da massa carcerária e têm o ambiente das prisões como cenário de trabalho. (BIERIE, 2012; CAMPOS e SOUSA, 2011) O dia a dia dos servidores das prisões os submete a muitos estímulos nocivos aos quais também são submetidos os presos (BIERIE, 2012). Além disso, sobre os trabalhadores está a responsabilidade da guarda dos reclusos e manutenção da ordem.

O trabalho é um elemento importante na história dos indivíduos podendo exercer tanto influência positiva quanto negativa no nível de felicidade, na satisfação com a vida e na saúde. (DEJOURS, 1986). Já é consenso, entre os estudiosos do trabalho, seja sob o prisma da saúde, da educação, da administração, da sociologia, da filosofia ou do direito que a autonomia é um componente central para que o trabalho produza sentido, responsabilidade e seja fonte de prazer (LACAZ, 2000; MORIN, 2001; CAMPOS, 2000).

Segundo Marx (2011):

Todo trabalho é, por um lado, dispêndio de força de trabalho do homem no sentido fisiológico, e nessa qualidade de trabalho humano igual ou trabalho humano abstrato gera valor da mercadoria. Todo trabalho é, por outro lado, dispêndio de força de trabalho do homem sob forma especificamente adequada a um fim, e nesta qualidade de trabalho concreto e útil produz valores de uso.

Transformações na maneira de se realizar o trabalho, com a fragmentação das tarefas, diminuição da complexidade, demanda de alta performance, automatização têm levado o trabalho de muitos ao seu sentido etimológico de sofrimento³. Sofrem os que têm trabalho e sofrem os que em

³ “A tese predominante é de que a palavra trabalho descende do latim *tripalium*, que indica um instrumento de ferro com três pontas, originariamente utilizado na lavoura para separar o cereal, que teve sua utilização decaída, sendo usado como instrumento de tortura” (ALBORNOS, [S.d.]).

consequência das transformações e cortes de pessoal estão desempregados. (MORIN, 2001) O mundo capitalista pressiona a produção e traz o medo de perder o emprego. Neste contexto, aumenta a busca por concursos públicos, pois o emprego público serve de alento na busca pela estabilidade. (GUIMARÃES *et al.*, 2011; TSCHIEDEL, 2012) Contudo, nem sempre se alcança a satisfação na atividade desenvolvida no cargo obtido e as consequências deste desencontro podem ser diversas.

Não é novidade que o trabalho produz impacto sobre a saúde dos trabalhadores (MENDES, 1988) seja na dimensão física ou mental. Exemplos de estados mórbidos que podem ser provocados ou agravados pelo trabalho são hipertensão arterial, doenças respiratórias crônicas, alcoolismo, transtornos depressivos e ansiosos, doenças osteomusculares, tabagismo (GIL-MONTE, 2003; JARDIM *et al.*, 2007; LEKA e JAIN, 2010).

Para DEJOURS (1986) o grau de organização do trabalho apoia-se na divisão de tarefas e na divisão dos homens. A primeira se refere ao *modus operandi*, ao trabalho prescrito enquanto a segunda, refere-se às relações estabelecidas entre os sujeitos no trabalho. Desta maneira, a organização do trabalho exerce sua influência sobre o funcionamento físico e mental do trabalhador.

A relação entre a saúde e o trabalho, ou seja, entre a saúde e o modo como se organiza o espaço nas instituições suscita preocupação que agrega diversos sujeitos sociais na busca de compreender as necessidades dos trabalhadores se intervir sobre esta relação.

1.1. Saúde

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988)

Ao mesmo tempo em que as pessoas afirmam saber o que é saúde, existe muita dificuldade em defini-la. A Organização Mundial da Saúde (OMS) a define como “... estado de completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença.” (WHO, 1948)

Apesar de, para sistematização do conhecimento, haver conceitos para saúde, o ser saudável ou não ser saudável passa também pela percepção subjetiva dos sujeitos. A percepção da saúde varia de pessoa a pessoa, pois pode tanto um portador de alguma doença sentir-se gozador de boa saúde, quanto alguém não portador de doença julgar-se não portador de saúde ou portador de saúde ruim.

Para um homem que imagina seu futuro quase sempre a partir de sua experiência passada, voltar a ser normal significa retornar uma atividade interrompida, ou pelo menos uma atividade considerada equivalente, segundo os gostos individuais ou os valores sociais do meio. Mesmo que essa atividade seja uma atividade reduzida, mesmo que os comportamentos possíveis sejam menos variados, menos flexíveis do que eram antes, o indivíduo não dá tanta importância assim a esses detalhes.(CANGUILHEM, 2012, p. 74-5)

Podemos dizer que a saúde e a doença coexistem em um processo dinâmico em que ninguém é totalmente saudável ou totalmente doente, mesmo porque não se pode conceituar a saúde como a ausência de doença. A fronteira entre o normal e o patológico é dinâmica, variando de acordo com a cultura, a época, os valores sociais e, sobretudo, a subjetividade de cada pessoa (CANGUILHEM, 2012). Não podemos, pois, definir saúde e doença de forma absoluta. A saúde e da doença podem ser vistas como produto das funções orgânicas, sendo que a primeira seria resultado da relação harmoniosa entre as funções sendo que esta relação permitiria a cada pessoa viver suas aspirações ao contrário da segunda que seria uma perturbação desta relação. (PETTENKOFER, 1941 apud AYRES, 1997, p.129)

Para DEJOURS (1986), a saúde é um processo dinâmico e ele a tira da posição de estado para a posição de um objeto. Quanto à saúde mental, ele a trata como capacidade de lutar contra as angústias e a elas sobreviver.

Pensar em condições de saúde demanda que se olhe além da saúde e da doença, incluindo-se estados e acontecimentos circunstanciais que seriam ditos “não médicos” que envolvem a vida das pessoas. É neste momento que se faz necessário discutir o conceito de risco e o que ele envolve.

O conceito de risco é tão complexo quanto o conceito de saúde. Desde os primórdios do desenvolvimento da epidemiologia, o risco sofreu modificações tanto em sua definição quanto na sua importância para a ciência epidemiológica. As primeiras referências explícitas ao risco foram feitas no início do século XX quando o risco é encarado como uma condição objetiva de causalidade. Com a aproximação da epidemiologia das ciências biomédicas, passa-se a atribuir o comportamento das doenças infecciosas às susceptibilidades individuais e é finalmente após a II Guerra Mundial que risco passa a designar “chances probabilísticas de suscetibilidade atribuíveis a um indivíduo qualquer de grupos populacionais particularizados, delimitados em função da exposibilidade a agentes (agressores ou protetores) de interesse técnico ou científico” (AYRES, 1997 p.294) De uma forma simplificada, podemos dizer que risco é a probabilidade de ocorrência de resultado desfavorável ou efeito indesejado.

A abordagem do risco pode demandar modelos complexos para se alcançar a compreensão de seus efeitos, pois na análise da ocorrência de eventos, os fatores de risco não exercem seus efeitos de forma isolada. Há uma interação entre eles num processo dinâmico e variável. Sendo assim, não nos é possível determinar exatamente o efeito de cada fator de risco, contudo podemos especular através de inferência estatística, o papel de cada um ou da associação entre eles (ALMEIDA-FILHO e COUTINHO, 2009). Considera-se “fator de risco” de um dano toda característica ou circunstância que acompanha um aumento de probabilidade de ocorrência do fato indesejado, sem que o dito fator tenha de intervir necessariamente em sua causalidade. (CLAP-OPAS/OMS, 1988 apud ROUQUAYROL e ALMEIDA-FILHO., 2003; p.679)

Desde a formulação de sua Constituição, a OMS já reconhece que o meio ambiente e fatores sociais fazem parte dos determinantes da saúde e estabelece como uma das funções da instituição: “promover, em cooperação com agências especializadas, quando necessário, melhorias nas condições de nutrição, moradia, saneamento, lazer, renda, trabalho e outros aspectos de higiene ambiental” (WHO, 1946)

O Sistema Único de Saúde (SUS), definido pela *Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990*, considera como fatores determinantes e condicionantes da saúde: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (BRASIL, 1990)

Dahlgren & Whitehead (1991) propuseram um modelo para sistematizar os fatores que exercem influência sobre a saúde. Neste modelo (FIGURA 1) os fatores são dispostos em camadas que têm os indivíduos como base, com suas características individuais, chegando até o nível do ambiente. Apesar de não permitir estabelecer a força de ligação entre os fatores e a saúde, ele nos facilita a visualização gráfica dos determinantes (BUSS e ALMEIDA-FILHO, 2007). Na epidemiologia contemporânea, mesmo quando se trata do risco com foco no indivíduo, o coletivo está presente, pois o risco tem a referência sempre no coletivo.

Os fatores de risco podem ser imutáveis ou mutáveis. No primeiro grupo poderíamos citar como exemplo a idade, o sexo e os fatores hereditários, enquanto no segundo grupo encontraríamos os fatores ambientais, culturais, políticos e socioeconômicos. A intervenção através da prevenção e da promoção da saúde é mais viável e efetiva nos fatores mutáveis, tendo nestes o seu foco de ação.

Figura 1 - Modelo de Dahlgren e Whitehead



Fonte: (BUSS e ALMEIDA-FILHO, 2007)

Para se trabalhar as condições de saúde avaliando e diminuindo os riscos é necessário promover a educação em saúde. As pessoas devem se convencer da necessidade e importância das mudanças de estilo de vida, não sendo suficiente que elas apenas confiem no que os profissionais de saúde e autoridades sanitárias dizem. (PETTENKOFEN, 1941 apud AYRES, 1997, p.135)

O conceito de estilo de vida é polissêmico podendo-se entendê-lo como um recurso da vida cotidiana utilizado para interagir com os outros e com o meio ambiente. Estilo de vida também pode ser entendido como um produto da cultura de consumo (TAYLOR, 2002) e como um conjunto individual de preferências (BOURDIEU; SAINT-MARTIN, 1976).

Um estilo de vida pode ser definido com um conjunto mais ou menos integrado de práticas que um indivíduo abraça, não só porque essas práticas preenchem necessidades utilitárias, mas porque dão forma material a uma narrativa particular da auto-identidade (GIDDENS, 2002; p.79)

Na saúde, o estilo de vida ganha importância com a construção do conceito de promoção da saúde com a publicação feita por Lalonde (1974): *A New Perspective on the Health of Canadians: a working document*. Neste documento, o estilo de vida é conceituado com um conjunto de decisões individuais que afetam a própria saúde do indivíduo. Apesar de imputar culpa ao indivíduo pelas consequências de maus hábitos, ele traz também o entendimento de que “o ambiente também afeta o estilo de vida e que alguns hábitos pessoais são produtores de vícios”. (LALONDE, 1974. p.36)

Interessante pensar que os indivíduos são forçados a escolher um estilo de vida a partir de diversas opções, contudo as opções são condicionadas pelo nível socioeconômico e também pela cultura do território onde o indivíduo vive. Aqueles com mais baixos níveis socioeconômico e cultural têm menos ou nenhuma opção. Assim sendo, a limitação material compele a um ou outro estilo de vida. As práticas viram rotinas e estas são incorporadas nos modos de agir, lugares frequentados, hábitos de vestir e de comer. (GIDDENS, 2002)

Um estilo de vida saudável pressupõe atitudes positivas em relação à saúde como a prática de atividade física, alimentação saudável, além de evitar o uso de álcool, cigarro ou drogas ilícitas. (WHO, 2002). É consenso que componentes do estilo de vida como o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a inatividade física e a dieta não saudável contribuem significativamente para a morbi-mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis. (FINE *et al.*, 2004)(POORTINGA, 2007) A escolha do estilo de vida tem lugar importante tanto na constituição da identidade e das práticas diárias quanto na determinação da situação de saúde dos sujeitos.

Estima-se que as mortes atribuíveis ao cigarro aumentem de 5.4 milhões em 2005 para 6.4 milhões em 2015 e que o tabaco será responsável por 10% das mortes do mundo. (MATHERS e LONCAR, 2006) Tabagistas podem viver aproximadamente 10 anos a menos do que os não tabagistas (DOLL *et al.*, 2004). O hábito de fumar pode ser influenciado pela rede social em que o

indivíduo está inserido, influência de amigos e parentes, propaganda de cigarro, preço do cigarro e conhecimento sobre os malefícios do tabagismo (MERMELSTEIN, 1999) (CUTLER e LLERAS-MUNEY, 2010). O tabaco representa risco à saúde de quem fuma e de quem respira a sua fumaça, os chamados fumantes passivos. Ele aumenta o risco para doenças cardiovasculares, respiratórias, diversos tipos de câncer, além de risco de comprometimento do desenvolvimento fetal (ERIKSEN; LEMAISTRE; NEWELL, 1988; LEFCOE *et al.*, 1983; KAZEMI *et al.*, 2013). Apesar de os danos do tabaco não se restringirem à saúde do fumante, a presente investigação não abordou o tabagismo passivo.

O consumo de álcool foi apontado como responsável por 3,2% das mortes e 4,0% da carga de doenças no mundo pela Organização Mundial da Saúde. (WHO, 2002). Em diversas comunidades, o consumo de álcool é comum em eventos sociais sendo bem aceito pela sociedade, porém o nível de consumo de álcool tem influência relevante sobre a saúde afetando indivíduos e comunidades. Sabe-se que o consumo abusivo desta substância constitui no maior determinante para doenças neuropsiquiátricas e outras doenças crônicas tais como: doenças hepáticas, doenças metabólicas e cânceres. Além disso, está intimamente relacionado a acidentes de trânsito e outras violências, podendo levar a acidentes fatais.

A inatividade física é o 4º maior fator de risco para mortalidade no mundo, sendo responsável por 6% das mortes. Acredita-se também que ela seja a principal causa de 21 a 25% da carga de câncer de mama e cólon, 27% da carga de diabetes e aproximadamente 30% da carga de infarto (WHO, 2010). Atividade física pode ser definida como qualquer movimento do corpo produzido por contrações da musculatura esquelética que promova um gasto energético acima do nível basal. Há dois tipos de atividade física: aquela da realização das atividades cotidianas e o exercício físico. Este último pressupõe movimentos repetidos, planejados feitos especificamente para a melhora ou manutenção do

condicionamento físico. (WONG *et al.*, 2003; U.S.A., 2008) No presente estudo, o termo atividade física se refere às atividades que visam o incremento da saúde.

Em todo o mundo estima-se que pelo menos 2,8 milhões de pessoas morrem por causas relacionadas ao excesso de peso (WHO, 2009). Há mais de um bilhão de adultos em todo o mundo com excesso de peso e pelo menos 300 milhões que são clinicamente obesos (WHO, 2002). O excesso de peso está estreitamente relacionado ao aumento do risco cardiovascular, com maiores chances de apresentar diabetes tipo 2, infarto agudo do miocárdio ou acidente vascular encefálico. Estar acima do peso também aumenta o risco para diferentes tipos de câncer.

A pressão arterial elevada (ou hipertensão arterial) e o acúmulo de gordura abdominal também estão relacionados ao aumento do risco para doenças cardiovasculares. Para as mulheres considera-se relacionada ao risco cardiovascular aumentado a circunferência abdominal maior ou igual a 80 cm e para homens, maior ou igual a 94 cm, sendo que quando estes valores são iguais ou superiores a 88 e 102, respectivamente, temos um risco cardiovascular muito aumentado. (LEAN; HAN; MORRISON, 1995)

“A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA).” (SBC; SBH; SBN, 2010) A prevalência de HAS na população adulta no Brasil está em torno de 30% (CESARINO *et al.*, 2008) (SANTOS *et al.*, 2013). Fatores ligados ao estilo de vida com o sedentarismo, ingestão de álcool por longos períodos, dieta inadequada (com consequentes excesso de peso e aumento da obesidade central) são fatores de risco para o surgimento de HAS e associados a ela aumentam o risco para DCV.

1.2. Transtorno Mental Comum (TMC)

“Os transtornos mentais representam em torno de 13% da sobrecarga de doenças no mundo” (GONÇALVES;STEIN; KAPCZINSKI, 2008). Estima-se em

todo o mundo que 5 a 10% da força de trabalho ocupada sofre de problemas de saúde mental considerados sérios, e que cerca de 30% sofre de algum tipo de desconforto psíquico menor. (WHO, 1985) A prevalência de TMC em países industrializados varia de 07 a 30%. (LUDERMIR e MELO-FILHO, 2002)

Os Transtornos Mentais Comuns representam um grupo de situações de alteração mental manifestados por depressão, ansiedade, somatizações correspondendo atualmente à expressão transtornos neuróticos. (AJAY, 2011). O instrumento recomendado pela Organização Mundial de Saúde para o rastreamento do TMC é o SQR20. Este questionário foi validado no Brasil por Mari e Williams (1986).

Diversos são os fatores de risco tais como condições sociodemográficas, doenças psicológicas, ausência de rede de suporte social, sexo e idade. (LUDERMIR, 2005; ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005) Os fatores ambientais sabidamente também provocam efeitos desfavoráveis na saúde mental podendo precipitar ou agravar problemas psiquiátricos. Estes problemas psiquiátricos por sua vez podem conduzir a prejuízos na vida socioeconômica das pessoas. (LOPES *et al.*, 2003) Assim, em um estudo transversal como o que se apresenta não é possível e nem se pretende estabelecer relações de causalidade.

O Quadro A mostra a prevalência de TMC encontrada em 13 diferentes estudos feitos no Brasil com categorias profissionais distintas. Mostra o ponto de corte utilizado em cada um dos estudos bem como o tamanho da amostra estudada. Foram encontradas prevalências que variaram de 18,7% a 51,8%.

Foram encontrados três trabalhos realizados com trabalhadores do sistema penitenciário, contudo apenas Alves (2009) considera em sua amostra os servidores que não exercem a função de agente penitenciário ou similar. Neste trabalho em que houve a inclusão de todos os trabalhadores das penitenciárias em estudo foi encontrada a maior prevalência de TMC, contudo o ponto de corte

foi utilizado foi diferente para homens e mulheres, sendo que para as últimas era mais alto.

Quadro A - Publicações brasileiras que avaliam o TMC em trabalhadores através do SQR20

Estudo	Categoria profissional	Ponto de corte adotado no SQR20	Prevalência de TMC
Faria <i>et al.</i> , 1999	1282 agricultores	>=6 para homens, >=8 para mulheres	37,5%
Fernandes <i>et al.</i> , 2002	311 agentes penitenciários de Salvador, Bahia, Brasil	7/8 para ambos os sexos	30,7%
Sobrinho <i>et al.</i> , 2006	Médicos residentes na Cidade de Salvador (n=350)	>=7 para ambos os sexos	26%
Porto <i>et al.</i> , 2006	1024 Professores das escolas públicas municipais e de escolas particulares de Vitória da Conquista, Bahia	>=8 para ambos os sexos	44%.
Lima <i>et al.</i> , 2006	455 Alunos do primeiro ao sexto ano de um curso de medicina do Estado de São Paulo	>=6 para homens, >=8 para mulheres	44,6%
Pinho e Araújo, 2007	80 trabalhadores de enfermagem da emergência de um hospital geral de Feira de Santana, Bahia	>=7 para ambos os sexos	26,3%
Reichert <i>et al.</i> , 2007	75 agentes penitenciários das duas unidades prisionais de Londrina, Paraná	>=7 para ambos os sexos	21,3%
Souza <i>et al.</i> , 2007	Policiais civis da cidade do Rio de Janeiro (n=2746)	7 para homem e 8 para mulher	20%
Silva e Menezes, 2008	141 Agentes comunitários de saúde de seis unidades básicas de saúde de uma região do município de São Paulo	7/8 para ambos os sexos	43,3%
Alves, 2009	301 servidores das penitenciárias estaduais de Avaré - São Paulo	5/6 para homens e 7/8 para mulheres	51,8%
Kirchhof <i>et al.</i> , 2009	491 trabalhadores de enfermagem do Hospital Universitário de Santa Maria, Rio Grande do Sul	>=6 para homens, >=8 para mulheres	18,7%
Souza <i>et al.</i> , 2010	158 trabalhadores do setor de manutenção de uma empresa de energia elétrica no Nordeste do Brasil.	5/6 para ambos os sexos	20,3%
Oliveira , 2011	152 delegados e delegadas de polícia civil na cidade de Salvador, Bahia	>=5 para homens, >=7 para mulheres	37,5%

1.3. Um pouco de história do Sistema Prisional Paulista

Os primórdios do Sistema Prisional Paulista remontam os tempos da colonização em que as regras utilizadas para penalizar os infratores eram as mesmas seguidas em Portugal – as Ordenações Filipinas. Este conjunto de regras previam penas diversas para um mesmo crime, havendo diferença na penalidade caso o réu fosse rico ou pobre. A moral católica e o poder da Igreja faziam com que nesta época, a maioria dos crimes previstos fossem os crimes contra os costumes, muitos dos quais atualmente deixaram de ser crime. As cadeias sempre existiram, mas a privação da liberdade não era a pena mais aplicada e estava sempre associada a outro tipo de pena. Estes estabelecimentos cumpriam a função de retirar do convívio da sociedade aqueles que violavam a paz e tinham mais uma função simbólica. Nestes tempos as penalidades recaíam no castigo do corpo dos pobres, pois aos ricos ficavam as multas. (RODRIGUES, 2011)

Foi no Império, com a Constituição de 1824, que ocorreu a primeira reforma do código penal no Brasil que aboliu os castigos físicos, exceto para os negros escravos no Código Criminal de 1830, em que o encarceramento passa a ser a pena principal. Consequentemente, há aumento na demanda por profissionais para vigiar os presos e desde já surgem problemas como superlotação, mistura de presos provisórios e condenados, má alimentação, relatos de atos de corrupção e arbitrariedade. (RODRIGUES, 2011) Paralelamente, em todo o mundo, o suplício do corpo e o espetáculo público eram paulatinamente abolidos. (FOUCAULT, 1987)

A prisão vai adquirindo o seu caráter de instituição total⁴ a partir de modelos americanos em que o preso é totalmente isolado da sociedade por muros altos, deve obedecer a normas quanto às atividades diárias que serão realizadas e também quanto aos horários que irão realizá-las. As várias atividades realizadas neste ambiente são seguem rigorosamente horários estabelecidos por superiores.

⁴ “Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada.”(GOFFMAN, 1961, p.11)

Também a este ambiente são impostas barreiras ao contato social com o mundo externo por meio de barreiras físicas como grades, muros altos, trancas, arame farpado, fossos. (GOFFMAN, 1961) O trabalho é visto como meio de conferir ao preso hábitos de ordem e obediência. “O isolamento dos condenados garante que se possa exercer sobre eles, com o máximo de intensidade, um poder que não será abalado por nenhuma outra influência; a solidão é a condição primeira da submissão total” (FOUCAULT, 1987).

1.3.1. Estabelecimentos Prisionais da Capital Paulista

Em 1852 surge a Casa de Correção de São Paulo no molde Auburniano⁵. Projetada para 160 vagas, foi inaugurada com 40 vagas e teve sua obra concluída 18 anos depois. Em 1911 é inaugurada a Penitenciária do Estado, projetada para 1200 presos, que durante muito tempo foi vista como prisão modelo. Entretanto, internamente era palco de ações das mais indesejáveis.

Externamente, a Penitenciária do Estado mostrava-se como presídio modelo, nas primeiras décadas de funcionamento. Mas, a análise dos prontuários dos presos revela uma instituição que apresentava todos os vícios presentes nas prisões comuns do país, um cotidiano prisional tenso, cheio de conflitos, de injustiças, de protecionismos, de perseguições envolvendo funcionários e presos. Revela como algumas ações banais (que não passavam de atos com os quais os presos procuravam combater o tédio das longas horas de solidão) resultavam em punições. As estatísticas demonstram, outrossim, que raríssimos eram os casos de presos oriundos das camadas sociais mais abastadas. Os documentos revelam a prática de castigos violentos(...).(RODRIGUES, 2011, p.6)

Devido ao aumento na demanda por vagas nos estabelecimentos penais com a população carcerária em crescimento, foi inaugurada no Governo de Jânio Quadros a Casa de Detenção de São Paulo, inicialmente para 3250 detentos, sendo posteriormente ampliada para 6300 vagas. (SÃO PAULO, 2013a)

⁵ “O modelo de Auburn prescreve a cela individual durante a noite, o trabalho e as refeições em comum, mas, sob a regra do silêncio absoluto, os detentos só podendo falar com os guardas, com a permissão destes e em voz baixa”(FOUCAULT, 1987)

O objetivo desta unidade era de albergar pessoas que estavam à espera de julgamento, ou seja, presos provisórios.

O número de presos não parava de crescer e a Casa de Detenção em 1975 passou a misturar em suas dependências presos de todos os tipos, que cometeram qualquer tipo de crime, independentemente de serem primários ou reincidentes, condenados ou provisórios. Tal situação provocou dois episódios que marcaram a história do sistema penitenciário do Brasil. Em 1982, uma tentativa de fuga que deixou 44 vítimas, sendo 16 mortos e 28 feridos. Dez anos mais tarde em 1992, ocorre o “Massacre do Carandiru” que muda a história do sistema penitenciário paulista.

