



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Ana Raquel Rego da Silva Cerqueira

**Evolução do estado de saúde em reclusas:
Estudo dos Registos Clínicos**



Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Ana Raquel Rego da Silva Cerqueira

Evolução do estado de saúde em reclusas: Estudo dos Registos Clínicos

Dissertação de Mestrado
Mestrado Integrado em Psicologia
Área de Especialização em Psicologia da Saúde

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Ângela da Costa Maia

Outubro de 2012

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA DISSERTAÇÃO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, ____/____/_____

Assinatura: _____

Agradecimentos

Desejo registar aqui o meu profundo reconhecimento, apreço e gratidão a todos aqueles que ao longo da realização desta dissertação de mestrado contribuíram, com o seu conhecimento, apoio, conselhos e disponibilidade, para a sua concretização.

Quero, em primeiro lugar, expressar a minha satisfação por ter tido como orientadora deste estudo a Professora Doutora Ângela Costa Maia, pela sua amizade, disponibilidade, dedicação, apoio, sabedoria e confiança manifestados ao longo deste percurso que solidificaram e enriqueceram este trabalho.

Agradeço igualmente à Dra. Joana Alves, que muito amavelmente disponibilizou, autorizou e auxiliou a participação neste estudo, tornando possível esta investigação.

Devo, também, um sentido agradecimento à Direcção do Estabelecimento Prisional Especial Santa Cruz do Bispo pelo interesse que demonstraram ao terem aceiteado o pedido, autorizando a recolha e análise de dados através da facultação dos processos clínicos, imprescindíveis ao estudo.

À minha mãe, às minhas amigas e ao André que me acompanharam e apoiaram neste percurso, nunca poderei esquecer o carinho, o afecto, a confiança, o interesse, a cooperação e a compreensão que sempre demonstraram, dando-me a força e a coragem necessária para concretizar este trabalho. A eles, expresso o mais profundo reconhecimento.

Evolução do estado de saúde em reclusas: Estudo dos Registos Clínicos.

Resumo

O ambiente prisional é um caso particular de concentração de pessoas numa instituição, que está associada a situações de frustração, violência, falta de esperança no futuro, perspectivas de novo encarceramento, ruptura de laços sociais e familiares e continuação de consumo de drogas. De acordo com Crofts (1997) e Levy (1999) esta combinação fomenta elevados comportamentos de risco para a saúde, a dependência de drogas e perturbações mentais (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2003).

Se as condições de reclusão podem propiciar problemas de saúde física e mental, também é reconhecido que no momento de reclusão estas pessoas podem ter condições de saúde mais frágeis. Quando se trata especialmente da população feminina, a maioria da população reclusa feminina advém de famílias carenciadas, onde as desigualdades sociais sobressaem, reflectindo-se num estado de saúde precário. Isto significa que a prisão pode ser uma oportunidade para estas mulheres receberem cuidados de saúde adequados.

Alguns estudos têm procurado caracterizar o estado de saúde de mulheres reclusas recorrendo ao relato que elas fazem da sua saúde, mas muito raramente se recorreu a dados objectivos de processos clínicos para a descrever. O presente estudo tem como objectivo geral analisar se a saúde das reclusas tende a melhorar ou a deteriorar-se com a reclusão, recorrendo aos registos clínicos. Para isso fez-se uma caracterização do estado de saúde de 100 reclusas de um Estabelecimento Prisional Especial, recorrendo à leitura dos dados clínicos e analisando os dados referentes a duas fases: no 1º mês de reclusão (momento 1 - M1) e no mês que antecedeu o estudo (momento 2 - M2).

Para a análise da informação foi construída uma grelha que incluiu o Registo das avaliações, a Lista de problemas, o Esquema Terapêutico e o Histórico da consulta.

Os resultados do M1 indicam a presença de comportamentos aditivos, nomeadamente consumo de tabaco e de substâncias ilícitas, evidenciando-se o consumo de cocaína e canábis. Os tratamentos para desintoxicação de drogas no Estabelecimento Prisional foram utilizados por uma minoria. Os processos indicam uma média elevada de diagnósticos físicos e mentais, registando-se um elevado recurso às terapêuticas medicamentosas, a consultas e a apresentação de queixas médicas. No M2, registou-se uma diminuição na afluência a consultas, nas queixas, nos internamentos e no número de diagnósticos.

Em suma, sendo uma população em crescimento, sobre-representada pela carência no acesso a cuidados médicos adequados e a outros tipos de serviços de saúde antes da reclusão, os dados deste estudo dão um contributo para conhecer os problemas de saúde existentes nas reclusas em Portugal. Estes dados permitem que durante e depois do encarceramento se possam adoptar estratégias eficazes de prevenção e tratamento.

Evolução do estado de saúde em reclusas: Estudo dos Registos Clínicos.

Abstract

The prison environment is a singular concentration of people in an institution which is associated with frustration, violence, a bleak future as well as ongoing use of drugs, prospects of new incarceration and disruption of social & family ties. According to Crofts (1997) and Levy (1999) this mixture encourages behavior that leads to high health risks, drug dependence and mental disorders.

If the conditions of incarceration may provide problems of physical and mental health, it is also recognized that at the time of reclusion these people may have health conditions weaker. In the case especially of the female population, a great part of the female prison population comes from disadvantaged families, where social inequalities emerge, reflected in a precarious health. This means that the prison can be an opportunity for these women to receive adequate health care.

Some studies have tried to characterize the health status of women inmates using the account they do for their health, but very rarely resorted to objective data from clinical processes to describe. The present study aims at analyzing the health of prisoners that tends to improve or deteriorate with imprisonment. In a prison, we studied the health of 100 inmates using the reading of clinical data and analyzing data in two phases: in the 1st month of imprisonment (time 1 - M1) and the preceding month of the study (time 2 - M2).

To analyze the information we constructed a grid that included a registration of assessments, a list of issues, a therapeutic scheme and the consultation history.

The results indicate the M1 data indicate the presence of addictive behaviors, including tobacco and illicit substances, specially cocaine and cannabis. Treatments for drug detoxification in this prison were used by a minority. The cases indicate a high average diagnostic of physical and mental health, which are being monitored and treated, registering a high use of drug therapies, consultation and the exhibition of medical complaints. In M2, there was a decrease in the influx of consultations, complaints, hospitalizations and in the number of diagnostics display.

In short, being a growing population over-represented by lack of access to adequate medical care and other health services prior to incarceration, the data from this study provide a contribution for a better understanding of the health problems in Portuguese prisons. These data allow that during and after incarceration it is possible to adopt effective strategies for prevention and treatment.

Índice

Introdução.....	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	3
1. SAÚDE EM RECLUSAS.....	3
2. CONTEXTO HISTÓRICO DO ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE EM PRISÕES	4
3. PROBLEMAS DE SAÚDE NAS MULHERES ANTES E DURANTE A RECLUSÃO.....	9
3.1 Problemas de Saúde Física.....	10
3.2 Problemas de Saúde Mental	11
3.3 Consumo de Substâncias Ilícitas.....	12
4. A PRISÃO COMO CONTEXTO FACILITADOR DO ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE	13
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO.....	15
DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS, VARIÁVEIS E HIPÓTESES.....	15
MÉTODO.....	17
RESULTADOS.....	20
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	31
CONCLUSÃO.....	36
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
ANEXO – Grelha de Análise do Processo Clínico	43

Lista de Abreviaturas e Siglas

EP – Estabelecimento Prisional

ICPC-2 – Classificação Internacional de Cuidados Primários (2ª Edição)

ICD 10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

HIV - Síndrome Imunodeficiência Adquirida

PSPT - Perturbação de Stress Pós-traumático

HPV – Vírus do Papiloma Humano

DST – Doenças sexualmente Transmissíveis

LIE-AG – Lesão Intra-epitelial Escamosa de Alto Grau

Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2009), as Políticas penitenciárias muitas vezes ignoram as necessidades especiais das mulheres reclusas, e entre as áreas negligenciadas está a da sua saúde. Uma grande proporção das mulheres reclusas apresenta níveis elevados de doença mental e de dependência de drogas ou álcool, bem como história de vitimização em algum momento da sua vida, incluindo abuso físico e sexual na infância, negligência e violência doméstica, verificando-se uma relação próxima entre o seu passado de vitimização e as suas doenças mentais e físicas. Embora as mulheres representem uma pequena percentagem da população carcerária total, os seus números estão a aumentar a um ritmo muito superior ao dos homens (WHO, 2009).

O surgimento e a rápida disseminação da infeção pelo HIV, o ressurgimento de outras doenças transmissíveis graves, como a tuberculose e a hepatite, e o reconhecimento crescente de que as prisões são recipientes inadequados para pessoas com dependência de álcool ou drogas e problemas de saúde mental, têm colocado a saúde prisional no topo da agenda de saúde pública (WHO, 2009).

De acordo com a mesma fonte a prevalência de problemas de saúde mental é alta entre as mulheres na prisão, e estes problemas são raramente abordados adequadamente. A Perturbação de Stress Pós-traumático (PSPT) e as perturbações por uso de substâncias ilícitas afetam a maioria das reclusas. As mulheres em reclusão apresentam uma probabilidade maior de se auto-mutilarem e cometerem suicídio, comparativamente aos reclusos do sexo masculino.

Como a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem realçado, as estratégias nacionais de saúde devem incluir as políticas penitenciárias, de modo a minimizar os graves problemas de saúde aí verificados. A saúde é um direito humano fundamental, especialmente para indivíduos ao cuidado do Estado. Assim, a recomendação é de que os sistemas de saúde incluam políticas de saúde destinadas aos penitenciários que integrem as suas necessidades de saúde em todas as fases de planeamento e implementação.

Atualmente considera-se que os direitos dos homens e mulheres devem ser igualitários. No entanto, os sistemas penitenciários foram principalmente projetados para os homens e muitas prisões não têm instalações adequadas para proteger os direitos das mulheres ou para promover a sua saúde. É de realçar que o facto de se verificar que os dados são escassos sobre o estado de saúde das mulheres na prisão dificulta a abordagem a este tema, e reflecte o que tem acontecido até recentemente.

Uma reabilitação bem sucedida durante o tempo de reclusão deve trabalhar de acordo com as particularidades e necessidades de cada reclusa, sendo isto essencial para que estas sejam posteriormente inseridas com sucesso na sociedade.

A maioria dos crimes cometidos por mulheres reclusas são crimes não violentos e maioritariamente relacionados com o consumo e posse de drogas sendo, assim, reduzido o tempo da sua sentença, o que se traduz numa taxa de rotatividade elevada (WHO, 2009). Por outro lado o estatuto jurídico pode ser uma

variável importante a considerar quando se trata de saúde de reclusas. O número de mulheres detidas em prisão preventiva em muitos países é equivalente ou maior do que o número de reclusas condenadas. As reclusas sobre o regime preventivo podem ter contacto limitado com as outras reclusas, menos oportunidades em aceder aos cuidados de saúde e de formação profissional ou aos programas de emprego; e restrições ao contacto com a família, incluindo visitas, o que afeta desproporcionalmente as mulheres que têm filhos, bem como as próprias crianças (WHO, 2009).

Se é reconhecido que as mulheres constituem um grupo especial dentro das prisões e embora as características e necessidades das mulheres reclusas possam variar consideravelmente entre países, vários fatores são comuns à maioria. Como já referimos, os dados recolhidos pela OMS indicam que a maioria das reclusas traz uma história prévia de maus tratos e/ou abuso de substâncias psicoativas, prevalência de muitos distúrbios mentais e sentimentos de abandono, e problemas relacionados com a separação da sua família, nomeadamente dos seus filhos.

Devido às especificidades da população reclusa feminina, a OMS (2009) apela aos países da Região Europeia para implementar melhorias em relação à saúde e aos cuidados de saúde prestados às mulheres nas prisões, indicando a necessidade da criação de um sistema de justiça mais aceitável e sensível ao género, com atenção aos direitos de todas as mulheres e crianças envolvidas. Os cuidados de saúde dentro das prisões deverão abranger uma qualidade e quantidade equivalente aos cuidados de saúde prestados na comunidade (eg., acesso livre a uma série completa de serviços de saúde e odontológico) e garantir o estabelecimento de métodos que promovam a continuidade dos cuidados. A OMS declara que é essencial haver segurança e privacidade nos acordos de transporte entre prisões e entre prisões e hospitais, e que o sistema de justiça criminal, como os funcionários do tribunal, advogados, juizes e os intervenientes penitenciários de prisões femininas deverão ser instruídos e frequentar formações sobre os cuidados de saúde sensíveis ao género e às necessidades de saúde específicas das mulheres.

Segundo um estudo de Carapinheiro & Raposo (2005), em Portugal a partir dos anos noventa iniciaram-se reforços nos investimentos em infra-estruturas técnicas, materiais e em recursos humanos, reactivando antigas enfermarias e fornecendo os estabelecimentos prisionais de serviços de saúde. Assim, os recursos mínimos constituem-se por um clínico geral, um enfermeiro e, quando fundamental, por um psicólogo clínico e um técnico de medicina dentária. Nos Estabelecimentos prisionais de maior dimensão existe ainda terapeutas ocupacionais, infecciosistas, psiquiatras e nas unidades mais diferenciadas existem enfermarias e, em alguns casos, Unidades Livres de Droga. Contudo, quando se tornam imprescindíveis outras especialidades recorre-se a hospitais civis na área geográfica. Todavia, segundo os mesmos autores, existe uma apreensão na precaridade dos vínculos contratuais, devido ao crescente recurso a formas de contratação de pessoal, como as avenças e a aquisição dos serviços, que não promovem uma vinculação em continuidade das práticas profissionais, tão necessária neste tipo de organização.

Atendendo à reconhecida necessidade de melhor conhecer a situação de saúde das reclusas portuguesas, e não conhecendo qualquer estudo que tenha procurado avaliar potenciais mudanças ao longo do tempo, pretendemos com o presente estudo evidenciar e caracterizar o estado de saúde das reclusas de um Estabelecimento Prisional Especial através da leitura dos processos clínicos, analisados em dois momentos. Uma vez que esta temática tem sido pouco explorada em Portugal e ainda pouco se conhece sobre o que os serviços prisionais podem oferecer, pretendemos investigar através da observação de dados objectivos de indicadores de saúde, comparando os dados do primeiro com o último mês considerando o momento do estudo. Neste sentido consultamos processos clínicos prisionais, a fim de averiguar os tipos de queixas, os tipos de diagnósticos, o número de visitas e analisar se a saúde das reclusas tende a melhorar ou a deteriorar-se com a reclusão, comparando a leitura dos dados clínicos no 1º mês de reclusão (M1) e no mês que antecedeu o estudo (M2).

Na primeira parte deste trabalho são definidos alguns dos conceitos basilares a este estudo, que guiaram parte da sua concepção, quer na definição do que importava avaliar, quer no levantamento de questões associadas à problemática central, que se pretendia aprofundar.

Seguidamente, a segunda parte deste trabalho contempla a componente empírica e são descritos os objectivos, a metodologia e os resultados.

A discussão de resultados e a conclusão, com algumas sugestões para futuros estudos e os contributos deste estudo, bem como as suas limitações, finalizam este trabalho.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. SAÚDE EM RECLUSAS

A definição de saúde foi realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, como um bem-estar físico, mental e social que varia ao longo do tempo (e não apenas a ausência de doença). Por seu lado, o conceito de saúde mental foi definido como “ um estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe a sua ou suas próprias habilidades, pode lidar com as tensões normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de fazer uma contribuição para sua comunidade”. De acordo com a OMS a saúde mental é a base para o bem-estar individual e o bom funcionamento de uma comunidade (WHO, 2001).

