



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PURDENCIANA RIBEIRO DE MENEZES

**SINTOMAS DO TRATO URINÁRIO INFERIOR EM MULHERES PRIVADAS DE
LIBERDADE: PREVALÊNCIA E IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA**

FORTALEZA - CE

2018

PURDENCIANA RIBEIRO DE MENEZES

SINTOMAS DO TRATO URINÁRIO INFERIOR EM MULHERES PRIVADAS DE
LIBERDADE: PREVALÊNCIA E IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Enfermagem. Área de concentração: Promoção da Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Camila Teixeira
Moreira Vasconcelos.

FORTALEZA - CE

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- M1s MENEZES, PURDENCIANA RIBEIRO DE MENEZES.
SINTOMAS DO TRATO URINÁRIO INFERIOR EM MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE:
PREVALÊNCIA E IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA / PURDENCIANA RIBEIRO DE
MENEZES MENEZES. – 2019.
94 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e
Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2019.
Orientação: Prof. Dr. CAMILA TEIXEIRA MOREIRA DE VASCONCELOS.
1. Sintomas do Trato Urinário Inferior. 2. Presídio. 3. Saúde da Mulher. 4. Enfermagem. I. Título.
CDD 610.73
-

PURDENCIANA RIBEIRO DE MENEZES

SINTOMAS DO TRATO URINÁRIO INFERIOR EM MULHERES PRIVADAS DE
LIBERDADE: PREVALÊNCIA E IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Enfermagem. Área de concentração: Promoção da Saúde.

Aprovada em: __/__/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Camila Teixeira Moreira Vasconcelos (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Dra. Ana Izabel Oliveira Nicolau
Empresa Brasileira de Serviço Hospitalares (EBSERH)

Roberta Menezes Oliveira
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Dedico a conquista de poder vivenciar a grandeza de poder realizar essa pesquisa, à minha mãe, Lúcia, meu pai, Manoel e minhas irmãs, Cristiane e Ana. Partes de mim, fora do meu corpo e dentro do coração!

AGRADECIMENTOS

À Deus todo poderoso, ao qual sem sua honra e sua glória, não seria possível essa realização; à minha mãe, Lúcia, meu pai, Manoel e minhas irmãs, Cristiane e Ana.

À meu tio Anilson, que foi ferramenta do Senhor para viabilizar a realização deste sonho; minha prima Enilda Menezes e seu esposo, primo Leandro Oliveira, que foram sempre tão gentis e solícitos, me ajudando no que fora possível para me auxiliar.

Às minhas colegas que de trabalho que viraram amigas para a vida, Ana Lys, Andréa Queiroz, Andréa Autran e Keyva Oliveira, que “seguraram as pontas” nas vezes que precisei sair no horário de expediente, e, Eleine Bezerra, que me ajudou quando precisei de consultoria jurídica para a escrita dos meus resultados.

À minha orientadora, professora Dra. Camila Teixeira Moreira de Vasconcelos, que tanto foi paciente e compreensiva, e, especialmente, me ensinou demais. Gostaria de poder nesse agradecimento saber expressar mais claramente minha gratidão, mais como me faltam as palavras, obrigada por tudo!

“Esperei com paciência no SENHOR, e ele se inclinou para mim, e ouviu o meu clamor.

Tirou-me dum lago horrível, dum charco de lodo, pôs os meus pés sobre uma rocha, firmou os meus passos.

E pôs um novo cântico na minha boca, um hino ao nosso Deus; muitos o verão, e temerão, e confiarão no Senhor.

Bem-aventurado o homem que põe no Senhor a sua confiança, e que não respeita os soberbos nem os que se desviam para a mentira.

Desolados sejam em pago da sua afronta os que me dizem: Ah! Ah!

Folguem e alegrem-se em ti os que te buscam; digam constantemente os que amam a tua salvação: Magnificado seja o Senhor.

Mas eu sou pobre e necessitado; contudo o Senhor cuida de mim. Tu és o meu auxílio e o meu libertador; não te detenhas, ó meu Deus”.

(Livro de Salmos, SL 40: 1,2,3; 11,12)

RESUMO

Essa pesquisa teve como objetivo geral estimar a prevalência dos sintomas do trato urinário inferior em mulheres privadas de liberdade e, como objetivos específicos, avaliar os hábitos miccionais em mulheres privadas de liberdade; identificar as queixas urinárias relatadas e os fatores associados e verificar o impacto dos sintomas urinários na qualidade de vida. Trata-se de um estudo transversal, realizado com a população carcerária feminina do estado do Ceará, composta pelas unidades Instituto Penal Feminino Desembargador Auri Moura Costa (IPFDAMC), em Fortaleza, Cadeia Pública Feminina de Juazeiro do Norte (CPFJN), no Cariri, e Cadeia Pública de Sobral (CPS), em Sobral. A amostra foi composta por 307 mulheres encarceradas, no período de junho a setembro de 2018. Inicialmente, foi aplicado um questionário estruturado para investigação detalhada, de acordo com as recomendações da ICS (*International Continence Society*). Conforme os sintomas eram identificados, aplicavam-se, para as que referiram queixas de incontinência urinária (IU), o "*International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ- SF) Short Form*", para aquelas com queixa de bexiga hiperativa, o "*International Consultation Incontinence Questionnaire – Overactive Bladder*" (ICIQ-OAB), e, para todos os demais problemas de bexiga, o "*King's Health Questionnaire*" (KHQ). Os dados foram analisados por meio do Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22.0. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa-CEP da Universidade Federal do Ceará-UFC sob número 012635/2018. Evidenciou-se que, as mulheres eram, na maioria, jovens (M:32,9±11,8 anos), com idade variando entre 18 e 68 anos, sem companheiro, que se autodeclararam não brancas, procedentes do Ceará, presas entre 2015 e 2017, condenadas a penas de, em média, 6 anos, variando de 21 a 196 meses; presas majoritariamente por crimes relacionados ao tráfico de drogas (160/307). A maioria estava em idade fértil (90,4%), era multigesta (M:2,7±2,1), múltipara (M:2,2±1,9), principalmente por via vaginal (M:1,4±1,8), com recém-nascidos pesando, em média, 3.447,80±491,95g. A ingestão média de água foi de 5,1±1,4 copos por dia. A maioria das mulheres investigadas utiliza como sanitários, os bojos, que são buracos localizados no chão do banheiro (n=213/69,8%). Nenhuma mulher tem acesso a papel higiênico, ou água e sabão no banheiro para lavar as mãos. Dentre os sintomas de armazenamento, os três mais citados foram: noctúria (42,7%), incontinência (21,5%) e urgência urinária (16,3%). Dos sintomas de esvaziamento, a disúria e ITU recorrente, foram os mais apontados. O único sintoma pós-miccional identificado nesta pesquisa foi a sensação de esvaziamento vesical incompleta referido por 49 (21,4%) mulheres, iniciando antes da

prisão para 83,6% (n=41). Foi encontrada associação entre os três tipos de sintomas e o estado conjugal e menopausa. Já os antecedentes ginecológicos, número de gestações, número de partos, e, copos de água/dia possuem associação com os sintomas de armazenamento. Acerca da Qualidade de Vida (QV), mensurada pelo KHQ, a percepção geral da saúde obteve uma média 50,0 na amostra. Conclusão: Os STUI são prevalentes nas mulheres em situação de cárcere, havendo maior destaque para os sintomas de armazenamento. Uma pequena parcela de mulheres referiu apresentar os sintomas apenas após o encarceramento, contudo foi encontrada associação entre características da situação de encarceramento e a presença dos STUI, sugerindo alguma influência, que precisa ser melhor investigada, pois reflete na saúde individual e gera impacto importante na QV.

Palavras-chave: Sintomas do Trato Urinário Inferior. Presídio. Saúde da Mulher. Enfermagem.