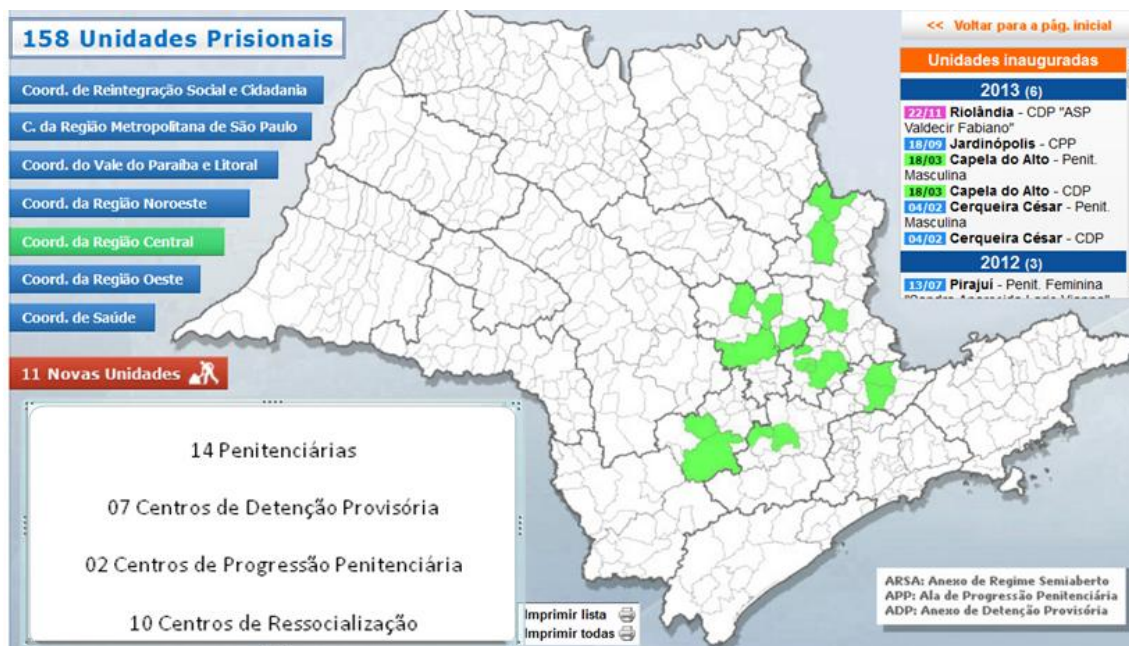
No dia 02 de outubro, o pavilhão 09 foi ocupado pela Polícia Militar em uma ação que visava dar fim a uma rebelião e resultou na morte de 111 detentos. Após este episódio, decidiu-se pela desativação da Casa de Detenção, que ocorreu em 2002. Neste intervalo de tempo, grandes transformações ocorreram no universo prisional.

A desativação do Carandiru pode ser considerada um acontecimento que, longe de marcar o fim desses três processos – crescimento da população carcerária, transferência desta população para prisões construídas longe dos grandes centros e surgimento do PCC –, reúne-os em um ponto de congruência. (BIONDI, 2009 p.47)

1.3.2. Secretaria de Administração Penitenciária (SAP)

Três meses após o episódio do “Massacre do Carandiru” foi publicada a Lei nº 8.209, de 04 de janeiro de 1993 criando a Secretaria de Estado da Administração Penitenciária, fazendo com que o estado de São Paulo fosse o pioneiro na criação de órgão específico para cuidar de assuntos penitenciários. Ela foi criada com específica missão de fiel aplicação à Lei de Execução Penal e conduzir o processo de transferência dos presos da Casa de Detenção e desativação desta unidade. (RODRIGUES, 2011)

Figura 2 - Mapa do Sistema Penitenciário Paulista (Unidades da Coordenação da Região Central)



Fonte: www.sap.sp.gov.br, acesso em: 30 de novembro de 2013 (SÃO PAULO, 2013d)

O estado de São Paulo tem, atualmente, 158 unidades prisionais que a SAP divide por regiões em 05 coordenadorias: Região Metropolitana de São Paulo, Região do Vale do Paraíba e Litoral, Região Noroeste do Estado de São Paulo, Região Central do Estado de São Paulo e Região Oeste do Estado. (FIGURA 2) A Penitenciária Feminina que é objeto desse estudo encontra-se na Região Central, que conta com 33 Unidades Prisionais, sendo esta a única penitenciária para mulheres nesta coordenadoria. Por esse motivo e pelo crescente aumento de demanda por vagas femininas no estado de São Paulo, esta unidade é muito utilizada para o cumprimento de penas na região e se encontra superlotada. (SÃO PAULO, 2013b)

1.3.3. A penitenciária onde foi realizado o estudo

Inaugurada em 01/03/1993, tem capacidade para 528 reeducandas, contudo segundo dados da SAP, a população carcerária atualmente é de 1002 mulheres. (SÃO PAULO, 2013c) Trata-se de uma unidade de regime fechado que

alberga reeducandas condenadas e também reeducandas provisórias em 40 celas. Antes de abrigar pessoas do sexo feminino, esta unidade era uma cadeia masculina onde ficavam presos provisórios e também presos condenados que esperavam vaga em uma penitenciária para o cumprimento de pena. Ter sido projetada para a função de cadeia masculina é um dos motivos que faz com que o prédio tenha condições insuficientes para abrigar mulheres de modo a dificultar ações de reeducação e reinserção social após o cumprimento de pena.

A estrutura física desta penitenciária em muito se assemelha ao modelo arquitetural do Panóptico de Bentham descrito em Foucault (1987):

O princípio é conhecido: na periferia uma construção em anel; no centro, uma torre; esta é vazada de largas janelas que se abrem sobre a face interna do anel; a construção periférica é dividida em celas, cada uma atravessando toda a espessura da construção (...). Basta então colocar um vigia na torre central, e em cada cela trancar um louco, um doente, um condenado, um operário ou um escolar (...). (FOUCAULT, 1987, p. 190)

1.4. O trabalho em Penitenciária

A prisão compreende um grupo de trabalhadores nas mais diversas funções e os sujeitos deste coletivo que despertam maior curiosidade e também mais carregam estigmas são os agentes penitenciários, popularmente chamados de carcereiros. Os trabalhadores desta penitenciária, além do estigma em torno daqueles que trabalham na prisão, carregam também a marca de serem funcionários públicos.

O servidor público brasileiro possui, portanto, uma imagem estereotipada, com forte apelo negativo, que vem ocasionando perda de prestígio social e gerando baixa estima e consequente adoecimento. (...) Instituições como as policiais, que apresentam problemas organizacionais complexos e persistentes, reagem de forma defensiva e repressora por ocasião do aparecimento do adoecer. (CARNEIRO, 2006 ,p.25)

Desde os primórdios do Sistema Prisional Paulista em que o salário era bom, ser carcereiro já não era fácil. “A recusa ao cargo de carcereiro devia-se à responsabilização exagerada no caso de fuga de presos: ou recapturava os fugitivos ou seria ele próprio encarcerado.” (RODRIGUES, 2011. p.7).

A função de Agente Penitenciário carrega muitos estigmas e o trabalho no sistema penitenciário é retratado em filmes, jornais, revistas, internet de maneira depreciativa. (LOURENÇO, 2010) Neste trabalho chamaremos de agentes penitenciários os ocupantes de dois cargos da Secretaria de Administração Penitenciária de São Paulo (SAP): os agentes de escolta e vigilância penitenciária e os agentes de segurança penitenciária.

As atribuições da função de Agente de Segurança Penitenciária (ASP) do Estado de São Paulo dispostas na Lei Complementar n.498, de 29/12/1986 em seu Artigo 1º são o desempenho de atividades de vigilância, manutenção da segurança, disciplina e movimentação dos presos internos em Unidades do Sistema Prisional. (SÃO PAULO, 1986)

O Agente de Escolta e Vigilância Penitenciária (AEVP) do Estado de São Paulo tem por atribuições atividades de escolta e custódia de presos, em movimentações externas, e a guarda das unidades prisionais, visando evitar fuga ou arrebatamento de presos definidos assim pelo Artigo 1º da Lei Complementar nº 898, de 13/07/2001 – “Institui no Quadro da Secretaria da Administração Penitenciária a classe de Agente de Escolta e Vigilância Penitenciária, e dá providências correlatas” (SÃO PAULO, 2001).

Como exigências para admissão aos cargos de ASP e AEVP , o candidato deve completar o Ensino Médio e possuir mais de 18 anos de idade para poder assumir o cargo, caso tenha sido aprovado em concurso público.

Apesar de Goffman (1961), ao tratar das instituições totais, deixar claro que seu principal foco se refere ao mundo do internado, e não ao mundo do dirigente, a prisão exerce efeito de instituição total sobre seus trabalhadores. O

trabalhador da penitenciária cumpre dentro desta um duplo papel, pois ao mesmo tempo que tem que exercer um controle sobre aqueles que ele guarda, ele também é controlado pelas rígidas regras. O trabalhador da penitenciária não pode sair do ambiente de trabalho antes do fim do expediente e, enquanto está em serviço, não está autorizado a se comunicar com o exterior, a menos que isso seja feito através dos radiocomunicadores ou através da telefonista. Quando no trabalho, ele ainda é despojado de seus bens, uma vez que não pode portar seus pertences ou tê-los ao seu alcance durante o expediente. Na entrada da penitenciária, os pertences dos trabalhadores devem ser guardados em uma sala com escaninhos individuais. As refeições são feitas no refeitório e a comida oferecida em nada difere daquela fornecida às reeducandas.

Seu “fechamento” ou seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico – por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos.(GOFFMAN, 1961, p.16)

O agente carcerário e o presidiário encontram vários pontos de interseção em suas dinâmicas de vida diária. Mesmo que a prisão, em um primeiro plano, para um seja trabalho e para outro seja reabilitação, para ambos ela tem o seu significado de privação de liberdade e sofrimento. A totalidade da instituição, em graus diferentes, se impõe a todos dentro da prisão. “A natureza do trabalho dos guardas de presídio pouco os diferencia da condição do prisioneiro, exceto o fato de que saem em liberdade no fim do dia (...).” (VARELLA, 2012 p.16)

Espera-se que o agente penitenciário exerça simultaneamente o papel de controlar as reeducandas zelando para que cumpram suas sentenças obedecendo as regras e de trabalhar na reeducação para o convívio social. Além disso, ao mesmo tempo em que é o responsável por manter a rigidez e a dureza no estabelecimento prisional, ele também está submetido a estas forças de opressão.

O trabalhador, principalmente o que tem contato direto com os presos sendo responsável pela manutenção da segurança, é demandado todo o tempo a reinventar o seu papel, uma vez que as situações que podem se apresentar são das mais variadas possível. O trabalho prescrito nunca é igual ao trabalho real, e ao trabalhador cabe preencher esta lacuna com uma série de ações para confrontar com a realidade. (DEJOURS, 2004) O risco e a vulnerabilidade são fatores inerentes do trabalho em penitenciárias. Para os trabalhadores da prisão, o estresse e a violência fazem parte da rotina.

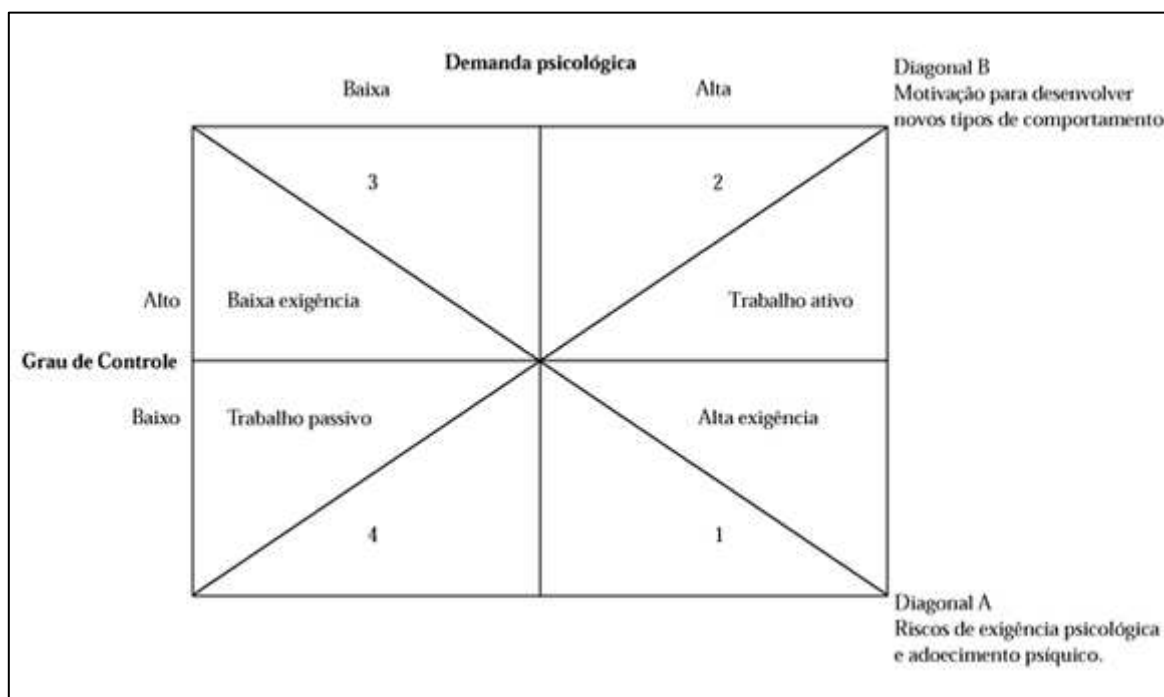
Há, ainda, o agravante da superpopulação das penitenciárias, que é um fator que favorece o aumento do nível de estresse e pressão no trabalho. O Brasil ocupava, em dezembro de 2012, o 32º lugar no ranking mundial de taxa de ocupação das prisões, com uma taxa de 171,9%, segundo dados do International Centre for Prison Studies. (ICPS, 2012) Este inchaço do sistema faz com que o número de agentes penitenciários encarregados da vigilância dos reeducandos fique abaixo dos padrões internacionais. No final do ano de 2009, ficou determinado pelo Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP) do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) que, (...) “na análise dos projetos apresentados pelos Estados para construção de estabelecimentos penais destinados a presos provisórios e em regime fechado, exija a proporção mínima de 5 (cinco) presos por agente penitenciário”(...) (BRASIL, 2009a, p.55)

O trabalho traz consigo uma carga que pode ser dividida em carga física e carga mental. Dejours (2013) propõe reservar aos elementos afetivos e relacionais o termo carga psíquica. Existe uma grande dificuldade em mensurar a carga psíquica do trabalho, uma vez que ela não obedece a escalas, sendo uma dimensão primariamente qualitativa. “O prazer, a satisfação, a frustração, a agressividade, dificilmente se deixam dominar por números” (DEJOURS, 1980).

Robert A. Karasek (1979) desenvolveu o modelo demanda-controle-recompensa para tentar compreender a relação entre estresse e trabalho. Partindo deste modelo, o trabalho nas penitenciárias estaria entre os de maior desgaste ao

trabalhador, considerando apresentar demandas altíssimas, baixo controle das circunstâncias e, também, baixo reconhecimento pelas chefias e sociedade. Já no início da década de 80 sabe-se que trabalhar na prisão traz consigo maior risco de suicídio, doenças cardiovasculares, problemas digestivos e abuso de substâncias (CHEEK e MILLER, 1983). A organização do trabalho influencia os afetos psíquicos e esta afetação pode ser traduzida em manifestações somáticas e o inverso, em que o desgaste físico pode ter uma tradução psíquica, também é verdadeiro.

Figura 3 - Modelo de Controle-Demanda de Karasek



Fonte: KARASEK, 1979

Neste contexto, é necessário indagar quais consequências que a exposição a este ambiente de trabalho pode provocar sobre a saúde dos servidores nas penitenciárias. Podem-se imaginar, também, os efeitos do adoecimento na qualidade de vida do trabalhador e em sua capacidade de trabalho na recuperação e socialização do indivíduo em condição de cárcere, que é objeto de seu trabalho

2. JUSTIFICATIVA

A importância do presente estudo se justifica por:

- escassez de trabalhos no Brasil que se dediquem a estudar a saúde dos servidores do sistema prisional,
- os poucos trabalhos existentes na área incluem apenas os agentes de segurança
- grande potencial de adoecimento inerente ao trabalho neste ambiente perigoso, insalubre e estressante,
- reconhecimento dos próprios trabalhadores de que a saúde deles necessita de atenção.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Descrever o perfil dos trabalhadores de uma penitenciária feminina do estado de São Paulo.

3.2. Objetivos Específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico, econômico e de trabalho dos trabalhadores segundo características de sexo e idade.
- Descrever a situação de saúde dos servidores quanto a doenças, vacinação, acompanhamento médico e dados antropométricos.
- Descrever o estilo de vida quanto a prática de atividade física, o uso de cigarro a partir do Teste de Fagerström e álcool a partir do AUDIT.
- Identificar e analisar a presença de Transtorno Mental Comum a partir do SQR-20

4. SUJEITOS E MÉTODOS

O estudo foi desenvolvido no período de agosto de 2012 a maio de 2013. Foram realizadas entrevistas com os trabalhadores que se dispuseram a participar do Projeto de Pesquisa “Atenção Integral à Saúde da Mulher no Cárcere e dos Servidores da Penitenciária Feminina de Campinas-SP” desenvolvido por pesquisadores do Departamento de Saúde Coletiva (DSC) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

4.1. Tipo de estudo

Foi realizado um estudo do tipo transversal. Para estudos que se propõem a estudar a prevalência, o tipo adequado é o tipo seccional ou transversal. Este tipo de estudo fornece ao pesquisador “uma fotografia” da situação estudada, pois evidencia características em um dado momento específico. Uma vez que enxerga, simultaneamente, a situação de saúde e o fator associado, o estudo transversal tem a limitação de não permitir o estabelecimento da relação de causa efeito, contudo permite que sejam estabelecidas associações entre fatores. (KLEIN *et al.*, 2009) (ROUQUAYROL *et al.*, 2003)

Devido ao seu alto potencial descritivo, pode ser considerado um excelente método para se conhecer as características de uma população para subsidiar o planejamento de ações, além de permitir que sejam feitas inferências. (KLEIN *et al.*, 2009)

4.2. Campo de Estudo

O estudo foi realizado em uma penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo. Esta unidade prisional tem capacidade para 528 reeducandas, contudo segundo dados da SAP, a população carcerária atualmente é de 1002 mulheres. (SAP, 2013) Trata-se de uma unidade de regime fechado que alberga reeducandas condenadas e provisórias em 40 celas.

4.3. População de estudo

O departamento de Recursos Humanos da penitenciária em estudo forneceu uma relação com 222 servidores. Dentro deste universo, 19 servidores estavam de licença para tratamento de saúde, 76 servidores estavam em férias ou não desejaram participar. Apesar de solicitado, não tivemos acesso aos servidores que estavam de licença para tratamento de saúde. Foram entrevistados 127 servidores tanto os envolvidos na área administrativa quanto os envolvidos na área de segurança. Como critério de inclusão: ser trabalhador da penitenciária e desejar participar da entrevista. Portanto, o presente estudo incluiu todos os servidores que estavam em atividade na instituição no período estudado e que aceitaram participar da pesquisa.

4.4. Instrumentos de Pesquisa

A pesquisa utilizou para a obtenção de dados a técnica da entrevista com a aplicação de um questionário com questões abertas, fechadas e mistas, escalas e testes específicos, além da medida objetiva de dados antropométricas, sinais vitais e dosagens séricas por capilaridade. O questionário foi formulado dentro do projeto de pesquisa “Atenção Integral à Saúde da Mulher no Cárcere e dos Servidores da Penitenciária Feminina de Campinas” As entrevistas foram realizadas durante o horário de trabalho em local determinado pelos diretores responsáveis que pudesse assegurar segurança e sigilo aos entrevistados. A coleta de dados foi realizada por duas enfermeiras e uma auxiliar de pesquisa, com nível universitário, devidamente treinadas.

O questionário abrange questões sobre dados sociodemográficos, econômicos, condições de trabalho, condições de saúde, atividade física, consumo de bebidas alcoólicas, hábito de fumar, violência, transtorno mental comum (Anexo I).

4.4.1 Dados gerais

Para conhecer as características sociodemográficas e econômicas indagou-se sobre: idade em anos, renda, situação conjugal, número de filhos, raça/cor, religião, escolaridade, estudo atual, classificação econômica ABEP e responsável pela família. Inclui também se o servidor recebe ou não algum tipo de ajuda (dinheiro, ticket, cesta básica, bolsa alimentação, etc.), qual o tipo de ajuda e de quem ela é recebida.

4.4.2. Condições relacionadas ao trabalho

As informações sobre as condições relacionadas ao trabalho envolveram as variáveis: tempo de trabalho na penitenciária em anos, carga horária semanal, distância de casa até o trabalho em km, meio de locomoção para o trabalho, tempo de locomoção, cargo ou função, se tem outro trabalho fora da penitenciária, compatibilidade entre a função exercida e a formação técnica, treinamento pregresso, se gostaria que fosse realizado algum treinamento em serviço.

4.4.3. Condições de saúde e estilo de vida

As condições de saúde foram avaliadas quanto à referência a condições de morbidade referidas, realização de exames preventivos, vacinação, acompanhamento médico para morbidade referida. Os problemas de saúde, atuais ou prévios referidos pelos entrevistados, foram: pressão alta, diabetes, problemas genitais, alteração em níveis séricos de triglicérides, ácido úrico e colesterol, tuberculose, hanseníase, problemas de coração, enxaqueca (dor de cabeça), DST/AIDS ou outros. As perguntas feitas apresentavam possibilidade de resposta dicotômica, tipo sim ou não e se tratavam da apresentação das referidas condições alguma vez na vida, não se fazendo menção a quanto tempo. Também foram feitas perguntas do tipo sim ou não sobre comportamento sexual de risco, sorologia para HIV, exames preventivos de mama, próstata e citologia oncológica. Para aqueles que afirmaram ter alguma doença, perguntou-se se faz

acompanhamento médico ou não. Sobre vacinação, foi perguntado se as vacinas estão em dia e no caso de resposta negativa, quais seriam as vacinas faltantes.

O estilo de vida foi avaliado abordando-se a atividade física, o hábito de fumar e o consumo de bebidas alcoólicas. Sobre a prática de atividade física foi perguntado se ela é praticada, com qual frequência semanal e quantos minutos são gastos por dia de atividade.

O hábito de fumar foi avaliado por meio do Teste de Fagerström (MENESES-GAYA *et al.*, 2009). O teste foi aplicado apenas para as pessoas que reponderam fumar cigarros. Trata-se de uma escala que mede a magnitude da dependência da nicotina e consiste em seis questões:

- Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?
- Você tem dificuldade de ficar sem fumar em locais proibidos como cinema, igrejas, bibliotecas, etc.?
- O primeiro cigarro da manhã é o que traz mais satisfação?
- Quantos cigarros você fuma por dia?
- Você fuma mais nas primeiras horas da manhã que no resto do dia?
- Você fuma mesmo quando acamado por doença?

O Teste de Fagerström classifica o grau de dependência à nicotina em: muito baixo (0 a 2 pontos), baixo (3 ou 4 pontos), médio (5 pontos), elevado (6 ou 7 pontos) e muito elevado (8 a 10 pontos). (MENESES-GAYA *et al.*, 2009) Entretanto, no presente trabalho, foi adotada a classificação: leve (0 a 4), moderada (5 a 7) ou grave (8 a 10).

O consumo de bebidas alcoólicas foi medido através do *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT), preconizado pela OMS para rastrear pessoas com padrões de consumo prejudiciais e perigosos de álcool. (WHO,2001) Este

teste foi validado no Brasil em 1999 (MÉNDEZ, 1999) e é composto por 10 perguntas:

- Com que frequência o(a) Sr(a) consome bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, cachaça, etc.)?
- Quantas doses, contendo álcool, o(a) Sr(a) consome num dia em que normalmente bebe?
- Com que frequência que o(a) Sr(a) consome 6 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?
- Com que frequência, durante os últimos doze meses, o(a) Sr(a) percebeu que não conseguia parar de beber uma vez que havia começado?
- Com que frequência, durante os últimos doze meses, o(a) Sr(a) deixou de fazer algo ou atender a um compromisso devido ao uso de bebidas alcoólicas?
- Com que frequência, durante os últimos doze meses, o(a) Sr(a) precisou de uma primeira dose pela manhã para sentir-se melhor depois de uma bebedeira?
- Com que frequência o(a) Sr(a) sentiu-se culpado(a) ou com remorso depois de beber?
- Com que frequência, durante os últimos doze meses, o(a) Sr(a) não conseguiu lembrar-se do que aconteceu na noite anterior porque havia bebido?
- O(a) Sr(a) ou alguma outra pessoa já se machucou devido a alguma bebedeira?
- Alguns parentes, amigos, médicos ou outro profissional de saúde mostrou-se preocupado com seu modo de beber ou sugeriu que o (a) Sr(a) diminuísse a quantidade?

As perguntas de 1 a 3 avaliam o uso prejudicial do álcool, de 4 a 6 , os sintomas de dependência e de 7 a 10, o uso perigoso do álcool. A cada uma das respostas é atribuída uma quantidade de pontos que somados resultam no score. O score maior ou igual a oito indica o uso prejudicial e perigoso do álcool, tal como uma possível dependência do álcool. O quadro B mostra a divisão dos scores em quatro zonas de risco para as quais são sugeridas diferentes intervenções.