Sabemos hoje que a maioria das doenças, mentais e físicas, é influenciada por uma combinação de factores biológicos, psicológicos e sociais. A nossa compreensão da relação entre saúde mental e física tem vindo a aumentar rapidamente. Sabemos, por exemplo, que as perturbações mentais resultam de muitos factores, nomeadamente sociais, que têm a sua base física no cérebro e que podem afetar a todos, em toda a parte (OMS, 2001).

De acordo com a The World Health Report, a saúde é um direito de todos os seres humanos em todas as suas dimensões: universalidade (garantia de atenção à saúde a todos os cidadãos), equidade (direito ao atendimento adequado às necessidades de cada indivíduo e coletividade) e integralidade (a pessoa é um todo indivisível inserido numa comunidade). Esta é uma condição que se produz nas relações com o meio físico, económico e sociocultural, estando vulnerável ao meio em que se vive (WHO, 2001).

A prevenção na saúde tem muitos benefícios, tais como a deteção precoce e o tratamento da doença e a oportunidade de modificar comportamentos que aumentem o risco de contrair novas doenças. No entanto, esta prevenção não está universalmente disponível. Existem populações mais vulneráveis em que as barreiras aos cuidados de saúde são maiores. Entre elas conta-se as populações reclusas, e de um modo especial as reclusas femininas. Entre estas existem problemas específicos, que em alguns países incluem a falta de seguro de saúde, e problemas comuns como a doença mental e o consumo de substâncias (Stadon, Leukefeld, & Logan, 2001). Os grupos minoritários de mulheres que já sofreram estas disparidades na saúde estão sobre-representadas nas cadeias e prisões. Como consequência, as mulheres que são libertadas ficam em grande risco de contrair várias doenças evitáveis se não receberem os cuidados preventivos adequados de saúde na comunidade (Sabol, Minton, & Harrison, 2006).

2. CONTEXTO HISTÓRICO DO ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE EM PRISÕES

Os dados históricos demonstram uma dificuldade em providenciar cuidados médicos adequados e outros tipos de serviços de saúde a mulheres encarceradas devido, em grande parte, à negligência no cuidado do seu estado de saúde. Uma vez que correspondem a uma pequena percentagem da população total encarcerada, o seu estado de saúde tem recebido pouca atenção. De acordo com Wilson & Leasure (1991), durante anos os profissionais de saúde consideravam que a principal responsabilidade do sistema corretivo era reabilitar estas mulheres em termos de comportamentos sociais e não no melhoramento do seu estado de saúde. Por outro lado, as políticas de reforma penal identificavam-se com a ideologia de que mulheres reclusas sofreriam de psicopatologias, sendo essa a explicação para o facto de terem cometido crimes que, até ao momento, eram perpetuados maioritariamente por indivíduos do sexo masculino. Esta crença encorajava a prática de tratamentos e de reabilitação em detrimento dos cuidados médicos (Anderson, 2003).

Tal como referido por Rafter (1985,1989), antigamente as mesmas prisões albergavam mulheres e homens, sendo estas expostas a condições deploráveis. A prática de abuso sexual era frequente, sendo que as crianças nascidas desse ato muitas das vezes morriam. As condições nas prisões mantiveram-se assim até ao século vinte, iniciando-se uma mudança com a apresentação de processos judiciais onde estas práticas foram denunciadas (e.g. alegações de que as mulheres reclusas não tinham um acesso real aos cuidados médicos ou aos próprios médicos no sistema penal de Nova Iorque), o que conduziu à implementação de melhorias.

A disponibilidade dos cuidados de saúde nas prisões foi limitada por numerosas considerações ideológicas e económicas. Ideologicamente, os políticos, o pessoal correcional, os legisladores e o público em geral não apoiavam normas equitativas de cuidados de saúde para reclusos, aprovando apenas medidas legais. Além disso, ao contrário do foco estar nos cuidados preventivos, a noção de “saúde” nas prisões vista como sinónimo de ausência de doença, e os problemas de saúde “reais” eram aqueles que apresentavam sintomas visíveis (Maeve, 1999).

De acordo com Anderson (2003), os custos dos cuidados de saúde em prisões aumentaram principalmente devido à expansão da população carcerária. As mulheres reclusas apresentam maiores custos em saúde relativamente aos homens reclusos, devido às suas necessidades de serviços especializados. Assim, no fim do século vinte, foram consideradas três opções para conter os custos, algumas das quais colocaram as mulheres reclusas em desvantagem, podendo até prejudicar negativamente a sua saúde: o aumento da taxa de utilização de serviços ou de co-pagamentos de encargos para diminuir visitas médicas ilegítimas, redução das ações judiciais e angariação de fundos para ajudar a cobrir as despesas (American Correctional Association, 2000). Assim, os cuidados de saúde nas prisões testemunharam uma mudança considerável para promover a contenção de custos. A implementação da telemedicina reduziria os custos de saúde nas prisões, permitindo aos médicos avaliar os problemas de saúde por meio de tecnologias avançadas. Deste modo, os profissionais de saúde podiam diagnosticar e tratar reclusos sem estes terem que viajar para outras instalações médicas, o que salvaria financeiramente as prisões e reduzia os problemas de segurança, uma vez que já haveria necessidade de transportar os reclusos para outras instituições de assistência médica (Abt Associates, 1999). Assim, o crescente custo dos cuidados médicos a nível prisional começou a mover o sistema correcional no sentido de obter profissionais médicos a diagnosticar e a tratar os reclusos através da tecnologia informática. As reclusas femininas eram as grandes candidatas no uso da telemedicina pois as prisões femininas são mais distantes, com maior escassez em recursos médicos e necessidades de saúde caras (e.g. parto ou outros problemas de saúde).

Hoje em dia, os sistemas correcionais já oferecem um maior leque de serviços de saúde, com mais testes e tratamentos no momento de admissão. No entanto, ainda não existe uma política padrão para exames aos consumidores de substâncias em estabelecimentos prisionais. Estes exames físicos variam de acordo com a instituição prisional e os médicos que os realizam (Anderson, 2003). Na Suíça os serviços clínicos prisionais são compostos por médicos de clínica geral, enfermeiros, psiquiatras e psicólogos. Todos os reclusos internados na unidade são submetidos a uma avaliação de cuidados de saúde pelos enfermeiros, dos cuidados de saúde primários, no prazo de 24 horas após a sua admissão. Esta avaliação inclui questões de triagem para as condições médicas gerais mais frequentes, doenças infecciosas, exposição à violência e ideação suicida. Quando necessário, os enfermeiros enviam de imediato os reclusos para um médico. A qualquer momento os reclusos podem pedir uma consulta médica, sendo enviados para um médico de cuidados primários ou diretamente para

um psiquiatra, no caso de evidenciarem sintomas graves. A independência dos cuidadores é garantida pela ligação dos serviços dos hospitalares com a administração penitenciária (Eytan, Haller, Wolff, Cerutti, Sebo, Bertrand, & Niveau, 2010). Este modelo é relativamente semelhante ao que existe nas prisões femininas em Portugal.

Uma investigação conduzida por Reed & Lyne (1997) mostrou que a qualidade dos cuidados de saúde nas prisões varia muito e grande parte é de má qualidade. Os profissionais de saúde muitas vezes não são adequadamente preparados para fazer o trabalho que enfrentam e alguns deixam de cumprir normas básicas de ética. Geralmente, os principais serviços de saúde física oferecidos são para a tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, Síndrome Imunodeficiência Adquirida (HIV/Sida), obstetria e ginecologia. Esses serviços correspondem parcialmente aos tipos de problemas de saúde relatados pelas reclusas, mas deixam lacunas importantes, como: problemas cardiovasculares, asma, tratamento de drogas e álcool, problemas especialmente relevantes para as reclusas femininas (Covington, 1998; Young, 1998).

Em alguns países, os reclusos utilizam os serviços médicos a preços mais elevados do que a população não institucionalizada (Gaes, Philo, & Suls, 1991; Twaddle, 1976). Noutros as maiores taxas de utilização devem-se a necessidades superiores de cuidados de saúde, ao facto dos cuidados de saúde na prisão serem gratuitos ou de baixo custo, as visitas a clínicas representarem uma rutura na sua rotina prisional e porque as clínicas na prisão funcionam como um abrigo seguro para os reclusos problemáticos (Marquart, Merianos, Hebert, & Carroll, 1997). Um exemplo disto são os dados de um estudo de Feron, Paulus, Tonglet, Lorant, & Pestiaux (2005), realizado na Bélgica, onde a população reclusa procura o médico de clínica geral 3,8 vezes mais do que a população em geral. As possíveis explicações para uma procura maior e uso substancial dos cuidados de saúde primários na prisão têm a ver, segundo os autores, com: (1) problemas de saúde assinalados na admissão de saúde mental ou física relacionados com o uso de drogas; (2) falta de acesso aos serviços de saúde antes da reclusão; (3) regras impostas pelos procedimentos administrativos prisionais; e (4) problemas derivados da dificuldade de adaptação à prisão.

O estado de saúde é um dos fatores importantes que caracteriza a utilização e procura dos serviços de saúde prisionais (e.g. saúde mental, problemas gastrointestinais, respiratórios e dentários, vícios e doenças associadas aos problemas detetados na admissão, uso indevido de drogas, alcoolismo). Outras razões têm a ver com a condição de reclusão e as dificuldades de adaptação, o que leva a uma tentativa de atenuar o nervosismo e aliviar o tédio através da aquisição de prescrições para medicamentos psicoativos e da administração de drogas sedativas. O facto de antes da reclusão não terem tido acesso a este tipo de serviços (devido ao baixo estatuto socioeconómico) e uma vez que dentro do estabelecimento prisional o acesso às consultas é gratuito, as reclusas recorrem frequentemente ao uso dos serviços de saúde prisionais (Feron et al, 2005).

Segundo Freudenberg, Moseley, Labriola, Daniels, & Murrill (2007) numa amostra de presos que saíram em liberdade de uma cadeia em Nova Iorque, as mulheres reclusas apresentaram maior número de

visitas médicas e mais registos de admissões em hospitais do que os homens presos. Além disso, na reclusão as mulheres são mais propensas a realizarem exames médicos na admissão do que os homens (Binswanger, Merrill, Krueger, White, Booth, & Elmore, 2010).

De facto, na generalidade da população dos Estados Unidos, investigadores demonstraram que os homens recorrem menos a serviços de saúde, como hospitais, centros de saúde e clínicas, do que as mulheres. Isto pode dever-se ao facto de os homens serem menos sensíveis a desconfortos físicos e estarem menos aptos a detectar sintomas de doenças, mas também devido às mulheres possuírem características mais fortes do seu género (compaixão, preocupação) que as incentiva frequentemente a procurar cuidados médicos. a última razão é o facto de, as mulheres, tem tendência a levar mais a sério os problemas de saúde e por isso a tomarem providencias mais cedo em relação aos mesmos (Verbrugge, 1985).

No acesso aos serviços de saúde para as reclusas femininas, uma revisão de estudos revelou, pelo menos, três problemas principais. Primeiro, o acesso ao tratamento para problemas gerais e problemas de saúde relacionados com drogas é limitado. As reclusas continuavam a carecer de menos serviços de saúde, em comparação com os reclusos masculinos (Acoca & Austin, 1996). Em segundo lugar, os cuidados de saúde prestados às mulheres é muitas vezes medíocre, promovendo em grande parte apenas uma tentativa de *check up* em que um esforço considerável era muitas vezes necessário para elevar a qualidade destas mulheres a níveis de saúde legalmente aceitáveis (Maeve, 1999). Terceiro, as reclusas relatam que os profissionais de saúde nas prisões são subqualificados, sendo que muitas vezes recusam fornecer assistência médica e mostram pouco cuidado ou preocupação para com elas ou para com as suas necessidades (Fletcher, Shaver, & Moon, 1993). Na verdade, a maioria das ações movidas por reclusas femininas são devido a dificuldades que tiveram em receber serviços médicos (Belknap, 2000). Essas deficiências na acessibilidade aos cuidados de saúde são mais marcantes na população reclusa feminina. Por exemplo, Young (1998) conclui que 5% das reclusas femininas não recebia assistência médica durante um período de estudo de 4 meses, 50% recebiam duas vezes por mês, e 25% recebia quatro vezes ou mais por mês. Estes padrões de utilização indicaram que uma parcela substancial de reclusas tinha numerosos e graves problemas de saúde.

Em Portugal, e nas palavras de Cunha (1994), apesar de nos anos trinta do século vinte se ter começado a discutir a em países da Europa e nos Estados-Unidos a construção de cuidados primários em estabelecimentos prisionais, em Portugal não se verificaram mudanças nas prisões ao nível de terapêuticas, quer no procedimento quer no discurso. Segundo a autora, em meados da década de 50, existiu uma ideia de terapêutica penitenciária, mas com um distinto conteúdo “Tratava-se sobretudo de proceder à reabilitação moral das delinquentes e portanto as vias de tratamento escolhidas seriam outras.” (p.70).

O cenário, em Portugal, revelou tendência para se agravar nomeadamente no que se refere a morbilidade. Em 1999, de acordo com Provedor de Justiça, um quarto dos reclusos encontravam-se infectados por hepatite B ou C ou ambas, 16% eram VIH positivos ou tinham SIDA e a tuberculose detinha uma incidência

treze vezes maior do que a da população em geral, a multirresistência aos fármacos atingia níveis muito elevados, a sífilis aumentava a sua expressão ao nível destas doenças, 60% eram toxicodependentes (alcooolismo não incluído); o tabagismo era acentuado em ambientes fechados e os problemas de saúde oral apareciam muito prevalentes. Do foro da Saúde Mental, ocorriam casos de psicopatia, esquizofrenia e oligofrenia, psicoses, sintomatologia depressiva, distúrbios de personalidade e distúrbios associados à toxicodependência. Estas indicações quantificadas representavam um valor médio entre estabelecimentos prisionais, pelo que vários deles atingiam níveis muito desfavoráveis (DGS, 2003; Provedor de Justiça, 1999; Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2003).

De acordo com os mesmos autores, no início do século vinte e um, os estabelecimentos prisionais não beneficiavam da atenção regular das autoridades de saúde, contudo, as instalações e os equipamentos para a acção dos profissionais de saúde apresentavam uma melhoria, com especial realce para a estomatologia. Quanto aos profissionais de saúde, a carência de médicos de clínica geral era grande (prestavam cuidados no âmbito de um vínculo precário) assim como de psiquiatras, de estomatologistas, de enfermeiros e de psicólogos. Os exames clínicos e rastreios dos reclusos na admissão revelavam-se ainda insuficientes, mas destacava-se o progresso conseguido quanto à vacinação dos presos contra a hepatite B e a distribuição de desinfectantes destinados à higiene básica e individual, bem como de preservativos. Por fim, as capacidades de internamento com recursos exclusivos do sistema prisional eram ainda frágeis, existindo uma indefinição da política de internamentos neste sistema (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2003).

Actualmente, de acordo com as Estatísticas Prisionais portuguesas relativas ao 1º trimestre do ano de 2012, divulgadas pela Direcção Geral dos Serviços Prisionais, as mulheres correspondem a 5,6% da população prisional do nosso país. No que diz respeito ao escalão etário das reclusas portuguesas, o escalão etário dos 30 aos 39 anos é o mais prevalente (31,5%). De acordo com a situação penal, as reclusas preventivas portuguesas abrangem os 29,9 % da população carcerária e as condenadas 70,1%.