ABSTRACT

This study aimed to estimate the prevalence of lower urinary tract symptoms in women deprived of their liberty. And, specific goals of assessing voiding habits in women deprived of their liberty; Identify reported urinary complaints and associated factors; Check the impact of urinary symptoms on quality of life. Methodology: A cross-sectional study carried out with the female prison population of the state of Ceará, made up of the units Auri Moura Costa Criminal Women's Institute (IPFDAMC), in Fortaleza, Juazeiro do Norte Women's Prison (CPFJN), Cariri, and Public of Sobral (CPS) in Sobral. The sample consisted of 307 women incarcerated from June to September 2018. Initially, a structured questionnaire was applied for detailed investigation, in accordance with the recommendations of ICS (International Continence Society), with the objective of identifying STUI. As symptoms were identified, specific validated questionnaires were applied to Portuguese in order to measure the impact on quality of life. For those who reported complaints of urinary incontinence (UI), the International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ-SF) Short Form was used for those with overactive bladder complaint, the "International Consultation Incontinence Questionnaire - Overactive Bladder" (ICIQ-OAB), and, for all other bladder problems, the "King's Health Questionnaire" (KHQ). Data were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 22.0. Submitted to the Research Ethics Committee-CEP of the Federal University of Ceará-UFC, with approval under number 012635/2018. Results: The majority of the women were young (M: 32.9 ± 11.8 years), aged between 18 and 68 years, without companions, who declared themselves to be nonwhite, from Ceará, between the years 2015 and 2017, sentenced to an average of 6 years, varying from 21 to 196 months; arrested mainly for crimes related to drug trafficking (160/307). Gynecobstétrico profile, mostly of fertile age (90.4%), multigesta (M: 2.7 ± 2.1), multiparous (M: 2.2 ± 1.9), mainly vaginally (M: 1.4 ± 1.8), with newborns weighing, on average, $3,447.80 \pm 491.95$ g. Regarding the habits, the average water intake was 5.1 ± 1.4 glasses per day. The majority of women surveyed use as toilets, the bulges, which are holes located on the bathroom floor (n = 213 / 69.8%). No woman has access to toilet paper, or soap and water in the bathroom to wash her hands. Among the storage symptoms, the three most cited in the total sample were: nocturia (42.7%), incontinence (21.5%) and urinary urgency (16.3%). Of the symptoms of emptying, dysuria and recurrent UTI, were the most pointed, with the highest incidence in TA (15.3%). The only post-mictional symptom identified in this study was the sensation of incomplete bladder emptying, reported by 49 (21.4%) women, starting before imprisonment to 83.6% (n

= 41). An association was found between the three types of symptoms and the marital and menopausal status. The gynecological history, number of pregnancies, number of births, and water / day glasses are associated with storage symptoms. Regarding Quality of Life (QOL), measured by the KHQ, the general perception of health obtained a mean score of 50 points in TA. Conclusion: STUI are prevalent in women in prison, with a greater emphasis on storage symptoms. A small number of women reported presenting symptoms only after their incarceration. However, an association between characteristics of the incarceration situation and the presence of STUI was found, suggesting some influence, which needs to be better investigated, as it reflects on individual health and generates important QV.

Keywords: Symptoms of Lower Urinary Tract. Presidio. Women's Health. Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CPPL	Casa de Privação Provisória de Liberdade
IMC	Índice de Massa Corpórea
ITU	Infecção do Trato Urinário Inferior
IU	Incontinência Urinária
IUE	Incontinência Urinária de Esforço
IUM	Incontinência Urinária Mista
IUU	Incontinência Urinária de Urgência
LUTS	Lower Urinary Tract Symptoms
PNSSP	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
QV	Qualidade de Vida
STUI	Sintomas do Trato Urinário Inferior
UP	Unidade Prisional

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Estratégia PICO aplicada aos métodos de pesquisa.....	23
Quadro 2 -	Estratégia de busca e número de artigos encontrados em bases de dados.....	23
Quadro 3 -	Lista de Verificação de Avaliação Crítica de Material Adicional do JBI para Estudos Relatando Dados de Prevalência.....	24
Quadro 4 -	Caracterização das publicações.....	26
Quadro 5 -	Cálculo amostral na população investigada.....	36
Quadro 6 -	Demonstrativo dos testes estatísticos usados na análise.....	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição da amostra de acordo com a caracterização sociodemográfica e penal das internas.....	44
Tabela 2 -	Distribuição da amostra de acordo com a utilização de drogas lícitas ou ilícitas e sua relação com a prisão.....	47
Tabela 3 -	Distribuição da amostra de acordo com os antecedentes ginecológicos, obstétricos e clínicos.....	48
Tabela 4 -	Distribuição da amostra de acordo com as características sexuais por local de permanência.....	50
Tabela 5 -	Distribuição da amostra de acordo com as condições físicas e estruturais das celas por local de permanência.....	52
Tabela 6 -	Distribuição da amostra de acordo com a ocorrência dos STUI de armazenamento.....	55
Tabela 7 -	Distribuição da amostra de acordo com a ocorrência dos sintomas de esvaziamento e sua relação com a prisão.....	57
Tabela 8 -	Distribuição da associação entre STUI e fatores relacionados ao estilo de vida na prisão.....	59
Tabela 9 -	Distribuição da associação entre STUI e fatores relacionados ao estilo de vida na prisão.....	60
Tabela 10 -	Distribuição da associação entre STUI e fatores relacionados ao estilo de vida na prisão.....	61
Tabela 11 -	Distribuição da amostra de acordo com as pontuações dos domínios do KHQ.....	63
Tabela 12 -	Distribuição da amostra de acordo com as pontuações do OAB-SF...	64
Tabela 13 -	Distribuição da amostra de acordo com as pontuações do ICIQ-SF...	65

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma de seleção dos artigos para revisão, elaborado a partir das recomendações PRISMA.....	27
Figura 2 - Foto da Cadeia Pública de Juazeiro do Norte.....	34
Figura 3 - Foto do Instituto Penal Feminino (IPF).....	35
Figura 4 - Foto da Cadeia Pública de Sobral.....	35
Figura 5 - Fluxograma dos procedimentos a serem seguidos na coleta dos dados.....	37
Figura 6 - Demonstrativo da aplicação dos questionários.....	39
Figura 7 - Demonstrativo do agrupamento das cidades do Ceará em macrorregiões.....	41
Figura 8 - Distribuição da amostra de acordo com os antecedentes ginecológicos por local de permanência.....	49
Figura 9 - Distribuição dos motivos de perda urinária segundo ICIQ – SF.....	66

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Distribuição da amostra de mulheres de acordo com a procedência em relação às macrorregiões do Ceará.....	45
Gráfico 2 -	Distribuição da amostra segundo o tipo de delito que culminou com a prisão.....	46
Gráfico 3 -	Distribuição dos percentuais de sintomas miccionais na amostra total e por instituição pesquisada.....	53
Gráfico 4 -	Prevalência dos sintomas de armazenamento na amostra geral e por instituição pesquisada.....	54
Gráfico 5 -	Prevalência dos sintomas de esvaziamento na amostra geral e por instituição pesquisada.....	56

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	18
2	OBJETIVOS.....	22
2.1	Geral.....	22
2	Específicos.....	22
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	23
3.1	Revisão sistemática dos sintomas do trato urinário inferior em mulheres presas.....	23
4.	METODOLOGIA.....	32
4.1	Tipo de estudo.....	32
4.2	Local do estudo.....	32
4.3	População e amostra.....	36
4.4	Coleta de dados.....	36
4.4.1	<i>Procedimento para a coleta de dados.....</i>	36
4.4.2	<i>Instrumentos para a coleta de dados.....</i>	37
4.5	Análise dos dados.....	39
4.6	Aspectos éticos.....	42
5	RESULTADOS.....	43
5.1	Caracterização geral da amostra.....	43
5.2	Descrição das condições estruturais e hábitos miccionais.....	51
5.3	Prevalência dos STUI e fatores relacionados.....	53
5.3.1	<i>Prevalência dos sintomas de armazenamento.....</i>	53
5.3.2	<i>Prevalência dos sintomas de esvaziamento.....</i>	56
5.3.3	<i>Prevalência dos sintomas pós-miccionais.....</i>	58
5.3.4	<i>Fatores relacionados a prevalência dos STUI.....</i>	58
5.4	Impacto dos STUI na qualidade de vida.....	62
6	DISCUSSÃO.....	67
7	CONCLUSÃO.....	76
	REFERÊNCIAS.....	77
	APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	81
	APÊNDICE B - IDENTIFICAÇÃO DOS STUI E CARACTERIZAÇÃO	

DAS MULHERES PRESAS.....	87
ANEXO A - KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE.....	90
ANEXO B – ICIQ – SF.....	92
ANEXO C – ICIQ – OAB.....	93

1 INTRODUÇÃO

Os sintomas do trato urinário inferior (STUI ou LUTS, em inglês) são divididos em três grupos de sintomas principais: os de armazenamento, que ocorrem durante a fase de enchimento vesical e incluem aumento da frequência urinária diurna, noctúria, urgência urinária, retenção e incontinência urinária; os de esvaziamento, incluem jato/fluxo lento, pulverização do fluxo urinário, intermitência, hesitação, disúria e esforço para urinar; e os sintomas pós-miccionais, que incluem sensação de esvaziamento incompleto, perda pós-miccional e necessidade imediata de urinar novamente (ABRAMS et al., 2002).