Quadro B - Classificação e intervenção sugerida por zona de risco de acordo com o Score AUDIT

Nível de Risco	Intervenção	Score AUDIT
Zona I	Educação	0-7
Zona II	Aconselhamento Simples	8-15
Zona III	Aconselhamento Simples associado a Aconselhamento breve e Monitoramento Continuado	16-19
Zona IV	Encaminhamento para especialista para Avaliação Diagnóstica e Tratamento	20-40

Fonte: *Adaptado e traduzido de* (Babor *et al.*, 2001)

4.4.4. Violência

A abordagem da violência foi feita através de perguntas que questionavam se o entrevistado ou algum membro de sua família sofreu violência nos últimos três meses e nos últimos 12 meses, sensação de segurança no local onde mora e no local de trabalho, história de violência antes dos 15 anos de idade, tipos de violência sofrida (psicológica, física, sexual), frequência e relação com o agressor.

Aos que afirmaram ter sofrido algum tipo de violência nos últimos 12 meses, foi perguntado se foi feito algum pedido de ajuda. Em caso de resposta afirmativa, foi perguntado a quem foi solicitada ajuda. Em caso negativo, qual teria sido o motivo para não se pedir ajuda.

4.4.5. Transtorno Mental Comum (TMC)

O rastreamento do TMC foi feito por meio do *Self Reporting Questionnaire-20* (SQR-20) que é um instrumento que contém 20 questões. Serve para a detecção de transtornos neuróticos, não servindo para rastreamento de transtornos psicóticos.

Estudo sobre o desempenho deste teste foi realizado por (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008) apresentou sensibilidade = 86,3%, especificidade = 89,3%, valor preditivo positivo=76,4%, valor preditivo negativo=94,2% e neste estudo foi utilizado ponto de corte igual para homens e mulheres (7/8). Além da alta sensibilidade e alto valor preditivo negativo, o SQR-20 possui as vantagens de ser um instrumento simples e objetivo que aborda sintomas relevantes da doença mental.

No entanto, apesar de suas vantagens, este instrumento possui as desvantagens de não sugerir diagnósticos e trazer risco de vieses, como por exemplo pessoas que podem responder não a algumas perguntas por se sentirem constrangidas e outras que podem exagerar nas respostas, na tentativa de assegurar a obtenção de ajuda.(WHO, 1994)

Originalmente elaborado para ser auto-preenchido, o SQR-20 pode também ser aplicado por entrevistador desde que em um mesmo estudo faça-se a opção entre uma ou outra forma de aplicação. Ademais, os procedimentos adotados pelos entrevistadores durante a aplicação dos questionários devem seguir um mesmo protocolo. No presente estudo foi utilizado o ponto de corte 7/8 sendo o score maior ou igual a oito considerado positivo para TMC.

4.4.6. Medida objetiva de dados antropométricos, sinais vitais e dosagens séricas por capilaridade.

Os dados antropométricos aferidos foram peso, altura, circunferência da cintura, circunferência do quadril e circunferência de pulso. Foi ainda medida a gordura corporal pelo método da bioimpedância tetrapolar. A partir das medidas de peso e altura foi construída a variável Índice de Massa Corporal ($IMC=Kg/m^2$), calculado a partir do peso em quilos dividido pelo quadrado da altura em metros, utilizando em sua análise os pontos de corte propostos pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2002)

Os sinais vitais medidos foram pressão arterial sistólica, pressão arterial diastólica e frequência cardíaca.

Foi utilizado aparelho portátil Accutrend ® para realização de testes por capilaridade de glicemia, colesterol total e triglicérides.

Valores de triglicérides ≥ 150 mg/dl, valores de glicemia ≥ 110 mg/dl, níveis de colesterol total ≥ 200 mg/dl, valores de pressão arterial sistólica ≥ 130 mmHg e de pressão arterial diastólica ≥ 85 mmHg foram definidos como fatores de risco para doenças cardiovasculares. (REZENDE *et al.*, 2006)

4.5. Análise de dados

Após as entrevistas, estas foram digitadas no software EpiInfo versão 3.5.4 e realizada correção das inconsistências verificadas após exportação do banco de dados para o software SPSS for Windows, versão 18, sendo que este foi utilizado para a realização das análises estatísticas.

Para a análise destes dados, optou-se pela exclusão de 1 questionário que continha apenas os dados antropométricos do servidor, não tendo sido completadas as demais seções do questionário pelo entrevistado. Sendo assim, a amostra utilizada, no presente estudo, refere-se a 126 servidores.

Realizaram-se análises descritivas, considerando variáveis sociodemográficas, econômicas, estilo de vida e violência, com o cálculo de prevalências. As associações foram verificadas pelo teste qui-quadrado de Pearson ou pelo teste exato de Fisher com nível de significância de 0,05. O teste exato de Fisher foi utilizado todas as vezes em que a frequência esperada na tabela 2x2 estudada foi menor que cinco.

4.6. Considerações éticas

A pesquisa atendeu a todas as exigências éticas e poderia ser suspensa ou encerrada por solicitação dos dirigentes da penitenciária, ou pelos servidores, assim como pelos pesquisadores, caso não tivessem condições de segurança e apoio das instituições envolvidas (penitenciária, serviço de saúde e universidade), comprometendo o rigor ético-profissional das ações do projeto.

Os questionários foram aplicados no ambiente de trabalho de forma a respeitar a privacidade de cada um dos entrevistados que leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em atendimento à Resolução 466/2012 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Essa pesquisa foi aprovada pelo CEP/SAP parecer consubstanciado nº 045/2011, data da entrada 27/10/2011 e aprovado em 21/06/2012. (Anexo II) Foi financiada pelo convênio Ministério da Saúde/Organização Pan Americana de Saúde – Funcamp/Unicamp (MS/OPAS-UNICAMP/FUNCAMP Projeto 4681). Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Bolsa de Pós-doutorado nº 2012/14163-6.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados referem-se a 126 servidores entrevistados e que realizaram todos os procedimentos da pesquisa. A proporção de trabalhadores afastados do trabalho foi inferior à encontrada por Alves (2009) que teve 24% de servidores afastados, enquanto no presente trabalho a prevalência foi de 9%. A proporção de recusas à participação, considerando-se o universo de trabalhadores em exercício, foi de 62,6%, sendo muito semelhante àquela encontrada por Alves (2009) no trabalho realizado com trabalhadores das penitenciárias de Avaré-SP. Os sujeitos foram 73 (57,9%) do sexo feminino e 53 (42,1%) do sexo masculino. Não há lei que determine qual deva ser a proporção entre os contingentes feminino e masculino nos estabelecimentos penais. A Lei de Execução Penal/1984 determina que os estabelecimentos prisionais femininos devam possuir exclusivamente, agentes do sexo feminino na segurança de suas dependências internas. (BRASIL, 1984; BRASIL, 2009b)

5.1. Perfil sociodemográfico

Na Tabela 1 estão apresentadas as características sociodemográficas e econômicas encontradas entre os entrevistados. A idade apresentou variação de 22 a 67 anos, com média de 41,3 anos (DP 10,2). 48,4% dos entrevistados têm entre 40 e 59 anos.

Quanto à situação conjugal, 63,5% dos entrevistados vivem em união conjugal, sejam casados ou em união estável. Neste grupo estão representados 52,1% das mulheres e 79,3% dos homens. Dentre os 75,4% que têm filhos, 69,4% vivem em união conjugal. A média de filhos por servidor é de 1,6 (DP=1,5), com 84,1% dos trabalhadores tendo até 2 filhos.

Apesar de o estudo realizado por Alves (2009), com trabalhadores de duas penitenciárias masculinas de Avaré-SP, ter encontrado 84,4% dos trabalhadores pertencendo ao sexo masculino, outros resultados se assemelham

com o encontrado no presente estudo como por exemplo: média de idade (39,8 anos), maioria dos trabalhadores vivendo em união conjugal (74,7%).

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos trabalhadores de uma penitenciária feminina, interior do estado de São Paulo, 2012/2013.

Variável	Frequências	
	n	%
Sexo		
Feminino	73	57,9
Masculino	53	42,1
Faixa etária		
Até 24 anos	3	2,4
25 a 44 anos	80	63,5
45 a 59 anos	35	27,8
60 ou mais	08	6,3
Situação Conjugal*		
Não vive em união conjugal	46	36,5
Vive em união conjugal	80	63,5
Filhos		
Não	31	24,6
Sim	95	75,4
Cor da pele auto-referida		
Branca	82	65,1
Negra/Parda/Mulata	40	31,7
Outros**	4	3,2
Religião		
Sem religião	8	6,5
Católico	58	46,8
Espírita	16	12,9
Protestante/ Crente Evangélico	37	29,8
Outra	5	4,0
Estuda atualmente?		
Não	107	86,9
Sim	16	13,1
Anos de estudo		
0 a 8 anos	1	0,8
9 a 11 anos	62	49,2
12 ou mais	63	50,0
Renda		
0 a 4 SM	86	68,2
5 a 7 SM	36	28,6
8 ou mais SM	4	3,2
Classe econômica		
B	7	5,6
C	71	56,8
D/E	47	37,6

* Situação conjugal: vive em união conjugal engloba casado, união consensual estável; não vive em união conjugal engloba os demais.

**Outras: amarelo, oriental, indígena

Nota: Informações perdidas: 1 para situação conjugal, 1 para cor da pele autoreferida, 3 para religião, 3 para estuda atualmente, 1 para classe econômica

Quanto à cor ou raça, 65,1% se autodeclararam brancos. Levantamento do Ministério da Justiça mostra, em pesquisa feita em 2012 sobre as Instituições de Segurança Pública, que os efetivos das polícias militar (55,0%), civil (79,8%) e

corpo de bombeiros (60,8%) são também predominantemente da raça branca. (BRASIL, 2013a) O restante se autodeclarou negro/pardo/mulato (31,7%) e amarelo/oriental (3,2%).

A presença da religião é forte, sendo que 93,5% dos entrevistados declararam ter alguma religião. A maior frequência foi de católicos (46,8%). Tais dados estão em consonância com o encontrado na população brasileira pelo Censo 2010 em que 92% declararam ter alguma religião e a maior frequência foi de católicos. (BRASIL, 2010)⁶

Atualmente, 16 (12,7%) servidores estão estudando e, neste grupo, 75,0% frequenta curso de nível superior. Quanto à escolaridade, o nível de curso mais elevado que frequenta ou já frequentou, 50,0% correspondem ao nível superior. 42,0% estão cursando (3,7%) ou já cursaram (38,3%) o segundo grau. 7,1% dos entrevistados cursaram o nível técnico. A proporção de trabalhadores com nível superior de escolaridade é maior do que encontrado por Alves (2009) em Avaré, que encontrou 41,9%, e 2,8 vezes maior que o encontrado por Fernandes *et al.* (2002) em estudo conduzido na região metropolitana de Salvador.

O perfil de escolaridade dos trabalhadores do núcleo de segurança, os agentes de segurança que são os antigos guardas de presídio, mudou muito da década de 70 para os dias de hoje. Relatório do Departamento dos Institutos Penais do Estado de 1975, analisado por (LOPES, 2002), revela que 78,7% dos guardas de presídio do estado de São Paulo apresentavam até 8 anos de escolaridade, 16,4% apresentavam entre 9 e 11 anos de estudos contra 4,9% que alcançaram o ensino superior. (Gráfico 1)

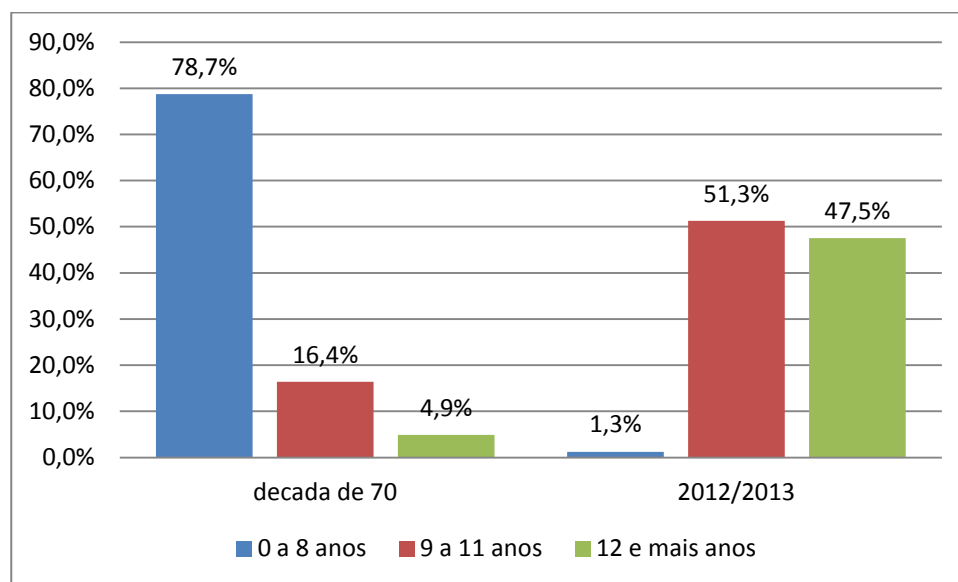
Esta mudança poderia ser explicada por três fatores: a exigência atual de escolaridade mínima de 2º grau completo nos concursos para agente

6

ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_Religiao_Deficiencia/tab1_4.pdf

penitenciário, os incentivos atuais para que os brasileiros ingressem no ensino superior com acesso mais facilitado (e.g.: PROUNI, Fundo de financiamento estudantil - FIES) e uma possível dificuldade para se inserir no mercado de trabalho, tendo muitas destas pessoas buscado no concurso público para trabalhar na penitenciária uma situação provisória. Contudo com o aumento do desemprego e as vantagens de se manter no setor público, eles teriam perdurado no emprego. (FERNANDES *et al.*, 2002)

Gráfico 1 - Distribuição de anos de estudo dos agentes de segurança, segundo época



Fonte: (LOPES, 2002)

5.2. Perfil socioeconômico e de trabalho

Os servidores desta unidade prisional residem em média a 18,6 (36,7) km do trabalho e gastam em média 23,6 (DP 17,1) minutos para chegar ao trabalho, sendo que 98,4% gastam até 60 minutos no percurso. O meio de transporte mais utilizado é o carro (53,2%), incluindo-se neste grupo aqueles que vão ao trabalho de carona. Alves (2009) encontrou que a maioria dos trabalhadores das penitenciárias de Avaré-SP têm o ônibus como principal meio de transporte (52,8%) e 60,8% gastam até 60 minutos para chegar ao trabalho.

Quanto a cargos e funções, 63,5% dos entrevistados se declararam Agente de Segurança Penitenciária. Os demais se declararam Diretores (14,3%), Oficiais administrativos (14,0%), Auxiliares de Enfermagem (2,4%), Oficiais operacionais (1,6%), Auxiliares de serviços gerais (1,6%), Auxiliares de serviços – motorista (0,8%), Supervisor (0,8%), Telefonista (0,8%), Advogado (0,8%), Assistente Social (0,8%), Dentista (0,8%) e Estagiária (0,8%).

A carga horária de trabalho média é de 38,6 horas por semana (DP=5,1), a mínima é 12 horas por semana e a máxima encontrada foi de 50 horas por semana. Fernandes *et al.* (2002) encontrou uma carga horária média de 47,1 horas semanais entre os agentes penitenciários da Região Metropolitana de Salvador.

O tempo de trabalho dos entrevistados nesta unidade prisional, até a data da entrevista, varia de 0 a 25 anos com média de 7,8 anos (DP=6,7). Dos entrevistados 12,1% trabalham neste estabelecimento há até 1 ano, enquanto 48,7% há 10 anos ou mais.

A renda de 68,2% deles é de até 4 salários mínimos, sendo que 28,6% dos trabalhadores recebem de 5 a 7 salários mínimos. Sobre ter outro emprego, 66,7% responderam não ter outro emprego e 12,7% não responderam a esta pergunta. Possuem outro emprego remunerado 15,9% dos servidores, dentre os quais apenas 25% têm carteira assinada. Fernandes *et al.* (2002) encontrou que mais de 1/3 dos agentes penitenciários tinha atividade extra remunerada.

Apesar da proibição do exercício de outras atividades remuneradas pela Lei Complementar nº 207, de 05/01/1979 – “Lei Orgânica da Polícia do Estado de São Paulo”, que regulamenta a Gratificação pelo Regime Especial de Trabalho Policial apercebida pelos agentes penitenciários, muitos buscam outros empregos provavelmente por causa dos baixos salários que recebem. Dentre os que possuem outro emprego, a totalidade tem na penitenciária a faixa salarial menor que 04 salários mínimos. (SÃO PAULO, 1979)

A distribuição por classes econômicas segundo critérios da ABEP 2011 mostra que 37,3% estão na classe B, 56,3% na classe C e 4,8% nas classes D/E. A escolaridade do responsável pela família teve a seguinte distribuição: 4,0% analfabeto/até 3ª série do 1º grau, 4,0% até a 4ª série, 3,2% com 1º grau completo; 51,6% com 2º grau completo; 37,3% com superior completo. Dos servidores pertencentes à classe econômica B, há 42,6% com responsável pela família apresentando 2º grau completo e 48,9% com superior completo.

A maioria dos servidores declara-se considerar o responsável pela família (47,6%) e 38,1% consideram que a responsabilidade é compartilhada entre o casal. Não houve diferença significativa entre homens e mulheres ($p=0,10$).

Quanto ao recebimento de algum tipo de auxílio ou ajuda, a maioria dos servidores não recebe qualquer tipo de ajuda (63,5%). Declararam receber ajuda 35,7% dos entrevistados, sendo que esta se distribui entre as seguintes modalidades: ticket alimentação (70%), ticket e auxílio transporte (22%), bolsa do PROUNI (2%), pensão alimentícia (4%), bolsa escola (2%). O ticket alimentação não é fornecido a todos os trabalhadores, pois só é elegível a ele o trabalhador que recebe salário inferior a 141 Unidades Fiscais do Estado de São Paulo (UFESP)⁷ – à época, equivalente a R\$2.731,00. Os governos estadual e federal são fonte de 96% dos auxílios recebidos.

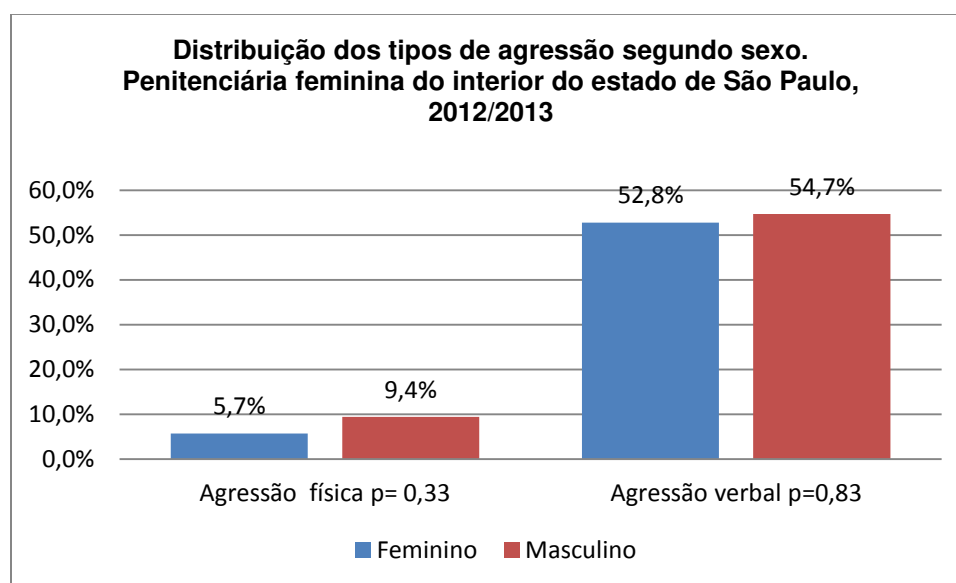
5.3. Violência

No que se refere à violência, 10,3% dos entrevistados declararam que eles próprios ou algum membro de suas famílias já haviam sido vítimas. A maioria se sente segura onde mora (78,6%) e 77,8% não julgam que o bairro onde moram seja violento. Quanto à segurança no local de trabalho, 42,9% não se sentem seguros no local de trabalho.

⁷ O Diretor de Arrecadação, considerando o que dispõe o artigo 603 das Disposições Finais do RICMS, aprovado pelo Decreto 45.490, de 30-11-2000 (D.O. de 1/12/2000), comunica que o valor da Unidade Fiscal do Estado de São Paulo – UFESP, para o período de 1º de janeiro a 31-12-2013, será de R\$ 19,37.(SÃO PAULO, 2012)

Quanto à percepção de violência nos últimos 12 meses, houve perda de informação sobre um trabalhador e encontramos que 53,2% dos trabalhadores sofreu algum tipo de agressão. Afirmaram ter sofrido agressão verbal, 52,8% das mulheres e 54,7% dos homens enquanto 5,7 % das mulheres e 9,4 % dos homens declararam ter sofrido agressão física. Quanto a sofrer agressão verbal ou agressão física, não houve diferença significativa entre os sexos ($p=0,83$ e $p=0,43$, respectivamente). Quase metade das agressões partiu de conhecidos das vítimas. (Gráfico 2)

Gráfico 2 - Distribuição dos tipos de agressão segundo sexo. Penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo, 2012/2013



Três pessoas não responderam sobre ter sofrido agressão física nos últimos 12 meses, dentre as quais uma não respondeu também sobre agressão verbal e as outras duas responderam ter sofrido agressão verbal. Todas as pessoas que afirmaram ter sofrido agressão física, também afirmaram ter sofrido violência verbal. Foi encontrada associação estatística quanto a sofrer agressão verbal entre as pessoas que sofreram agressão física ($p\sim 0,00$)

Muitos trabalhadores que entram no sistema penitenciário reconhecem que poderão ser vítimas de violência física ou verbal no trabalho. (REAM, [S.d.])⁸. Alves (2009) encontrou em Avaré-SP que 66,4% de trabalhadores informaram ter sofrido algum tipo de agressão no trabalho. Não pudemos produzir informação sobre agressão no trabalho pois não foi abordada a violência no ambiente de trabalho devido a restrições feitas pelo CEP-SAP. Entretanto, no questionário havia a opção de informar se a agressão teria sido praticada por estranhos, o que incluiria presos e colegas de trabalho. Encontramos que 31% dos trabalhadores sofreram algum tipo de agressão por parte de estranhos. Tal diferença talvez possa ser explicada pelo fato de o estudo em Avaré não ter restringido a 12 meses o tempo de ocorrência da agressão

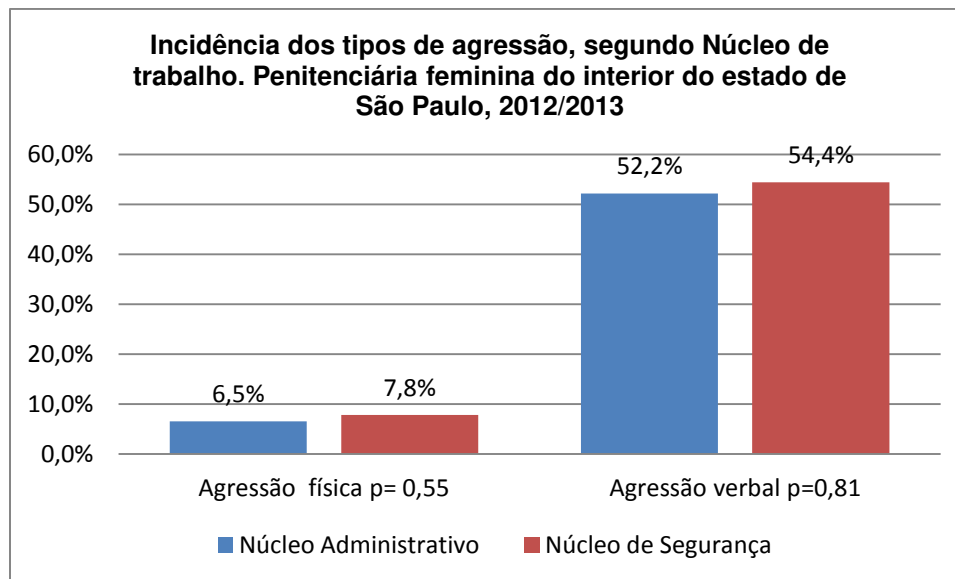
Quanto à possível associação entre o núcleo de trabalho e ser vítima de agressão nos últimos 12 meses (Gráfico 3), não houve diferença significativa entre os trabalhadores do núcleo administrativo ou trabalhadores do núcleo de segurança quanto a agressão física ($p=0,55$) ou verbal ($p=0,81$). Também não foi observada relação entre o tempo de trabalho neste estabelecimento e ser vítima de agressão. ($p=0,12$)

Apenas nove servidores afirmaram ter procurado ajuda após sofrer a agressão e em quatro casos (44,4%) foi procurada ajuda em um profissional da saúde mental. Outros 24 servidores declararam não ter procurado ajuda após agressão sofrida e algumas justificativas foram: “estou acostumada”, estar no ambiente de trabalho, ter tido capacidade de solucionar o conflito por si mesmo, a agressão foi por familiar, a agressão tinha sido mútua.