O Plano Nacional de Saúde 2012/2016 apela à igualdade de direitos no beneficiamento de cuidados de saúde entre a população que se encontra livre e a população reclusa, de forma a cumprir o princípio da equidade e universalidade do Serviço Nacional de Saúde Português. Os enquadramentos legais promotores da saúde específicos no contexto prisional visam: estabelecer um modelo de organização interna para a área do tratamento penitenciário - estrutura matricial agrupada por centros de competências, nomeadamente na área da prestação de cuidados de saúde (Decreto-lei 125/2007); elaborar um Plano de Acção Nacional para o Combate à Propagação de Doenças Infecto-Contagiosas em Meio Prisional (PANCPDI), para prevenção e tratamento das toxicodependências e das patologias associadas ao consumo; e para cada estabelecimento prisional organizar um plano de promoção da saúde e prevenção da doença, com particular incidência na redução dos comportamentos de risco (Decreto Regulamentar 71/2011).

Ao nível de indicadores de saúde nos estabelecimentos prisionais portugueses, o Plano Nacional de Saúde 2012/2016 apontou a impossibilidade à sua monitorização, por carência no sistema de informação sobre o estado de saúde da população reclusa. Contudo, um estudo de Alves & Maia (2010), num Estabelecimento Prisional Feminino da zona Norte, verificou que as mulheres reclusas apresentavam médias superiores às da população geral para todas as dimensões de psicopatologia avaliadas.

Apesar de atualmente já se saber mais sobre os problemas e necessidades de saúde da população reclusa feminina, ainda se está distante de um conhecimento profundo sobre o que os serviços prisionais oferecem, ou como são utilizados pela população reclusa. Muitas prisões, por exemplo, não mantêm os registos médicos adequados, que permitem aceder às avaliações sistemáticas dos problemas de saúde e à utilização dos serviços pelas reclusas. Uma investigação mostrou que muitas prisões ainda guardam essa informação em formato de papel, havendo muito poucas com registos eletrónicos (American Correctional Association, 2000). Contudo, um estudo posterior que utilizou a análise de processos clínicos para descrever o uso dos serviços clínicos prisionais referiu a inconsistência que podem ter os registos médicos em papel e privilegiou os dados provenientes dos arquivos eletrónicos, relatando que estes seriam corretamente datados, legíveis e organizados de forma padronizada (Feron et al, 2005).

Em Portugal, a Provedoria de Justiça (1996), apelou ao recurso a meios informáticos e a uma gestão de reclusos actualizada, mencionado as vantagens que a formação de uma base única nos serviços centrais da Direcção Geral dos Serviços Prisionais poderia trazer aos estabelecimentos nomeadamente: a actualização do processo do recluso (imprimindo o seu conteúdo, total ou parcial, sempre que necessário) e a consulta imediata de qualquer processo actualizado. Não esquecendo os aspectos relacionados com o processo clínico e os aspectos médicos, o não acompanhamento do preso pelo seu processo individual revela-se desvantajoso ao estabelecimento de saída, ao de entrada e ao próprio preso. A este, por dificultar o devido acompanhamento, ao primeiro, por resultar no desperdício de papel em arquivos mortos monstruosos que se teve oportunidade de visitar e ao novo estabelecimento, que terá de repetir trabalho já feito, eventualmente com dados de fidelidade duvidosa e com testemunhos do próprio recluso.

3. PROBLEMAS DE SAÚDE NAS MULHERES ANTES E DURANTE A RECLUSÃO

As mulheres reclusas, quando comparadas com mulheres não-reclusas e homens reclusos, apresentam frequentemente mais problemas de saúde, doenças graves e lesões, pelo que necessitam e utilizam mais vezes os serviços de saúde médicos e mentais (Young, 1998). Isto deve-se ao nível socioeconómico mais baixo, pouco acesso a cuidados médicos (e.g., tratamento e prevenção) e aos estilos de vida problemáticos antes adotados (Maruschak & Beck, 1997). A saúde desta população está comprometida não só pelas condições sociais e económicas individuais (e.g., más condições de vida e o acesso limitado aos cuidados de saúde primários), mas

também devido ao nível socioeconómico e aos aspetos ambientais da sociedade em que se inserem (e.g., o seu *status* social marginalizado) (Adler & Ostrove, 2000).

Segundo Cunha (1994), no encarceramento “a preocupação com o corpo é concomitante com o facto de as reclusas se defrontarem permanentemente na prisão com a consciência de que ele constitui algo que escapa ao seu controle. Em primeiro lugar deparam-se com mudanças nítidas na sua forma e no seu funcionamento. A alteração do estilo de vida acompanha-se de anomalias fisiológicas, como a desregulação dos ciclos menstruais de que muitas se queixam, e, por outro lado, a maioria das reclusas enfrenta a curto prazo problemas de obesidade, para os quais concorre um conjunto de circunstâncias da vida prisional. A mobilidade reduzida que a caracteriza é uma delas (...) o grande consumo local de certo tipo de medicamentos (sobretudo tranquilizantes) vem potenciar os efeitos desta imobilidade forçada, criando assim um quadro propício à obesidade, que rapidamente afecta muitas das reclusas.” (p. 52-53).

3.1 Problemas de Saúde Física

Segundo Verbrugge & Wingard (1987), as mulheres em geral apresentam maiores taxas de morbilidade para doenças agudas, crónicas não fatais e incapacidade a longo prazo. Os eventos reprodutivos como a gravidez e o parto propiciam riscos de morbilidade. Além disso, o próprio sistema reprodutivo complexo das mulheres aumenta o risco para doenças específicas neste género (e.g., neoplasia da mama/genitais e distúrbios genito-urinários, como os sintomas menstruais e da menopausa). As taxas de risco também são maiores para as doenças infecciosas, respiratórias, digestivas, lesões, doenças de ouvidos, dor de cabeça e doenças da pele e músculo-esqueléticas. Quando comparadas com os homens, experienciam o dobro do risco para varizes, prisão de ventre, vesícula biliar e da tiróide, enterite e colite crónica, anemia, enxaqueca e doenças urinárias crónicas.

Na reclusão, as diferenças de género também são notórias. Um estudo revelou que as mulheres reclusas são mais propensas que os homens reclusos a exibir condições médicas e psiquiátricas, nomeadamente problemas de saúde como a hipertensão, os diabetes, a artrite, o cancro, a depressão e os distúrbios bipolares (Binswanger, Merrill, Krueger, White, Booth, & Elmore, 2010). Estes mesmos dados foram obtidos por Alves, Maia & Dutra (2012) num estudo realizado em estabelecimentos prisionais do norte de Portugal, em que a população reclusa feminina destacou-se significativamente da população reclusa masculina a nível de exposição de problemas de saúde físicos e mentais.

As reclusas expõem um risco particularmente elevado para neoplasia cervical, taxas de lesões intra-epiteliais escamosas (LIE-AG) de alto grau, duas vezes mais elevadas do que a da população em geral (Proca, Rofagha, & Keyhani-Rofagha, 2006).

O fornecimento de vacina contra o vírus Papiloma Humano (HPV) para as reclusas mais novas e o teste de rotina Papanicolau para todas as mulheres poderia reduzir o risco de cancro cervical. A vacinação contra a

hepatite A e B, o aconselhamento às reclusas que têm história de consumo de drogas e álcool, com adição ao tratamento farmacológico para a hepatite C, pode diminuir o risco de cirrose e complicações associadas a doenças do fígado. A intervenção para a cessação tabágica pode ter um impacto significativo sobre os múltiplos efeitos adversos à saúde associados ao uso de tabaco, incluindo a doença cardiovascular, que é a principal causa de morte para os presos após serem libertados (Binswanger, White, Perez-Stable, Goldenson, & Tulsky, 2005).

3.2 Problemas de Saúde Mental

A maioria destas mulheres possuem problemas de saúde mental (Wolff, 2008) e foram vítimas de abuso físico, sexual ou emocional durante a sua fase de formação e, ainda, muitas vezes na idade adulta (Wolff & Shi, 2009).

Num estudo de Alves & Maia (2010), das 42 reclusas entrevistadas 97.6% relataram pelo menos um tipo de experiência adversa durante a infância, tendo 73.8% relatado quatro ou mais tipos de experiências adversas, apresentando uma média destas experiências de 5.05 ($DP=2.63$). Verificaram ainda que o índice de adversidade explicava cerca de 40% da variância dos sintomas de psicopatologia, comprovando que a existência de adversidade durante a infância constituía um factor de risco para o aparecimento e desenvolvimento de psicopatologia no estado adulto.

As mulheres apresentam mais problemas a nível mental do que os homens, experienciam mais sintomas de angústia psicológica (e.g., ansiedade, depressão, culpa e conflitos interiores constantes) no seu dia-a-dia e na sua vida (Verbrugge & Wingard, 1987). Por exemplo, no estudo de Harlow (1999), 36% das reclusas relataram terem tido problemas mentais e terem recebido tratamento em algum momento das suas vidas e 20% das reclusas recebem tratamento desde a admissão. As reclusas relatam muitas vezes terem obtido aconselhamento profissional ou prescrição de medicamentos para doença mental, antes e desde que entraram na prisão. Segundo Ross & Fabiano (1986) são prescritos mais psicofármacos às mulheres reclusas do que aos homens reclusos, nomeadamente antidepressivos (Maeve, 1999).

As principais doenças mentais entre as reclusas incluem sintomas relacionados com abuso/trauma sexual e físico, vitimização, depressão e abuso de substância (Young, 1998). Para além disso apresentam altas prevalências de abuso de substância, Transtorno de Personalidade Anti-social e Borderline, Perturbação de Stress Pós-traumático e histórias de abuso físico e sexual (Henderson et al., 1998).

Apesar da literatura sobre perturbações do sono na população reclusa ser limitada, a existente indica que é um fator a ter em consideração. A insónia é uma característica da abstinência de drogas, mas pode também estar relacionada com o *stress* e a ansiedade de estarem encarceradas ou pode ser uma consequência das condições do ambiente prisional (e.g., o barulho e a falta de atividade física) (Elger, 2004).

Num estudo de Parsons, Walker, & Grubin (2001), 59% das reclusas apresentaram perturbação mental, sendo que 11% exibiram perturbação psicótica (e.g., esquizofrenia, outros sintomas psicóticos e psicose afetiva), 33% perturbação de humor, 30% distúrbio de ansiedade e 46% distúrbio de personalidade. E quando incluíram o diagnóstico de dependência de drogas ou álcool nas reclusas com presença de perturbação mental o número aumentou para 289 (76%).

3.3 Consumo de Substâncias Ilícitas

Vários autores, incluindo Bloom, Owen, & Covington (2003), descrevem que grande parte das mulheres reclusas reportam algum tipo de problema aditivo, principalmente com substâncias.

Os crimes derivados da posse de drogas são os crimes mais comuns cometidos pelas mulheres na Europa, podendo categorizar-se esses crimes em: (1) delitos para obter as drogas; (2) delitos cometidos devido à influência de drogas; e (3) delitos relacionados com o fornecimento ilegal de drogas, mas não relacionados com a dependência de drogas (WHO, 2009). O consumo pode ser a expressão da falta de esperança e do seu sofrimento (Richie, 1996).

No encarceramento, estas mulheres apresentam as maiores taxas de abuso e uso de drogas, sendo o uso de drogas por via intravenosa o mais reportado (Decker, 1992) e exibem mais diagnósticos de HIV (Maruschack, 1997). É estimado que pelo menos 75% das mulheres que chegam à prisão apresentam algum tipo de problema relacionado com drogas ou álcool (WHO Regional Office for Europe, 2007a).

No geral, as mulheres com problemas de uso de substâncias têm menos recursos (e.g., educação, emprego e rendimento) do que os homens, têm maior probabilidade de viverem com um companheiro que sofre de problemas de uso de substâncias, cuidam das crianças, têm problemas graves no começo do tratamento para uso de substâncias e possuem altas taxas de trauma relacionado com o abuso físico e sexual concomitante com problemas mentais, especialmente PSPT e outras perturbações de humor e de ansiedade (United Nations Office on Drugs and Crime, 2004 cit. in WHO, 2009).

Uma das maiores preocupações é que as mulheres reclusas não têm, frequentemente, acesso aos programas de tratamento de drogas na prisão, nem estes estão projetados para elas. Os programas de tratamento destinados a mulheres podem ajudá-las a sentirem-se seguras e apoiadas, bem como tornar mais fácil a percepção para os problemas específicos de género (Quaker Council for European Affairs, 2007 cit. in WHO, 2009). Uma abordagem sensível ao género e aos cuidados de saúde das mulheres deverá ter em conta a necessidade de disponibilizar programas de tratamento especializados para a dependência das mulheres na prisão (United Nations Office on Drugs and Crime, 2008 cit. in WHO, 2009), pois muitas das mulheres retornam à comunidade sem terem recebido algum tipo de tratamento para toxicodependência na prisão (Zurhold &

Haasen, 2005). Por exemplo, na Califórnia, 70% das mulheres presas necessitavam de tratamento de drogas, mas apenas 14% receberam o tratamento na prisão (Weinstein, 2005).

De acordo com a OMS (WHO Regional Office for Europe, 2005), está provado que o tratamento de substituição medicamentosa para os reclusos que apresentam problemas de uso de substâncias é dispendioso mas eficaz. O tratamento de substituição deve estar disponível para todas as mulheres na prisão com problemas de dependência opióide. A atenção deve apontar no sentido de alcançar o progresso na implementação e no desenvolvimento de apoios para os funcionários, incluindo o desenvolvimento de orientações claras. Além disso, a continuidade do tratamento deve ser garantida quando uma mulher entra na prisão, é libertada ou é transferida para outra prisão, porque as reclusas são frequentemente transferidas, o que favorece a interrupção no tratamento (WHO, 2009).

As medidas Anti-droga e os programas de tratamento devem reconhecer a presença de drogas ilícitas na prisão. The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2004) declarou que alguns dos reclusos continuam o seu padrão de uso de drogas e outros começam a usar drogas no encarceramento. Estudos mostram que entre 8% a 60% dos reclusos relataram terem acesso a drogas enquanto estavam na prisão e 10 a 36% reportaram um consumo regular de droga (WHO, 2009).

Para além destes problemas, no encarceramento, as reclusas perdem o sentido de controlo devido à separação da sociedade, uniformidade e à perda da liberdade física e de decisão (Lilly, Cullen, & Ball, 1995).

Em suma, a lista de problemas de saúde física e mental, e ainda o consumo de substâncias é um problema central nas mulheres reclusas. Por exemplo, num estudo de Nijhawan, Salloway, Nunn, Poshkus, & Clarke (2010), 81% das reclusas reportaram ter algum tipo de doença mental, incluindo depressão e ansiedade, e 76% terem história de problemas com o uso de drogas e álcool. Ainda mencionaram altas taxas de prevalência de neoplasia cervical, hepatite C e o uso do tabaco entre as reclusas. As suas características sociais comuns (como as altas taxas de doença mental, uso de substâncias e instabilidade habitacional) combinadas com os baixos níveis de educação e de dificuldades de acesso aos serviços de saúde definiram um grupo de mulheres que apresentam grandes necessidades de cuidados de saúde, mas que têm um acesso limitado aos cuidados médicos de rotina na comunidade.

4. A PRISÃO COMO CONTEXTO FACILITADOR DO ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Muitos estudos têm destacado a desarmonia existente nesta população entre a necessidade e o acesso aos cuidados médicos. O departamento de Justiça de Oregon observou que 53% das reclusas femininas (em comparação com 35% reclusos masculinos) relataram um problema médico no momento de entrada na prisão (Maruschak, 2006).

Apesar da alta taxa de problemas de saúde, o estudo de Conklin, Lincon, & Tuthill (2000) verificou que cerca de um terço dos presos em Massachusetts não procuraram serviços médicos quando estavam doentes nos 12 meses anteriores à sua detenção, devido ao custo.

De forma semelhante, metade de 511 prisioneiras libertadas das prisões de Nova Iorque, que possuíam uma doença crónica médica ou psiquiátrica, apenas receberam cuidados primários nos 12 meses anteriores à sua libertação (Lee, Vlahov, & Freudenberg, 2006).