O estudo dos STUI tem ganhado destaque nos últimos anos, não só por conta da alta prevalência, como também por ter um grande impacto na qualidade de vida. Estima-se que até 2018, cerca de 2 bilhões de pessoas serão afetadas por algum tipo de STUI (IRWIN et al., 2002). Na América do Sul esse número será de aproximadamente 122 milhões de pessoas. Apesar da alta prevalência, nem todos os indivíduos com queixas urinárias procuram serviços de saúde (ABRAMS et al., 2002).

A prevalência exata das queixas varia de acordo com a idade e o sexo, porém sabe-se que a prevalência de STUI é maior em mulheres do que em homens. Estudos epidemiológicos em larga escala foram realizados em países ocidentais e as estimativas de prevalência relatadas para subconjuntos dos STUI variam amplamente de 13% para 76% (ZHANG et al., 2015).

A fisiopatologia desse agravo ainda permanece incompleta. A patogênese ocorre através de múltiplas vias independentes e inter-relacionadas. Fatores como idade avançada, diabetes, síndrome metabólica e depressão têm sido associados a um risco aumentado de STUI (BENJAMIN et al., 2016). O Índice de Massa Corpórea (IMC), perfil gineco-obstétrico, constipação e falta de atividade física também são considerados fatores de risco, no entanto, poucos estudos se propõem a avaliar sua associação com outras condições determinantes (WANG et al., 2015).

Pesquisa realizada no Reino Unido com 283 mulheres verificou que o agravamento das condições de saúde psicológica, a múltipla paridade, abuso sexual e comprometimento da qualidade de vida propriamente dita são aspectos que podem contribuir para o aumento de STUI. Fatores estes, que podem ser facilmente observados em mulheres em situação de encarceramento. Nessa perspectiva, ainda vale ressaltar, a dificuldade das mulheres presas quanto ao acesso aos cuidados de saúde (DRENNAN et al., 2011).

A representação epidemiológica da figura feminina criminosa é caracterizada por uma mulher jovem, de nível socioeconômico e educacional baixo, com alto índice de desemprego e prostituição (SOUSA, 2013).

De acordo com dados do Departamento Penitenciário, em números absolutos, o Brasil possuía em 2014 a quinta maior população de mulheres encarceradas do mundo. No Brasil, as mulheres compõem 6,4% do total, situando o país dentro da margem projetada pelo instituto. Em relação à taxa de aprisionamento, que indica o número de mulheres presas para cada 100 mil habitantes, o Brasil figura na sétima posição mundial. Estima-se que o crescimento da população feminina encarcerada representa três vezes o crescimento da população nacional nos países da América (INFOPEN, 2014).

É possível afirmar que a população absoluta de mulheres encarceradas no sistema penitenciário cresceu 567% entre os anos 2000 e 2014, chegando ao patamar de 37.380 mulheres. Enquanto a taxa total de aprisionamento aumentou 119% entre 2000 e 2014, a taxa de aprisionamento de mulheres aumentou 460% no período, saltando de 6,5 mulheres presas para cada 100 mil mulheres em 2000 para 36,4 mulheres em 2014 (INFOPEN, 2014).

Além disso, o ambiente prisional, por si, funciona contra os costumes culturais de eliminação de urina e de fezes, principalmente femininos, devido à falta de privacidade dentro da cela e fora dela, pelo nível de vigilância. Comportamentos culturais envolvem algum grau de privacidade ou separação refletindo em sintomas que podem afetar o funcionamento do trato urinário (NORTON et al., 2004).

Somam-se a esses fatores as questões de infraestrutura deficiente dos banheiros e a proporção de banheiros por pessoa em um ambiente de superlotação (BRASIL, 2009), o que pode, além de outras coisas, favorecer o adiamento do desejo miccional de forma rotineira.

É inegável reconhecer que um dos mais graves problemas das unidades prisionais brasileiras diz respeito a sua própria estrutura física. Instalações superlotadas, com graves condições de ventilação, iluminação, higiene e outras tantas mazelas não são incomuns. Apenas 7% são voltadas ao público feminino e outros 17% são mistos, no sentido de que podem ter uma sala ou ala específica para mulheres dentro de um estabelecimento anteriormente masculino (INFOPEN, 2014). De acordo com as diretrizes Básicas para Arquitetura Penal, a estrutura dos vestiários e banheiros devem seguir uma proporção de um vaso sanitário para cada vinte homens ou dez mulheres e um lavatório para cada quinze pessoas (BRASIL, 2011).

Além dos fatores estruturais, a má-alimentação, o sedentarismo, o uso de drogas, a falta de higiene, e o risco inerente ao perfil da pessoa presa, também contribuem para os

problemas de saúde das presas (SOUSA, 2013). Porém, as representações das doenças estão em uma hierarquia de risco sanitário na qual a preocupação com a segurança, bem como a integridade pessoal dos agentes e das presas se sobressaem em detrimento do cuidado à saúde (DIUANA et al., 2008).

O Governo Federal, no âmbito das políticas de saúde, desenvolve ações voltadas para garantir a saúde das pessoas presas. Em 2004 foi elaborado o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) que orienta que a assistência à saúde dos detentos deve ser em nível da atenção básica e, quando o número destes ultrapassa 100, a assistência deve ser realizada em um Centro de Saúde dentro do ambiente prisional (BRASIL, 2004).

Em 2014, a Política Nacional de Atenção Integral Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) estabelece a integralidade da atenção à saúde da população privada de liberdade no conjunto de ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, recuperação e vigilância em saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção (BRASIL, 2014a). Além disso, ainda em 2014, a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional busca garantir os direitos das mulheres presas, incluindo, entre outros, o direito à saúde, de uma forma específica, voltado para a atenção à mulher (BRASIL, 2014b).

No Ceará, em 2017, a população carcerária do Estado somava, aproximadamente, 29.893 detentos, desses, cerca de 1.241 são mulheres (SEJUS – CE, 2017). Nestes locais, situados em várias regiões, encontram-se recolhidos os que estão sob a custódia da Secretaria de Justiça (SEJUS). Nestes ambientes, as condições nem sempre são adequadas e a superlotação é comum (CEARÁ, 2018).

À despeito disso, os detentos possuem o direito, garantido pelas políticas estabelecidas, de gozar de assistência à saúde de qualidade, independente da natureza de sua infração, pois se encontram privados de liberdade, contudo preservam os demais direitos humanos inerentes à sua cidadania. Nesse processo, a enfermagem pode contribuir para o resgate de uma condição de vida digna, tanto do ponto de vista biológico, quanto social e psicológico, propiciando conforto e bem-estar (SOUSA; PASSOS, 2008), minimizando os riscos para ocorrência de agravos, como os LUTS; e ainda respeitando os princípios éticos e legais.

O enfermeiro da saúde prisional atua como coordenador e líder das equipes de saúde realizando uma assistência pautada nos pressupostos da promoção da saúde. Para tanto, é necessário, assim como nos demais locais de atuação, que o profissional compreenda a relação das condições de saúde de cada paciente com o ambiente prisional e tudo que o

envolve. A partir disso, o enfermeiro deve elaborar um plano assistencial que contemple ações interdisciplinares que ultrapassem o foco meramente biológico, desenvolvendo ações em conjunto para proporcionar uma melhor qualidade de vida do paciente (SOSTISSO; ORTEGA, 2015).

Á vista disso, destaca-se a necessidade de compreender as condições de vida relacionadas intimamente às formas de organização da população prisional, ou seja, relacionar os aspectos ambientais, sociais e culturais do processo de adoecimento do trato urinário inferior determinado pela dinâmica da situação de encarceramento (MELO; EGRY, 2014), a saber: qual a prevalência de STUI e seu impacto na qualidade de vida de mulheres privadas de liberdade?

Qualquer ser humano em situação de encarceramento necessita de todos os cuidados à saúde. Esses cuidados devem ser aplicados visando a promoção da saúde e prevenção de diversas doenças e agravos. Um vez identificada a prevalência desses sintomas, o enfermeiro poderá conhecer a magnitude desse problema para a saúde feminina e planejar intervenções de prevenção primária, secundária e/ou terciária, como orientação das mulheres privadas de liberdade sobre os hábitos miccionais adequados, fatores de risco para STUI, sinais da presença de STUI, entre outros. Dessa forma, o primeiro passo em direção à promoção da saúde dessas mulheres sobre os STUI, é realizar o levantamento dessas queixas e dos fatores a eles relacionados, bem como, a possibilidade de reorientação da gestão frente esta problemática.