A história de violência antes dos quinze anos de idade está presente tanto em homens quanto mulheres entrevistadas. Foi positiva a história de violência sexual antes dos 15 anos de idade em cinco entrevistados, violência física por familiar em 13,5% dos entrevistados e 25,4% dos entrevistados presenciou a violência física dentro da família antes dos 15 anos de idade.

⁸ <<http://www.aaets.org/article88.htm>>

Gráfico 3 - Incidência dos tipos de agressão, segundo Núcleo de trabalho. Penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo, 2012/2013



5.4. Condições de Saúde

Para avaliar os entrevistados quanto às condições de saúde foram investigados: morbidade referida e acompanhamento médico, vacinação e realização de exames preventivos. Além disso foram colhidos dados antropométricos e realizadas medidas por capilaridade de glicose, colesterol e triglicérides.

Para acessar informações sobre doenças crônicas não transmissíveis e algumas outras doenças ou sinais e sintomas, utilizamos um checklist. Na pesquisa sobre doenças/agravos específicos (Tabela 2) foram encontradas diferenças significativas entre os sexos apenas quanto a doença genital ($p=0,02$) infecção do trato urinário ($p=0,02$) e enxaqueca ($p=0,00$), sendo estes mais prevalentes entre as mulheres. Quando comparados os servidores quanto às mesmas doenças/agravos específicos segundo núcleo de trabalho (Tabela 3), foi encontrada diferença significativa apenas quanto a alterações metabólicas (ácido úrico, triglicérides, colesterol) com $p=0,02$.

Tabela 2 - Prevalência de morbidade referida na amostra por sexo e por agravo/doença. Penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo, 2012/2013

Agravos/Doenças	Frequências				
	Feminino		Masculino		p
	n	%	n	%	
Hipertensão Arterial	15	20,8	13	25,0	0,58
Diabetes Melitus	5	6,9	4	7,7	0,57
Doença Genital	10	13,9	1	1,9	0,02
Alteração de ácido úrico, triglicérides, colesterol	17	23,6	19	36,5	0,12
Infecção do trato urinário	15	20,8	3	5,7	0,02
Doença Cardiovascular	3	4,2	4	7,5	0,33
Enxaqueca	29	40,3	5	9,4	0,00
DST/AIDS	1	1,4	2	3,8	0,39

Tabela 3 - Prevalência de morbidade referida na amostra por núcleo de trabalho e por agravo/doença. Penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo, 2012/2013

Agravos/Doenças	Frequências				
	Administrativo		Segurança		p
	n	%	n	%	
Hipertensão Arterial	13	28,9	15	19,0	0,21
Diabetes Melitus	3	6,67	6	7,6	0,58
Doença Genital	6	13,0	5	6,4	0,18
Alteração de ácido úrico, triglicérides, colesterol	19	42,2	17	21,5	0,02
Infecção do trato urinário	4	8,7	14	17,7	0,17
Doença Cardiovascular	2	4,3	5	6,3	0,49
Enxaqueca	13	28,3	21	26,6	0,84
DST/AIDS	0	0,0	3	3,8	0,25

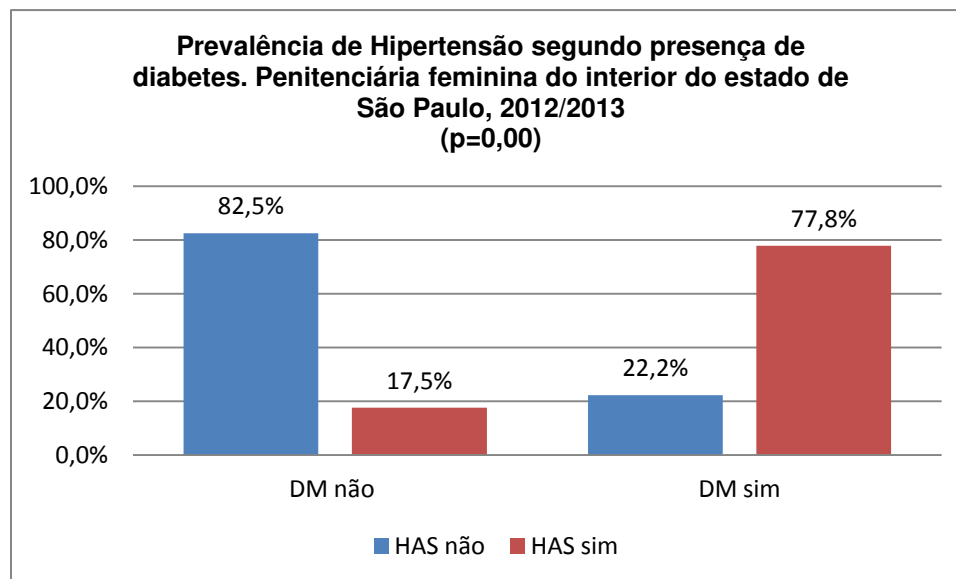
Interessante observar que nenhum trabalhador declarou ter tido hanseníase ou tuberculose que são doenças muito associadas às prisões, principalmente entre os presos devido às condições precárias de higiene e à aglomeração de pessoas.

Verificou-se que 22,6% dos servidores referem que têm ou tiveram hipertensão arterial/pressão alta, não havendo diferença significativa entre os sexos ($p=0,58$). Segundo a OMS, a prevalência mundial de hipertensão arterial em adultos maiores de 25 anos era de 40% em 2008 . O Vigitel⁹ 2012 mostra que 23,5% dos adultos (≥ 18 anos) entrevistados na cidade de São Paulo referiram ter pressão alta. (BRASIL, 2013b).

A referência a diabetes foi feita por 7,3% dos servidores, não havendo diferença significativa entre os sexos ($p=0,57$). Na cidade de São Paulo, 9,3% dos adultos entrevistados pelo Vigitel 2012 referiram diabetes. (BRASIL, 2013b)

As alterações em níveis séricos de ácido úrico, triglicérides e/ou colesterol foram referidas por 29,0% dos servidores e 5,6% referiram que têm ou tiveram doenças cardiovasculares.

Gráfico 4- Prevalência de Hipertensão segundo presença de diabetes. Penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo, 2012/2013



⁹ Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. É um monitoramento de frequência e distribuição de fatores de risco e proteção para DCNT realizado periodicamente pelo Ministério da Saúde através de entrevistas telefônicas nas em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, por meio de entrevistas telefônicas realizadas em amostras probabilísticas da população adulta residente em domicílios servidos por pelo menos uma linha telefônica fixa em cada cidade.

Avaliando-se a associação entre hipertensão arterial (HAS) e diabetes (DM), encontramos que 77,8% dos que disseram ser diabéticos são também hipertensos com $p=0,00$. (Gráfico 4) Tal achado está em consonância com estudos sobre a associação entre HAS e DM. A prevalência de HAS chega a dobrar em pacientes diabéticos, pois aumenta a incidência de lesões vasculares e consequentemente o risco para acidentes cardiovasculares. (EPSTEIN e SOWERS, 1992)

Também foi encontrada associação entre hipertensão e alterações metabólicas (ácido úrico, triglicérides e/ou colesterol) com $p=0,02$, além de associação entre hipertensão e doença cardiovascular (DCV) com $p \sim 0,05$. (Gráficos 5 e 6) Estas associações já são conhecidas no mundo científico. (ALDERMAN, 2001; CICERO *et al.*, 2014)

Gráfico 5 - Prevalência de Hipertensão segundo presença de alteração metabólica. Penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo, 2012/2013

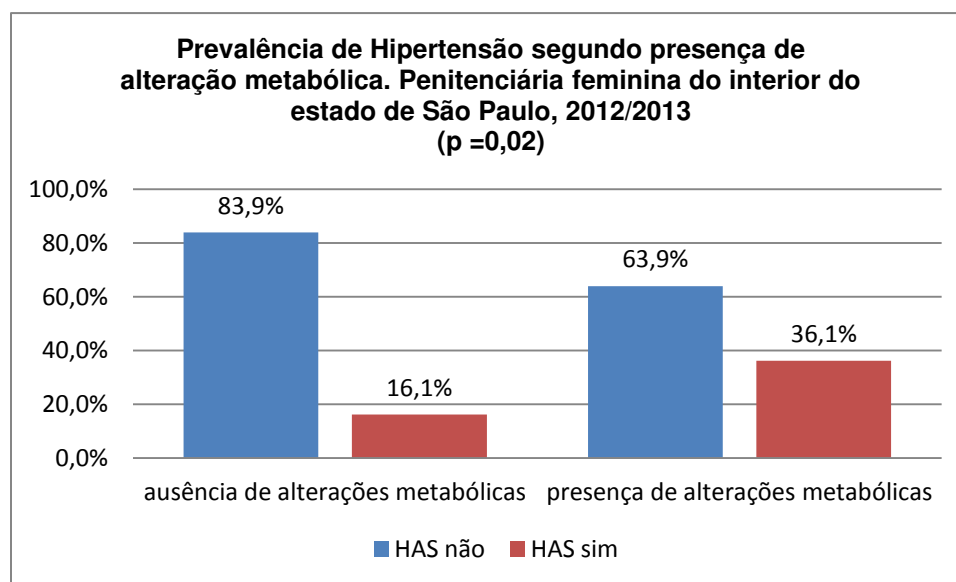
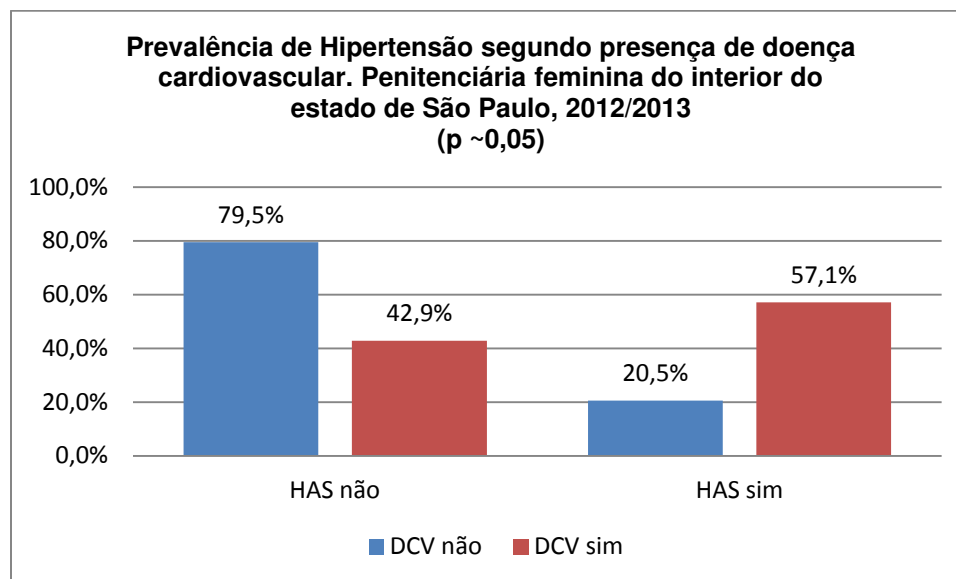


Gráfico 6 - Prevalência de Hipertensão segundo presença de doença cardiovascular. Penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo, 2012/2013



Enxaqueca foi referida por 27,2% dos servidores. Diversos estudos sobre prevalência de enxaqueca mostram que o sexo feminino sofre mais desta doença que o masculino. (VICTOR *et al.*, 2010; WANG, 2003) Pode-se explicar esta diferença devido a enxaqueca relacionada ao período menstrual. (GRANELLA *et al.*, 2004; MACGREGOR *et al.*, 2006)

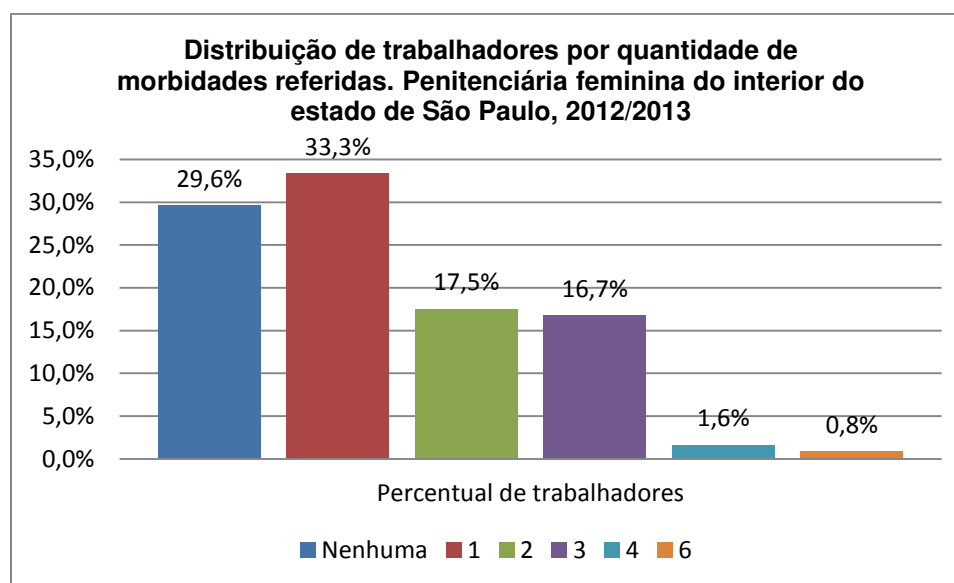
Mulheres apresentam maior incidência de infecção do trato urinário do que homens, suas chances de apresentar tal doença são significativamente maiores, sendo que 40 a 50% das mulheres apresentará pelo menos 01 episódio durante a vida. (FOXMAN, 2002)

O comportamento sexual de risco foi referido por 15,2% dos servidores, doenças genitais por 8,7%, DST/AIDS por 03 trabalhadores e 14,4% referem que têm ou tiveram infecção do trato urinário alguma vez na vida.

Na distribuição de trabalhadores por quantidade de morbididades referidas, 70,4% dos trabalhadores entrevistados apresenta pelo menos 01 doença. (Gráfico 7) Fernandes *et al* (2002) encontrou queixa de doenças em 91,6% dos agentes penitenciários entrevistados em Salvador.

Houve 23 servidores que referiram que têm ou tiveram outros agravos além dos questionados diretamente. São eles: acidente de moto, uso de carbamazepina e imipramina, acompanhamento psiquiátrico, artrose, bronquite, calcificação do oitavo anel cervical, problemas cardiológicos, problemas ginecológicos, depressão, hérnia de hiato, refluxo, ulcera gástrica, eschericha coli, “falta um pé”, glaucoma, hipotireoidismo, mal formação Chiari, obesidade, osteoartrose múltipla, pedra nos rins queda de cabelo, retirada de tumor do platô tibial do fêmur, rinite, hipoglicemia, “tireoide”. Interessante observar que o indivíduo que faz referência à perda de um pé respondeu que tem ou teve diabetes mellitus, o que nos leva a pensar tratar-se de uma complicação do diabetes.

Gráfico 7 - Distribuição de trabalhadores por quantidade de morbididades referidas. Penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo, 2012/2013



O acompanhamento médico é feito por 25,4% dos entrevistados. (Tabela 3) Dos servidores que referiram que têm ou tiveram doença, a maior proporção de acompanhamento médico encontrada foi nos que citaram outras doenças que não as diretamente pesquisadas (74%). Dentre as doenças pesquisadas, não houve referência de acompanhamento médico pelos que

referiram DST/AIDS e a maior prevalência de acompanhamento foi observada naqueles que referiram doença cardiovascular (57%).

A adesão ao seguimento médico é maior entre os que apresentam mais de uma condição de morbidade referida (67,7%), havendo diferença significativa nesta adesão entre o grupo dos que apresentam mais de uma condição e o grupo que apresenta apenas uma condição ($p=0,01$).

Declaram estar com as vacinas em dia 77,8% dos servidores, 5,5% não sabem informar ou não responderam, 16,7% declaram não estar com a vacinação atualizada. As vacinas preconizadas atualmente no estado de São Paulo são a dT, Sarampo-Caxumba-Rubéola (SCR), Febre Amarela e Hepatite B.¹⁰ Além destas vacinas, os trabalhadores de penitenciárias também participam das Campanhas Nacionais de Vacinação contra Influenza.

Tabela 4 - Prevalência de acompanhamento por morbidade referida na amostra. Penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo, 2012/2013

Agravos/Doença	n	Acompanhamento	
		sim	não
		(%)	(%)
Pressão Alta	28	32,0	68,0
Diabetes	9	44,0	56,0
Doença Genital	11	36,0	64,0
Alterações ácido úrico, triglicerídeos, colesterol	36	33,0	67,0
Infecção do trato urinário	18	44,0	56,0
Doença Cardiovascular	7	57,0	43,0
Enxaqueca	34	32,0	68,0
DST AIDS	3	0,0	100,0
Outras doenças	24	74,0	26,0

¹⁰ A vacina dT serve para proteger contra tétano e difteria. A vacina SCR está indicada para os adultos nascidos a partir de 1960 e para as mulheres no puerpério. A vacina de Hepatite B está indicada para adultos até os 59 anos de idade.

Quanto aos exames preventivos, foi encontrado que 71,2% das mulheres realizaram exame de citologia oncológica nos últimos 12 meses, enquanto 61,0% dos homens acima dos 40 anos realizou exame de próstata neste mesmo período. (César, 2008) encontrou na cidade de Campinas que a porcentagem de homens, com quarenta anos ou mais, que realizou exame de próstata nos últimos 12 meses variou de 44,6% a 52,3% quando distribuídos por escolaridade, sem significância estatística. Este autor também encontrou que 80% das mulheres com mais de 20 anos realizou exame preventivo do colo uterino neste período.

A mamografia nos últimos 12 meses foi realizada por 41,1% das mulheres. Recomenda-se que a mamografia de rastreamento seja realizada a cada dois anos em todas as mulheres entre 50 e 69 anos (BRASIL, 2012a). Neste grupo, a taxa de cobertura de mamografia encontrada foi de 66,0%. No estado de São Paulo foi encontrada na PNAD 2008, uma taxa de realização de mamografia, há menos de dois anos, de 69,4%. (BRASIL, 2012b)

Sobre o teste para AIDS, foram encontrados 67 servidores (53,2%) que afirmam que este teste já lhe foi solicitado e que realizaram o teste, 21 servidores (42,9%) afirmaram não ter realizado o teste.

Quanto às medidas antropométricas, foram perdidos dados de quatro trabalhadores. A estatura média foi 1.67 m (DP=0.1) e o peso médio foi 78.4 kg (DP=17.1), sendo que após calculado o IMC, vimos que 73.8% apresentam excesso do peso ($IMC \geq 25 \text{ Kg/m}^2$), sendo que 27.9% são considerados obesos ($IMC \geq 30 \text{ Kg/m}^2$).

A prevalência de excesso de peso encontrada na amostra é superior ao encontrado pelo Vigitel 2012 que apontou que 51% da população adulta das capitais brasileiras e do Distrito Federal apresenta excesso de peso e 17,4% apresenta obesidade. O excesso de peso encontrado é ainda superior ao encontrado por Reichert *et al* (2011) entre os agentes penitenciários em Londrina –PR (53,4%), mesmo quando se considerar apenas o trabalhadores do núcleo de

segurança da penitenciária feminina em estudo dentre os quais a prevalência encontrada foi de 67,5%.

Excesso de gordura abdominal foi encontrado em 48% dos trabalhadores, sendo que dentre as mulheres, 60% apresentaram circunferência abdominal maior ou igual a 88 cm enquanto dentre os homens, 32,1% apresentaram circunferência abdominal maior ou igual a 102 cm que são consideradas as medidas associadas ao risco muito aumentado para DCV.

A média da pressão arterial sistólica (PAS) foi 117 mmHg (DP=14.5) e da pressão arterial diastólica (PAD) foi 78,8 mmHG (DP=11.3). Foram encontrados valores de pressão arterial aumentados em 27% dos trabalhadores sendo que 04 apresentaram alteração isolada de PAS (≥ 130 mmHg), 17 apresentaram alteração isolada de PAD (≥ 85 mmHg) e foram encontrados 12 trabalhadores com alterações tanto no nível de PAS quanto de PAD.

Medidas por capilaridade realizadas foram: glicose, colesterol e triglicérides. Foram perdidas informações neste quesito para 06 trabalhadores. Mais da metade dos trabalhadores apresenta níveis considerados elevados de triglicérides, 44.2% apresentam níveis elevados de colesterol e 7.5% apresentam níveis elevados de glicemia.

5.5. Estilo de Vida

Os componentes do estilo de vida avaliados se encontram resumidos na Tabela 4. Foram avaliados a atividade física, o consumo de álcool e o hábito de fumar.

Na análise de dados sobre atividade física houve perda de informações para 03 trabalhadores, sendo que dois não responderam a pergunta e 01 apesar de afirmar que realiza atividade física, não forneceu mais dados que permitissem a avaliação desta prática. Houve perda de informações para 01 trabalhador quanto ao hábito de fumar e para 03 trabalhadores quanto ao consumo de álcool pois não responderam às questões relativas a estes componentes.

Atividade física em tempo livre é praticada por 40,7% dos entrevistados e dentre as atividades citadas estão: alongamento, musculação, aeróbica, ciclismo, natação, hipismo, caminhada, hidroginástica, futebol, corrida, tênis, lutas. A modalidade de atividade com maior frequência é a caminhada, com 17,5% de praticantes dentro da amostra, sendo este resultado semelhante ao observado por (ZAITUNE e BARROS, 2008) em inquérito realizado na cidade de Campinas. Dentre os trabalhadores que praticam atividade física em tempo livre, o tempo de atividade física semanal varia de 40 a 600 minutos com média de 240 minutos.