Muitos stressores presentes no quotidiano destas mulheres (e.g., preocupações relacionadas com a habitação, o uso de substâncias, as despesas de alimentação, os cuidados que têm de despender aos filhos) são reduzidos no encarceramento e as reclusas têm a oportunidade de se concentrar apenas em si e na sua própria saúde (Nijhawan, Salloway, Nunn, Poshkus, & Clarke, 2010).

Em suma, o encarceramento apresenta uma oportunidade única para educar, detectar, e tratar as doenças das reclusas, envolver as mulheres desfavorecidas em assistência médica preventiva. Não é só uma oportunidade para as condenadas a longo prazo, uma vez que também beneficiam as mulheres que estejam a aguardar julgamento ou que tenham uma pena curta. As medidas preventivas de saúde particularmente relevantes para as mulheres reclusas incluem o rastreio do cancro (da mama e do colo do útero), o teste de doenças infecciosas e imunização (eg., doenças sexualmente transmissíveis [DST], hepatite), e lidar com o consumo de substâncias, nomeadamente nicotina (Nijhawan et al, 2010).

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS, VARIÁVEIS E HIPÓTESES

INTRODUÇÃO

No nosso país o Plano Nacional de Saúde 2004/2010 salienta a temática da saúde nas prisões, evidenciando com especial relevo as especificidades da população presidiária.

Como vimos na revisão da literatura, a saúde mental desta população é precária, e até recentemente as ações implementadas junto desta têm incidido, principalmente, em questões relacionadas com a toxicodependência e as doenças infecto-contagiosas.

Apesar das preocupações com a disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde em EP, Feron, Paulus, Tonglet, Lorant, & Pestiaux (2005), num estudo sobre dados epidemiológicos realizado na Bélgica, verificaram que esta população reclusa tem uma média elevada de frequência a serviços clínicos comparativamente à da população geral, o que os levou a concluir que as reclusas em contexto prisional têm acesso a um acompanhamento clínico efetivo, realizando-se para cada uma delas um plano de tratamento específico de acordo com as suas necessidades. Para muitas destas mulheres, este acompanhamento não aconteceria em liberdade devido ao seu deficitário contexto socioeconómico.

A verdade é que mais recentemente se iniciaram esforços para caracterizar as necessidades da população feminina, mas esse esforço não tem existido no nosso país, o que sugere a necessidade de caracterizar o estado de saúde das reclusas das instituições prisionais portuguesas. Atendendo a que outro estudo da equipa de investigação onde este projecto se insere pretende caracterizar o relato que as reclusas fazem do seu estado de saúde, o nosso estudo procura fazer esta avaliação a partir da informação dos processos clínicos. Com este estudo deseja-se não só atingir um conhecimento mais profundo sobre o que os serviços clínicos prisionais oferecem à população reclusa feminina num estabelecimento prisional em Portugal, mas também averiguar a frequência com que estes são procurados pelas reclusas e aceder aos problemas e queixas de saúde existentes nos registos médicos. Com esta metodologia visa-se conhecer melhor este universo prisional que pela especificidade e particularidade do género necessita de cuidados redobrados e de orientações voltadas para as suas necessidades específicas. Pretendemos ainda com este estudo verificar se a saúde das reclusas tende a melhorar ou a deteriorar-se com a reclusão, comparando a leitura dos dados clínicos no 1º mês de reclusão (momento 1) e no mês que antecedeu o estudo (momento 2).

Atendendo a que a situação jurídica (ser preventiva ou condenada) corresponde a condições de reclusão diferentes, em que as expectativas e preocupações são diversas, pode influenciar o estado mental, mas também as queixas de saúde, este estudo procura considerar esta variável. Por outro lado sabe-se que uma

parte das reclusas são consumidoras e ser ou não consumidora tem relação direta com várias áreas do funcionamento, consideramos essencial ter em consideração este dado na análise dos dados de saúde.

OBJETIVOS:

O objetivo geral é proceder a uma caracterização da saúde com base na informação dos processos clínicos (ex: consumos de substâncias lícitas e ilícitas, número de diagnósticos, tipo de diagnósticos, fármacos, consultas, internamentos, número de queixas e tipo de queixas) de mulheres reclusas num Estabelecimento Prisional Especial, considerando e comparando dois intervalos de tempo (o primeiro mês após reclusão neste estabelecimento prisional e no mês que antecedeu o estudo) da utilização dos serviços de saúde prisionais.

Como escrevemos antes, o estatuto jurídico e a condição de ser ou não consumidora podem estar relacionadas com diferenças em termos de saúde. Por esse facto estabelecemos ainda como objetivo comparar as variáveis de saúde das reclusas tendo em conta a sua situação jurídica e a sua história de consumo ou não de substâncias ilícitas.

Deste modo, pretende-se conhecer não só os resultados de saúde quando se consideram os dados clínicos oficiais, nomeadamente os consumos de substâncias lícitas e ilícitas, os principais diagnósticos e o uso dos serviços de saúde por estas mulheres, mas também averiguar se estas variáveis são diferentes nas diferentes situações jurídicas. Estes dados permitem o conhecimento das necessidades de saúde nesta população, elucidando sobre as mesmas e, desse modo, permitindo a focalização de planos de intervenção específicos, que ajudem a melhorar ou diminuir os danos na saúde causados pela reclusão ou anteriores a esta.

As variáveis consideradas neste estudo são:

- Variáveis Jurídicas

- Tempo de Reclusão
- Situação Jurídica (Condenada ou Preventiva)
- Situação de Reclusão (Vinda de Liberdade; de casa com pulseira ou Transferida de outro EP)

- Variável Sociodemográficas

- Idade

- Variáveis dos Processos Clínicos

- Consumos lícitos e ilícitos
- Desintoxicação de drogas e/ou tratamento de álcool no Estabelecimento Prisional (EP)
- Número de Diagnósticos médicos – físicos e mentais à entrada no EP
- Número de Diagnósticos médicos – físicos e mentais ativos no mês que antecedeu o estudo
- Número de Fármacos no mês que antecedeu o estudo
- Número de consultas durante o 1º mês de reclusão

- Número de internamentos no 1º mês de reclusão
- Número total de vezes que a reclusa se queixou no 1º mês de reclusão
- Número de queixas que a reclusa apresentou no 1º mês de reclusão
- Número de consultas no mês que antecedeu o estudo
- Número de internamentos no mês que antecedeu o estudo
- Número de vezes que a reclusa se queixou no mês que antecedeu o estudo
- Número de queixas que a reclusa apresentou no mês que antecedeu o estudo

HIPÓTESES:

De acordo com a literatura, foram elaboradas as seguintes hipóteses:

H1: Do momento 1 para o momento 2 espera-se que o número de diagnósticos, o número de queixas, número de consultas e internamentos diminua.

H2: Espera-se que reclusas com presença de história de consumo apresentem valores mais elevados ao nível das variáveis de saúde (número de diagnósticos, número de fármacos, o número de queixas, número de consultas e internamentos nos dois momentos).

H3: Esperam-se diferenças em função da situação jurídica ao nível das variáveis de saúde (número de diagnósticos, número de fármacos, o número de queixas, número de consultas e internamentos). Espera-se que as reclusas condenadas apresentem valores mais elevados nestas variáveis de saúde nos dois momentos.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Este estudo baseia-se nos dados disponíveis nos processos clínicos de 100 reclusas num Estabelecimento Prisional Especial.

Estes processos clínicos correspondem a reclusas com idades compreendidas entre os 28 e os 68 anos no momento da análise dos processos, com uma média de 38,07 e um desvio-padrão de 10,74.

Em termos de situação de reclusão, constatamos que 76 reclusas (77,6%) estavam em liberdade anteriormente à presente reclusão, 18 (18,4%) vieram transferidas de outro EP e 4 (4,1%) antes estavam em casa com pulseira eletrónica. Relativamente à situação jurídica, verificou-se que 69 das reclusas (70,4%) estão condenadas e 29 (29,6%) são preventivas.

MATERIAIS

Tendo em conta os objetivos e as hipóteses do estudo, os materiais deste estudo tiveram origem nos processos clínicos existentes nos serviços clínicos do Estabelecimento Prisional.

Cada processo clínico é composto por diferentes pastas, nomeadamente: Registo das avaliações (onde se encontram as datas das avaliações realizadas a cada reclusa, bem como a altura, peso, IMC e nível de dor); Lista de problemas (informação sobre doenças infecciosas, doenças Crónicas, deficiência Motora, gravidez, diagnósticos atuais, emites e comportamentos aditivos); Esquema Terapêutico (onde está registado quantos e quais os medicamentos que cada reclusa está a tomar); e por fim, o Histórico da consulta (que detém informação sobre patologias e diagnósticos no momento em que foram presas, com base no relato das próprias reclusas, e todas as consultas e queixas que apresentaram até ao momento deste estudo).

Após uma análise prévia da informação disponível nos processos clínicos, foi criada uma grelha de análise dos processos clínicos, onde constam todos os dados supracitados. Esta organização da informação permitiu comparar os dados clínicos, no momento em que as reclusas dão entrada no EP com o momento anterior ao estudo. Não se estabeleceram critérios de exclusão, ou seja dentro dos 100 processos analisados, incluíram-se os que não tinham informações sobre áreas específicas (identificados através dos *missings*), ou os que tinham informações incompletas.

Para a categorização do tipo de queixas/sintomas e de diagnóstico físico e mental recorreu-se à Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários (*International Classification of Primary Care*, ICPC-2). O ICPC-2 foi criado para estabelecer uma ponte entre a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA), uma vez que estas duas importantes instituições, ligadas à saúde global, compartilhavam a preocupação de encontrar a melhor forma de codificar a atividade clínica nos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Desta forma, permitiram que os profissionais possam utilizar uma linguagem comum a nível internacional (Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, 2009). Muitos estudos utilizam o ICPC-2 por o considerarem a medida mais adequada, viável e confiável para usar em ambientes com cuidados de saúde primários (Eytan, Haller, Wolff, Cerutti, Sebo, Bertrand, & Niveau, 2010).

Para categorizar os diagnósticos mentais apresentados devido ao uso de substâncias ilícitas e do foro da perturbação do sono, utilizou-se a Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas Relacionados com a Saúde (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD 10*). Este manual fornece códigos relativos à classificação de doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspetos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças (Organização Mundial da Saúde, 2008). Assim, introduzimos no estudo os seguintes diagnósticos mentais: Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao uso de substâncias Psicoativas e Transtornos não Orgânicos

do sono devido a fatores emocionais. Todas as restantes Perturbações Mentais foram classificadas segundo ICPC-2.

PROCEDIMENTO

Num primeiro momento, foram pedidas as autorizações à Direção Geral dos Serviços Prisionais (DGCP) para a elaboração deste estudo. Foram assegurados todos os princípios éticos e todos os direitos fundamentais do ser humano. Salvaguardou-se o sigilo decorrente da obrigação de segredo profissional do investigador que procedeu à recolha da informação, garantindo-se a total confidencialidade dos dados a serem tratados.

Num segundo momento, após as devidas autorizações, procedeu-se à recolha da informação obtida através da leitura dos processos clínicos e à construção de uma grelha com a informação pertinente de acordo com os objetivos, preenchida para cada um dos processos relativos a cada reclusa. No que concerne à escolha e seleção dos processos clínicos para o presente estudo, recorreu-se a participantes que estão a ser alvo de avaliação psicológica noutra projeto corrente (Projeto de Doutoramento desenvolvido pela Dra. Joana Alves, que recolhe auto-relatos das reclusas acerca do seu estado de saúde).

Por último, os dados recolhidos através dos processos clínicos foram tratados e analisados com recurso ao programa informático SPSS.

PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

Esta investigação recorre a metodologia quantitativa e tem por base diferentes *designs* para testar as várias hipóteses.

Assim, foi utilizada a estatística descritiva para descrever as variáveis em estudo e, deste modo, caracterizar os comportamentos aditivos, os estados de saúde e o contacto com os serviços clínicos. Aplicamos três tipos de *design*: um *design* Correlacional, no sentido de verificar as associações existentes entre as diferentes variáveis; um *Design* Inter-Sujeitos (comparar diferentes grupos de reclusas – com/sem consumo, preventiva/condenada); e Intra-Sujeitos, no sentido de comparar o estado de saúde no momento 1 e no momento 2 (1º mês de reclusão *vs.* mês que antecedeu o estudo).

Recorreu-se ao Teste do Qui-Quadrado, para verificar se existiam associações entre a situação jurídica, o consumo de substâncias e os dois momentos do estudo.

Para comparar o estado de saúde em momentos temporais distintos, utilizou-se o Teste *t* para amostras Emparelhadas (no momento 1/ no momento 2 - número de diagnósticos; número de consultas; número de

queixas), e o Teste *t* para amostras Independentes para explorar a existência de diferenças entre grupos independentes (situação jurídica e consumidoras/não consumidoras – número de diagnósticos; número de fármacos; número de queixas; número de consultas). Uma vez que a análise exploratória de dados revelou que no número de consultas no M1 e no M2; e no grupo Consumidoras vs. Não consumidoras não estavam cumpridos os pressupostos subjacentes à utilização de testes paramétricos, realizou-se o Teste de Wilcoxon e o Teste de Mann-Whitney, respetivamente. No grupo Condenadas vs. Preventiva usou-se o Teste *t* para amostras Independentes, pois a análise exploratória de dados revelou que os pressupostos subjacentes à utilização de testes paramétricos estavam cumpridos. Atendendo a que se verificou que o tempo de reclusão era diferente nestes dois grupos, realizaram-se ANCOVAS nos casos em que as diferenças entre grupos se revelaram significativos, de modo a controlar o efeito tempo de reclusão.

RESULTADOS

De acordo com a ordem dos objetivos do nosso estudo, apresentamos os dados referentes ao consumo de substâncias lícitas e ilícitas no M1, os dados médicos referentes ao estado de saúde, às consultas e queixas de saúde nos dois momentos e posteriormente os dados relativos ao teste de hipóteses do estudo.

Caracterização dos Consumos de Substâncias Lícitas e Ilícitas no M1

Os dados relativos aos consumos de substâncias lícitas apontaram que o tabaco é a substância mais consumida pelas reclusas (62%), que 15% relatou que bebia álcool antes do encarceramento e que apenas 3% realizaram tratamento para o álcool no estabelecimento prisional.

Em relação ao consumo de drogas ilícitas verificou-se que 41% relatou uso de drogas antes da reclusão, sendo que 14% fizeram desintoxicação no EP, como se pode ver na tabela 1.

Tabela 1

Descritivos de Frequências dos Consumos Lícitos e Ilícitos (N=99)

	Álcool		Tratam Álcool. EP		Droga		Desint.droga EP		Tabaco	
	N	V%	N	V%	N	V%	N	V%	N	V%
Sim	15	15.2	3	3.0	41	41.4	14	14.1	62	62.6
Não	80	80.8	12	12.1	55	55.6	27	27.3	35	35.4
Sem inf	4	4.0	4	4.0	3	3.0	3	3.0	2	2.0
Missing	1		1		1		1		1	

Nota. V% = Percentagens válidas; Sem inf = Sem informação; Tratam. EP = Tratamento do álcool no Estabelecimento Prisional; Desint. EP = Desintoxicação de droga no Estabelecimento Prisional.

Tipos de consumos ilícitos

Como se pode observar na tabela 2, as drogas mais consumidas são a Cocaína (19%), seguida do Canábis (17%) e dos Opiáceos (16%). A Metadona, as Benzodiazepinas e as Anfetaminas não foram reportadas.