O interesse em investigar acerca desta problemática em mulheres encarceradas, partiu da experiência vivenciada como enfermeira assistencial, atuante em unidade básica de saúde prisional, na Cadeia Pública de Sobral, Unidade Prisional de Pacatuba e Presídio Professor Olavo Oliveira II, no período de 2014 à meados de 2017, bem como no gerenciamento das equipes de enfermagem de todas as unidades prisionais do Ceará, no período de meados de 2017 à presente data.

Acredita-se que a pesquisa poderá ajudar a esclarecer dúvidas e expor eventuais necessidades acerca da temática investigada, além de informações relevantes sobre as doenças do trato urinário, que poderão auxiliar tanto o público investigado, quanto a comunidade científica na estruturação de trabalhos que poderão fazer parte da rotina das instituições de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Estimar a prevalência dos sintomas do trato urinário inferior em mulheres privadas de liberdade.

2.2 Específicos

Avaliar hábitos miccionais em mulheres privadas de liberdade;
Identificar as queixas urinárias relatadas e os fatores associados;
Verificar o impacto dos sintomas urinários na qualidade de vida.

3 REVISÃO DA LITERATURA

De acordo com o Departamento de Correções e Reabilitação dos EUA, foi relatado que 3% das mulheres que estavam em regime de prisão aberta tinham incontinência urinária ou anal, todas com 55 anos de idade ou mais. Essa prevalência é maior em mulheres com mais de 70 anos e ainda é um número subestimado (HILL et al. 2006). Sabe-se que existe uma relação entre a ocorrência de incontinência urinária e o aumento da idade (ABRAMS et al. 2016), que associada à subnotificação e subdiagnósticos e tratamento em mulheres encarceradas, contribui para a ocorrência e gravidade desses sintomas (HILL et al. 2006, OMS, 2014).

Além disso, outros fatores, como síndrome metabólica, depressão, índice de massa corporal (IMC) elevado, multiparidade, constipação, sedentarismo e abuso sexual, têm sido associados a um aumento do risco de LUTS (BENJAMIN et al. 2016). Ademais, é importante destacar que a relação entre fatores socioeconômicos, como pobreza, desemprego, poucos anos de escolaridade, baixa renda e aumento das disparidades de saúde é amplamente documentada (ABBOTT, ELLIOT, 2016). Em um estudo com 322 mulheres brasileiras na atenção primária à saúde, os autores sugerem uma associação entre os determinantes sociais da saúde e o STUI, especialmente os sintomas de armazenamento (ORÍÁ et al., 2018).

Diante disso, surgiu a seguinte questão de pesquisa: Qual a prevalência das queixas urinárias em presidiárias descrita na literatura? Quais os fatores associados à presença dessas queixas nessa população específica? Qual o impacto dessas queixas na qualidade de vida dessas mulheres? Para tanto, optou-se em conduzir uma revisão sistemática da literatura.

Para responder essas perguntas realizou-se uma revisão sistemática de estudos observacionais, guiados pela declaração PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews e Meta-Analysis (MOHER et al. 2009). A fim de obter uma organização de pesquisa sistematizada, o quadro PICO (P - população, I - intervenção ou fenômeno de interesse, C - comparação, O - resultado) foi seguido.

Quadro 1 - Estratégia PICO aplicada aos métodos de pesquisa. Fortaleza - CE, Brasil, 2018.

ESTRATÉGIA		QUESTÕES		
		Questão 1	Questão 2	Questão 3
P	População	Mulheres encarceradas	Mulheres encarceradas	Mulheres encarceradas
Eu	Fenômeno de Interesse ou Intervenção	Sintomas do Trato Urinário Inferior	Sintomas do Trato Urinário Inferior	Sintomas do Trato Urinário Inferior
C	Comparação	-	-	-
O	Resultados	P medidas revalence de STUI	Associations encontrado e investigado	Qualidade de vida ou gravidade dos sintomas encontrados

Fonte: Elaborado pelos autor, 2018.

A pesquisa foi realizada por meio do acesso on-line nas bases de dados eletrônicas: Portal de Periódicos, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed (Público / Publico Medline), CINHALL (Índice Cumulativo). Enfermagem e Literatura Aliada em Saúde), Scopus e Cochrane. O Medical Subject Headings (MeSH) para Pubmed e o Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) para as demais bases de dados foram utilizados para o levantamento das produções (Quadro 2). Nenhum tipo de link foi utilizado para realizar a pesquisa, a fim de maximizar o alcance dos conteúdos obtidos. O protocolo de busca considerou os termos de acordo com a estratégia PICO, conforme mostrado no Quadro 2.

Quadro 2 - Estratégia de busca e número de artigos encontrados em bases de dados, Fortaleza-CE, Brasil, 2018.

Equação de Busca Mesh/Decs	Nº Pub.	Local da Busca
("PRIS \$ AND ("Prisioneiros" and "mulheres" and "Incontinência") OR ("Prisioneiros" and "Mulher" and "Incontinência") OR ("Incontinência Urinária por Esforço") OR ("Incontinência Urinária por Estresse") OR ("Enurese Nocturna") OR ("Enurese Noturna") OR ("Incontinência Urinária, Urgência") OR ("Urinária de Urgência") OR ("Incontinência Urinária") OR ("Sintomas do Trato Urinário Inferior") OR ("Trato Urinário Inferior") OR ("Bexiga Urinária Hiperativa") OR ("Bexiga Urinária Hiperativa"))	07	PUBMED
	02	BVS
	293	Periódicos CAPES
	00	SCOPUS
	00	CINHALL
	125	COCHRANE

Fonte: Elaborado pelos autor, 2018.

Para incluir os estudos, foram aplicados os seguintes critérios: coletar dados de mulheres encarceradas e um dos desfechos avaliados foi dados relacionados à prevalência de STUI nessa população. Não houve restrição quanto ao período de publicação ou idioma. Estudos qualitativos, revisões, estudos realizados com a população masculina, ou ex-mulheres presas ou em regime de prisão semi-aberta ou aberta foram excluídos.

A seleção da amostra foi realizada por três revisores, sendo que dois fizeram a busca direta e o terceiro, entraram para o critério de desempate.

A Lista de Verificação de Avaliação Crítica do JBI para Estudos Relatando Dados de Prevalência (JBI, 2014). É um instrumento desenvolvido com o objetivo de avaliar estudos transversais através da aplicação de nove critérios relacionados a (1) população, (2) captura de sujeitos, (3) tamanho da amostra, (5) análise de dados, (6) mensuração, de dados, (7) confiabilidade de medição, (8) adequação da análise estatística e, finalmente, (9) taxa de resposta do estudo. Para avaliar a qualidade dos periódicos nos quais os artigos da amostra são indexados, foi avaliado o fator de impacto, que é calculado a partir do número de citações neste ano de artigos publicados nos últimos dois anos (JOHNSTONE, 2007) (Quadro 3).

Quadro 3 - Lista de Verificação de Avaliação Crítica de Material Adicional do JBI para Estudos Relatando Dados de Prevalência

Autor (ano)	Amostra	Recrutamento	Tamanho amostra	Amostra e configuração	Cobertura de análise	Medida a condição	Fiabilidade da medida	Análise estatística	Taxa de resposta
Drennan V et al.(2010)	Y	Y	Y	Y	Y	U	Y	Y	Y
Minayo MCS, Ribeiro AP (2016)	Y	Y	Y	Y	Y	Y	U	Y	U
Williams BA et al.(2009)	Y	U	Y	Y	Y	U	Y	Y	Y
Williams BA et al.(2000)	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y

Y = sim; U = incerto

Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

As variáveis coletadas foram categorizadas e organizadas na tabela s e figuras contendo autor e ano, título do artigo, tamanho da amostra e do país, método, prevalência LUTS (resultado primário), fatores associados e o impacto o n qualidade de (desfechos secundários) de vida. Por fim, os resultados foram discutidos com a literatura pertinente sobre o assunto investigado, compilando as informações relevantes. A meta-análise estatística de dados quantitativos não foi possível devido à heterogeneidade de amostras de estudo, métodos e relatórios de resultados.