Tabela 5 - Características de estilo de vida entre os trabalhadores de uma penitenciária feminina, interior do estado de São Paulo, 2012/2013

Variável	Frequências	
	n	%
Nível de Atividade Física *	123	100,0
Inativo	73	59,3
Baixo	15	12,2
Moderado	20	16,3
Alto	15	12,2
Consumo de álcool**	123	100,0
Não	65	52,8
AUDIT** <8	35	28,5
AUDIT =>8	23	18,7
Hábito de fumar	125	100,0
Não	114	91,2
Dependência leve	4	3,2
Dependência moderada	2	1,6
Dependência grave	5	4,0

* definidos pelo 2008 Physical Activity Guidelines for Americas (PAGA 2008)

**score >8 indica uso prejudicial do álcool

Nota: informações perdidas: 03 para atividade física, 03 para consumo de álcool, 01 para hábito de fumar

Quadro C - Níveis de atividade física em tempo livre de acordo com a quantidade semanal de atividade aeróbica

Níveis de atividade Física	Intervalo de Atividade com intensidade moderada por semana	Resumo dos benefícios gerais
Inativo	Nenhuma atividade além do nível basal	Nenhum
Baixo	Atividade além do nível basal mas menos que 150 minutos por semana	Algum
Moderado	150 a 300 minutos por semana	Substancial
Alto	Mais de 300 minutos por semana	Adicional

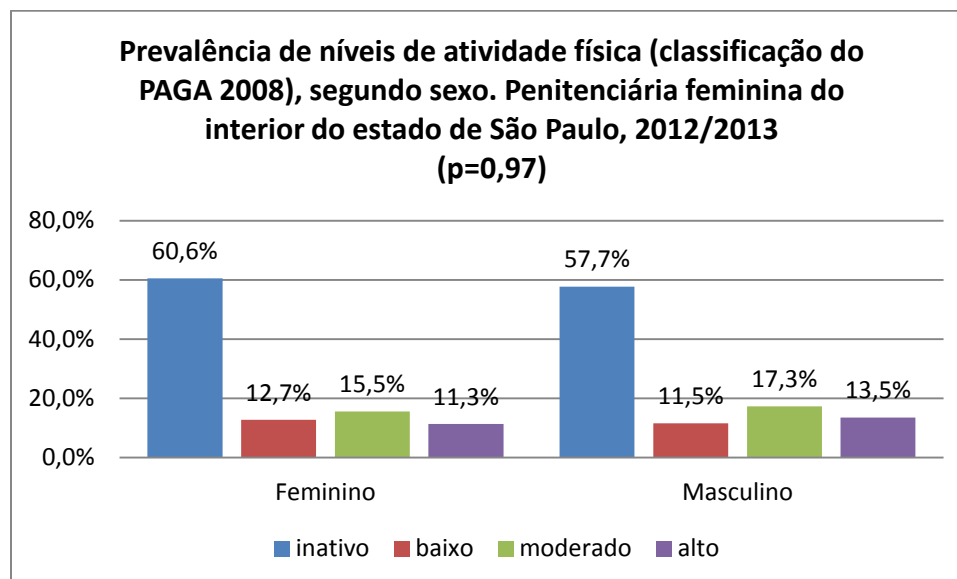
Adaptado e traduzido de (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2008)

Recomenda-se, para adultos, a prática de 150 minutos semanais de atividade aeróbica de moderada a intensa ou pelo menos 75 minutos semanais de atividade aeróbica vigorosa ou mesmo uma combinação equivalente de atividade moderada e vigorosa.(HASKELL et al., 2007)(WHO, 2010) Sugere também o incremento para 300 minutos semanais de atividade moderada a intensa ou 150 minutos de atividade vigorosa para se obter benefícios de saúde adicionais. (WHO, 2010)

Segundo o Physical Activity Guidelines for Americas 2008 (Quadro C), o nível de atividade física em tempo livre semanal pode ser dividido em: inativo, baixo, moderado e alto, sendo que se consideram adequados para se promover melhoria nas condições de saúde, os níveis moderado e alto. Tais recomendações cabem a todos os trabalhadores da amostra, observando que os adultos, que apresentam limitações a atividade física devido a problemas de saúde, devem desenvolver suas habilidades e se exercitar respeitando suas próprias limitações (U.S.A., 2008)

O padrão de atividade física em tempo livre não apresentou diferença significativa entre os sexos ($p=0,97$), sendo que tanto no grupo feminino quanto no masculino a maioria dos trabalhadores é inativa. (Gráfico 8)

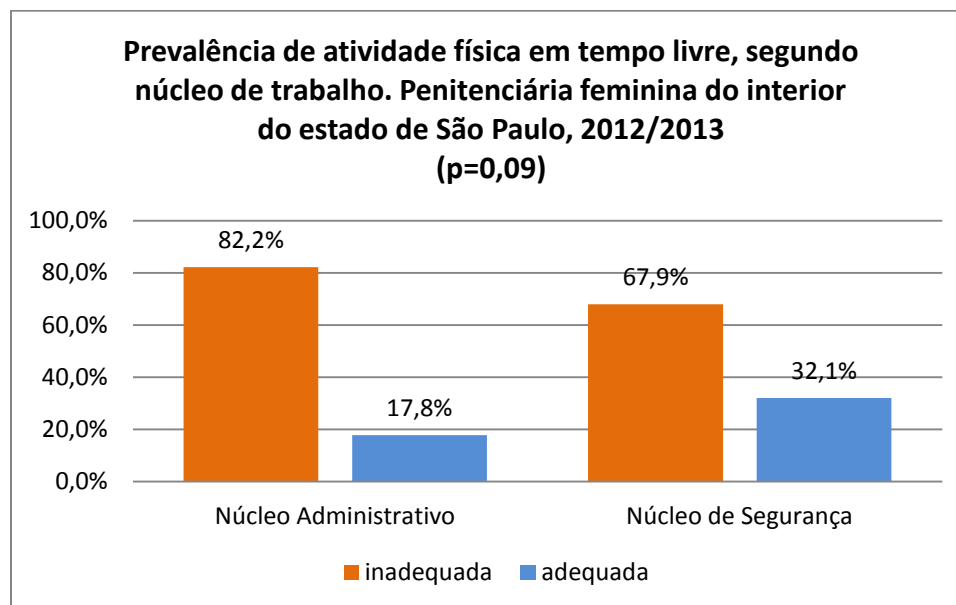
Gráfico 8 - Prevalência de níveis de atividade física em tempo livre (classificação do PAGA 2008), segundo sexo. Penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo, 2012/2013



Uma vez que a exigência de contato direto com as reeducandas varia de acordo com a função, poderíamos esperar encontrar diferença na prática de atividade física em tempo livre entre os trabalhadores do núcleo de segurança e os trabalhadores do núcleo administrativo, contudo não houve diferença significativa quanto à prática adequada de atividade física ($p=0,09$). (Gráfico 9)

No Brasil o percentual de pessoas que realizam o recomendado para atividade física em tempo livre variou de 25,9% na cidade de São Paulo e 43,1% em Florianópolis. (BRASIL, 2013b) Considerado o conjunto da população adulta das cidades estudadas pelo Vigitel 2012, 33,5% atingiram o nível recomendado de atividade física no tempo livre, sendo maior entre os homens (41,5%) do que entre as mulheres (26,5%). Na cidade de São Paulo 34,6% dos homens e 22,1% das mulheres realizam atividade física em tempo livre de acordo com o preconizado. (BRASIL, 2013b)

Gráfico 9 - Prevalência de atividade física em tempo livre adequada, segundo núcleo de trabalho. Penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo, 2012/2013

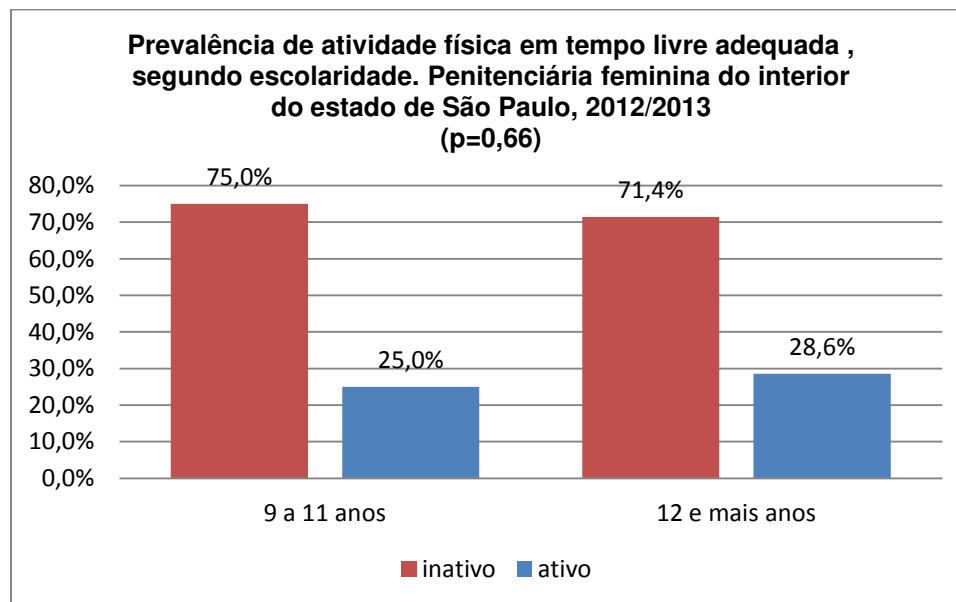


No Vigitel 2012, observa-se que a frequência da prática adequada de atividade física em tempo livre cresceu com a escolaridade (BRASIL, 2013b), o que foi também observado entre os trabalhadores da penitenciária, contudo não houve diferença significativa entre os grupos ($p=0,66$). (Gráfico 10)

Pode-se concluir que apesar de a média da quantidade semanal de atividade física em tempo livre estar em níveis adequados, os servidores têm um estilo de vida sedentário, pois 73,2% realizam menos do que 150 minutos de atividade física por semana. Sendo assim, maioria não realiza atividade física em tempo livre em quantidade necessária para a prevenção de doenças.

O consumo de álcool foi relatado por 47,2% da amostra válida. 123 Responderam as questões relativas à ingestão de bebidas alcoólicas. A prevalência de consumo de álcool encontrada é menor do que o encontrado por Fernandes *et al.*, 2002 em estudo com agentes penitenciários em Salvador (68,5%) e Reichert *et al.*, 2007 entre os agentes penitenciários de Londrina (71,2%). Talvez tal diferença possa estar associada à diferente distribuição na amostra entre homens e mulheres.

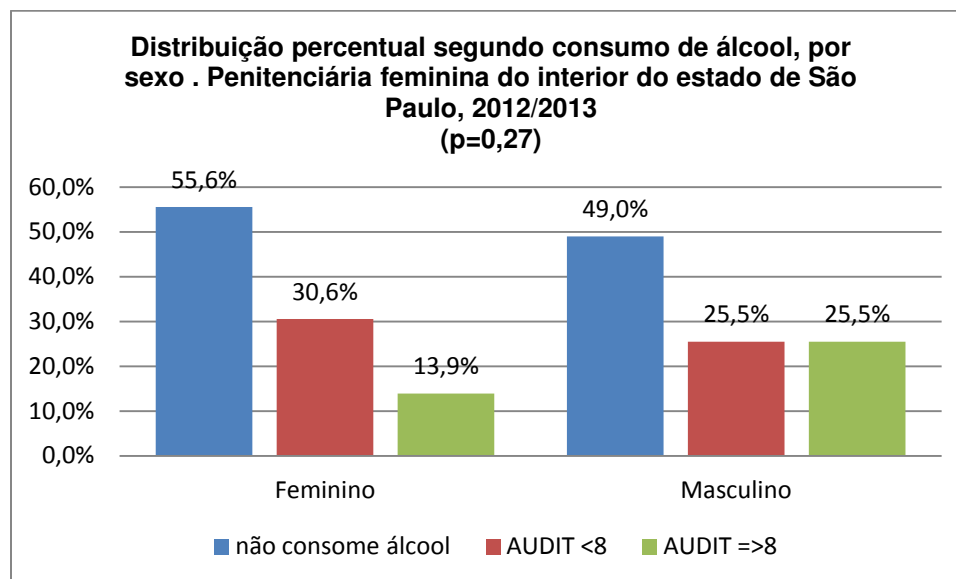
Gráfico 10 - Prevalência de atividade física em tempo livre adequada, segundo escolaridade. Penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo, 2012/2013



A frequência de consumo abusivo de álcool identificada através do AUDIT (score ≥ 8) foi de 18,7%, sendo 13,9% entre as mulheres e 25,5 % entre os homens, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os grupos.(Gráfico 11) Além de indicar um consumo abusivo de álcool, o score AUDIT ≥ 8 pode indicar uma possível dependência. O consumo abusivo de álcool também foi avaliado por FERNANDES *et al.* (2002), com menor prevalência (15,6%) porém o instrumento utilizado foi o CAGE¹¹. Encontramos que 6 servidores (4,9%) apresentaram score ≥ 20 indicando necessidade de uma avaliação mais minuciosa quanto à dependência do álcool. Deste último grupo, que apresenta indícios de uso prejudicial de álcool em níveis elevados, 50% são mulheres e 50% são homens.

¹¹ Acrônimo que corresponde às quatro perguntas do questionário: Cutting down, Annoyance by criticism, Guilty feeling e Eye-openers. Duas respostas positivas são indicativas de provável dependência do álcool. (EWING, 1984)

Gráfico 11 - Distribuição percentual segundo consumo de álcool, por sexo . Penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo, 2012/2013



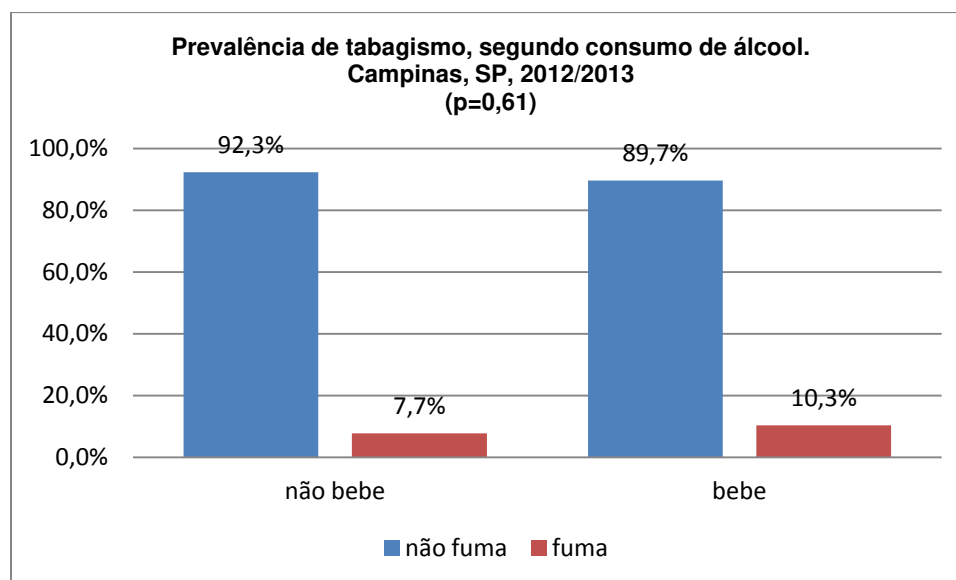
Maiores frequências de consumo abusivo de álcool foram encontradas em homens no Vigitel 2012, sendo três vezes maior que nas mulheres no conjunto da população adulta das 27 cidades estudadas.(BRASIL, 2013b)

Consomem álcool e têm o hábito de fumar, seis dos trabalhadores, contudo apenas dois destes correspondem a pessoas com alto risco para dependência alcoólica. (score $\Rightarrow$ 20). Não foi encontrada associação estatística entre o consumo de álcool e o hábito de fumar (Gráfico 12), contrário a vários estudos que mostram haver associação entre estes dois fatores de risco à saúde (CHIOLERO *et al.*, 2006; STRINE *et al.*, 2005), porém a associação depende do contexto social. (DE LEON *et al.*, 2007)

A prevalência do hábito de fumar encontrado na penitenciária em estudo foi de 8,8%, sendo 6,9% nas mulheres e 11,3% entre os homens, não havendo diferenças estatísticas significativas entre os sexos ($p=0,29$). (Gráfico 13) Estes percentuais estão aquém do encontrado em pesquisa nacional realizada em 26 capitais e no distrito federal que aponta prevalência de tabagismo entre adultos

de 12,1%, sendo 9,2% entre as mulheres e 15,5% entre os homens. (BRASIL, 2013b).

Gráfico 12 - Prevalência de tabagismo, segundo consumo de álcool. Penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo, 2012/2013



A maior prevalência entre os homens é apontada nos estudos em geral.(HUISMAN; KNUST, MACKENBACH., 2005; HITCHMAN e FONG, 2011) Estudo realizado em Campinas não aponta diferença significativa na prevalência do hábito de fumar entre os sexos ($p=0,19$) (SOUZA e BARROS, 2008). Apesar da baixa frequência de tabagismo, a dependência de moderada a grave afeta 63,6% dos tabagistas. Contudo, há estudo que aponta que a abstinência ao cigarro diminui à quanto maior o nível de dependência detectado pelo Teste de Fagerstrom. (FAGERSTRÖM *et al.*, 2012)

Houve diferença significativa entre o prevalência de tabagismo entre os indivíduos que afirmaram praticar atividade física em tempo livre e os que declararam não participar ($p=0,02$). (Gráfico 14) Há diversos estudos que apontam que os tabagistas têm menor propensão a aderir à prática de atividade física em tempo livre. (AZAGBA e ASBRIDGE, 2013)

Gráfico 13 - Prevalência de tabagismo, segundo sexo. Penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo, 2012/2013

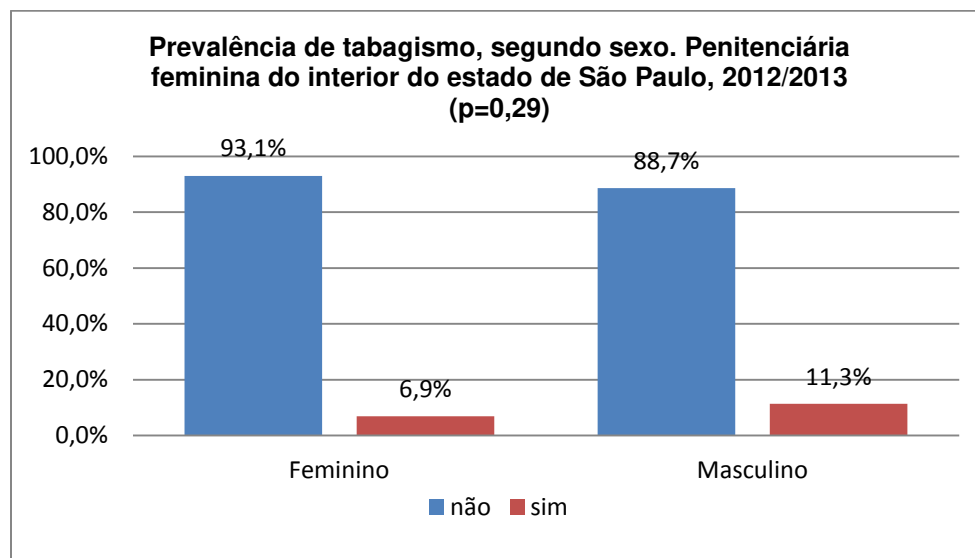
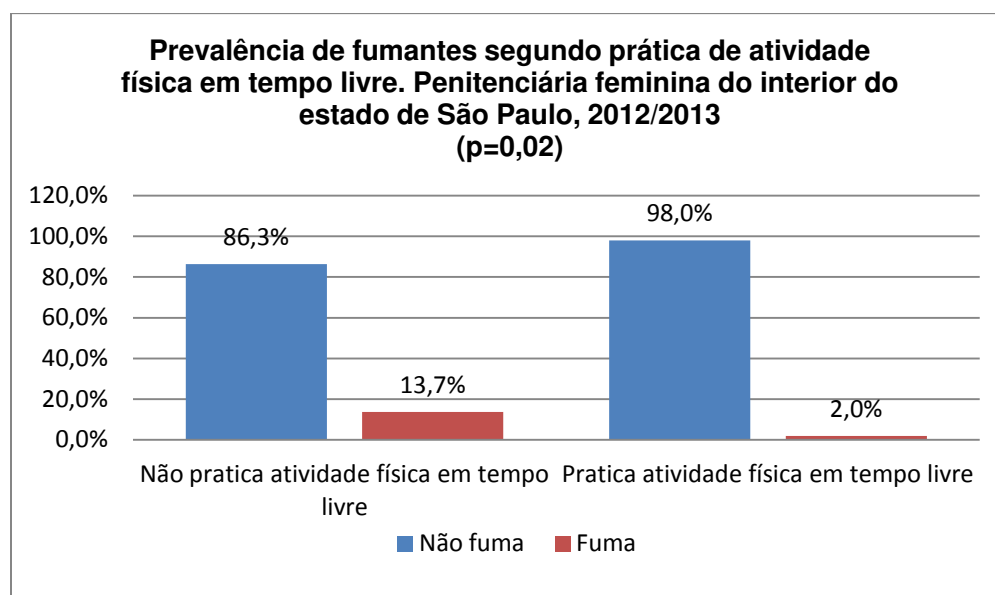


Gráfico 14 - Prevalência de fumantes segundo prática de atividade física em tempo livre. Penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo, 2012/2013



5.5. Transtorno Mental Comum

Para avaliar a saúde mental dos servidores foi utilizado o instrumento SQR 20 (WHO, 1994; GONCALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008) que tem por

objetivo o rastreamento de transtornos mentais comuns. Houve perda de dado relativo a um trabalhador.

Este questionário foi anteriormente utilizado no Brasil para a avaliação de agentes penitenciários da Região Metropolitana de Salvador - BA (FERNANDES *et al.*, 2002), de agentes penitenciários das duas unidades prisionais de Londrina – PR (REICHERT *et al.*, 2007) e de trabalhadores das duas penitenciárias de Avaré – SP (ALVES, 2009). Além disso já foi utilizado para a avaliação de diversas outras categorias profissionais como: agricultores, funcionários técnico-administrativos de uma universidade, médicos residentes, professores, estudantes de medicina, trabalhadores de enfermagem, policiais civis, agentes comunitários de saúde, delegados e trabalhadores do setor de energia elétrica. (Quadro1,p.47)

O score ≥ 8 foi obtido em 15,2% da amostra válida para esta variável, sendo 22,2% a prevalência em mulheres e 5,7% em homens. (Gráfico 15) Estudo de base populacional realizado em Campinas, que utilizou o mesmo ponto de corte aqui apresentado, a prevalência encontrada de TMC entre pessoas com dezoito anos ou mais foi de 17,4%, sendo 10,9% entre os homens e 23,3% entre as mulheres (PEREIRA *et al.*, 2008).

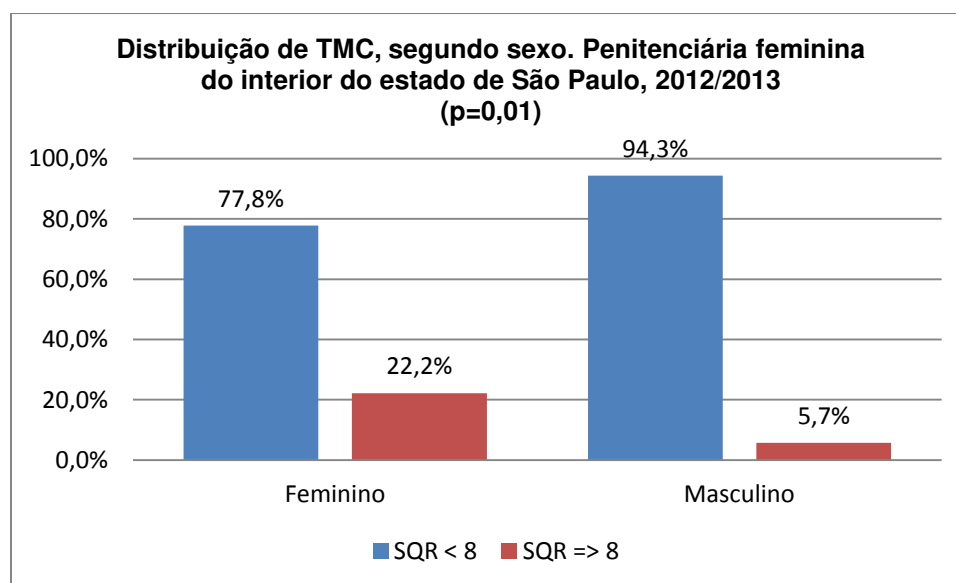
Muitos estudos revelam maior ocorrência de TMC entre mulheres (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005; VOLCAN *et al.*, 2003; COSTA *et al.*, 2002). Apesar de a maior prevalência de TMC entre as mulheres poder se dever a erro de classificação, este possível erro não é suficiente para a diferença de prevalência entre os sexos. (LUDERMIR e LEWIS, 2005)

Comparando-se a prevalência de TMC encontrada com os estudos de Fernandes *et al.*, 2002, Reichert *et al.*, 2007 e Alves, 2009, vemos que na penitenciária em estudo esta prevalência é menor. Tal diferença poderia ser atribuída ao método de coleta de dados que nas pesquisas utilizando SQR-20 citadas, o questionário foi autopreenchido, enquanto no presente estudo, o mesmo foi preenchido através de entrevista presencial. Temos ainda que os pontos de

corde utilizados foram menores para ambos os sexos em Reichert *et al.*, 2007 e menor para o sexo feminino em Alves, 2009. Ademais, apenas o estudo de Alves, 2009 incluiu todos os trabalhadores das penitenciárias em estudo. Seria menos estressante trabalhar em uma unidade penitenciária feminina?

Não foi observado incremento significativo na prevalência de TMC com o aumento da idade, tampouco houve diferença entre brancos e não brancos, pessoas que vivem e pessoas que não vivem em união estável.

Gráfico 15 - Distribuição de TMC, segundo sexo. Penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo, 2012/2013

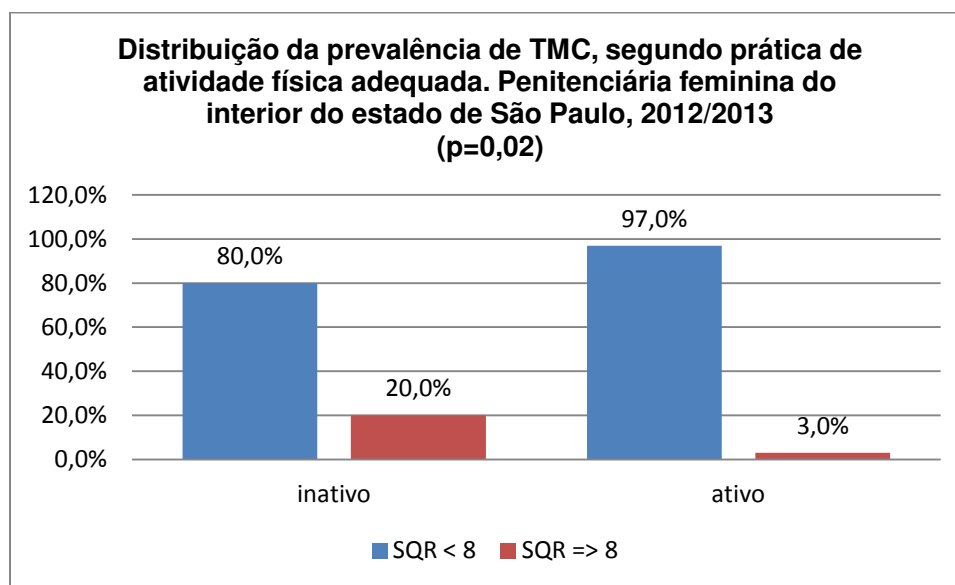


Não houve associação entre TMC e escolaridade, ao contrário, por exemplo de (PEREIRA *et al.*, 2008) que encontraram maior prevalência de TMC entre aqueles com nível baixo de escolaridade ($p < 0,01$). Este achado de não associação entre TMC e escolaridade pode se dever ao fato de haver na amostra alta proporção de trabalhadores com maior nível de escolaridade, sendo que apenas 01 trabalhador declarou menos até 8 anos de escolaridade. Alves, 2009 que pesquisou trabalhadores de penitenciárias encontrou resultado semelhante ao encontrado na presente pesquisa.

Quanto à associação entre o TMC e o estilo de vida, não foi observada associação estatística com consumo abusivo de álcool nem com hábito de fumar, contudo houve associação com a atividade física.

A inatividade física se associou positivamente com a presença de TMC apresentando $p=0.02$. (Gráfico 16) Sabe-se que a prática de atividade física é importante para a manutenção de uma boa saúde mental, servindo com um fator para aliviar as tensões provenientes do ambiente de trabalho. Fernandes *et al.*, 2002 também encontrou esta associação entre os agentes penitenciários de Salvador – BA assim como Reichert *et al.*, 2007 em Londrina – PR.