Tabela 2

Descritivos de Frequências dos Resultados dos testes médicos para consumos ilícitos nos 2 momentos (N= 95)

		Metadona (n)	Canábis (n)	Cocaína (n)	Opiáceos (n)	Benzodiazepinas (n)	Anfetaminas (n)
M1	Positivo	0	17	19	16	0	0
	Negativo	5	72	71	73	3	3
	NA	90	6	5	6	92	92
M2	Positivo	0	2	0	0	0	0
	Negativo	1	20	20	20	1	1
	Sem inf	0	3	3	3	0	0
	NA	94	70	72	72	94	94

Nota. n = frequências; Sem inf = Sem informação; NA =Não se aplica. No M1 retrata os casos em que não foram realizados testes médicos por as reclusas nunca terem consumido a substância; no M2 retrata os casos que no M1 o resultado do teste foi negativo e por isso não voltaram a fazer análise.

Patologias físicas e mentais

Para esta dimensão, dos 100 processos analisados apenas 98 estão com a informação completa, sendo que 88 processos de reclusas (89.8%) apresentavam a descrição de patologia, e 10 (10.2%) não apresentavam qualquer patologia à entrada.

Número de Diagnósticos médicos físicos e mentais nos 2 momentos

Segundo a tabela 3, a média de diagnósticos no M1 foi de 1.97 ($DP=1.34$) (variando entre sete e nenhum diagnóstico), sendo que a doença física surgiu com uma média de 1.26 ($DP=1.21$) (variando entre zero e seis diagnósticos) e a doença mental de 0.71 ($DP=0.70$) (variando entre zero e três diagnósticos).

Houve uma diminuição nos diagnósticos no M2, sendo que o número total de diagnósticos apresentou uma média de 1.37 ($DP=1.41$), com uma variação de zero a seis diagnósticos. Os diagnósticos físicos apresentaram uma média de 1,00 ($DP=1.21$) e os de foro mental exibiram uma média de 0.37 ($DP=0.63$).

Tabela 3

Descritivos do Número de Diagnósticos Físicos e Mentais no momento 1 (N=98) e no momento 2 (N=99)

	Mínimo	Máximo	Média	DP
Nº total diagnósticos no M1	0	7	1.97	1.343
Nº diagnósticos de doença física	0	6	1.26	1.213
Nº diagnósticos de doença mental	0	3	.71	.703
Nº total diagnósticos no M2	0	6	1.37	1.411
Nº diagnósticos de doença física	0	5	1.00	1.212
Nº diagnósticos de doença mental	0	3	.37	.632

Nota. DP= desvio-padrão.

Tipos de Diagnósticos físicos e mentais nos 2 momentos

Os resultados relativos aos diagnósticos físicos recolhidos no M1 indicaram a presença de doenças do sistema endócrino/metabólico e nutricional (24%); aparelho circulatório (18%); aparelho respiratório (22%); aparelho digestivo (11%); aparelho genital e sangue e órgãos hematopoiéticos e linfáticos (10% cada); sistema nervoso/neurológico e do sistema músculo-esquelético (6% cada); aparelho urinário e da pele (3% cada); e de origem otorrino (ouvidos) (2%).

No M2, as doenças do sistema endócrino/metabólico e nutricional aumentaram (28%), seguidas das doenças do aparelho digestivo (15%), do aparelho circulatório (12%), do aparelho respiratório (6%), do sangue e órgãos hematopoiéticos e linfáticos (6%), do aparelho genital e doenças da pele (3% cada), do sistema nervoso/neurológico e do sistema músculo-esquelético (2% cada) e, por último, as doenças do aparelho urinário, doenças de origem otorrino e doenças de olhos (1% cada). De salientar que este último diagnóstico surge durante o período de reclusão.

Em relação aos diagnósticos mentais, conclui-se que o diagnóstico mais presente, tanto no M1 como no M2, foi o de Perturbações mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (34% e 12%).

O diagnóstico de Perturbação Depressiva, no M1 apresentou uma prevalência de 20%, o Distúrbio Ansioso/Estado de Ansiedade de 11% e a Esquizofrenia de 1%. No M2, estes diagnósticos diminuíram para 3%, 3% e 0%, respetivamente.

No M1, a Alteração de Personalidade surgiu com uma prevalência de 1%, enquanto a Psicose Afetiva, a Perturbação de Stress Pós-Traumático, os Transtornos não orgânicos do sono devido a fatores emocionais e o diagnóstico Atraso Mental, não surgiram reportados (0%). No M2, no entanto, pudemos verificar a existência de diagnósticos de Psicose Afetiva (1%), Alteração de Personalidade (7%), Atraso Mental (3%) e PTSD (7%) e Transtornos não orgânicos do sono devido a fatores emocionais (1%), como se pode ver na tabela 4.

Tabela 4

Descritivos de Frequências dos Tipos de Diagnóstico Físico e Mental nos 2 momentos (N=99).

Tipos de Diagnóstico		Nº diagnósticos no M1 (n)	Nº diagnósticos no M2 (n)
FÍSICO	DAD	11	15
	DSN	6	2
	DSEMN	24	28
	DAG	10	3
	DAU	3	1
	DSOHL	10	6
	DAC	18	12
	DAR	22	6
	DP	3	3
	DO	0	1
	DSME	6	2
	DOU	2	1
MENTAL	TMCSPP	34	12
	PD	20	3
	ESQ	1	0
	PA	0	1
	DA	11	3
	AP	1	7
	PTSD	0	7
	TNOS	0	1
	AM	0	3

Nota. n=frequência. DAD = Doenças do Aparelho Digestivo; DSN = Doenças do Sistema Nervoso/Neurológico; DSEMN = Doenças do Sistema Endócrino/Metabólico/Nutricional; DAG = Doenças do Aparelho Genital; DAU = Doenças do Aparelho Urinário; DSOHL = Doenças do Sangue e Órgãos Hematopoiéticos/ Linfáticos; DAC = Doenças do Aparelho Circulatório; DAR = Doenças do Aparelho Respiratório; DP = Doenças da Pele; DO = Doenças dos Olhos; DSME = Doenças do Sistema Músculo-esquelético; DOU = Doenças dos Ouvidos; TMCSPP = Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao uso de Substâncias Psicoativas; PD = Perturbação Depressiva; ESQ = Esquizofrenia; PA = Psicose Afetiva; DA = Distúrbio Ansioso/ Estado de Ansiedade; AP = Alteração da Personalidade; PTSD = Perturbação de Stress Pós-Traumático; TNOS = Transtornos não Orgânicos do Sono devido a fatores emocionais; AM = Atraso Mental.

Terapêutica Farmacológica no M2

Na leitura dos processos clínicos não consta a medicação do M1, aparecendo apenas o registo dos medicamentos prescritos actualmente.

Na tabela 5 podemos verificar que a terapêutica farmacológica total tem uma média de 3.53 ($DP=2.85$) medicamentos, variando entre a toma de 0 e 12 por dia. Neste resultado, os fármacos prevalecem com uma média de 1.56 ($DP=2.13$), variando entre 0 e 10, seguidos dos psicofármacos, com uma média de 1.97 ($DP=1.71$), entre 0 e 7 medicamentos.

Tabela 5

Descritivos do Esquema Terapêutico Farmacológico (N= 99)

	Mínimo	Máximo	Média	DP
Número Total de medicamentos M2	0	12	3.53	2.851
Número de fármacos	0	10	1.56	2.134
Número de psicofármacos	0	7	1.97	1.705

Nota. DP= desvio-padrão.

Contato com os serviços clínicos nos 2 momentos

Neste domínio consideramos o Número de Internamentos e o Número de Consultas.

Número de Internamentos

Segundo os dados clínicos, no M1 ocorreu o internamento de 23 reclusas (23.7%), num total de 97 processos clínicos com esta informação, onde 74 reclusas (76.3%) não foram internadas.

No M2 observou-se o internamento apenas de uma (1.0%) reclusa, num total de 98 processos clínicos.

Número de Consultas

No que diz respeito à utilização dos serviços clínicos prisionais, durante o primeiro mês de reclusão verificou-se que há uma média de 13.01 ($DP= 12.36$) vezes em que as reclusas foram observadas por profissionais de saúde, variando entre 2 e 64 consultas no primeiro mês de reclusão (tabela 6). A consulta de enfermagem foi a mais utilizada, com uma média de 10.14 ($DP= 11.55$), variando entre 0 e 58 vezes. Logo a seguir, a consulta de clínica geral, com uma média de 1.36 ($DP=.98$) e a de medicina dentária, com uma média de .58 ($DP=.89$), ambas variando entre 0 e 4 consultas. As menos procuradas foram as consultas de psicologia, psiquiatria, ginecologia e outras especialidades, com médias de 0.37, 0.32, 0.23 e 0.02, respetivamente.

No M2, correspondente ao último mês por referência ao momento do estudo, as reclusas foram vistas por um profissional de saúde, com uma média de frequência de 6.28 ($DP=6.34$), variando entre 0 e 31 consultas. A consulta mais frequentemente reportada foi a de enfermagem, com uma média de 4,79 ($DP= 5.59$), variando entre 0 e 29 consultas. Logo depois, em segundo lugar, surge a de Clínica Geral (média=0.68; $DP=.83$), seguida da de Medicina Dentária (média=0.27; $DP=.60$), a de Psicologia (média=0.20; $DP= .48$) e a de Ginecologia (média=0.16; $DP= .47$). As consultas de psiquiatra e de outras especialidades foram as que apresentaram uma média mais baixa (0.08).

Tabela 6

Descritivos das consultas no M1 (N=97) e no M2 (N=98)

	M1				M2			
	Mínimo	Máximo	Média	DP	Mínimo	Máximo	Média	DP
Enfermeiro	0	58	10.14	11.55	0	29	4.79	5.60
Médico Clínica Geral	0	4	1.36	.98	0	3	.68	.83
Psicólogo	0	3	.37	.78	0	3	.20	.48
Psiquiatra	0	3	.32	.59	0	2	.08	.31
Ginecologista	0	2	.23	.51	0	2	.16	.47
Dentista	0	4	.58	.90	0	4	.27	.60
Outras especialidades	0	1	.02	.14	0	5	.08	.53
Total	2	64	13.01	12.36	0	31	6.28	6.34

Nota. DP= desvio-padrão.

Número e tipo de Queixas

As reclusas foram mais queixosas no M1 (média=14.3; $DP=15.0$) do que no M2 (média=8.79; $DP=10.32$). As queixas variaram entre 0 e 19 tipos de queixa no primeiro mês de reclusão e 0 e 15 no mês que antecedeu o estudo.

No M1, as queixas de origem somática apareceram com uma média de 4.21 ($DP=3.39$), mais elevadas do que as de origem psicológica, com uma média de 1.8 ($DP= 1.62$), e as de origem geral e inespecíficas, com uma média de 0.41 ($DP=.77$). No M2, as queixas de origem somática continuam a ser as mais relatadas, com uma média de 3.68 ($DP=3.40$), seguida das de origem psicológica, com uma média de .74 ($DP= 1.04$) e das queixas de origem geral e inespecíficas, com uma média de .23 ($DP=.47$).

Tabela 7

Descritivos das queixas apresentadas durante o M1 (N= 97) e o M2 (N=98)

	M1				M2			
	Mínimo	Máximo	Média	DP	Mínimo	Máximo	Média	DP
Nº Total	0	59	14.33	15.001	0	60	8.79	10.32
Tipo de queixas	0	19	6.40	4.838	0	15	4.66	4.06
Somáticas	0	14	4.21	3.394	0	14	3.68	3.40
Psicológicas	0	7	1.80	1.618	0	4	.74	1.05
Inespecíficas	0	3	.41	.774	0	2	.23	.47

Nota. DP= desvio-padrão.

Categorização de Queixas

A categorização das queixas de saúde teve por base o ICPC-2. As queixas físicas que mais se destacaram, no M1, foram as do Aparelho Digestivo, com uma média de 1.09 ($DP= 1.19$); Aparelho Respiratório, com uma média de 0.57 ($DP=1.00$); Sistema Músculo-Esquelético, com média de 0.81 ($DP=1.06$); e Aparelho Urinário, com uma média de 0.10 ($DP=.55$). No M2, as queixas do Aparelho digestivo continuaram a ser a mais referidas, com uma média de 0.78 ($DP= 1.24$). Surgem, depois, as do Aparelho Respiratório (média=0.65; $DP=1.18$), as do Sistema Músculo-Esquelético (média=0.66; $DP=.92$) e as do Aparelho Genital (média=0.35; $DP=.63$).

Nas queixas de origem psicológica relatadas no M1, evidenciaram-se as seguintes: Sensação de Depressão, com uma média de 0.38 ($DP=.66$); Perturbação do Sono, com uma média de 0.59 ($DP=.60$); Sentir-se/Comportar-se de forma irritável, com uma média de 0.11 ($DP=.35$). No M2, apenas se destacaram as queixas de Sensação de Depressão, com uma média de 0.15 ($DP=.39$).

As queixas relativas a Sangue, órgãos hematopoiéticos e linfáticos, abuso de álcool, alteração de memória ou outro sintoma psicológico não foram referidas em nenhum dos momentos nos processos clínicos.

Tabela 8

Descritivos do tipo de queixa apresentada no M1 (N=96) e no M2 (N=97)

Origem	M1				M2			
	Mínimo	Máximo	Média	DP	Mínimo	Máximo	Média	DP
Aparelho digestivo	0	5	1.09	1.20	0	6	.78	1.24
Oftalmológica	0	1	.07	.26	0	3	.20	.53
Otorrino	0	1	.11	.32	0	1	.14	.35
Aparelho circulatório	0	2	.12	.39	0	1	.06	.24
Sistema músculo-esquelético	0	4	.81	1.07	0	4	.66	.92
Sistema nervoso	0	2	.72	.66	0	2	.48	.65
Aparelho respiratório	0	5	.57	1.00	0	5	.65	1.18
Pele	0	2	.16	.42	0	3	.24	.52
Endócrino, metabólico e nutricional	0	2	.13	.36	0	1	.03	.17
Aparelho urinário	0	4	.10	.55	0	2	.06	.28
Aparelho genital	0	3	.28	.59	0	3	.35	.63
Ansiedade/nervosismo/tensão	0	1	.57	.50	0	1	.35	.48
Reação aguda ao stress	0	1	.04	.20	0	1	.02	.14
Sensação de depressão	0	4	.38	.67	0	2	.15	.39
Sentir-se/comportar-se de forma irritável/zangada	0	2	.11	.35	0	1	.02	.14
Perturbação do sono	0	2	.59	.61	0	1	.19	.39
Abuso de drogas	0	1	.10	.31	0	0	0.00	.00
Limitação funcional/incapacidade	0	1	.02	.14	0	1	.01	.10

Nota. DP= desvio-padrão.

Teste de Hipóteses

Hipótese 1: Do M1 para o M2 espera-se que o número de diagnósticos, o número de queixas, o número de consultas e de internamentos diminuam.

Para testar esta hipótese utilizou-se o Teste *t* para amostras Emparelhadas nas variáveis número de diagnósticos e queixas, e para a variável número de consultas utilizou-se o Teste de Wilcoxon por a análise exploratória de dados ter revelado não estarem cumpridos os pressupostos subjacentes à utilização de testes paramétricos. A análise da variável internamento, dado o seu caráter nominal, foi realizada através do Teste do Qui-Quadrado.

Tabela 9

Resultados das diferenças (Teste *t* para amostras Emparelhadas, Teste de Wilcoxon) e de associação (Teste do Qui-quadrado) entre os 2 momentos do estudo, nas variáveis: diagnósticos ($N=98$), queixas ($N=96$), consultas ($N=96$) e internamento ($N=96$).