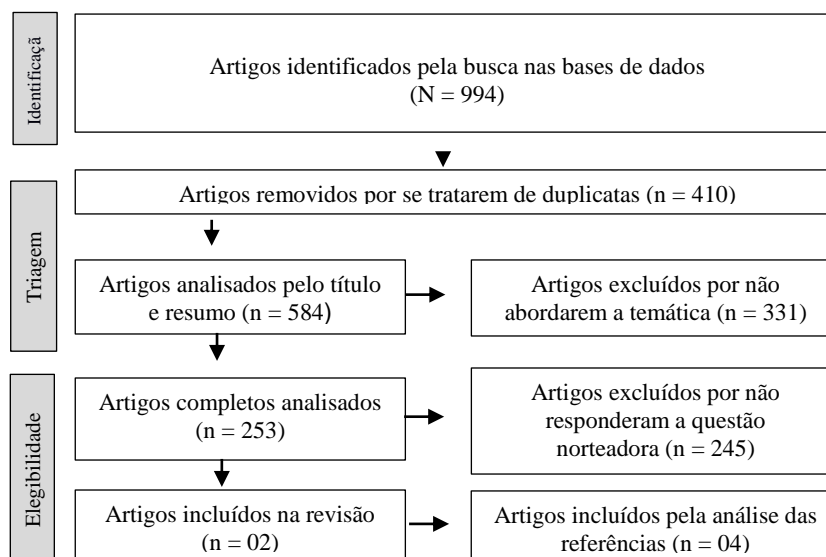
Quadro 4 - Caracterização das publicações. Fortaleza- CE, Brasil, 2018.

Autor (ano)	Título	Tamanho da amostra / país	Faixa etária	Design / Objetivo	Prevalência de LUTS	Fatores associados	Impacto na QV
Drennan V et al. (2010)	Incontinência em mulheres presas: uma exploração das questões	148 prisioneiras / Reino Unido	<20 -> 50	Métodos mistos. Objetivo: Analisar a extensão e o gerenciamento dos problemas de bexiga e intestino.	Interface do usuário: 43% SUI: 31% UII: 24% MUI: 14% Noctúria: 51% NE: 5% Disúria: 12% Urgência: 46%	Idade > 41 anos Multiparidade Episiotomia Laceração perineal Ingestão de medicação Problemas de saúde	Vergonha Estigma Deficiência mental
Minayo MCS, Ribeiro AP (2016)	Condições de saúde dos presos no estado do Rio de Janeiro, Brasil	463 prisioneiras / Brasil	19 -> 60	Métodos mistos. Objetivo: Produzir informações estratégicas para apoiar a ação de funcionários públicos que atuam nas prisões.	Infecção do trato urinário (ITU): 50,2%	Nenhum encontrado.	Sinais de depressão (82,4%) Maior risco de abuso
Williams BA et al. (2009)	Caregiving Behind Bars: Oficial Relatos de Incapacidade em Prisioneiros Geriátricos	71 agentes correccionais / EUA	55 -> 80	Estudo transversal. Objetivo: Avaliar o conhecimento e as perspectivas dos prisioneiros sobre o estado de saúde dos prisioneiros geriátricos.	IU: 3,3% (média 61,7) IU: 17,1% (média 66,7)	Idade aumentada (66,7) Maior risco de comprometimento funcional	Maior risco de abuso Deficiências físicas
Williams BA et al. (2006)	Ser velho e fazer tempo: deficiência funcional e experiências adversas de presas geriátricas	120 prisioneiras do sexo feminino / EUA	18 a 62	Estudo transversal. Objetivo: Descrever o comprometimento funcional em idosos presos e identificar aspectos do ambiente prisional.	Interface do usuário: 22%	Nenhum encontrado.	Maior risco de abuso Deficiências físicas Dificuldade para realizar atividades diárias

Fonte: Elaborado pelos autor, 2018.

A busca foi realizada por acesso on-line, de 7 de janeiro a 19 de janeiro de 2018, e a amostra final desta revisão foi composta por quatro artigos. Foram encontrados 994 estudos nas bases de dados pesquisadas, das quais 331 publicações avaliadas por títulos e resumos foram excluídas por não responderem à principal questão norteadora. Assim, 253 estudos foram analisados, dos quais, após a leitura na íntegra, apenas dois permaneceram. Após a leitura dos dois artigos e análise das referências, foram acrescentadas mais duas publicações que não apareceram pelo método de busca utilizado, compondo uma amostra final de quatro artigos (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma de seleção dos artigos para a revisão, elaborado a partir das recomendações PRISMA. Fortaleza- CE, 2018



Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

A qualidade do estudo foi muito homogênea, com todos os quatro cumprindo pelo menos sete dos nove critérios de avaliação propostos pelo instrumento JBI. Em relação ao título, apenas um estudo utilizou termos relacionados à incontinência e os demais verificaram problemas de saúde em geral, incluindo STUI. O fator de impacto dos periódicos nos quais os estudos foram publicados foram 0,780 (Ciência & Saúde Coletiva), 2.267 (Revista de Enfermagem Avançada) e 4.155 (Revista da Sociedade Americana de Geriatria).

Em relação ao país dos estudos selecionados, um foi realizado no Reino Unido, um no Brasil e dois nos Estados Unidos da América, publicados nos anos de 2006, 2009, 2010 e 2016. Quanto ao design, dois estudos apresentam métodos mistos e os outros dois foram estudos transversais. Os instrumentos de coleta de dados foram auto administrados ou

aplicados por meio de entrevista. A amostra de mulheres presas foi de 120, 148, 463 e 659 com taxas de resposta de 59%, 60%, 33,5% e 100%, respectivamente.

No estudo de Williams et al. (2009), a pesquisa foi realizada com 71 profissionais designados para uma lista aleatória de 659 mulheres presas com mais de 55 anos de 11 instituições na Califórnia. Foi realizada uma entrevista com os profissionais sobre as necessidades de saúde e as mulheres foram classificadas em três grupos: aqueles que eram conhecidos pelo funcionário, aqueles que não eram conhecidos e aqueles que consideravam de alto risco para o desenvolvimento de eventos adversos. Agentes penitenciários avaliaram as deficiências geriátricas deficiência e incapacidade considerando a dificuldade de realizar atividades diárias. A equipe médica também avaliou a presença ou ausência de diagnósticos médicos em mulheres presas. Além disso, o Departamento de Correções e Reabilitação da Califórnia (CDCR) forneceu aos pesquisadores informações adicionais sobre os registros de internação nos presos nos dois anos anteriores.

Os outros estudos foram realizados com mulheres presas usando questionários auto administrados contendo perguntas abertas e fechadas. A pesquisa realizada no Brasil incluiu presos femininos e masculinos de 33 unidades localizadas no Rio de Janeiro, utilizando uma abordagem quantitativa descritiva e uma qualitativa hermenêutica. Em todos os três países, as ferramentas foram desenvolvidas pelos pesquisadores para incluir questões que se encaixam na realidade dos prisioneiros e em seus níveis educacional e cultural. Apenas um passou por um processo de validação de rosto e conteúdo através de juízes especialistas. Nele, o instrumento também incluiu um espaço para comentários dos prisioneiros sobre seu estado de saúde que foi avaliado pelos pesquisadores (MINAYO, RIBEIRO, 2016).

A prevalência de LUTS encontrada nos estudos foi bastante ampla e a incontinência urinária não especificada foi o sintoma mais proeminente.

Em um estudo, sua prevalência foi de 3,3% em mulheres com média de idade de 61,7 anos e 17,1% em mulheres com idade média de 66,7 anos. Nos outros dois estudos, a prevalência foi de 22% e 43% em mulheres com idade entre 18 e mais de 70 anos.

O estudo de Drennan et al. (2010) foi o único que objetivou investigar sintomas urinários, destacando-se: incontinência urinária de esforço (N = 44; 31%), incontinência urinária de urgência (n = 36; 24%), incontinência urinária mista (n = 20; 14%) disúria (n = 17; 12%), aumento da frequência diurna (n = 71; 48%), urgência (n = 68; 46%), enurese noturna (n = 8; 6%) e noctúria (n = 75; 53%). Além disso, o estudo também verificou a prevalência de

disfunções anorretais: incontinência fecal (n = 11; 8%), incontinência plana (n = 42; 30%) e constipação (n = 88; 60%).