Gráfico 16 - Distribuição da prevalência de TMC, segundo prática de atividade física adequada. Penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo, 2012/2013



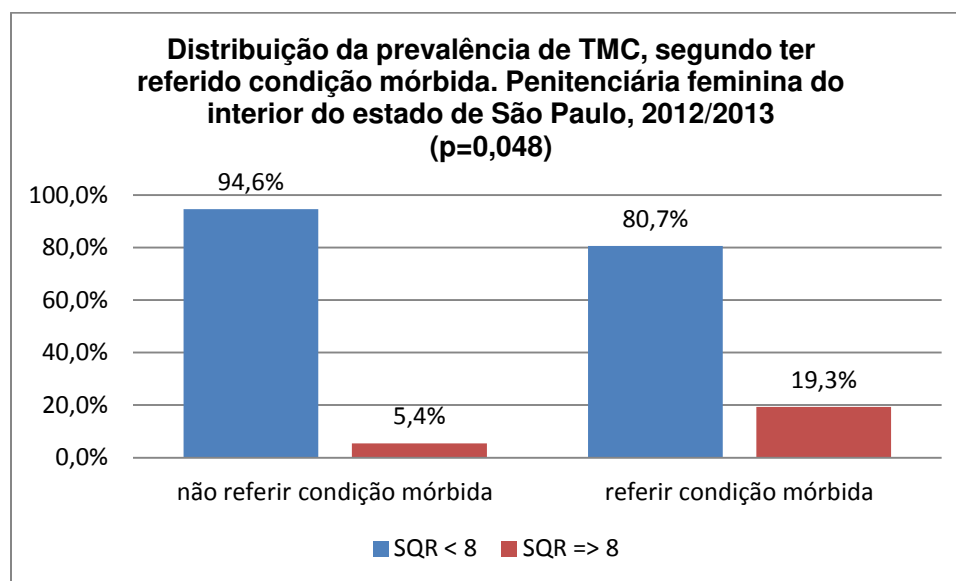
A experiência com a agressão, ou seja, ter sido vítima de algum tipo de agressão nos últimos 12 meses, não apresentou associação com o TMC ($p=0,36$). Alves (2009), ao estudar os trabalhadores das penitenciárias em Avaré, encontrou associação entre a presença de TMC e ter sido vítima de agressão no trabalho com $p=0,01$.

Segundo núcleo de trabalho, não houve diferença significativa entre os trabalhadores do Núcleo de Segurança e os trabalhadores do Núcleo

Administrativo. Em Alves (2009) também não houve associação entre o grupo de ocupação e a presença de TMC.

Houve associação positiva entre referir alguma condição mórbida e a presença de TMC ($p \sim 0,05$). (Gráfico 17) A associação entre TMC e ter doença também foi encontrada por Fernandes *et al.*(2002).

Gráfico 17 - Distribuição da prevalência de TMC, segundo ter referido condição mórbida. Penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo, 2012/2013



O uso de tranquilizantes foi relatado por 12 entrevistados, sendo encontrada a presença de TMC em quatro destes. Não houve associação entre o uso destes medicamentos com a presença de TMC. Por um outro lado, foi encontrada associação positiva entre o uso de tranquilizantes e ter sido vítima de qualquer tipo de agressão, seja verbal ou física com $p=0,03$.

O uso de tranquilizante também pode ter causado um efeito de viés na detecção do TMC, pois as pessoas em uso de tranquilizantes provavelmente são portadoras, contudo estão compensadas pelo tratamento.

O sofrimento que afeta estes trabalhadores está expresso não só nas doenças físicas ou no transtorno mental comum, mas também nos é revelado no

consumo de álcool e tabagismo que atingem níveis preocupantes em alguns dos entrevistados. Ademais, a maior expressão deste sofrimento foi a demanda vida destas pessoas para que alguém olhasse para elas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho na penitenciária, no seu percurso histórico, mantém sua aproximação com o lado penoso do labor. Baixa autonomia e alto grau de controle se relacionam com um aumento no risco de adoecimento em geral e particularmente o mental por estresse ocupacional.

A população em estudo, representativa do conjunto de trabalhadores de uma penitenciária feminina de São Paulo, está neste serviço há cerca de 8 anos, em média, constituindo-se predominantemente de classe média-baixa e em geral de baixos salários, com maioria se autodeclarando branca, quase todos possuindo alguma religião, com idade média de cerca de 41 anos, quase 75% têm filhos e a maioria vive em união conjugal. Podemos dizer que os baixos salários também são fatores de impacto na saúde destes trabalhadores pois muitos deles, mesmo não podendo legalmente, exercem outra função remunerada.

A necessidade de complementar o salário como segurança de lojas, supermercados, casas lotéricas, cassinos clandestinos e inferninhos aumenta sobre maneira a carga de trabalho, priva-os do sono regula, do lazer dos dias de folga, afasta-os do lar e do convívio com a família, e dá origem aos desacertos que explicam o grande número de casamentos desfeitos. (VARELLA, 2012, p.104)

Notável é o perfil de escolaridade apresentado pelos trabalhadores, discutido no capítulo anterior. Há trabalhadores que ainda estão estudando em busca de maior grau de conhecimento e qualificação. O que motivaria estes últimos seria possibilidade de ascensão na carreira? Seria a vontade de conseguir um outro emprego? Independentemente da motivação, percebemos que os trabalhadores são pessoas esforçadas que, apesar do cansaço físico e mental provocados pelo ambiente de trabalho, estão em busca de condições melhores.

Apesar de o Brasil ser um estado laico, a presença da religiosidade é marcante. A maioria dos trabalhadores da penitenciária em estudo refere ter uma religião. A forte presença da religiosidade pode sugerir a busca de tranquilidade e

traduzir-se em uma tentativa de purificação, depois de passar tantas horas por dia em um ambiente tão hostil.

É comum persignarem-se na Portaria, jamais entrar com o pé esquerdo, ir direto tocar o manto azul da imagem de Nossa Senhora Aparecida, figura obrigatória nos nichos das paredes de entrada dos pavilhões. É curioso ver homens que dominaram com as mãos inimigos armados, corpulentos, capazes de dialogar com autoridade sob ameaça de facas e estiletes, dar um beijinho na ponta dos dedos que tocaram o manto da santa. (VARELLA, 2012,p.103)

Nos achados no presente estudo, pode-se observar um alto grau de sedentarismo, apesar de existir a prática de atividade física. Não notou-se um incremento na prevalência de DCNT quando comparado com a população geral brasileira. O que foi relevante é o baixo grau de acompanhamento médico/de saúde destas comorbidades por parte destes trabalhadores. Além disso, os níveis de gordura abdominal, colesterol e triglicérides séricos foram elevados, o que demonstra que a saúde destes trabalhadores está em risco e é merecedora de atenção. Foi também encontrado percentual significativo de trabalhadores com PAS e/ou PAD elevadas. A elevação da pressão arterial, seja sistólica ou diastólica, demanda em primeiro lugar mudanças no estilo de vida, como cessação do tabagismo, diminuição do consumo de bebidas alcoólicas, prática regular de atividade física e alimentação saudável.

O tabagismo apresentou baixa prevalência dentro da população estudada, o que pode ser atribuído à tendência que observamos hoje na sociedade brasileira de diminuição do consumo de cigarros. Fumar é cada dia menos aceito socialmente e diversas são as iniciativas governamentais para coibir esta prática.

Para aliviar as tensões causadas pelo risco de perder a vida no trabalho, pela dificuldade crônica de equilibrar o orçamento doméstico e pelas reclamações da esposa carente de atenção, o agente penitenciário conta com duas válvulas de escape: a mulher e a cachaça.(VARELLA, 2012, p.104)

O consumo de álcool é feito por quase metade da população estudada e a proporção de pessoas em uso abusivo de álcool é preocupante. Este dado corrobora a hipótese de que o estresse a que estes trabalhadores estão submetidos tem repercussão na saúde mental. A relação com o álcool precisa ser mais estudada nestes trabalhadores, para conseguir entender qual o papel do álcool nesta população: “beber para ter coragem” ou “beber para esquecer”?

A prevalência de TMC apresentou valor inferior a população geral e pode estar relacionada ao possível viés de seleção do trabalhador sadio, que diz que os trabalhadores adoecidos, estão geralmente afastados do trabalho. Não foi possível ter acesso aos trabalhadores afastados por motivo de saúde, pois dados sobre estes não foram fornecidos pela instituição. Além disso, o método de coleta de dados por entrevista individual pode ter gerado viés de informação, uma vez que algumas perguntas podem fazer com que o entrevistado se sinta constrangido em responder ‘sim’ como por exemplo: “*É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?*” ou “*Tem tido ideia de acabar com a vida?*”. Ademais, quando as perguntas são lidas aos entrevistados, pode haver a influência de elementos subjetivos tanto do entrevistador quanto do entrevistado. (WHO, 1994)

A prevalência de condições de morbidade referidas e de TMC pode ser que estejam subestimadas devido ao efeito do trabalhador sadio, uma vez que os trabalhadores em afastamento devido a problemas de saúde não participaram da pesquisa. Havia 19 trabalhadores afastados por motivos de doença e não foi possível ter acesso às informações mais detalhadas sobre estes afastamentos.

Além do efeito do trabalhador sadio, o viés de memória que pode surgir quando se pergunta sobre morbidade em questões abertas, utilizamos perguntas do tipo dicotômica para avaliar se o entrevistado já teve ou não algumas doenças específicas de interesse da pesquisa. Ainda assim, o efeito deste viés não deve ser ignorado.

Podemos inferir que a prevalência de doenças entre os trabalhadores da penitenciária é maior do que a aferida, pois aqueles trabalhadores afastados

por motivo de saúde, não foram incluídos nos cálculos. Apesar de desejarmos conhecer o dano que é o trabalho em penitenciária causa às pessoas, pudemos perceber que o sofrimento não é percebido apenas por aqueles que manifestam doenças ou transtorno mental comum. Entender o sofrimento associado ao trabalho na prisão demandaria um olhar mais próximo, uma leitura das entrelinhas, uma escuta mais aberta e atenta para perceber as expressões diretas do sofrimento no dia-a-dia das relações. Permitiria também uma aproximação às defesas que os trabalhadores desta penitenciária usam para lida e sobreviver ao sofrimento do trabalho. Dejours (2013) nos traz que para se ter acesso ao sofrimento é preciso da palavra ao trabalhador, o que não se satisfaria por um estudo transversal que nos limita o enxergar do verdadeiro sofrimento que não se revela de uma só vez.

Esse trabalho trás o perfil dos trabalhadores, análises estatísticas específicas podem ser feitas para verificar outras associações. O perfil aqui apresentado corrobora a importância de se promover estudos e discussão sobre as condições de trabalho e suas implicações na saúde física e mental destes trabalhadores.

Importante aspecto positivo deste trabalho, além de ser o único trabalho brasileiro a abordar os trabalhadores de uma penitenciária feminina sob um olhar mais amplo de saúde, é que tal pesquisa ajuda a compreender quem são os trabalhadores estudados nesta penitenciária e quais são suas condições de saúde. Serve de subsidio para o delineamento de ações de promoção da saúde e incremento no cuidado a esta população. Imagina se que o cuidado desses trabalhadores pode ter repercussões no cuidado de ressocialização da população carcerária.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AJAY, R.. Common mental disorders. **Kathmandu University medical journal (KUMJ)**, s.l, v. 9, n. 35, p. 213–7, 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22946143>. Acesso em: 02 nov. 2013
- ALBORNOZ, S. Introdução à história das ideias sobre o trabalho: um resumo. Disponível em: http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/introducao_aa_histaoria_das_ida_eias_sobre_o_trabalho_um_resumo.pdf. Acesso em: 20 nov. 2013.
- ALDERMAN, M H. Serum uric acid as a cardiovascular risk factor for heart disease. **Current Hypertension Reports**, s.l., v. 3, n. 3, p. 184–9, jun. 2001. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11353567>. Acesso em: 03 nov.2013
- ALMEIDA-FILHO, N., COUTINHO, D. Atualizando o conceito de risco: de indicador de causalidade a sobredeterminante da complexidade em saúde. In: Medronho, R. A. *et al.* (Org.). **Epidemiologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. p. 623-645.
- ALVES, V. **Condições de trabalho de funcionários penitenciários de Avaré-SP e ocorrência de transtornos mentais comuns**. 2009. Dissertação (mestrado em saúde pública) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2009.
- ARAÚJO, T. M.; PINHO, P. S.; ALMEIDA, M. M. G.. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 5, n. 3, p. 337–348, 2005. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n3/a10v5n3.pdf. Acesso em: 12 dez. 2013
- AYRES, J. R. **Sobre o risco: para compreender a Epidemiologia**. São Paulo: HUCITEC. 1997.
- AZAGBA, S.; ASBRIDGE, M. Nicotine dependence matters: examining longitudinal association between smoking and physical activity among Canadian adults. **Preventive medicine**, s.l., v. 57, n. 5, p. 652–7, nov. 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23994713>. Acesso em: 11 jan. 2014.
- BARROS, A. J. D. *et al.* Tabagismo no Brasil: desigualdades regionais e prevalência segundo características ocupacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, s.l., v. 19, n. 9, p. 3707–3716, 2011.
- BIERIE, D. M. The impact of prison conditions on staff well-being. **International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology**, s.l., v.56, n.1, p.

81-95, fev. 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21123210>. Acesso em: 27 ago. 2013.

BIONDI, K. **Junto e Misturado: Imanência e Transcendência no PCC**. 2009. 198 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2009.

BOURDIEU, P.; SAINT-MARTIN, M. Goffts de classe et styles de vie (Excerto do artigo "Anatomie du goftt".) Traduzido por Paula Montero. **Actes de la Recherche en Sciences Sociales**, s.l., s.v., n. 5, p. 18–43, 1976. Disponível em: [http://www.unifra.br/professores/arquivos/8547/89602/gostos de classe e estilos de vida \(pierre bourdieu\).pdf](http://www.unifra.br/professores/arquivos/8547/89602/gostos%20de%20classe%20e%20estilos%20de%20vida%20(pierre%20bourdieu).pdf). Acesso em: 20 nov. 2013

BRASIL . Lei nº 12.121, de 15 de dezembro de 2009 - Acrescenta o § 3o ao art. 83 da Lei no 7.210, de 11 de julho de 1984 - Lei de Execução Penal, determinando que os estabelecimentos penais destinados às mulheres tenham por efetivo de segurança interna somente agentes do sexo feminino. **Diário Oficial da União**, Brasília. 16 de dezembro de 2009b.

_____. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. **Diário Oficial da União**, Brasília. 13 de julho de 1984.

_____. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2012** : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Editora MS, 2013b. 136 p.

_____. DATASUS (Departamento de Informática do SUS). **IDB 2011**. Brasília, 2012 b Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabnet.exe?idb2011/f2301.def>. Acesso em: 12 nov. 2013

_____. IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA) **Censo Demográfico 2010** : Características Gerais, Religião e Deficiência. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_Religioao_Deficiencia/tab1_4.pdf. Acesso em 29 jan. 2014

_____. INCA (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER). **Recomendações para redução da mortalidade por câncer de mama no Brasil: balanço 2012**. Rio de Janeiro: INCA, 2012a. Disponível em: < <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/4d4656804d9da4a5ac2abd0bfebbd41a/Balan%C3%A7o+Recomenda%C3%A7%C3%B5es+C%C3%A2ncer+de+Mama+2012.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=4d4656804d9da4a5ac2abd0bfebbd41a>>. Acesso em: 30 nov. 2013

_____. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Resolução nº 9 de 13 de novembro de 2009.: **Diário Oficial da União**, Brasília. 16 de novembro de 2009a. p. 54-55.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Segurança Pública. Secretaria Nacional de Segurança Pública **Pesquisa perfil das instituições de segurança pública**. Brasília: Ministério da Justiça. 2013a

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, s.l., v. 17, n. 1, p. 77–93, 2007.

CAMPOS, G. W. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: HUCITEC, 2000.

CAMPOS, J. C.; SOUSA, R. R. **O adoecimento psíquico do agente penitenciário e o sistema prisional**: Estudo de caso - Sete Lagoas. In: ENCONTRO DA ANPAD, n. 35, 2011, s.l. **Anais...**s.l: s.n., 2011. p. 1–15. Disponível em: Associação Nacional de Pós Graduação e Pesquisa em Administração http://www.anpad.org.br/evento.php?acao=trabalho&cod_edicao_subsecao=736&cod_evento_edicao=58&cod_edicao_trabalho=13664. Acesso em: 18 de Março de 2013.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. (M. T. Barrocas, Trad.) Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

CARNEIRO, S. A. M.. Saúde do Trabalhador Público: questão para a gestão de pessoas - a experiência na Prefeitura de São Paulo. **Revista do Serviço Público**. s.l., v. 57, n. 1, p. 23–49, 2006.

CÉSAR, C. L. Uso de Serviços de Saúde. In: Barros, M. B. *et al.* (Org.), **As dimensões da saúde**: Inquérito Populacional em Campinas. São Paulo: HUCITEC, 2008. p. 185-195.

CESARINO, C. B. *et al.* Prevalência e Fatores Sociodemográficos em Hipertensos de São José do Rio Preto - SP. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, s.l., v. 9, n. 1, 2008. p. 31–35.

CHEEK, F. E.; MILLER, M. S. The experience of stress for correction officers: A double-bind theory of correctional stress. **Journal of Criminal Justice**, s.l., v. 11, n. 2, p. 105–120, jan. 1983. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0047235283900466>. Acesso em: 15 nov. 2013

CHIOLERO, A. *et al.* Clustering of risk behaviors with cigarette consumption: A population-based survey. **Preventive Medicine**, s.l., v. 42, n. 5, p. 348–53, may

2006. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16504277>. Acesso em: 11 jan. 2014.

CICERO, A. F. G. *et al.* Association between serum uric acid, hypertension, vascular stiffness and subclinical atherosclerosis: data from the Brisighella Heart Study. **Journal of Hypertension**, s.l., v. 32, n. 1, p. 57–64, jan. 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24309486>. Acesso em: 13 jan. 2014.

COSTA, J. S. D. *et al.* Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, s.l., v. 5, n. 2, p. 164–173, 2002.

CUTLER, D. M.; LLERAS-MUNEY, A. Understanding differences in health behaviors by education. **Journal of health economics**, s.l., v. 29, n. 1, p. 1–28, jan. 2010. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2824018&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>. Acesso em: 11 jan. 2014.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Copenhagen: s.n., 1991. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_RPD414\(2\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_RPD414(2).pdf). Acesso em: 10 jan. 2014

DE LEON, J. *et al.* Association between smoking and alcohol use in the general population: stable and unstable odds ratios across two years in two different countries. **Alcohol and Alcoholism**, s.l., v. 42, n. 3, p. 252–7, 2007. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17526636>. Acesso em: 11 jan. 2014.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde*. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, s.l., v. 14, n. 54, p. 7–11, 1986.

_____. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, s.l., v. 14, n. 03, p. 27–34, 2004.

_____. **Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho**. / Christophe Dejours, Elisabeth Abdoucheli, Christian Jayet, coordenação Maria Irene Stocco Betiol; | tradutores Maria Irene Stocco Betiol et al | - 1.ed. – 14. Reimpr. – São Paulo: Atlas, 2013

DOLL, R. *et al.* Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. **British Medical Journal** (Clinical research ed.), s.l., v. 328, n. 7455, p. 1519, 26 jun. 2004. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=437139&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>. Acesso em: 9 jan. 2014.

EPSTEIN, M.; SOWERS, J. R. Diabetes mellitus and hypertension. **Hypertension**, s.l., v. 19, n. 5, p. 403–418, 1 mai 1992. Disponível em: <http://hyper.ahajournals.org/cgi/doi/10.1161/01.HYP.19.5.403>. Acesso em: 13 jan. 2014.

ERIKSEN, M P; LEMAISTRE, C a; NEWELL, G R. Health hazards of passive smoking. **Annual Review of Public Health**, s.l., v. 9, p. 47–70, jan. 1988. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3288240>. Acesso em: 18 jan. 2014

EWING J. A. Detecting Alcoholism: The CAGE Questionnaire. **JAMA**. s.l., v. 252, n. 14, p.1905-1907, 1984.

FAGERSTRÖM, K. *et al.* The Fagerström Test for Nicotine Dependence as a predictor of smoking abstinence: a pooled analysis of varenicline clinical trial data. Nicotine & tobacco research. **Official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco**, s.l., v. 14, n. 12, p. 1467–73, dez. 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22467778>. Acesso em: 11 jan. 2014.

FARIA, N. M.X. *et al.* Estudo transversal sobre saúde mental de agricultores da Serra Gaúcha (Brasil). **Revista de Saúde Pública**, s.l., v. 33, n. 4, p. 391–400, 1999.

FERNANDES, R. C. P. *et al.* Trabalho e cárcere : um estudo com agentes penitenciários da Região Metropolitana de Salvador , Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, s.l., v. 18, n. 3, p. 807–816, 2002.

FINE, L. J. *et al.* Prevalence of multiple chronic disease risk factors. 2001 National Health Interview Survey. **American Journal of Preventive Medicine**, s.l., v. 27, n. 2 Suppl, p. 18–24, ago. 2004. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15275670>. Acesso em: 10 jan. 2014.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. Editora Vozes. 40ª ed. 2012. p. 288

FOXMAN, B. Epidemiology of urinary tract infections: incidence, morbidity, and economic costs. **The American Journal of Medicine**. S.l., v. 113, n. 1, Suppl1, p. 5S–13S, fev. 2002. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12601337>. Acesso em: 25 nov. 2013

GIDDENS, A. **Modernidade e Identidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2002. p. 233

GIL-MONTE, P. R. El síndrome de quemarse por el trabajo (Síndrome Burnout) en profesionales de enfermería. **Revista Eletrônica InterAção Psy**, s.l., v.1, n.1, p. 19-33, ago 2003.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1961. p. 317

GONCALVES, D. M., STEIN, A. T., & KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cadernos de Saúde Pública**. s.l., v. 24, n. 2, p. 380-390, fev 2008.

GRANELLA, F. *et al.* Characteristics of menstrual and nonmenstrual attacks in women with menstrually related migraine referred to headache centres. Cephalalgia. **International Journal of Headache**. s.l., v. 24, n. 9, p. 707–16, set. 2004. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15315526>. Acesso em: 13 jan. 2014.

GUIMARÃES, A. T. *et al.* Gerenciamento do pessoal de enfermagem com estabilidade no emprego: percepção de enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, s.l., v. 64, n. 5, p. 905–911, 2011.

HASKELL, W. L. *et al.* Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Medicine and Science in Sports and Exercise**. s.l., v. 39, n. 8, p. 1423–34, ago 2007. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17762377>. Acesso em: 10 jan. 2014.

HITCHMAN, S. C.; FONG, G. T. Gender empowerment and female-to-male smoking prevalence ratios. **Bulletin of the World Health Organization**, s.l., v. 89, n. 3, p. 195–202, 1 mar. 2011. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3044247&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>. Acesso em: 11 jan. 2014.

HUISMAN, M.; KUNST, A. E.; MACKENBACH, J. P.. Inequalities in the prevalence of smoking in the European Union: comparing education and income. **Preventive medicine**, s.l., v. 40, n. 6, p. 756–64, jun. 2005. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15850876>. Acesso em: 11 jan. 2014.

ICPS – INTERNATIONAL CENTRE FOR PRISON STUDIES. **World Prison Brief**. Disponível em: sur International Centre for Prison Studies http://www.prisonstudies.org/info/worldbrief/wp_stats.php?area=all&category=wb_occupancy. Acesso em : 19 nov. 2013.

JAQUES, M. G. C. Abordagens teórico-metodológicas em saúde/ doença mental & trabalho. **Psicologia & Sociedade**, s.l., v. 15, n. 1, p. 97–116, 2003.

JARDIM, P. C. B. V. *et al.* Hipertensão Arterial e Alguns Fatores de Risco em uma Capital Brasileira. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, s.l., v. 4, n. 88, p. 452–457, 2007.

KARASEK, R. A. Job demand, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. **Adm Sci Q**. s.l., v. 24, p. 285-308, 1979.

_____. The stress-disequilibrium theory: chronic disease development, low social control, and physiological de-regulation. **Medicina del Lavoro** s.l., v. 97, p. 258-71, 2006.

KARASEK, R. A.; THEORELL, T. Healthy work: stress productivity and the reconstruction of working life. New York: Basic Book, 1990.

KAZEMI, A. *et al.* Impact of environmental tobacco smoke exposure in women on oxidative stress in the antral follicle and assisted reproduction outcomes. **Journal of research in medical sciences**, s.l., v. 18, n. 8, p. 688-94, ago. 2013.

Disponível em:

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3872608&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>. Acesso em: 11 jan. 2014

KIRCHHOF, A. L. C. *et al.* Condições de trabalho e características sociodemográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**. s.l., v. 18, n. 2, p. 215-223, 2009.

LACAZ, F. A. C. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, s.l., v. 5, n. 1, p. 151-161, 2000.

LALONDE, M. **A New Perspective on the Health of Canadians**. s.l.: s.n., 1974.