	M1		M2		
Nº de diagnósticos	Média (DP)				$t_{(97)} = 3.38^{**}$
	-----		-----		
	1.97 (1.34)		1.39 (1.41)		
Nº de queixas	Média (DP)				$t_{(95)} = 3.12^{**}$
	-----		-----		
	6.45 (4.84)		4.75 (4.06)		
Nº de consultas	Ordem média				$Z = -5.17^{***}$
	-----		-----		
	46.32		37.89		
Internamento	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	$\chi^2_{(1)} = 3.40^{\circ}$
	-----		-----		
	21	95.5	1	4.5	

Nota. $^{**}p < .01$ $^{***}p < .001$ + $p < .10$

Como se observa na tabela 9, o número de diagnósticos apresentados no M1 é significativamente superior ao número de diagnósticos apresentados no momento 2, $t_{(97)} = 3.38$, $p < .01$; assim como o número de queixas no M1 é mais elevado do que no M2, $t_{(95)} = 3.12$, $p < .01$.

Existem diferenças significativas entre o número de consultas nos 2 momentos, $Z = -5.17$, $p = .000$. As reclusas vão significativamente mais às consultas no M1 do que no M2. Relativamente ao internamento, há uma associação marginalmente significativa entre os 2 momentos, $\chi^2_{(1)} = 3.40$, $p = .065$. Existe associação entre momento e internamento, sendo que o número é de 21 reclusas (95,5%) no M1 e de apenas 1 reclusa (4,5%) no M2, concluindo-se pela associação entre M1 e internamento.

Hipótese 2 - De acordo com a presença de história de consumo espera-se diferenças ao nível das variáveis de saúde (número de diagnósticos, número de fármacos, número de queixas, número de consultas e internamentos) no M1. Espera-se que as reclusas com história de consumo apresentem os valores mais elevados nestas variáveis de saúde.

Para testar esta hipótese comparou-se o grupo Consumidoras vs. Não consumidoras utilizando o Teste de Mann-Whitney. Para avaliar se existia associação entre ser consumidor e a variável internamento, utilizou-se o Teste do Qui-Quadrado (cf. Tabela 10).

Tabela 10

Resultados do Teste de Mann-Whitney e do Teste do Qui-Quadrado, para comparar reclusas consumidoras e não consumidoras ao nível dos diagnósticos (N=96), consultas (N=94), queixas (N=94), fármacos (N=96) e internamento (N=97) no M1.

M1	Consumos de Substâncias Ilícitas				U
	Sim		Não		
	n	OM	n	OM	
NºDiagnósticos	55	46.1	41	51.7	996.50 (ns)
NºConsultas	53	41.4	41	55.4	763.50*
NºQueixas	53	39.6	41	57.7	668.50***
NºFármacos	55	48.9	41	48.0	1108.50 (ns)
Internamento	n	%	n	%	X ²
	17	73.9	5	21.7	13.27***

Nota. M1 = Momento 1; OM = Ordem Média; N° = número; ns = não significativo, * $p < .05$ *** $p < .001$

De acordo com os resultados da tabela 10, no M1 não existem diferenças significativas entre as reclusas consumidoras e as não consumidoras ao nível de exibição de diagnósticos e da quantidade de medicação ($U = 996.50$, $p = .31$; $U = 1108.50$, $p = .89$, respetivamente). No entanto, existem diferenças significativas entre estes dois grupos em relação ao número de consultas e queixas registadas ($U = 763.50$, $p = .01$; $U = 668.50$, $p = .001$). As reclusas não consumidoras apresentam maior número de consultas e queixas comparativamente às reclusas consumidoras.

Relativamente ao internamento no M1, constatou-se uma associação significativa entre consumo e internamento, $X^2_{(2)} = 13.27$, $p = .001$. Enquanto nas consumidoras 73,9% foram internadas, nas não consumidoras 64,9% não necessitaram de internamento.

Hipótese 3 - Espera-se diferenças em função da situação jurídica ao nível das variáveis de saúde (número de diagnósticos, número de fármacos, o número de queixas, número de consultas e internamentos). Espera-se que as reclusas condenadas apresentem valores mais elevados nestas variáveis de saúde.

Para testar esta hipótese no grupo Condenadas vs. Preventiva usou-se o Teste t para amostras Independentes, uma vez que a análise exploratória de dados revelou que os pressupostos subjacentes à utilização de testes paramétricos estavam cumpridos. A associação com a variável internamento foi analisada através do Teste do Qui-Quadrado.

Tabela 11

Resultados das Diferenças referentes ao M1 e M2 (Teste *t* para amostras Independentes e Teste do Qui-Quadrado) entre reclusas condenadas e preventivas ao nível dos diagnósticos (N=98), consultas (N=96), queixas (N=96), fármacos (N=98) e internamento (N=96).

	Situação Jurídica				
	Condenada		Preventiva		
M1	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	
NºDiagnósticos	69	1.58 (1,37)	29	93 (1.44)	$t_{(96)} = 2.11^*$
NºConsultas	67	14.5 (12.62)	29	9.7 (11.5)	$t_{(94)} = 1.76^+$
NºQueixas	67	6.64 (4.99)	29	5.90 (4.59)	$t_{(94)} = 0.69 (ns)$
NºFármacos	69	3.74 (2.72)	29	2.93 (3.14)	$t_{(96)} = 1.28 (ns)$
Internamento	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	$\chi^2 = 2.36 (ns)$
	19	82.6	4	17.4	
M2	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	
NºDiagnósticos	69	1.58 (1,37)	29	93 (1.44)	$t_{(96)} = 2.11^*$
NºConsultas	69	7.17 (6.94)	28	4.25 (3.96)	$t_{(95)} = 2.09^*$
NºQueixas	69	5.19 (4.22)	28	3.54 (3.39)	$t_{(95)} = 1.84^+$
Internamento	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	$\chi^2 = .41 (ns)$
	1	1.4	0	0	

Nota. *M (DP)* = Média (desvio-padrão); *ns* = não significativo, * $p < .05$ + $p < .10$

Os resultados da tabela 11 indicam que, no M1, há diferenças significativas entre o grupo de condenadas e preventivas ao nível de exibição de diagnósticos, $t_{(96)} = 2.11$, $p = .04$. As condenadas relatam maior número de diagnósticos do que as preventivas. Existem diferenças marginalmente significativas entre estes dois grupos em relação ao número de consultas ($t_{(94)} = 1.76$, $p = .08$). As condenadas apresentam um valor superior de idas a consultas comparativamente com as preventivas. Já em relação à apresentação de queixas e medicação, não há diferenças significativas entre estes grupos ($t_{(94)} = .69$, $p = .49$; $t_{(96)} = 1.28$, $p = .20$, respetivamente).

Quando se compara condenadas vs. preventivas, não há associação significativa entre a situação jurídica e o internamento ($\chi^2_{(1)} = 2.36, p = .13$).

No M2, continuam haver diferenças significativas entre o grupo de condenadas e preventivas ao nível de exibição de diagnósticos ($t_{(96)} = 2.11, p = .04$), com as condenadas a obter maior número de diagnósticos do que as preventivas. Existem também diferenças significativas entre estes dois grupos em relação ao número de consultas ($t_{(95)} = 2.09, p = .04$). As condenadas apresentam um valor superior de idas a consultas comparativamente com as preventivas. Em relação à apresentação de queixas, há diferenças marginalmente significativas entre estes grupos ($t_{(95)} = 1.84, p = .07$). Como no M1, no M2 não há associação significativa entre a situação jurídica e o internamento ($\chi^2_{(1)} = .41, p = .71$).

Para averiguar se o tempo de reclusão pode influenciar os resultados no M2, nestes dois grupos, realizaram-se ANCOVAS. Dado o facto das diferenças entre os dois grupos se revelarem significativas em relação ao número de diagnósticos, número de consultas e número de queixas estas foram as variáveis analisadas.

Constatou-se que a covariável, tempo de reclusão está significativamente relacionada com o número de diagnósticos ($F_{(1,95)} = 4.78, p < .05$), e não há um efeito significativo da condição jurídica depois de controlado o efeito do tempo de reclusão, $F_{(1,95)} = 6.36, p > .10$. Nas variáveis número de consultas e número de queixas, o tempo de reclusão não está relacionada de forma significativa ($F_{(1,94)} = .27, p > .10$; $F_{(1,94)} = .02, p > .10$, respetivamente) e existe um efeito significativo da situação jurídica no número de consultas, após ter-se controlado o efeito da variável tempo de reclusão ($F_{(1,94)} = 4.31, p < .05$). Quando analisada a variável número de queixas, observou-se que há um efeito apenas marginalmente significativo da condição jurídica após controlo do tempo de reclusão ($F_{(1,94)} = 2.79, p < .10$).

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este estudo fornece uma descrição dos problemas de saúde mentais e físicos, do número e do tipo de consultas mais utilizadas pelas reclusas, bem como das queixas médicas mais apresentadas pela população reclusa feminina de um Estabelecimento Prisional Especial. Tal como em outros estudos que se basearam na informação dos processos clínicos (Eytan et al, 2010) recorreu-se ao ICPC-2 para classificação dos diagnósticos e sintomas/queixas por os serviços de saúde prisionais serem serviços de saúde primários.

Analisando os resultados obtidos, a população do estudo é maioritariamente caracterizada por reclusas que estavam em liberdade antes da reclusão neste estabelecimento, e se encontram condenadas.

Constatamos que, em relação ao consumo de substâncias, os resultados são congruentes com outros estudos (Eytan et al, 2010). O tabaco é a substância mais consumida pelas reclusas, seguido das drogas ilícitas e, por fim, do álcool. As drogas consumidas mais mencionadas foram a Cocaína (19%), seguida do Canábis (17%) e dos Opiáceos (16%), resultados também encontrados no estudo de Staton, Leukefeld, & Webster (2011).

Apesar destes comportamentos aditivos estarem presentes nas vidas destas reclusas antes da reclusão, uma pequena percentagem (14%) realizou desintoxicação de drogas e 3% efetuou tratamento para o álcool no estabelecimento prisional. Este resultado pode ser explicado por, normalmente, as mulheres reclusas serem mais propensas do que os homens a consumir droga no mês anterior à reclusão e este ser o motivo que as leva a cometer os delitos, por se encontrarem sob a sua influência (Mumola, 1999). Apesar de a literatura apontar para um alto consumo de substâncias lícitas e ilícitas, e os crimes cometidos por mulheres serem maioritariamente devido ao uso de drogas, as reclusas costumam sub-relatar o uso dos tratamentos de desintoxicação no EP (Staton, Leukefeld, & Webster, 2011).

De acordo com Marquart, Brewer, Mullings, & Crouch (1999) as reclusas femininas tendem a reportar uma pior saúde, comparativamente às mulheres da população geral; muito devido ao seu *background* específico, em que muitas experienciam abuso sexual e físico, dependência de álcool e droga em algum momento das suas vidas, bem como não obtêm serviços de saúde apropriados antes da prisão (Penal Reform Internacional, 2007 cit. in WHO, 2009). Por exemplo, um estudo realizado anteriormente neste estabelecimento prisional apurou que estas mulheres apresentam uma média de sintomas psicopatológicos superior à população geral, e que a psicopatologia estava relacionada com uma infância adversa (Maia & Alves, 2010).

No nosso estudo, relativamente à presença de patologia, 89,8% das reclusas referiram à entrada ser portadoras de algum tipo de patologia, sendo que apresentavam até sete diagnósticos, realçando-se os de doença física, em que apareciam até seis doenças diagnosticadas, e os de doença mental variavam até 3 diagnósticos. Após a reclusão, o número de diagnósticos diminuí.

Investigadores têm documentado a alta incidência de problemas graves de saúde física, mentais e até sociais, entre as mulheres reclusas, os quais são muitas vezes exacerbados pelo escasso acesso que têm aos serviços de saúde antes do encarceramento (Braithwaite, Treadwell, & Arriola, 2005; Freudenberg, 2001).

A prevalência ou incidência dos problemas de saúde têm sido discutidos na literatura e a falta de acesso aos cuidados de saúde física e mental, durante e após o encarceramento, é o mais citado (Willmott & Van Olphen, 2005). Contudo, o sentimento de falta de controlo sobre a vida, de impotência devido ao facto de estarem presas, separadas da sociedade e a perda da liberdade física e de decisão também podem ser fatores que propiciam o aparecimento de problemas de saúde enquanto encarceradas (Lilly, Cullen, & Ball, 1995). Comparando os diagnósticos recolhidos no momento 1 com os do momento 2, conclui-se que nos diagnósticos físicos, as doenças do sistema endócrino/metabólico e nutricional exibiram uma forte prevalência, abrangendo 24% das reclusas no momento 1 e 28% no momento 2, continuando a ser as doenças mais exibidas. Os dados relativos às doenças do aparelho circulatório, atingiam 18% das reclusas e passaram para 12% no momento 2, e as doenças do aparelho digestivo de 11% passaram no momento 2 a afetar 15% das reclusas. Estes dados estão de acordo com os dados de Braithwaite, Arriola, & Newkirk (2006), que mencionaram que geralmente devido a

sua condição socioeconômica baixa e ao facto de pertencerem a uma população desfavorecida, as reclusas experimentam problemas de saúde física crônicos, incluindo asma, hipertensão, diabetes e doenças cardíacas.

Similarmente, têm sido documentados a presença de graves problemas de origem mental entre as mulheres reclusas, nomeadamente ansiedade, mania, depressão, distúrbios de personalidade, distúrbios psicóticos e abuso de substâncias e dependência (Covington, 2007), o que está de acordo com os resultados deste estudo. No nosso estudo, nos 2 momentos, o diagnóstico mental mais exibido foi o de Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (34% e 12%). A seguir ao consumo de substâncias, no momento 1, os diagnósticos que compreendiam uma maior percentagem de reclusas eram o diagnóstico de Perturbação Depressiva com uma prevalência de 20%, seguido o Distúrbio Ansioso/Estado de Ansiedade de 11%. Comparativamente ao momento 2, estes diagnósticos mentais diminuíram e surgiram outros, como os diagnósticos de Psicose Afetiva (1%), Alteração de Personalidade (7%), Atraso Mental (3%) e PTSD (7%) e o de Perturbações não orgânicas do sono devido a fatores emocionais (1%). De acordo com a WHO (2009) a saúde mental das mulheres pode melhorar ou piorar com a reclusão, tudo depende de fatores como a estrutura da prisão, as opções de tratamento e dos serviços disponibilizados no meio prisional.

Fogel (1993) referiu que a presença de depressão e ansiedade é frequentemente encontrada nas mulheres reclusas devido aos altos níveis de stress que estas experienciam à entrada da prisão. A combinação entre a adaptação ao ambiente prisional, separação da família e presença de doença mental pode desenvolver graves consequências para as mulheres que são presas (Liebling, 1994).

Todavia, apesar de se encontrem encarceradas, muitos dos stressores presentes nas suas rotinas são reduzidos (eg.: as preocupações domésticas, o uso de substâncias, os gastos com a alimentação ou com os filhos) surgindo a oportunidade de se concentrarem apenas em si e na sua saúde (Nijhawan, Salloway, Nunn, Poshkus, & Clarke, 2010). Talvez devido a esta centração e à disponibilidade dos serviços, a população reclusa apresenta um elevado número de consultas relativamente à população geral (Eytan et al, 2010). Os serviços clínicos do Estabelecimento Prisional onde foi realizado o estudo propiciam um acompanhamento relativo a diversas áreas da saúde, nomeadamente psicologia, psiquiatria, enfermagem, medicina dentária, ginecologia, estomatologia, pediatria e clínica geral (DGSP, 2005). Neste estudo verificou-se que, no primeiro mês de reclusão, 23,7% das reclusas foram internadas, e há uma média de 13.01 ($DP= 12.36$) consultas em que as reclusas foram observadas por profissionais de saúde, no primeiro mês de reclusão. A consulta de enfermagem foi a mais utilizada, a seguir a consulta de clínica geral e a de medicina dentária. No momento 2, assistiu-se a uma redução do internamento das reclusas – apenas 1 reclusa internada. As participantes foram vistas por um profissional de saúde, com uma média de 6.28 ($DP= 6.34$) consultas, o que demonstra uma diminuição na procura dos serviços clínicos. A seguir à consulta de enfermagem, surgiu a de Clínica Geral, seguida da de Medicina Dentária, a de Psicologia e a de Ginecologia.