Entre os fatores de risco associados, no mesmo estudo, a incontinência urinária de esforço (IUE) associou-se com idade acima de 41 anos, multiparidade (mulheres com três filhos ou mais), laceração ou episiotomia no momento do parto e consumo de medicamentos. Incontinência urinária de urgência (UUI) foi associada com idade acima de 41 anos e laceração ou episiotomia no momento do parto. Mulheres tomando medicações diárias relataram mais episódios de disúria. A incontinência flatal associou-se com idade acima de 41 anos, multiparidade e mulheres com comprometimento da saúde.

Ainda neste estudo, 43% das mulheres relataram que seus sintomas urinários começaram após a sua prisão. Os pesquisadores também avaliaram os comentários deixados pelas mulheres nos questionários, dos quais 46 (de 148 mulheres) escreveram sobre seus sintomas. Vinte e três relataram que seus sintomas intestinais estavam associados à dieta pobre em nutrientes da prisão e 25 escreveram sugestões para melhorar os serviços de saúde, o atendimento de enfermeiras prisionais e problemas com sigilo médico. Os outros comentários diziam respeito às condições do ambiente prisional, aos riscos de contaminação por meio de toalhas e papel higiênico, à vergonha e ao estigma de falar sobre problemas de saúde, bem como à confidencialidade no ambiente prisional.

O estudo de Williams et al. (2009) encontraram que a prevalência de IU foi maior no grupo identificado como de maior risco. Ou seja, mulheres com maior média de idade (66,7) e que apresentavam maior comprometimento funcional. Além disso, os policiais identificaram outras deficiências, como deficiência visual, audição, fala e mobilidade, bem como a necessidade de uso de cadeiras de rodas.

Por outro lado, o estudo de Williams et al. (2006) não apresentaram fatores de risco diretamente associados à ocorrência de IU, porém, observou-se que a dificuldade em realizar atividades cotidianas, redução de capacidade e funcionalidade estavam associadas ao risco de quedas, artrite, deficiência visual, depressão, abuso físico e segurança pessoal dos prisioneiros. Além disso, 61% relataram dificuldades em realizar tarefas diárias, como limpar os banheiros e subir na cama.

A pesquisa de Minayo e Ribeiro (2016) relatou os principais problemas de saúde encontrados em prisioneiros de ambos os sexos. Encontraram vários problemas nos seguintes sistemas: músculo-esquelético, respiratório, visão, audição, fala, digestivo, lar / circulatório, urinário, doenças infecciosas, glandulares, sanguíneas e reprodutivas. Em relação aos sintomas urinários, o mais relatado é a infecção urinária, que ocorre em mais da metade das

mulheres (50,2%). Além disso, 45,9% dos entrevistados também indicaram cistite e uretrite, seguidos de infecções renais (14,3%) e outras (15,9%).

Neste estudo, os autores não investigaram fatores associados relacionados a nenhum dos problemas de saúde, mas levantaram uma discussão sobre as condições dos prisioneiros. Os autores apontam que 73,1% das mulheres ($p < 0,01$) relataram ter sofrido por último um problema do sistema nervoso nos últimos 12 meses e sinais de depressão foram identificados em 82,4% das mulheres ($p < 0,001$), medido pelo Inventário de Depressão de Beck (Beck et al., 1961).

O estudo de Minayo e Ribeiro (2016) foi o único que utilizou instrumentos específicos para avaliar a Qualidade de Vida (QV), mas, nos quatro estudos, percebemos que há comprometimento significativo das condições psicológicas, mobilidade, capacidade funcional, segurança e saúde física.

Neste sentido, concluiu-se que os STUI são negligenciados quando se trata da saúde dos prisioneiros e a IU é o sintoma mais investigado. Sua prevalência varia nesta população, pode atingir níveis elevados e tem um impacto importante na QV dos prisioneiros, especialmente no domínio psicológico.

Levando em consideração as condições ambientais, socioeconômicas e culturais que esta população está inserida, sugere-se a realização de pesquisas sobre a prevalência de STUI com um instrumento padronizado que permita identificar os mais variados sintomas urinários, a relação entre esses sintomas e os fatores prisões e seu impacto na QV dos prisioneiros.

Com esses resultados, a equipe de saúde da penitenciária pode desenvolver atividades visando a prevenção primária ou secundária de STUI, com possíveis resultados na redução de custos e minimizando complicações que possam interferir nas atividades diárias dos presos.

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de natureza observacional, do tipo transversal, orientado pela iniciativa STROBE (UB, 2018). Nesse tipo de delineamento pretende-se descrever as variáveis e seus padrões de distribuição e as medições do efeito à exposição são realizadas em uma única ocasião, permitindo também a obtenção de dados de prevalência (HULLEY et al. 2015).

4.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada em unidades prisionais do Sistema Penitenciário do Estado do Ceará.

No Ceará, as unidades prisionais estão divididas em: Casas de Privação Provisória de Liberdade - CPPL, institutos penais, hospital geral e sanatório penal, penitenciárias, cadeias públicas e distritos policiais que acolhem presos sob a jurisdição da Secretaria de Justiça e Cidadania do Estado (SEJUS). Nestes locais, situados em várias regiões, encontram-se recolhidos os que estão sob a custódia da SEJUS (CEARÁ, 2014).

Atualmente, existem no estado do Ceará 120 cadeias públicas, destas, 16 são mistas e abrigam mulheres; oito CPPL's, três penitenciárias, que abrigam exclusivamente homens; três presídios, dentre eles, um exclusivamente feminino; um manicômio judiciário, e, um hospital e sanatório penal, exclusivamente para homens (SEJUS, 2018).

Destas unidades mencionadas, 20 possuem equipe de saúde com módulo equipado com mobílias (birôs, armários, estantes, cadeiras), computadores, materiais médico-hospitalares como camas hospitalares, macas, mesas clínicas para exames, cama ginecológicas, suporte para soro, cadeira para coleta de sangue, balança, estetoscópios, glicosímetro, foco de luz, esfingnomômetro, termômetro, negastoscópio, instrumentais, kit de sutura e curativos, gabinete odontológico completo. As equipes de saúde funcionam como atenção primária e tem equipes compostas por:

➤ *Equipe básica:* médico, dentista, auxiliar de saúde bucal, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, auxiliar de farmácia, psicólogo e assistente social;

➤ *Equipe atenção secundária:* no hospital e sanatório penal, a equipe é composta por médico clínico, médico infectologista, médico traumatologista, médico vascular,

enfermeiros, técnico/auxiliar de enfermagem, farmacêutico, auxiliar de farmácia, fisioterapeuta, nutricionista e terapeuta ocupacional. Existem ainda no referido hospital, serviço de radiologia, central de marcação de consultas, núcleo de epidemiologia prisional e laboratório.

➤ *Equipe de saúde mental:* No manicômio a equipe é composta por: médico clínico, médico psiquiatra clínico, médico psiquiatra perito, enfermeiros, técnico/auxiliar de enfermagem, farmacêutico, auxiliar de farmácia, fisioterapeuta, nutricionista e terapeuta ocupacional (SEJUS, 2018).

➤ *Equipe de atenção básica em saúde da mulher:* médico clínico, médico ginecologista, dentista, auxiliar de saúde bucal, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, auxiliar de farmácia, psicólogo e assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional. Essa equipe dispõe de aparelho para realização de ultrassonografia.

O bloco de saúde dos presídios do Sistema Penitenciário do Ceará é composto por consultório odontológico, consultório médico, farmácia, sala de vacinas, sala de coleta de material laboratório, sala de esterilização e estocagem, sala de lavagem e descontaminação, sala de repouso de enfermeiros e profissionais da área da saúde, sala de observação, copa, área de circulação de detentos, rouparia e banheiros, além do atendimento psicossocial que conta com salas de assistência social, sala de atendimento psicológico, parlatório, que é um espaço para receber visitas para conversas, dividido em quatro ambientes reservados e sala de arquivo (CEARÁ, 2014).

Contudo, das 17 unidades que abrigam mulheres, somente três possuem equipes de saúde instaladas, pois as demais têm uma quantidade reduzida de pessoas e não estão contempladas pelo Plano Nacional de Saúde Prisional. Por este motivo, optou-se por realizar a pesquisa nas três unidades prisionais que abrigam o maior número de mulheres, observando oportunamente que cada uma delas, representa um polo regional.

Deste modo, afim de ter uma noção mais ampla da assistência à saúde no sistema penitenciário do Ceará, a pesquisa foi realizada em três espaços: Cadeia Pública Feminina de Juazeiro do Norte, que abriga exclusivamente presos do sexo feminino; Instituto Penal Feminino Desembargadora Auri Moura Costa, que abriga exclusivamente presas do sexo feminino; e, Cadeia Pública de Sobral, que abriga presos tanto do sexo masculino como feminino.