LEAN, M. E. J.; HAN, T. S.; MORRISON, C. E. Waist circumference as a measure for indicating need for weight management. **BMJ**, s.l., v. 311, n. 6998, p. 158-161, 1995.

LEFCOE, N. M. *et al.* The Health Risks of Passive Smoking: The Growing Case for Control Measures in Enclosed Environments. **Chest**. s.l., v. 84, n. 1, p. 90-95, 1983.

LEKA, S.; JAIN, A. **Health Impact of Psychosocial Hazards at Work: An Overview**. s.l.: WHO Press, 2010. p. 136

LIMA, M. C. P.; DOMINGUES, M. de S.; CERQUEIRA, A. T. A. R. Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina. **Revista de Saúde Pública**, s.l., v. 40, n. 6, p. 1035-1041, 2006.

LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E.; CHOR, D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. s.l., v. 19, n. 6, p. 1713-1720, 2003.

LOPES, R. O Cotidiano da Violência: O trabalho do Agente de Segurança Penitenciária nas Instituições Prisionais. **Psicologia para América Latina - Revista Electrónica Internacional de la Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología**. s.l., s.v., n. 0, p. 1-11, 2002. Disponível em: www.psicolatina.org/Cero/psicologia_juridica.html. Acesso em: 19 nov. 2013

LOURENÇO, L. C.. Batendo a tranca: Impactos do encarceramento em agentes penitenciários da Região Metropolitana de Belo Horizonte. **DILEMAS: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**. s.l., v. 3, n. 10, p. 11–31, 2010.

LUDERMIR, A. B. Associação dos transtornos mentais comuns com a informalidade das relações de trabalho. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. s.l., v. 54, n. 3, p. 198–204, 2005.

LUDERMIR, A. B.; LEWIS, G. Investigating the effect of demographic and socioeconomic variables on misclassification by the SRQ-20 compared with a psychiatric interview. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**. s.l., v. 40, n. 1, p. 36–41, jan. 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15624073>>. Acesso em: 15 jan. 2014.

LUDERMIR, A. B.; MELO-FILHO, D. A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Revista de Saúde Pública**. s.l., v. 36, n. 2, p. 213–221, 2002. Disponível em: www.fsp.usp.br/rsp. Acesso em: 23 nov. 2013

MACGREGOR, E. A. *et al.* Incidence of migraine relative to menstrual cycle phases of rising and falling estrogen. **Neurology**. s.l., v. 67, n. 12, p. 2154–8, 26 dez. 2006. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16971700>. Acesso em: 13 jan. 2014.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. **The British Journal of Psychiatry**. s.l., v. 148, n. 1, p. 23–26, 1 jan. 1986. Disponível em: <http://bjp.rcpsych.org/cgi/doi/10.1192/bjp.148.1.23>. Acesso em: 5 jan. 2014.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política (Vol. I). (R. Sant’Anna, Trad.) Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

MATHERS, C. D.; LONCAR, D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. **PLoS medicine**. s.l., v. 3, n. 11, p. e442, nov. 2006. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1664601&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>. Acesso em: 10 jan. 2014.

MENDES, R. O impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde de trabalhadores. I - Morbidade. **Revista de Saúde Pública**. s.l., v. 22, p. 311–326, 1988.

MÉNDEZ, E. B. **Uma versão brasileira do AUDIT** (Alcohol use disorders identification test). 1999. 128 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 1999.

MENESES-GAYA, I. C. *et al.* As propriedades psicométricas do Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. s.l., v. 35, n. 1, p. 73–82, 2009.

MERMELSTEIN, R. Ethnicity, gender and risk factors for smoking initiation : an overview. **Nicotine & Tobacco Research**. s.l., v. 1, n. Suppl 2, p. 39–43, 1999.

MORIN, E. M. Os sentidos do trabalho. **Revista de Administração de Empresas**. s.l., v. 41, n. 3, p. 08–19, set. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902001000300002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 23 nov. 2013

OLIVEIRA, G. M. **Trabalho e saúde dos delegados de polícia civil de Salvador-Bahia-Brasil**. 2011. 118 f. Dissertação [Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho] – Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

PEREIRA, A. R.; MORITA, M.; BARROS, M. B. Transtorno Mental Comum. In: Barros, M. B. (Org) **As dimensões da Saúde: Inquérito Populacional em Campinas**. São Paulo: HUCITEC, 2008.

PINHO, P. S.; ARAÚJO, T. M. Trabalho de enfermagem em uma unidade de emergência hospitalar e transtornos mentais. **Revista de Enfermagem**. UERJ, v. 15, n. 3, p. 329–336, 2007.

POORTINGA, W. The prevalence and clustering of four major lifestyle risk factors in an English adult population. **Preventive medicine**. s.l., v. 44, n. 2, p. 124–8, fev. 2007. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17157369>. Acesso em: 10 jan. 2014.

PORTO, Lauro Antônio *et al.* Associação entre distúrbios psíquicos e aspectos psicossociais do trabalho de professores. **Revista de Saúde Pública**. s.l., v. 40, n. 5, p. 818–826, 2006.

REAM, J. H. A Comprehensive Critical Incident Stress Management (CISM) - Programming a Correctional System: It's More Than Dealing with Workplace Violence. AAETS (American Association of Experts in Traumatic Stress). Disponível em: <http://www.aaets.org/article88.htm>. Acesso em: 5 fev. 2013.

REICHERT, F. F. *et al.* Atividade física e outros aspectos relacionados à saúde de agentes penitenciários de Londrina - PR. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, s.l., v. 12, n. 3, p. 4–11, 2007. Disponível em: <http://www.sbafs.org.br/_artigos/52.pdf>. Acesso em 15 dez. 2013

REZENDE, F. A. C. *et al.* Índice de Massa Corporal e Circunferência Abdominal: Associação com Fatores de Risco Cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, s.l., v. 87, n. 6, p. 728–734, 2006.

RODRIGUES, N. Sistema prisional paulista: transformações e perspectivas. **Revista de Criminologia e Ciências Penitenciárias**, v. 1, n. 1, p. 1–42, 2011. São Paulo. Disponível em: <
<http://www.procrim.org/revista/index.php/COPEN/article/view/39/pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2013

ROUQUAYROL, M. Z., e ALMEIDA-FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde** 6ªed.. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SANTOS, A. et al. Perfil epidemiológico da Hipertensão Arterial Sistêmica na população de Cajazeiras, Paraíba. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 17, n. 3, p. 253–262, 30 out. 2013. Disponível em:
<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/13083/9807>. Acesso em: 4 fev. 2014.

SÃO PAULO (Estado). Lei Complementar nº 498. Institui no Quadro da Secretaria da Justiça a série de classes de Agente de Segurança Penitenciária e dá providências correlatas . **Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo**. 29 de dezembro de 1986.

_____. Lei Complementar no 207 , de 05 / 01 / 1979 – “ Lei Orgânica da Polícia do Estado de São Paulo ” (Gratificação pelo Regime Especial de Trabalho Policial). **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo. 05 de janeiro de 1979.

_____. Lei Complementar nº 898. Institui o Quadro da Secretaria da Administração Penitenciária a classe de Agente de Escolta e Vigilância Penitenciária, e dá providências correlatas . **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo. 13 de julho de 2001

_____. Secretaria da Fazenda do Estado de São Paulo. Comunicado DA-90: Divulga o valor da Unidade Fiscal do Estado de São Paulo - UFESP para o período de 1 de janeiro a 31-12-2013. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo. 19 de dezembro de 2012 - Seção 1

_____. Secretaria de Administração Penitenciária . **História da SAP**. São Paulo, 2013b. Disponível em: www.sap.sp.gov.br. Acesso em: 10 nov. 2013

_____. Secretaria de Administração Penitenciária. **Coordenadorias: Região Central: Penitenciária Feminina de Campinas**. São Paulo, 12 nov. 2013c. Disponível em : www.sap.sp.gov.br. Acesso em: 12 nov.2013

_____. Secretaria de Administração Penitenciária. **Coordenadorias: Região Central**. 2013d. Disponível em:www.sap.sp.gov.br. Acesso em 17 nov. 2013

_____. Secretaria de Administração Penitenciária. **Museu Penitenciário Paulista - História do Sistema Penitenciário Paulista**. 2013a Disponível em: www.sap.sp.gov.br/common/museu/museu.php. Acesso em: 21 nov. 2013.

SBC; SBH; SBN; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA). VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, s.l., v.95, n.1. sup.1.,p. 1-51, 2010;

SILVA, A. T. C. ; MENEZES, P. R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 921–929, 2008.

SOBRINHO, C. L. N. *et al.* Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador , Bahia , Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 1, p. 131–140, 2006.

SOUZA, A. A., BARROS, M. B. Tabagismo. In: BARROS, M. B. *et al.* (Org.), **As dimensões da Saúde: Inquérito Populacional em Campinas**. São Paulo: HUCITEC, 2008 p. 80-90

SOUZA, E. R. *et al.* Sofrimento psíquico entre policiais civis : uma análise sob a ótica de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 1, p. 105–114, 2007.

SOUZA, S. F. *et al.* Fatores psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em eletricitários. **Revista de Saúde Pública**, s.l., v. 44, n. 4, p. 710–717, 2010

STRINE, T.W. *et al.* Health-Related Quality of Life and Health Risk Behaviors Among Smokers. **American Journal of Preventive Medicine**, n.l., v. 28, n. 2, p. 182–187, 2005.

TAYLOR, L. From Ways of Life to Lifestyle: The ‘Ordinari-ization’ of British Gardening Lifestyle Television. **European Journal of Communication**, s.l., v. 17, n. 4, p. 479–493, 2002. Disponível em: <http://ejc.sagepub.com/content/17/4/479.full.pdf+html> . Acesso em: 8 jan 2014.

THOMPSON, P. D. *et al.* Exercise and physical activity in the prevention and treatment of Atherosclerotic Cardiovascular Disease - A statement from the Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity). **Circulation**, Boston. v. 107, n. 24, p. 3109–3116. Disponível em: <http://circ.ahajournals.org/content/107/24/3109.full.pdf+html> . Acesso em: 28 nov. 2013

TSCHIEDEL, R. M. **O trabalho prisional e suas implicações na saúde mental dos Agentes de Segurança Penitenciária**. 2012. 51f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2012

USA. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **2008 Physical Activity Guidelines for Americans**. . Washington, D.C. : ODPHP 2008.

VARELLA, D. **Carcereiros**. 1ªed. São Paulo: Companhia das Letras, 2012

VICTOR, T. W. et al. Migraine prevalence by age and sex in the United States: a life-span study. **Cephalgia : an international journal of headache**, s.l., v. 30, n. 9, p. 1065–72, 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20713557>. Acesso em: 13 jan. 2014.

VOLCAN, S.M.A. *et al.* Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores : estudo transversal. **Revista de Saúde Pública**. Brasil. v. 37, n. 4, p. 440–445, 2003. Disponível em: www.fsp.usp.br/rsp. Acesso em 04 dez. 2014

WANG, S. Epidemiology of migraine and other types of headache in Asia. **Current Neurology and Neuroscience Reports**, s.l., v. 3, n. 2, p. 104–8, 2003. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12583837>. Acesso em: 28 dez 2013

WHO (World Health Organization). **A user's guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ)**. Geneva: World Health Organization, 1994. 90 p.

_____. **Global recommendations on Physical Activity for health**. Geneva: WHO Press, 2010. 60 p.

_____. **Identification and control of work-related diseases**. Geneva: WHO Press, 1985. 72 p.

_____. **Preamble to the Constitution of the World Health Organization** as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

_____. **AUDIT** : The Alcohol Use Disorder Identification Test- Guidelines for Use in Primary Care . Geneva: World Health Organization, 2001

_____. **Constitution of the World Health Organization** as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (official Records of the World Health Organization, no.2,p.100) and ent. . [S.l: s.n.]. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>. , 1946

_____. Global Health Observatory . Disponível em http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/blood_pressure_prevalence_text/en/ .Acesso em: 11 nov. 2013

_____. **Global health risks**: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. . Genebra: WHO Press, 2009. 70 p.

_____. **The World Health Report 2002**: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva: WHO Press, 2002. 230p.

WONG, C. H. et al. Habitual Walking and Its Correlation to Better Physical Function : Implications for Prevention of Physical Disability in Older Persons. **Journal of Gerontology: Medical Sciences**, Washington, v. 58, n. 6, p. 555–560, 2003. Disponível em: <http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/>. Acesso: 10 jan, 2014

ZAITUNE, M. P., BARROS, M. B. Atividade Física. In: Barros, M. B. *et al.*, **As dimensões da saúde**: Inquérito Populacional em Campinas. São Paulo: HUCITEC, 2008. p. 67-79

ANEXO I - QUESTIONÁRIO

MÓDULO SERVIDOR



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA**

**ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER NO CÁRCERE E DOS SERVIDORES DA
PENITENCIÁRIA FEMININA DE CAMPINAS/SP**

**APROVADO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
PENITENCIÁRIA**

CAMPINAS SP

O (a) entrevistador (a) deve cumprimentar a pessoa a ser entrevistada e iniciar a pesquisa do seguinte modo: Meu nome é _____, e gostaria de conversar com a Sr(a). sobre uma pesquisa que estamos fazendo pela UNICAMP/UBS e PFC.

(LER A CARTA DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO).

(Se o (a) entrevistado (a) consentir em participar, ele (a) deve assinar a carta; caso contrário, agradeça e encerre a entrevista).

001 Questionário no: _____ 002 - Data da entrevista ____/____/____
 003- Peso quando começou a trabalhar _____ 004 Peso atual _____ 005 Estatura _____
 006 PA _____ x _____ 007 Pulso _____ 008 Circunferência da Cintura _____
 009 Circunferência quadril _____ 010 Perímetro Pulso _____ 011 Bioimpedância _____
 012 Glicemia _____ 013 Triglicérides _____ 014
 Colesterol _____

I IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR

015 – Iniciais Nome _____
 016 - Telefone _____ 017 - Data de nascimento ____/____/____
 018 - Idade em anos: _____ 019 - Distância em Km da residência a PFC _____
 020 – Quanto tempo em horas você leva para vir trabalhar _____
 021 - Qual o meio de transporte que você utiliza para vir ao trabalho

1 – carro	2 – carro com carona	3 – ônibus
4 – a pé	5 - bicicleta	6 - outros
7 - Qual:	9 - NS/NR	

022 - Tempo de trabalho na PFC em anos _____ (se menos de um ano colocar (zero))

023 – Qual seu cargo ou função: _____

024 – Quantas horas semanais o (a) Sr (a) trabalha na PFC: _____

025 – Qual a sua renda do trabalho na PFC: (Salário Mínimo R\$ 622,00 reais/jan 2012).

1 – 1 salário mínimo (SM)	2 – 2 a 4 SM	3 – 5 a 7 SM
4 – 8 a 10 SM	5 – 11 a 15 SM	6 – 16 a 20 SM
7 – Mais de 20 SM	9 - NS/NR	

026 - Atualmente, a Sr(a). está trabalhando em outro emprego diferente da PFC?

0 - não (incluir trabalho doméstico)	1 - sim, remunerado com carteira assinada	2 - sim, remunerado sem carteira assinada
--------------------------------------	---	---

3. outro		
----------	--	--

027 - Situação conjugal:

1 - casada	2 - solteira	3 – união consensual estável
4 - desquitada/divorciada	5 - viúva	6 – separada
7 - namora com vida sexual	9 - NS/NR	

028 Tem filhos:

0 - não	1 - sim	99. -NS/NR
---------	---------	------------

029 Quantos _____

030 - Qual é a sua cor ou raça? **(auto referida)**

1 - branca	2 - negra	3 – parda/mulato
4 - amarela/oriental	5 - indígena	9 - NS/NR

031. Qual é a sua religião?

0 - sem religião	
1 - Católica (Apostólica Romana, Católica ortodoxia, Apostólica Brasileira, Católica não determinada),	2 - Espírita ou espiritualista (Kadercista, Umbanda, Candomblé ou outra religião de origem africana).
3 - Protestante Cristã Reformada (Luterana, Presbiteriana, Metodista, Batista, Congregacional, Adventista, Episcopal Anglicana, Menonita, Evangélica tradicional não determinada, Evangélica tradicional, outras)	4 - Crente evangélico (Assembléia de Deus, Congregação Cristã do Brasil, O Brasil para cristo, Evangelho Quadrangular, Universal do Reino de Deus, Casa da Benção, Casa da Oração, Deus é amor, Maranata, Tradicional Renovada, Evangélica Pentecostal não determinada, Evangélica Pentecostal, outras)
5 - Outra Qual: _____	9 - NS/NR

032 – O (A) Sr(a). sabe ler e escrever?

0 - não	1 – sim
---------	---------

033 - O (A) Sr(a). está estudando atualmente?

0 - não	1 – sim
---------	---------

034 - Qual foi o curso mais elevado que freqüentou ou que o (a) sr(a).está freqüentando (ou)?

1 - Regular do ensino fundamental ou de 1º grau	2 - Regular do ensino médio ou de 2º grau	3 - Supletivo de ensino fundamental ou de 1º grau
---	---	---

4 - Supletivo de ensino médio ou de 2º grau.	5 - Superior (Universitário)	6 - Alfabetização de adulto
7 - Curso técnico	8 - Mestrado ou Doutorado	9 - NS/NR

035 – Se tiver nível técnico ou superior, pergunte se sua função na PFC é compatível com sua formação.

0 - não	1 – sim
---------	---------

II CONDIÇÕES DE MORBIDADE:

O (A) Sr(a). teve/tem algum problema de saúde?

036 - Pressão alta.	0 - não	1 - sim	9 - NS/NR
037 - Diabetes	0 - não	1 - sim	9 - NS/NR
038 – Para mulheres e homens. Problemas na região ginecológica (corrimento, coceira, ardor, ferida, verruga (vagina) pênis, dor na relação sexual, dor em baixo ventre).	0 – não	1 – sim	9 – NS/NR
039 – Triglicérides, Ácido Úrico, Colesterol alterado	0 – não	1 – sim	9 – NS/NR
040 – Infecção urinária	0 – não	1 – sim	9 – NS/NR
041 – Tuberculose	0 – não	1 – sim	9 – NS/NR
042 – Hanseníase	0 – não	1 – sim	9 – NS/NR
043 – Problemas de coração	0 – não	1 – sim	9 – NS/NR
044 – Enxaqueca (dor de cabeça)	0 – não	1 – sim	9 – NS/NR
045 – DST/AIDS	0 – não	1 – sim	9 – NS/NR
046 – Comportamento sexual de risco (sexo sem camisinha, vários parceiros, transar com pessoas doentes)	0 – não	1 – sim	9 – NS/NR
047 - Para Homens com mais de 40 anos: Fez exame de Próstata nos últimos 12 meses? Para Mulheres fez exame de citologia oncótica nos últimos 12 meses?	0 – não	1 – sim	9 – NS/NR
048 Para Mulheres fez Mamografia nos últimos 12 meses?	0 – não	1 – sim	9 – NS/NR
049- Outros _____			

050 – Caso apresente uma ou mais patologia, faz acompanhamento médico?

0 - não	1 – sim
---------	---------

051 - Foi solicitado para Sr(a) o teste para AIDS.

0 - não	1 - sim, fiz o exame	2 - sim, não fiz o exame
99. -NS/NR		

052 – O A Sr(a). está com as vacinas em dia?

0 - não	1 - sim	99. -NS/NR
---------	---------	------------

Avaliar a carteira de vacina.

053 - **Se não**, qual (is) vacina(s) esta(ao) faltando? _____

054 - Quem o(a) Sr(a) considera como o responsável pela família?

1 - seu companheiro	2 – o(a) sr(a).
3 - os dois	4 - outro familiar

III CONDIÇÕES DE MORADIA, PRESENÇA DE REDE E APOIO SOCIAL.

As próximas perguntas são sobre outros aspectos de sua vida com a família e amigos.

055 – O (A) Sr(a). está recebendo algum tipo de ajuda?

0 - não	1 - sim	9 - NS/NR
---------	---------	-----------

056 - Se **sim**, que tipo de ajuda _____ (dinheiro/ticket, cestas básica, bolsa escola, bolsa alimentação, vale gás, leite)

057 - De quem _____ (vizinhos associação de bairro, prefeitura, serviço de saúde, programas do governo)

058 - O (A) Sr(a).ou algum membro da sua família sofreu algum tipo de violência nos últimos 3 meses?

0 - não	1 - sim	9 - NS/NR
---------	---------	-----------

059 - O (A) Sr(a). considera o bairro onde mora violento?

0 - não	1 - sim	9 - NS/NR
---------	---------	-----------

060 - O (A) Sr(a). se sente segura no local onde mora?

0 - não	1 - sim	9 - NS/NR
---------	---------	-----------

061 - O (A) Sr(a). se sente seguro (a) no local de trabalho?

0 - não	1 - sim	9 - NS/NR
---------	---------	-----------

062 - O (A) Sr(a). pratica algum tipo de atividade física?

0 – não (passe para a 52)	1 - sim	9 - NS/NR
---------------------------	---------	-----------

063 Se, Sim: Qual ou quais _____

064 Com que frequência semanal _____

065 Quantos minutos por dia de atividade _____

A família possui:

Critério de Classificação Econômica Brasil – ABEP – 2011

	Não tem	Tem			
		1	2	3	4 ou +
066 - Televisão em cores	0	1	2	3	4
067 - Rádio	0	1	2	3	4
068 - Banheiro	0	4	5	6	7
069 - Automóvel	0	4	7	9	9
070 - Empregada mensalista	0	3	4	4	4
071 - Máquina de lavar roupa	0	2	2	2	2
072 - Vídeo cassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
073 - Geladeira	0	4	4	4	4
074 - Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

075 - ESCORE TOTAL

076 - Qual é a escolaridade do responsável pela família?

0 - Analfabeto/ Até 3ª série Fundamental/ Até 3ª série 1º. Grau	2 - Fundamental completo/ 1º. Grau completo
1 - Até 4ª série Fundamental / Até 4ª série 1º. Grau	4 - Médio completo/ 2º. Grau completo
8 - Superior completo	

USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Atualmente é muito comum a pessoa fumar, beber bebida alcoólica ou até usar algum tipo de droga. As próximas perguntas são referentes ao uso dessas substâncias que podem ser

utilizadas pelo (a) Sr(a). Para nossa pesquisa é muito importante que a sr(a) responda essas perguntas. Gostaria de lembrá-lo(a) que essas assim como todas as outras perguntas são confidenciais e serão utilizadas apenas para a pesquisa, isto é, somente serão vistas pelos pesquisadores, e nada acontecerá com a sra. Ou outras pessoas

Teste Fagerström:

077 - O (A) Sr(a). fuma cigarro?

0 – não (pular para a 86)	1 - sim	9 - NS/NR
---------------------------	---------	-----------

78 - Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?

3 – De 1 a 5 minutos	2– Entre 6 a 30 minutos	1 - Entre 31 a 60 minutos	0 - Mais de 60 minutos
----------------------	-------------------------	---------------------------	------------------------

79 - Você tem dificuldade de ficar sem fumar em locais proibidos como cinema, igrejas, bibliotecas, etc.?

1 - Sim	0 – Não
---------	---------

80 - O primeiro cigarro da manhã é o que traz mais satisfação?

1 – Sim	2 – Não
---------	---------

81 - Quantos cigarros você fuma por dia?

0 – menos de 11	1 – 11 a 20
2 - De 21 a 30	3 - Mais de 30

82- Você fuma mais nas primeiras horas da manhã do que no resto do dia?

1 - Sim	0 – Não
---------	---------

83 - Você fuma mesmo quando acamado por doença?

1 - Sim	0 – Não
---------	---------

84 Total escore _____

AUDIT

85 - Com que frequência a sra (sr). consome bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, cachaça, etc...)?

0 – Nunca (pular para a pergunta 97)	1 - Uma vez por mês ou menos	2 - 2 a 4 vezes por mês
3 - 2 a 3 vezes por semana	4 - 4 ou mais vezes por semana	ESCORE

86 - Quantas doses, contendo álcool, a sra (Sr) consome num dia em que normalmente bebe?

1 - 1a 2	2 - 3 a 4	3 - 5 a 6
4 - 7 a 9	5 - 10 ou mais	ESCORE

87 - Com que frequência que a sra (Sr) consome 6 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?

0 - Nunca	1 - Menos que mensalmente	2 – Mensalmente
3 - Semanalmente	4 - Diariamente ou quase diariamente	ESCORE

88 - Com que frequência, durante os últimos doze meses, a sra (Sr) percebeu que não conseguia parar de beber uma vez que havia começado?

0 - Nunca	1 - Menos que mensalmente	2 – Mensalmente
3 - Semanalmente	4 - Diariamente ou quase diariamente	ESCORE

89 - Com que frequência, durante os últimos doze meses, a sra (Sr) deixou de fazer algo ou atender a um compromisso devido ao uso de bebidas alcoólicas?

0 - Nunca	1 - Menos que mensalmente	2 – Mensalmente
3 - Semanalmente	4 - Diariamente ou quase diariamente	ESCORE

90 - Com que frequência, durante os últimos doze meses, a sra (Sr) precisou de uma primeira dose pela manhã para sentir-se melhor depois de uma bebedeira?

0 - Nunca	1 - Menos que mensalmente	2 – Mensalmente
3 - Semanalmente	4 - Diariamente ou quase diariamente	ESCORE

91 - Com que frequência a sra (Sr) sentiu-se culpada ou com remorso depois de beber?