As reclusas foram mais queixosas no momento 1 do que no momento 2, a variância do número de queixas diminuiu de 0 a 19 tipos de queixa para 0 a 15 no momento 2. Segundo um estudo de Cunha (1994), as reclusas têm tendência a exibir um comportamento hipocondríaco, manifestando-o na procura constante de consultas e expondo queixas médicas, dado a possibilidade do acesso aos meios de tratamento.

No momento 1 e no momento 2, as queixas de origem somática apareceram mais elevadas do que as de origem psicológica e as de origem geral e inespecíficas.

No momento 1, as queixas físicas que mais se destacaram, foram as do Aparelho Digestivo, Aparelho Respiratório, Sistema Músculo-Esquelético e do Aparelho Urinário. No momento 2, as queixas do Aparelho digestivo, continuaram a ser a mais referidas, depois as do Aparelho Respiratório, as do Sistema Músculo-Esquelético e as do Aparelho Genital.

Nas queixas de origem psicológica relatadas no momento 1, evidenciaram-se as de Sensação de Depressão, Perturbação do Sono e as de Sentir-se/Comportar-se de forma irritável. No momento 2, apenas se destacaram as queixas de Sensação de Depressão.

A diminuição das consultas, dos diagnósticos e consequentemente das queixas pode ter-se dado devido à terapêutica farmacológica instituída no estabelecimento prisional, uma vez que se constatou que as reclusas tomam uma média de 3.53 ($DP= 2.85$) medicamentos por dia, em que os fármacos apresentam uma média de 1.56 ($DP= 2.13$) medicamentos, e os psicofármacos de 1.97 ($DP= 1.71$). Segundo Hammett, Roberts, & Kennedy (2001), durante o encarceramento a adesão a regimes de tratamento é elevada, pois os presos encontram-se disponíveis para tomar medicamentos, assim como dispõem de instalações onde podem adaptar uma “terapia diretamente observável” em vários tipos de medicamentos, como nos antirretrovirais, na terapia preventiva para tuberculose e nos psicotrópicos, garantindo que o profissional de saúde assiste à toma da medicação. Um estudo de Connecticut revelou que a adesão das reclusas a certos regimes de medicação pode estar associada à qualidade das relações que estabelecem com os seus médicos e à presença dos sistemas de apoio emocional existentes (Mostashiri, Riley, Selwyn, & Altice, 1998).

Observamos, também, que as reclusas que estão condenadas apresentam um valor superior de idas a consultas e um maior número de diagnósticos nos dois momentos. Lazarus & Folkman (1984) explicam que o stress está relacionado com a activação dos sistemas fisiológico, imunológico e cardiovascular, impedindo o corpo de retornar ao seu estado de funcionamento anterior e por isso torna-o mais vulnerável às doenças. Assim, da mesma forma, os stressores associados ao encarceramento podem enfraquecer, de modo permanente, o modo como indivíduo vai lidar e se adaptar a esta realidade, aumentando a probabilidade de riscos para o aparecimento de problemas de saúde física (Massoglia, 2008). Contudo em relação à apresentação de queixas, internamento e medicação, não encontramos diferenças significativas comparativamente às reclusas em regime preventivo no M1. Aquando da análise no M2, observou-se que embora o número de internamento não apresente diferenças significativas, o número de queixas é maior por

parte das reclusas condenadas. Os resultados das ANCOVAS, que controlaram o tempo na prisão uma vez que se constatou que este era maior no momento 2 para as reclusas condenadas, permitiu verificar que se mantêm as diferenças entre estes dois grupos no que se refere a número de consultas e no número de queixas. Possivelmente este resultado deriva do facto do encarceramento ser uma condição desgastante que exige uma grande capacidade de adaptação interna, e que juntamente com os eventos de vida pessoais de cada reclusa afeta a sua saúde (Zingraff, 1980). Apesar de comumente existir uma relação forte entre o consumo de substâncias e a presença de problemas de saúde (Chitwood, McBride, French, & Comerford, 1999) averiguou-se que, relativamente às reclusas com ou sem consumo de substâncias ilícitas anteriores à reclusão, não existem diferenças na exibição de diagnósticos e na medicação. No entanto, verificou-se que apesar das consumidoras estarem associadas a internamento no momento 1 e as reclusas não consumidoras não, estas relataram maior número de consultas e queixas comparativamente às reclusas consumidoras. Tal resultado, que vai contra a nossa hipótese inicial, pode estar relacionado com o facto de as reclusas consumidoras, por terem sido internadas e consequentemente tratadas no momento 1, não necessitarem de recorrer frequentemente aos serviços clínicos prisionais.

De uma forma geral, os resultados deste estudo estão de acordo com a literatura existente e confirmaram que a reclusão pode trazer benefícios ao nível do rastreio, tratamento das doenças e fornecimento de assistência médica e terapêutica a esta população vulnerável.

Como limitações deste estudo apontamos a necessidade de avaliar estas variáveis em mais momentos, ou durante um intervalo maior de tempo e a necessidade de utilizar outro tipo de metodologia para aceder a outras variáveis ou melhorar as existentes. Os resultados podem ter sido afetados pela ausência e/ou incongruência do relato clínico. Uma outra limitação foi a grande variabilidade de tempo entre o M1 e o M2. Para as reclusas com tempo de reclusão elevado estes dois momentos são separados por muitos meses, enquanto para as reclusas com tempo de reclusão mais curto este intervalo é menor.

Todavia, este estudo foi inovador no sentido em que se focalizou nos registos dos processos clínicos dos serviços prisionais, trazendo por isso um carácter mais objetivo e expositivo das doenças físicas, mentais, dos internamentos, das consultas e queixas apresentadas pelas reclusas.

Para estudos futuros sugerimos uma investigação mais alargada e aprofundada relacionando as queixas, os diagnósticos e a medicação terapêutica instituída com a particularidade de cada reclusa. Por ser pertinente a especificidade deste género e a necessidade de existir a elaboração de tratamentos e terapias adequadas, tendo em conta a situação jurídica, os eventos de vida e os comportamentos de risco antes da reclusão.

Segundo Moller, Stover, Jurgens, Gatherer, & Nikogosian (2007), apesar das diferenças nas práticas de detenção, o estado de saúde das populações presidiárias femininas é o mesmo em toda a Europa. Os estudos apontam para esta população elevados valores de doença mental, problemas devido ao uso de substâncias, HIV

e Hepatites, consumidoras abusivas de tabaco e caracterizadas por doenças crónicas ou incapacitantes (Stephenson, 2004; Borrill, Maden, Martin, Weaver, Stimson, & Barnes, 2003; WHO, 2008).

Todavia, existe uma certa ambiguidade sobre o efeito que a prisão pode ter na saúde. É do conhecimento que a implementação de programas de saúde nas prisões pode vir a alcançar populações marginalizadas (e.g., usuários de drogas injetáveis, moradores de rua, doentes mentais, profissionais do sexo) que, por razões de pobreza e exclusão social, não conseguem aceder aos cuidados de saúde e a serviços de prevenção na comunidade. Para que esta população consiga alcançar algumas práticas, como por exemplo os rastreios de doenças infecciosas, a prestação de cuidados de saúde primários, os tratamentos medicamentosos e de saúde mental, seria importante que houvesse ligações destes serviços na comunidade (Hammett, Gaiter, & Crawford, 1998; Conklin, Lincoln, & Tuthill, 2000; Rich, Holmes, Salas, Macalino, Davis, & Flanigan, 2001).

Os críticos argumentam que o facto de estar preso é por si só o inverso de melhoria na saúde humana. Eles alegam que a experiência do encarceramento, o grande controlo e vigilância que representam os programas de saúde prisionais e a prioridade da justiça penal apontam para intervenções de saúde sobre atitudes estigmatizantes e má prática dos profissionais de saúde prisionais não são favoráveis para a promoção da saúde nas prisões (Carlen & Tombs, 2006; Smith, 2000; Sim, 2002; Maggee, Hult, Turalba, & McMillan, 2005).

Tendo em conta estas questões, achamos interessante para um estudo futuro a avaliação das percepções dos profissionais de saúde em relação a este tipo de população e a influência dessa percepção no tratamento das reclusas.

CONCLUSÃO

A realização deste estudo forneceu importantes contributos, nomeadamente na prestação de um conhecimento na área da saúde da reclusão feminina.

A adopção de uma metodologia que viabilizou a análise dos processos clínicos possibilitou a apreensão precisa de algumas dimensões, nomeadamente os diagnósticos, a terapêutica farmacológica, as consultas e as queixas que contribuem para o entendimento das mesmas e das próprias características de saúde das reclusas.

Apesar da variabilidade do tempo do estudo, a diversidade que se reflectiu ao nível das variáveis estudadas e do modo como estas se desenvolvem ou cessam perante o período de encarceramento, constitui um reforço à homogeneidade e especificidade que vem sendo revelada nos diferentes estudos nesta área, especialmente no acesso aos cuidados médicos e nos limites dos serviços de saúde prisionais.

Outro contributo relaciona-se com a possibilidade de se ter chegado a um conhecimento sobre a oportunidade que a reclusão oferece ao nível do rastreio, tratamento, intervenção e dos vários tipos de assistência médica e terapêutica, oferecidos a esta população vulnerável.

A utilização, neste trabalho, do ICPC-2 e do ICD-10, permitiu classificar os diagnósticos e sintomas/queixas e elucidar acerca dos ganhos que estes instrumentos oferecem quando incluídos numa

avaliação de saúde, quer para averiguar a necessidade de internamento destas reclusas, quer para decidir acerca da intervenção mais adequada. Apesar de o ICPC-2 ser considerado uma ferramenta adequada, confiável e viável para uso em ambientes de saúde primários, não é suficiente para garantir diagnósticos precisos de perturbações mentais de acordo com os sistemas de classificação utilizados, razão porque acrescentamos o ICD-10 na avaliação.

O acesso e a utilização dos dados clínicos nesta investigação foi o ponto fulcral e inovador deste estudo, trazendo contributos alargados e úteis na avaliação e compreensão das características de saúde das reclusas e das áreas de saúde que se revelam mais problemáticas nesta prisão. É ainda, uma ferramenta importante pois através das informações organizadas e padronizadas facilita o historial clínico das reclusas, evidenciando as necessidades de planeamento e de intervenções específicas e gerais. Por outro lado, permite auxiliar a assistência médica com a redução da reincidência, incentivando os serviços de saúde prisionais a contribuir para a reabilitação de cada reclusa (e.g., toxicodependência, problemas de saúde física e mental) e redução à exposição de doenças transmissíveis, evitando que a prisão se torne um foco de infecção.

Conclui-se, portanto, que algo deve ser feito para melhorar o estado de saúde nas prisões femininas e que uma intervenção eficaz requer um pleno entendimento da sua diversidade e dos seus aspectos únicos na saúde. O sucesso da intervenção está dependente, em grande parte, da documentação dos problemas de saúde existentes desta população e de uma compreensão clara dos determinantes subjacentes aos seus estados de saúde, a partir de metodologias reprodutíveis em uma variedade de instituições a fim de adquirir os recursos apropriados. No entanto a elevada procura dos serviços mostra a necessidade de oferecer às reclusas serviços de apoio que considerem as suas necessidades psicológicas de modo a contribuir para a diminuição da medicalização de muitas as situações que decorrem mais de problemas de vida e do contexto do que de “problemas médicos”.

As reclusas têm um conjunto de características desenvolvimentais, pessoais, médicas, familiares e sociais que influenciam, directa ou indirectamente, a sua saúde e a sua resposta ao tratamento. Uma ligação entre os serviços de saúde prisionais e a prestação de serviços na comunidade pode ajudar a revitalizar a saúde e diminuir o retorno à prisão. Se todos os profissionais de saúde e instituições de saúde públicas trabalharem no sentido de assegurarem condições para que esta população alvo possa ser acompanhada, contribuirão para uma efectivação de bem-estar físico e mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABT Associates (1999). *Telemedicine can reduce correctional health care costs: An evaluation of a prison telemedicine network*. Washington, DC: U.S. Department of justice.
- Acoca, L., & Austin, J. (1996). *The hidden crisis: Women in prison*. San Francisco: National Council on Crime and Delinquency.

- Adler, N., & Ostrove, J. (2000). Socioeconomic status: what we know and what we don't know. *Annals New York Academy of Science*, 896, 3-15.
- Alves, J., & Maia, A. (2010). Experiências adversas na infância e comportamentos de risco para a saúde em mulheres reclusas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11 (1), 151-171.
- Alves, J., Dutra, A. & Maia, A. (2012). *História de Adversidade, Saúde e Psicopatologia em Reclusos: Comparação entre Homens e Mulheres. Ciência e Saúde Coletiva*. e_printing disponível em http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=9720
- American Correctional Association (2000). Inmate health care-Part 2. *Corrections Compendium*, 11, 1-35.
- Anderson, T. L. (2003). *The Incarcerated Woman: Rehabilitative Programming in Women's Prisons: Issues in the Availability of Healthcare for Women in Prison*. Upper Saddle River NJ: Prentice Hall (pp. 49-60).
- Belknap, J. (2000). *The invisible woman: Gender, crime, and justice (2nd ed.)*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Binswanger, I. A., White, M. C., Perez-Stable, E. J., Goldenson, J. & Tulskey, J. P. (2005). Cancer screening among jail inmates: Frequency, knowledge, and willingness. *American Journal of Public Health*, 95, 1781-1787.
- Binswanger, I. A., Merrill, J. O., Krueger, P. M., White, M. C., Booth, R. E., & Elmore, J. G. (2010). Gender differences in chronic medical, psychiatric, and substance-dependence disorders among jail inmates. *American Journal of Public Health*, 100 (3), 476-482.
- Bloom, B., Owen, B. & Covington, S. (2003). *Gender-responsive strategies: Research, practice, and guiding principles for women offenders*. Washington: National Institute of Corrections, US Department of Justice.
- Borrill, J., Maden, A, Martin, A., Weaver, T., Stimson, G. & Barnes, T. (2003). *The substance misuse needs of minority prisoner groups: women, young offenders and ethnic minorities*. London: The Home Office.
- Braithwaite, R. L., Treadwell, H. M. & Arriola, K.J. (2005). Health disparities and incarcerated women: A Population Ignored. *American Journal Public Health*, 95 (10), 1679-1681.
- Braithwaite, R. L., Arriola, K. R. J. & Newkirk, C. (2006). Understanding how race, class, and gender impact the health of incarcerated women. In *Health issues among incarcerated women* (pp.18-31). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Briz, T. (2003). Saúde nas Prisões Portuguesas. *Observatório Português dos Sistemas de Saúde*, tema 13: 1-10. Acedido em 18 de Agosto de 2012, em: <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/saude+nas+prisoas+portuguesas.pdf>
- Carapinheiro, G. & Raposo, H. (2005). *Serviços de Saúde em Meio Prisional: O caso do Hospital d S. João de Deus*. Lisboa: Fundação da Ciência e da Tecnologia.
- Carlen, P. & Tombs, J. (2006). Reconfigurations of penalty: The ongoing case of the women's imprisonment and reintegration industries. *Theoretical Criminology*, 10 (3), 337-360.