A Cadeia Pública Feminina de Juazeiro do Norte, considerada de segurança média localizada no município de Juazeiro do Norte, inaugurada no ano de 2016, com capacidade para 50 internas, em regime fechado e atualmente abriga cerca de 93 internas (CEARÁ,

2018a). Essa unidade possui equipe de saúde mínima composta por: médico, enfermeiro e técnico de enfermagem. Quanto à estrutura física, esta unidade, não possui módulo completamente equipado, contando apenas, com consultório para médico e enfermagem.

Figura 2 - Foto da Cadeia Pública de Juazeiro do Norte. Fortaleza- CE, 2018.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

O Instituto Penal Feminino Desembargadora Auri Moura Costa - Aquiraz-CE, foi inaugurado a 22 de agosto de 1974. No dia 31 de outubro de 2000, foi reinaugurado o novo e atual Instituto Penal Feminino (IPF) com capacidade para 380 internas, atualmente o IPF abriga mais de 700 internas reclusas (CEARÁ, 2017a). Esta unidade possui módulo equipado e equipe completa, composta por um médico clínico, um médico ginecologista, um médico pediatra, duas enfermeiras, quatro técnicas de enfermagem, um dentista, um auxiliar de saúde bucal, uma terapeuta ocupacional, um fisioterapeuta, um auxiliar de farmácia, um psicólogo e um assistente social.

Figura 3. Foto do Instituto Penal Feminino (IPF). Fortaleza- CE, 2018.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

A Cadeia Pública de Sobral, inaugurada em 2011, situa-se no distrito de Salgado dos Machados, município de Sobral. Atualmente abriga cerca de 370 internos, sendo 310 e 60 mulheres (CEARÁ, 2018a). Esta unidade, possui módulo equipado com consultório médico e de enfermagem, consultório odontológico completo e sala para atendimento psicossocial, e, equipe incompleta, contando com, um enfermeiro, quatro técnicas de enfermagem, um assistente social e um psicólogo.

Figura 4 - Foto da Cadeia Pública de Sobral. Fortaleza- CE, 2018.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

4.3 População e amostra

A população do estudo foi composta pelas mulheres reclusas em instituições no estado do Ceará. Foram excluídas as presas gestantes, as que apresentaram dificuldade em compreender as perguntas do instrumento de coleta de dados, as com histórico de radioterapia pélvica e que estiverem em uso de medicamentos diuréticos.

Atualmente, estão abrigadas nos três locais de estudo, cerca de 723 mulheres, sendo 32 na CP Sobral, 71 na CP Juazeiro do Norte e 621 no IPFDAMC. Deste modo, fazendo-se um cálculo amostral simples (SANTOS, 2018), com erro de 5%, a amostra aproximada foi de 307 mulheres distribuídas proporcionalmente.

Onde, conforme Santos (2018):

n – amostra calculada

N - população

Z - variável normal padronizada associada ao nível de confiança

p - verdadeira probabilidade do evento

e - erro amostral

Quadro 5 - Cálculo amostral na população investigada. Fortaleza- CE, 2018.

CAMPO	POPULAÇÃO	CÁLCULO AMOSTRAL	AMOSTRA CALCUADA	AMOSTRA ENTREVISTADA
CP Sobral	32	$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1-p) + e^2 \cdot (N-1)}$	30	18
CPF Juazeiro	71		61	59
IPFDAMC	621		223	229
TOTAL	724		314	307

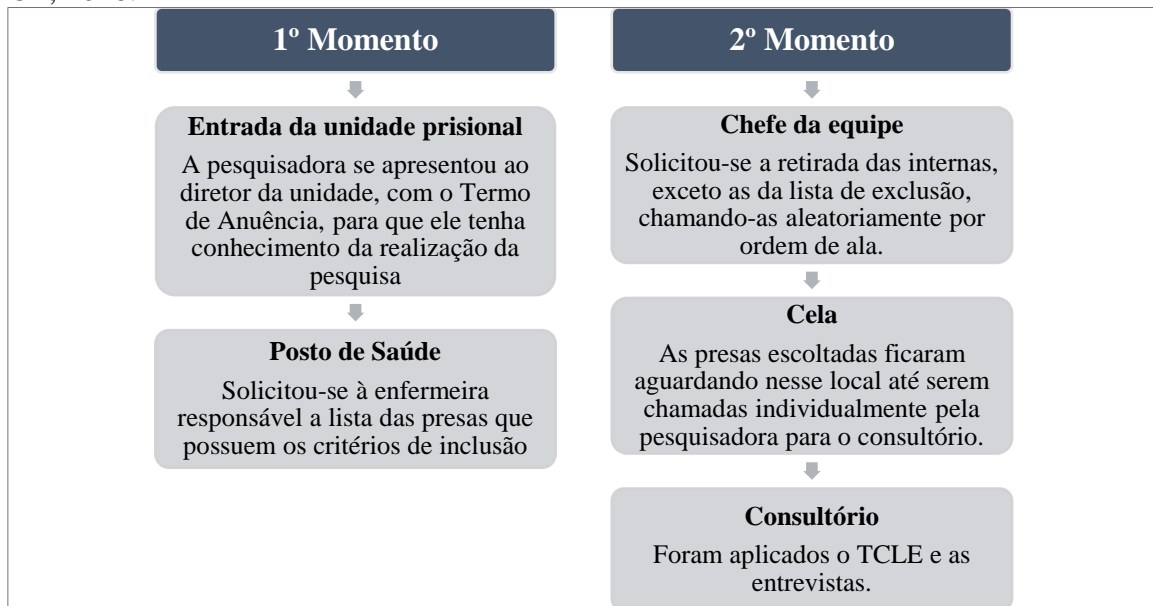
Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

4.4 Coleta de dados

4.4.1 Procedimento para a coleta de dados

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora, no período de junho a setembro de 2018. Em teste piloto realizado em outubro de 2017 no Instituto Penitenciário Feminino Aurí Moura (IPF), gastou-se um tempo estimado de 30 minutos para cada entrevista. Deste modo, pretendeu-se realizar, em média, 16 entrevistas por dia (Figura 2).

Figura 5 - Fluxograma dos procedimentos a serem seguidos na coleta dos dados. Fortaleza-CE, 2018.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

4.4.2 Instrumentos para a coleta de dados

Inicialmente, foi fornecido um formulário estruturado contendo 09 domínios com objetivo de identificar os STUI e de caracterizar as mulheres, que são: dados sociodemográficos, dados criminais, hábitos de vida, história obstétrica e sexual, privacidade, sanitários, higiene e limpeza, atividade e lazer, condições e distribuição de água e dormitórios (Apêndice B).

Também foram aplicados os seguintes questionários validados para o português do Brasil (ANEXOS I, II e III), na seguinte ordem:

1) O ICIQ-SF (*International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form*) (TAMANINI, et al, 2004).

Esse foi o primeiro questionário a ser aplicado a fim de identificar as mulheres com sintomas de IU. É um questionário simples, breve e auto administrável, composto por quatro questões que avaliam a frequência, a gravidade e o impacto da IU, além de um grupo de oito itens relativos às causas ou situações de IU vivenciadas pelos respondentes (TAMANINI, et al, 2004).

2) O ICIQ-OAB (*International Consultation Incontinence Questionnaire – Overactive Bladder*) (PEREIRA, et al., 2010), foi utilizado para avaliar os sintomas de bexiga hiperativa (BH) e medir o impacto desses sintomas na qualidade de vida.

O ICIQ-OAB é um questionário com grau A de nível de evidência, que fornece uma avaliação dos sintomas urinários relacionados à urgência e frequência, medindo ainda o seu impacto na qualidade de vida. Quanto maior a pontuação final, pior o comprometimento relacionado aos sintomas de BH (PEREIRA, et al., 2010).