0 - Nunca	1 - Menos que mensalmente	2 – Mensalmente
3 - Semanalmente	4 - Diariamente ou quase diariamente	ESCORE

92 - Com que frequência, durante os últimos doze meses, a sra não conseguiu lembra-se do que aconteceu na noite anterior porque havia bebido?

0 - Nunca	1 - Menos que mensalmente	2 – Mensalmente
3 - Semanalmente	4 - Diariamente ou quase diariamente	ESCORE

93 - A sra ou alguma outra pessoa já se machucou devido a alguma bebida?

0 - Nunca	2 - Sim, mas não nos últimos doze meses	4 - Sim, nos últimos doze meses	ESCORE
-----------	---	---------------------------------	---------------

94 - Alguns parentes, amigos, médicos ou outro profissional de saúde mostrou-se preocupado com seu modo de beber ou sugeriu que a sra diminuísse a quantidade?

0 - Nunca	2 - Sim, mas não nos últimos doze meses	4 - Sim, nos últimos doze meses	ESCORE
-----------	---	---------------------------------	---------------

95 - ESCORE TOTAL: _____

PROBLEMAS EMOCIONAIS E TRANSTORNOS MENTAIS (SQR20)

As próximas perguntas são relacionadas com problemas comuns que talvez o (a) tenham incomodado nas últimas 4 semanas, se você teve problemas nas últimas 4 SEMANAS, RESPONDA SIM, SE NÃO, RESPONDA NÃO.

96 – O (A) Sr(a). tem dores de cabeça freqüentes?	0 - não	1 – sim
97 - Tem falta de apetite?	0 - não	1 – sim
98 - Dorme mal?	0 - não	1 – sim
99 - Assusta-se com facilidade?	0 - não	1 – sim
100 - Tem tremores nas mãos?	0 - não	1 – sim
101 - Sente-se nervosa, tensa ou preocupada?	0 - não	1 – sim
102 - Tem má digestão?	0 - não	1 – sim
103 - Tem dificuldade em pensar com clareza?	0 - não	1 – sim
104 - Tem se sentido triste ultimamente?	0 - não	1 – sim
105 - Tem chorado mais do que de costume?	0 - não	1 – sim
106 - Encontra dificuldades em realizar com satisfação suas tarefas diárias?	0 - não	1 – sim
107 - Tem dificuldade para tomar decisões?	0 - não	1 – sim
108 - Tem dificuldades no serviço?(seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento).	0 - não	1 – sim
109 - É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	0 - não	1 – sim
110 - Tem perdido o interesse pelas coisas?	0 - não	1 – sim
111 - A sra se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	0 - não	1 – sim
112 - Tem tido idéia de acabar com a vida?	0 - não	1 – sim
113 - Sente-se cansada o tempo todo?	0 - não	1 – sim
114 - Tem sensações desagradáveis no estômago?	0 - não	1 – sim
115 - A Sra. se cansa com facilidade?	0 - não	1 – sim

116 - ESCORE TOTAL_____

VIOLÊNCIA

117 Nos últimos 12 meses alguém insultou, xingou ou humilhou a Sr(a), ou fez com que Sr(a) se sentisse mal?

0 - não	1 Companheiro (a) atual	2 - ex-companheiro	3 - pai	4 - mãe
5 - filhos	6 - irmãos	7 - outros familiares	8 - amigos	9 - vizinhos
10 - estranhos				99 - NS/NR

118 - **Se, SIM** com que frequência isso aconteceu

1 - uma vez	2 - às vezes	3 - muitas vezes
-------------	--------------	------------------

119 : Nos últimos 12 meses alguém fez coisas para assustá-lo(a) ou intimidá-lo(a) de propósito (p. ex, a forma como olhava ou gritava ou quebrava as coisas e os objetos pessoais ou ameaçava de alguma forma)

0 - não	1 Companheiro (a) atual	2 - ex-companheiro (a)	3 - pai	4 - mãe
5 - filhos	6 - irmãos	7 - outros familiares	8 - amigos	9 - vizinhos
10 - estranhos				99 - NS/NR

120 - **Se, SIM** com que frequência isso aconteceu

1 - uma vez	2 - às vezes	3 - muitas vezes
-------------	--------------	------------------

121 Nos últimos 12 meses alguém bateu, deu tapas, chutou ou machucou a sr (a) fisicamente ou de outra forma?

0 - não	1 Companheiro (a) atual	2 - ex-companheiro (a)	3 - pai	4 - mãe
5 - filhos	6 - irmãos	7 - outros familiares	8 - amigos	9 - vizinhos
10 - estranhos	11 - estranhos	12 - mais de um		99 - NS/NR

122 - **Se, SIM** com que frequência isso aconteceu

1 - uma vez	2 - às vezes	3 - muitas vezes
-------------	--------------	------------------

123 - O (a) Sr (a) procurou ajuda após ter sofrido a agressão?

0 - não	1 - sim	9 - NS/NR
---------	---------	-----------

124 Se Sim, de quem _____

125 Se Não, porque _____

126 - Antes dos 15 anos a Sr(a). presenciou algum tipo de agressão física na família?

0 - não	1 - sim
---------	---------

127 - Antes dos 15 anos a Sr(a). sofreu algum tipo de agressão física por familiar?

0 - não	1 - sim
---------	---------

128 - Antes dos 15 anos a Sr(a). se lembra se alguém tocou na sra. sexualmente ou obrigou-a a alguma atividade sexual que a sra. não queria?

0 - não	1 - sim
---------	---------

129 - A S(sra) faz uso de algum tranqüilizante? (valium, lorax, diempax, diazepam, ou outros).

0 - não	1 - sim	9 - NS/NR
---------	---------	-----------

130 Sr (a) recebe algum tipo de treinamento, palestras, assiste filme, alguma atividade considerada educativa aqui na PFC?

0 - não	1 - sim
---------	---------

131. Se, SIM qual:

132 Com que freqüência?

133 Sr (a) gostaria que fosse realizado algum treinamento em serviço?

0 - não	1 - sim
---------	---------

134 – Se SIM. Qual assunto gostaria que fosse abordado? _____

135. Se, o (a) Sr(a) pudesse fazer algo, qual a primeira coisa que você faria para que a vida de todas as mulheres melhorasse?

CONSUMO ALIMENTAR INDIVIDUAL

Quanto dias por semana você come e/ou bebe no:

136. Café da manhã / Desjejum - Nº de dias por semana:

137. Merenda (antes do almoço) - Nº de dias por semana:

138. Almoço - Nº de dias por semana:

139. Merenda (depois do almoço) - Nº de dias por semana:

140. Jantar/ Lanche da noite - Nº de dias por semana:

141. Ceia (lanche depois do jantar/ antes de dormir) - Nº de dias por semana:

Com que frequência você consome os alimentos listados abaixo:

Alimentos	Não come	1 a 2 vezes por mês	1 a 2 vezes/ semana	3 a 6 vezes/ semana	Todos os dias
Leite e Derivados					
142. Leite integral	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
143. Leite desnatado	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
144. Queijo branco (minas, ricota, coalho)	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
145. Queijos amarelos (mussarela/prato/parmesão/provolone/cheddar)	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
146. Iogurte ou coalhada	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
147. Requeijão	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Carnes, Derivados e Ovos					
148. Bovina (boi, vaca)	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
149. Frango	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
150. Peixe	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
151. Suína (porco)	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
152. Miúdos (fígado, moela, coração, rim)	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
153. Embutidos (salsicha, salame, presunto, mortadela, linguiça, hambúrguer)	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

154. Ovo	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Cereais e derivados					
155. Arroz	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
156. Aveia	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
157. Preparações com fubá, farinha de milho	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
158. Farinha de mandioca	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
159. Macarrão	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
160. Mijo	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
161. Milho verde	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
162. Pão	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
163. Pipoca	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
164. Bolacha sem recheio	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
165. Bolacha recheada	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Leguminosas					
166. Feijão, lentilha, ervilha, soja, grão de bico	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Verduras					
167. Folhas (alface, couve, acelga, agrião, rúcula)	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
168. Legumes Cenoura, chuchu, beterraba, berinjela, abobrinha,	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Raízes e Tubérculos					
169. Batata, mandioca, mandioquinha, cará, inhame	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Frutas					
170. Frutas (banana, abacaxi, mamão, pêra, maçã, goiaba)	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Óleos e Gorduras					
171. Azeite	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
172. Margarina	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
173. Manteiga	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

174. Maionese	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
175. Gordura de porco (toucinho, bacon)	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Açúcares e Doces					
176. Sorvete	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
177. Doces (de leite, goiabada, paçoca, chocolate...)	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Frituras e Sanduíches					
178. Frituras (batata, mandioca, carnes, polenta, coxinha, pastel, bolinho)	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
179. Lanches (cachorro quente, misto, x salada...)	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Bebidas					
180. Refrigerantes	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
181. Sucos artificiais (pó ou líquido)	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
182. Achocolatado	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
183. Suco natural de frutas	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
184. Cerveja ou outra bebida alcoólica	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

185. Você costuma deixar sobra no prato/marmitta?

1 - Sim	0 – Não
---------	---------

186. Se sim: o que mais você costuma deixar:

1. arroz	2. feijão	3. macarrão	4. Mistura: Carne, Frango, Peixe, Salsicha e Lingüiça	5. Verduras e legumes	6. Farinhas
----------	-----------	-------------	---	--------------------------	-------------

7. Outros _____

187. Quanto de sobra você costuma deixar:

0. Não deixo sobra	1. Quase tudo	2. metade	3. Mais da metade	4. Menos da metade
--------------------	---------------	-----------	----------------------	--------------------

188. Essas sobras são:

1. Diariamente	2. uma vez por semana	3. quase todos os dias
----------------	-----------------------	------------------------

ANEXO II – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
SECRETARIA EXECUTIVA

São Paulo, 21 de junho de 2012

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP-SAP Nº 045/2011

Data da Entrada: **27/10/2011**

Data da Primeira Avaliação: **16/12/2011(Pendente)**

Data da segunda entrada: **10/02/2012**

Data da Segunda Avaliação: **04/05/2012 (após dilação de prazo e diligência)**

Data da terceira entrada: **15/05/2012**

Reapresentação no Comitê em: **17/05/2012**

Data da Terceira Avaliação: **21/06/2012**

Título: **ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER NO CÁRCERE E DOS SERVIDORES DA PENITENCIÁRIA FEMININA DE CAMPINAS/SP. Adequado.**

Pesquisador Principal: **Silvia Maria Santiago**

Pesquisador Associado: **Celene Aparecida Ferrari Audi/Maria da Graça Garcia Andrade**

Disciplina/Departamento: **Medicina Preventiva e Social/Faculdade de Ciências Médicas**

Instituição: **Universidade Estadual de Campinas**

Patrocinador: **Ministério da Saúde/Organização Pan Americana de Saúde**

Cód. Área Tema Especial: **não se aplica**

Objetivo Acadêmico: **Pesquisa Científica**

Justificativa: A condição de encarceramento para as mulheres tem implicações diferenciadas daquela vivida pelos homens, sendo preocupante o desconhecimento da



SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
SECRETARIA EXECUTIVA

situação de vida das mulheres encarceradas. A dinâmica da atenção à saúde nas unidades prisionais tem sido essencialmente curativa e pontualmente preventiva. Predominam as consultas esporádicas e imunizações.[...] A condução de políticas públicas de qualidade exige o conhecimento da situação de saúde enfrentada por essa população. Contudo, tradicionalmente não há um acompanhamento constante da situação sanitária da população encarcerada no país, o que impossibilita, muitas vezes, o diagnóstico dos problemas a serem combatidos e estratégias de intervenção adequadas. Levantamento feito pela Coordenadoria de Saúde da Secretaria da Administração Penitenciária do Estado de São Paulo, em 2010, apresenta um panorama preocupante. [...]Visando subsidiar ações de promoção e prevenção de doenças, está sendo proposta uma parceria entre instituições de ensino, Secretaria Municipal de Saúde de Campinas e a Penitenciária, envolvidas na atenção à saúde das mulheres em situação de privação de liberdade da Penitenciária de Campinas. Ao lado dessa ação e, entendendo ser importante para um bom acompanhamento das mulheres presas que os servidores da unidade também apresentem adequadas condições de saúde, está sendo proposta neste estudo uma aproximação do grupo de funcionários a qual, neste momento, tem um caráter exploratório. Como consequência dessa integração de esforços, entendemos, poderá ser constituído um campo mais amplo de prática integral à saúde a partir do qual se obtenha não apenas a formação de estudantes da área de saúde, como também uma contribuição para a produção de conhecimento sobre o processo de saúde-doença das mulheres que vivem e das pessoas que ali trabalham em instituições prisionais. Poderão, a partir do presente estudo, serem implementadas ações de atenção integral à saúde. **Adequada ao estudo**

Risco para o voluntariado: **Os pesquisadores não mencionam a existência de riscos no corpo do projeto. Fazem referência a este aspecto no TCLE.**

Objetivo Geral:

Avaliar a situação de saúde das reeducandas e dos servidores da Penitenciária Feminina de Campinas, SP. **Adequado ao estudo.**

Objetivos Específicos:



SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
SECRETARIA EXECUTIVA

Grupo de reeducandas não grávidas (RNG)

- ✓ Realizar diagnóstico da situação de saúde na população das RNG da PFC.
- ✓ Avaliar estado nutricional e da ingestão dietética das RNG da PFC.
- ✓ Ampliar, em parceria com a equipe de saúde da PFC, a atenção clínica às reeducandas.
- ✓ Promover ações de Educação em Saúde com RNG da PFC.
- ✓ Avaliação do cardápio da alimentação que é oferecida às RNG da PFC.
- ✓ Promover mudanças progressivas que forem possíveis na alimentação oferecida na penitenciária para as RNG caso seja necessário, de forma a oferecer uma dieta saudável.
- ✓ Implantar, conforme as possibilidades locais, um programa de atividade física para as reeducandas
- ✓ Descrever a prevalência de violência doméstica no ano anterior a institucionalização.
- ✓ Avaliar possível impacto da violência doméstica na saúde física e stress emocional.
- ✓ Avaliar dependência em relação ao uso de cigarro (nicotina).
- ✓ Avaliar o processo de implementação das ações propostas e sua efetividade para a melhoria da saúde das RNG envolvidas.

Grupo de reeducandas grávidas (RG)

- ✓ Realizar diagnóstico da situação de saúde na população das RG da PFC.
- ✓ Avaliação do estado nutricional e da ingestão dietética das RG da PFC.
- ✓ Ampliar, em parceria com a equipe de saúde da PFC, a atenção clínica RG.
- ✓ Promover ações de Educação em Saúde com RG da PFC.
- ✓ Avaliação do cardápio da alimentação que é oferecida às RG da PFC.
- ✓ Promover mudanças progressivas que forem possíveis na alimentação oferecida na penitenciária para as RG caso seja necessário, de forma a oferecer uma dieta saudável.
- ✓ Implantar, conforme as possibilidades locais, um programa de atividade física para as RG dentro de suas possibilidades, após orientação médica.



SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
SECRETARIA EXECUTIVA

- ✓ Descrever a prevalência de violência doméstica no último ano anterior a institucionalizada.
- ✓ Avaliar possível impacto da violência doméstica na saúde física e stress emocional nas gestantes.
- ✓ Avaliar a dependência em relação ao consumo de cigarro (nicotina).
- ✓ Avaliar o processo de implementação das ações propostas e sua efetividade para a melhoria da saúde das RG envolvidas.

Estudo no grupo de servidores da PFC

- ✓ Realizar levantamento sócio demográfico
- ✓ Realizar diagnóstico da situação de saúde nos servidores da PFC.
- ✓ Avaliação do estado nutricional e da ingestão dietética dos servidores da PFC.
- ✓ Promover ações de Educação em Saúde com servidores da PFC.
- ✓ Descrever prevalência violência doméstica no último ano.
- ✓ Avaliar hábito de fumar cigarro e sua dependência em relação a nicotina
- ✓ Avaliar dependência em relação ao consumo de álcool fora da PFC.

Objetivos Específicos Adequados ao estudo.

Método: A estratégia metodológica é pertinente. O projeto está dividido em fases e os critérios de inclusão/exclusão estão descritos. Os procedimentos, sujeitos estratégias e procedimentos direcionados a cada grupo são apresentados de forma detalhada e são relativamente longos. Segue abaixo resumo dos procedimentos:

No grupo das Reeducandas Não Grávidas

Fase I: Aplicação de questionário com perguntas que possibilitem o levantamento de dados para atender os objetivos da pesquisa e realização de exames de sangue por capilaridade para verificar níveis de colesterol, triglicérides e glicemia, possibilitando avaliar as condições clínicas e nutricionais das RNG. Após entrevistas e coleta de exames das RNG, aquelas que apresentarem alterações nos dados de exame físico e laboratoriais serão



SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
SECRETARIA EXECUTIVA

encaminhados para atendimento médico dentro da PFC e complementação diagnóstica na Unidade Básica de Saúde Faria Lima.

Fase II: Será estabelecida uma linha de base a partir do diagnóstico de saúde inicial, o que possibilitará conhecer as condições de saúde e alimentação das RNG. Propõe-se o desenvolvimento de atividades de educação em saúde. Essas atividades têm como objetivo discutir as questões que interferem na saúde, buscando uma ação solidária e colaborativa entre os envolvidos.

No grupo das Reeducandas Grávidas

Fase I: Aplicação de questionário com perguntas que possibilitem o levantamento de dados para atender os objetivos da pesquisa e realização de exames de sangue por capilaridade para verificar níveis de colesterol, triglicérides e glicemia, possibilitando avaliar as condições clínicas e nutricionais das RG. Após entrevistas e coleta de exames das RNG, aquelas que apresentarem alterações nos dados de exame físico e laboratoriais serão encaminhados para atendimento médico dentro da PFC e complementação diagnóstica na Unidade Básica de Saúde Faria Lima.

Fase II: Será estabelecida uma linha de base a partir do diagnóstico de saúde inicial, o que possibilitará conhecer as condições de saúde e alimentação das RNG. Propõe-se o desenvolvimento de atividades de educação em saúde. Essas atividades têm como objetivo discutir as questões que interferem na saúde, buscando uma ação solidária e colaborativa entre os envolvidos.

No grupo de Servidores

Fase I: aplicação de questionário com perguntas que possibilitem o levantamento de dados para atender os objetivos da pesquisa e realização de exames de sangue por capilaridade para verificar níveis de colesterol, triglicérides e glicemia, possibilitando avaliar as condições clínicas e nutricionais do servidor. Após entrevistas e coleta de exames dos



SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
SECRETARIA EXECUTIVA

servidores, aqueles que apresentarem alterações nos dados de exame físico e laboratoriais serão orientados a procurar atendimento médico e complementação diagnóstica na Unidade Básica de Saúde Faria Lima.

Fase II: Será estabelecida uma linha de base a partir do diagnóstico de saúde inicial, o que possibilitará conhecer as condições de saúde e estilo de vida dos servidores. Propõe-se o desenvolvimento de atividades de educação em saúde.

De modo geral instrumentos, procedimentos e estratégias utilizadas são adequados e pertinentes ao estudo.

Local da pesquisa: **Penitenciária Feminina do São Bernardo/ Campinas-SP**

População e Amostra:

- Grupo de reeducandas não grávidas (RNG): Será realizado um estudo transversal, com entrevistas e coleta de sangue por capilaridade para verificar níveis de glicemia, colesterol e triglicérides, junto às RNG. Estima-se que essas ações compreenderão em torno de 960 mulheres.
- Grupo de reeducandas grávidas: Será realizado um estudo transversal, com entrevistas e coleta de sangue por capilaridade para verificar níveis de glicemia, colesterol e triglicérides, junto às RG. Estima-se que essas ações compreenderão em torno de 30 mulheres grávidas.
- Grupo de servidores da unidade: Será realizado um estudo transversal, com entrevistas e coleta de sangue por capilaridade para verificar níveis de glicemia, colesterol e triglicérides, junto aos servidores. Estima-se que essas ações compreenderão em torno de 200 pessoas.

A população estudada é adequada aos objetivos propostos na pesquisa.



SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
SECRETARIA EXECUTIVA

Instrumento para coleta: **A cada grupo estudado corresponde um conjunto de instrumentos, incluindo entrevistas e questionários. Todos foram ajustados a partir das indicações feitas pelo Comitê e estão adequados e pertinentes ao estudo.**

Pertinência e valor científico do estudo proposto: **Entendemos que o estudo das condições de saúde da população estudada e a identificação de possíveis fatores de melhora e de prevenção a serem colocados em ação com os parceiros (Instituições de Ensino / Alunos da graduação) poderão trazer benefícios diretos para as reeducandas e profissionais, bem como para a formação dos estudantes envolvidos.**

Adequação da metodologia aos objetivos perseguidos: **A metodologia adotada descreve como os objetivos da pesquisa serão alcançados e, portanto é adequada.**

Grau de vulnerabilidade dos sujeitos e medidas protetoras propostas: **As medidas protetoras estão contidas no projeto quando propõe intervenção e encaminhamentos que se fizerem necessários.**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: **São apresentados TCLE s específicos para cada grupo estudado. Tendo em vista a especificidade do estudo os TCLEs foram analisados em seu conjunto. No geral estão adequados à pesquisa.**

Concisão e objetividade: **Os objetivos descritos em cada TCLE são os mesmos descritos no corpo do projeto e estão em linguagem clara aos participantes.**

Linguagem é adequada e clara para o responsável. **A linguagem utilizada em todos os TCLEs é clara e acessível aos participantes.**

Descrição suficiente dos procedimentos: **Tendo em vista a extensão dos procedimentos a serem adotados os mesmos não serão apresentados neste item do parecer. Eles aparecem de modo claro ao participante de modo que o mesmo possa optar claramente sobre seu interesse, ou não em participar da pesquisa.**



SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

SECRETARIA EXECUTIVA

Identificação dos riscos e desconfortos esperados: **Não são admitidos nos TCLEs riscos pela participação no estudo ora realizado, mas os pesquisadores garantem assistência a eventuais intercorrências, caso surjam.**

Garantia dos direitos fundamentais do sujeito de pesquisa (informação, privacidade, recusa inócua, desistência, indenização, ressarcimento, continuidade do atendimento, informação dos resultados, acesso ao pesquisador e CEP etc); **Em todos os termos apresentados o pesquisador responsável fez constar a garantia dos direitos dos participantes, ou seja, preservação da identidade, sigilo e informações necessárias ao longo do estudo e eventuais formas de atendimento e encaminhamento de necessidades surgidas no tempo de duração da pesquisa.**

Identificação dos responsáveis pelo atendimento, acompanhamento e recebimento dos sujeitos encaminhados, quando for o caso: **Responsáveis: Profa. Dra. Silvia Maria Santiago - (0 19) 35218039; Profa Dra Maria da Graça Garcia Andrade (019 35218039) e a discente Celene Aparecida Ferrari Audi- (0 19) 38638243; (19) 96485707. Endereço do Comitê de Ética SAP: Av. Prof. Ataliba Leonel nº 556 -Santana - São Paulo - SP CEP: 02033-000.**

Detalhamento Financeiro: **Apresenta planilha de custos e forma de utilização dos mesmos ao longo do projeto.**

Cronograma: **Adequado ao estudo**

Orientações Finais:

Em consonância ao estabelecido nos artigos 33, 34 e 35 do Regimento interno do Comitê de Ética em Pesquisa da SAP o (s) pesquisador (es) deverá (ão) apresentar:

Relatório semestral sintético ao longo do desenvolvimento da pesquisa relatando resultados parciais e indicações de continuidade e um **Relatório Final** contendo os resultados obtidos, contribuições e sugestões, além dos demais documentos definidos no Regimento Interno do CEP-SAP ao final da pesquisa.



SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
SECRETARIA EXECUTIVA
PARECER DO RELATOR

Apresentado a este Comitê para análise segundo normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (10/10/96), foi considerado:

☒ APROVADO	☐ APROVADO COM RECOMENDAÇÕES
☐ PENDENTE	☐ REPROVADO

Data 21/06/2012

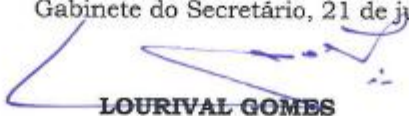
Ass. _____

Prof^a Dra. Rosálice Lopes
Presidente do Comitê de ética em Pesquisa
Secretaria da Administração Penitenciária de São Paulo

Para atendimento do inciso VII do artigo 11 da Resolução SAP n° 083 de 22 de abril de 2010 e alterações posteriores, autorizo a realização da pesquisa proposta, com fundamento no Parecer Consubstanciado n° 45/2011 e desde que observados os procedimentos abaixo descritos:

- I** – prévio agendamento de data e horário com a Direção da Unidade Prisional;
- II** – rigoroso atendimento às regras de segurança e disciplina;
- III** – concordância expressa do (a) preso (a) ou servidor (a) a ser entrevistado;
- IV** – autorização judicial nos casos de imagem ou entrevista com presidiário (a).
- V** - Encaminhe-se cópia deste parecer ao Coordenador da Coordenadoria das Unidades Prisionais da Região Central e Penitenciária Feminina de Campinas.

Gabinete do Secretário, 21 de junho de 2012.


LOURIVAL GOMES