- Chitwood, D. D., McBride, D. C., French, M. T. & Comerford, M. (1999). Health care need and utilization: A preliminary comparison of injection drug users, other illicit drug users, and non-users. *Substance Use and Misuse, 3*, 727-746.
- Conklin, T. J., Lincon, T. & Tuthill, R. W. (2000). Self-reported health and prior health behaviors of newly admitted correctional inmates. *American Journal of Public Health, 90*, 1939-1941.
- Covington, S. (1998). Women in prison: Approaches in the treatment of our most invisible population. *Women and Therapy, 21* (1), 141-155.
- Covington, S. (2007). Women and the criminal justice system. *Women 's Health Issues, 17*, 180-182.
- Cunha, M. I. (1994). *Malhas que a reclusão tece: Questões de identidade numa prisão feminina*. Lisboa: Centro de Estudos Judiciários.
- Decker, S. (1992). *Drug use forecasting in St. Louis: A three-year report* (NCJRS 14281). Rockville, MD: National Institute of Justice.
- Direcção Geral dos Serviços Prisionais (2005). Proposta de estratégia de intervenção do serviço de educação e ensino do Estabelecimento Prisional Especial Santa Cruz do Bispo, não publicado.
- Elger, B. (2004). Prevalence, types and possible causes of insomnia in a Swiss remand prison. *Eur J Epidemiol, 19* (7), 665-77.
- Eytan, A., Haller, D. M., Wolff, H., Cerutti, B., Sebo, P., Bertrand, D. & Niveau, G. (2010). Psychiatric symptoms, psychological distress and somatic comorbidity among remand prisoners in Switzerland. *International Journal of Law and Psychiatry, 34*, 13-19.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2004). Annual report: the state of the drugs problem in the European Union and Norway. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Feron, J. M., Paulus, D., Tonglet, R., Lorant, V. & Pestiaux, D. (2005). Substantial use of primary health care by prisoners: epidemiological description and possible explanations. *Journal of Epidemiology and Community Health, 59*, 651-655.
- Fletcher, B. R., Shave, L. D. & Moon, D. (1993). *Women prisoners: A forgotten population*. Westport, CT: Praeger.
- Fogel, C. I. (1993). Hard Time: The stressful nature of incarceration for women. *Mental Health Nursing, 14*, 367-377.
- Freudenberg, N. J. (2001). Prisons and the health of urban populations: a review of the impact of the correctional system on community health. *Journal Urban Health, 78*, 214-235.
- Freudenberg, N., Moseley, J., Labriola, M., Daniels, J. & Murrill, C. (2007). Comparison of health and social characteristics of people leaving New York City jails by age, gender, and race/ethnicity: implications for public health interventions. *Public Health Rep. 122* (6), 733-743.

- Hammett, T. M., Gaiter, J. L. & Crawford, C. (1998). Reaching seriously at-risk populations: Health interventions in criminal justice settings. *Health Education & Behavior, 25* (1), 99-120.
- Hammet, T. M., Roberts, C. & Kennedy, S. (2001). Health-Related Issues in Prisoner Reentry. *Crime & Delinquency, 47* (3), 390-409.
- Harlow, C.W. (1999). *Prior abuse reported by inmates and probationers*. Washington, DC: Bureau of Justice Statistics.
- Henderson, D., Schaeffer, J. & Brown, L. (1998). Gender-appropriate mental health services for incarcerated women: Issues and challenges. *Family Community Health, 21* (3), 42-53.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Lee, J., Vlahov, D. & Freudenberg, N. (2006). Primary care and health insurance among women released from New York City jails. *J Health Care poor Underserved, 17*, 200-217.
- Liebling, A. (1994). Suicide amongst women prisoners. *The Howard Journal, 33* (1), 1-9.
- Lilly, R., Cullen, F., & Ball, R. (1995). *Criminological theory: context and consequences*. Thousand Oaks: SAGE.
- Maeve, M. K. (1999). Adjudicated health: Incarcerated women and the social construction of health. *Crime, Law, and Social Change, 31*, 49-71.
- Magee, C. G., Hult, J. R., Turalba, R. & McMillan, S. (2005). Preventive care for women in prison: A qualitative community health assessment of the Papanicolaou Test and follow-up treatment at a California state women's prison. *American Journal of Public Health, 95* (10), 1712-17.
- Marquart, J. W., Brewer, V. E., Mullings, J. & Crouch, B. N. (1999). The implications of crime control policy on HIV/AIDS – related risk among women prisoners. *Crime and Delinquency, 45*, 82-96.
- Marquart, J. W., Merianos, D. E., Hebert, J. L. & Carroll, L. (1997). Health condition and prisoners: A review of research and emerging areas of inquiry. *The Prison Journal, 7* (2), 184-208.
- Maruschack, L. (1997). *HIV in prisons*. Washington, DC: Bureau of Justice Statistics.
- Maruschak, L. & Beck, A. (1997). *Medical problems of inmates*. Washington, DC: Bureau of Justice Statistics.
- Maruschak, L. (2006). *Bureau of Justice Statistics Special Report: Medical Problems of Jail inmates*. Washington, DC: US Dept of Justice.
- Massoglia, M. (2008). Incarceration as Exposure: The Prison, Infectious Disease, and Other Stress-Related Illnesses. *Journal of Health and Social Behavior, 49*, 56-71.
- Moller, L., Stover, H., Jurgens, R., Gatherer, A. & Nikogosian, H. (2007). *Health in prisons: A WHO guide to the essentials in prison health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Mostashiri, F., Riley, E., Selwyn, P. A., & Altice, F. L. (1998). Acceptance and adherence with antiretroviral therapy among HIV-infected women in a correctional facility. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology, 18*, 341-348.

- Nijhawan, A. E. M. D., Salloway, R. B. A. Nunn, A.S. Poshkus, M., & Clarke, J. G. (2010). Preventive Healthcare for Underserved Women: *Results of a Prison Survey. Journal of Women 's Health, 19* (1), 17-22.
- Organização Mundial de Saúde (2001). *Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*. Genève: World Health Report.
- Parsons, S., Walker, L., & Grubin, D. (2001). Prevalence of mental disorder in female remand prisons. *The Journal of Forensic Psychiatry, 12* (1), 194-202.
- Plano Nacional de Saúde 2012-2016. *Promover Contextos Favoráveis à Saúde Ao longo do Ciclo de Vida. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde* (pp. 2-24).
- Proca, D.,M., Rofagha, S., & Keyhani-Rofagha, S. (2006). High-grade squamous intraepithelial lesion in inmates from Ohio: Cervical screening and biopsy follow-up. *Cytojournal, 3*: 15-18.
- Provedoria de Justiça (1996). *Relatório sobre o sistema prisional* Lisboa: Divisão de Documentação.
- Quaker Council for European Affairs (2007). *Women in prison: a review of the conditions in Member States of The Council of Europe*. Brussels: Quaker Council for European Affairs.
- Rafter, N. (1985). *Partial justice: Women in state prisons, 1800-1935*. Boston: Northeastern University Press.
- Rafter, N. (1989). Gender and justice: the equal protection issues. In L. Goodstein & D. Mackenzie (Eds.), *The American Prison*. New York: Plenum Press (pp. 89-109).
- Reed, J. & Lyne, M. (1997). The quality of health care in prison: Results of a year's programme of semi-structured inspections. *British Medical Journal, 315*, 1420-1424.
- Rich, J. D., Holmes, L., Salas, C., Macalino, G., Davis, D. R. J. & Flanigan, T. (2001). Successful linkage of medical care and community services for HIV-positive offenders being released from prison. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine, 78* (2), 279-89.
- Richie, B. (1996). *Compelled to crime: the gender entrapment of battered black women*. New York: Routledge.
- Sabol, W., Minton, D. & Harrison P. (2007). Bureau of Justice statistics bulletin: Prison and jail inmates at midyear 2006. *National Criminal Justice, 217675*, 1-22. Acedido em 6 de Julho de 2012, em: <http://bjs.ojp.usdoj.gov/content/pub/ascii/pjim06.txt>
- Sim, J. (2002). The future of prison health care: a critical analysis. *Critical Social Policy, 22* (2), 300-23.
- Smith, C. (2000). Healthy prisons: A contradiction in terms. *The Howard Journal, 39* (4), 339-353.
- Standon, M., Leukefeld, C. & Logan, T. K. (2001). Health Service utilization and victimization among incarcerated female substance users. *Substance Use Misuse, 36*, 701-716.
- Staton, M., Leukefeld, C. & Webster, J. M. (2011). Substance Use, Health, and Mental Health: Problems and Service Utilization Among Incarcerated Women. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 47* (2), 224-239.
- Stepheson, P. (2004). Mentally ill offenders are being wrongly held in prisons. *British Medical Journal, 328*, 1095.

- Suls, J., Gaes, G. & Philo, V. (1991). Stress and illness behavior in prison: Effects of life self-care attitudes, and race. *Journal of Prison and Jail Health, 10* (2), 117-132.
- Twaddle, A. C. (1976). Utilization of medical services by a captive population: An analysis of sick call in a state prison. *Journal of Health and Social Behavior, 1*, 236-248.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2008). *UNODC handbook for prison managers and policymakers on women and imprisonment*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.
- Verbrugge, L. M. (1985). Gender and Health: An Update on Hypotheses and Evidence. *Journal of Health and Social Behavior, 26*, 156-182.
- Verbrugge, L. M. & Wingard, D. L. (1987). Sex differentials in health and mortality. *Women and Health, 12* (2), 103-145.
- Weinstein, C. (2005). *Men 's hands off women prisoners*. Oakland: California Prison Focus.
- WHO Regional Office for Europe (2005). Status paper on prisons, drugs and harm reduction. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2007). Interventions to address HIV in prisons: HIV care, treatment and support. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2008). Policy Brief: reduction of HIV transmission in prisons. Geneva: WHO Press. Acedido em 20 de Julho, em: <http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/idupolicybriefs/en/>
- WHO Regional Office for Europe (2009). *Women 's health in prison: Correcting gender inequity in prison health*. Copenhagen: UNODC.
- Willmott, D. & van Olphen, J. (2005). Challenging the health impacts of incarceration: The role for community health workers. *Californian Journal of Health Promotion, 3*, 38-48.
- Wilson, J.S. & Leasure, R. (1991). Cruel and unusual punishment: The health care of women in prison. *Health Care Issues, 16* (2), 32-39.
- Wolff, N. (2008). Rebuilding "Person-First" reentry strategies for women leaving prison from the perspectives of the end users: The returning women. In R. Gido, L. Dalley, & D. MacDonald (Eds.), *Women 's mental health issues across the criminal justice system* (pp. 226-243). Upper Saddle River: Prentice Hall .
- Wolff, N., & Shi, J. (2009). Victimization and feelings of safety among male and female inmates with behavioral health problems. *Journal of Forensic Psychology, 20* (1), 56-77.
- Young, D. S. (1998). Health status and service use among incarcerated women. *Family Community Health, 21* (3), 16-31.
- Zingraff, M. (1980). Inmate Assimilation: A Comparison of Male and Female Delinquents. *Criminal Justice and Behavior, 7*, 275-92.
- Zurhold, H., & Haasen, C. (2005). Women in prison: responses of European prison systems to problematic drug users. *International Journal of Prisoner Health, 1*, 127-141.

ANEXO – Grelha de Análise do Processo Clínico

Reclusa n° _____

Data análise processo: _____ Data entrada: _____ Data questionário: _____

1. Registo das Avaliações (último registo)

Data: _____ Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____ Dor: _____

2. Lista de Problemas

2.1 Notificações Relevantes	Sim	Não	Desconhece	Sem Indicação
Alergias				
Gravidez				
Neoplasias				
Deficiência Motora				
Diabetes				
HTA				
Doença cardiovascular				
Anticoncepcional				
Tipo: Pílula <input type="checkbox"/> Injectável <input type="checkbox"/> Implante <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Laqueação <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>				
2.2 Doenças Infecciosas	Data último estudo: / / Local:			
Em consulta Infeciologia		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sem Indicação <input type="checkbox"/>		
VIH				
Antiretrovirais		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sem Indicação <input type="checkbox"/>		
Hepatite C				
Medicação Hep C		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sem Indicação <input type="checkbox"/>		
Hepatite B				
Medicação Hep B		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sem Indicação <input type="checkbox"/>		
Imunização Hepatite B		Imunizada <input type="checkbox"/> Não Imunizada <input type="checkbox"/> Vacinada <input type="checkbox"/> Sem Indicação <input type="checkbox"/>		
Sífilis				
Medicação Sífilis		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sem Indicação <input type="checkbox"/>		
Antecedentes Tuberculose		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sem Indicação <input type="checkbox"/>		
Diagnóstico Tuberculose				
2.3 Comportamentos Aditivos	Sim	Não	Sem Indicação	
Álcool				
Tratamento no EP				
Tabaco				
Droga				
Último Consumo	Data: _____			
Desintoxicação no EP				
Metadona				
Naltrexona				
Buprenorfina				
EMITE	Positivo		Negativo	
Metadona entrada				
Cannabis entrada				
Cocaína entrada				
Opiáceos entrada				
Benzodiazepinas entrada				
Anfetaminas entrada				
Metadona Reclusão				
Cannabis Reclusão				
Cocaína Reclusão				
Opiáceos Reclusão				
Benzodiazepinas Reclusão				
Anfetaminas				

2.4 Diagnóstico CID	Código	Especialidade	Data	Estado	Data

Total de Diagnósticos actuais: _____

Total de Diagnósticos doença física: _____

Total de Diagnósticos doença mental: _____

3. Esquema Terapêutico

3.1 Farmacológico

Nome do Medicamento	Manhã	Tarde	Noite	Início	Fim

Total de fármacos actual: _____

Total de psicofármacos actual: _____

3.2 Comportamental: _____

4. Histórico de Consulta

Transferida de outro EP: Sim Não Vinda de casa com pulseira: Sim Não

4.1 Reclusa com alguma patologia à entrada? Sim Não Qual: _____

Nº Diagnósticos à entrada: _____

Nº Diagnósticos de doença física à entrada: _____

Nº diagnósticos de doença psíquica à entrada: _____

4.2 História de consultas no primeiro mês de reclusão: _____

Total de vezes vista por um clínico	
Total de vezes vista por enfermeiro	
Total de vezes vista por um Clínico Geral	
Total de vezes vista por um Psicólogo	
Total de vezes vista por um Psiquiatra	
Total de vezes vista por um Ginecologista	
Total de vezes vista por um Dentista	
Total de vezes vista por outra especialidade	
Número Total de vezes que a reclusa se queixa	Frequência por tipo de queixa
Tipo de Queixas	

4.3 História de consultas na semana anterior ao questionário: _____

Total de vezes vista por um clínico	
Total de vezes vista por enfermeiro	
Total de vezes vista por um Clínico Geral	
Total de vezes vista por um Psicólogo	
Total de vezes vista por um Psiquiatra	
Total de vezes vista por um Ginecologista	

Total de vezes vista por um Dentista		
Total de vezes vista por outra especialidade		
Número Total de vezes que a reclusa se queixa		Frequência por tipo de queixa
Tipo de Queixas		

4.4 História de consultas no último mês após questionário:

Total de vezes vista por um clínico		
Total de vezes vista por enfermeiro		
Total de vezes vista por um Clínico Geral		
Total de vezes vista por um Psicólogo		
Total de vezes vista por um Psiquiatra		
Total de vezes vista por um Ginecologista		
Total de vezes vista por um Dentista		
Total de vezes vista por outra especialidade		
Número Total de vezes que a reclusa se queixa		Frequência por tipo de queixa
Tipo de Queixas		