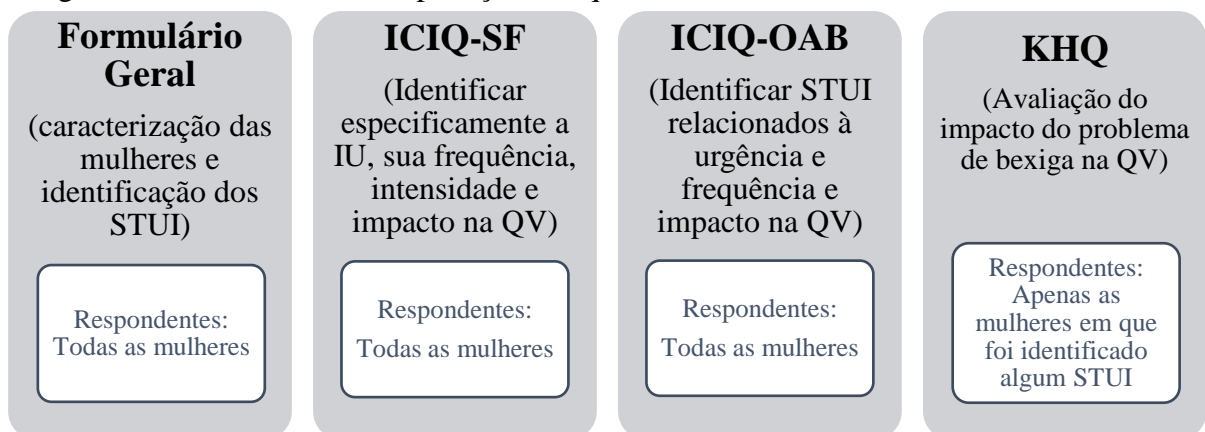
3) Por último, após a identificação das mulheres sintomáticas, foi aplicado o KHQ (*King's Health Questionnaire*) (FONSECA, et al, 2005), para mensurar o impacto dos STUI na qualidade de vida da presa.

O KHQ é composto por 21 questões, divididas em oito domínios, a saber: percepção geral de saúde (um item), impacto da incontinência urinária (um item), limitações de atividades diárias (dois itens), limitações físicas (dois itens), limitações sociais (dois itens), relacionamento pessoal (três itens), emoções (três itens), sono/disposição (dois itens). Além destes domínios, existem duas outras escalas independentes: uma avalia a gravidade da incontinência urinária (medidas de gravidade) e outra a presença e a intensidade dos sintomas urinários (escala de sintomas urinários). O KHQ é pontuado por cada um de seus domínios, não havendo, portanto, escore geral. Os escores variam de 0 a 100 e quanto maior a pontuação obtida, pior é a qualidade de vida relacionada àquele domínio (FONSECA, et al, 2005).

Ressalta-se que foram realizadas adaptações no KHQ para contemplar as atividades da mulher presa, nos seguintes domínios: limitações das atividades diárias (banho de sol), limitações sociais (sair da cela para realizar tarefas ou projetos do presídio), relacionamento pessoal (convívio com as colegas de cela), respectivamente nas questões 5, 8, 9, 11, 12 e 17. Essas alterações estão destacadas no Anexo I.

O KHQ pode ser utilizado para avaliar qualquer um dos sintomas de STUI, pois utiliza a expressão “seu problema de bexiga”. Apenas será preenchido pelas mulheres em que for identificado algum dos STUI (Figura 6).

Figura 6 - Demonstrativo da aplicação dos questionários. Fortaleza- CE, 2018.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

4.5 Análise dos dados

Após a coleta, os dados foram analisados por meio do Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22.0 para Windows e apresentados em tabelas e gráficos. Aplicando teste estatísticos, conforme quadro 6.

Quadro 6 - Demonstrativo dos testes estatísticos usados na análise. Fortaleza-CE, 2018.

TESTES UTILIZADOS	SÍMBOLO	VARIÁVEIS APLICADAS
Teste Mann-Whitney	U	Variáveis intervalares
Qui-quadrado	χ^2	Variáveis dicotômicas
Razão de Verossimilhança	LR	Variáveis categóricas
Probabilidade de erro	α 0,5	Nível de confiança

Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

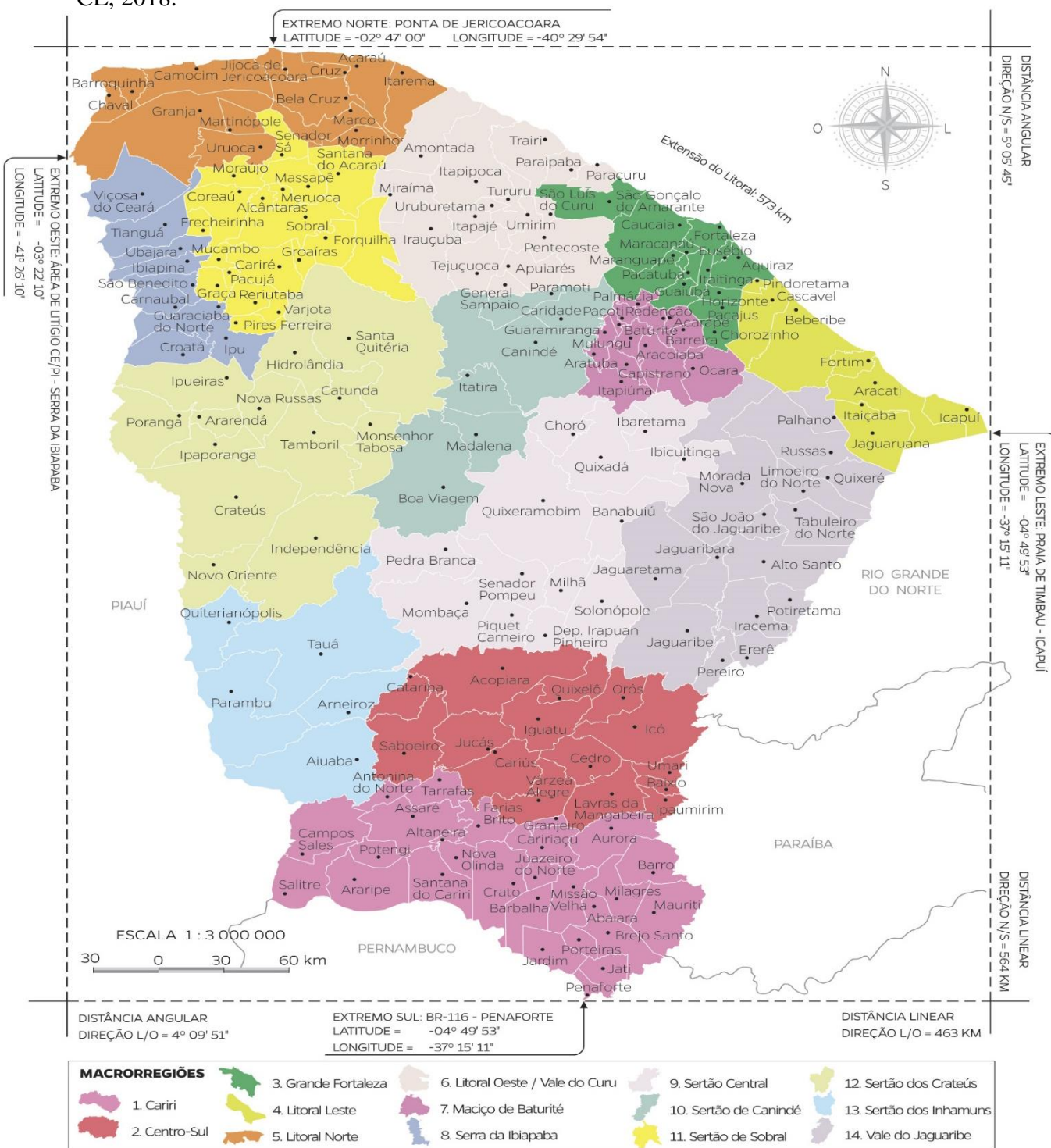
Os crimes cometidos pelas mulheres que culminaram com a prisão, foram agrupados de acordo com a classificação proposta no código penal de Greco (2011):

- **Delitos de tráfico de drogas** - Importar, exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda, oferecer, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar, entregar a consumo ou fornecer drogas, ainda que gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar;
- **Delitos contra a honra** – Referem-se aos delitos de calúnia, difamação e injúria;
- **Delitos contra a pessoa/vida** - Terminologias como lesão corporal, ameaça, sequestro e homicídio são conhecidas pela ampla maioria da população. Eles estão divididos em quadro tipos: homicídio - causar a morte de alguém, de forma direta e intencionada (homicídio doloso) ou de forma indireta, sendo negligente, imprudente ou atuando com imperícia (homicídio culposo); infanticídio - provocar a morte do próprio filho, durante ou logo depois do parto; aborto - interromper a gestação; indução, ajuda ou instigação ao suicídio;
- **Delito contra o patrimônio** - A conduta criminosa recai sobre a coisa alheia móvel, que são considerados os animais, aeronaves, os navios, os títulos de crédito, os talões de cheques, os frutos, as árvores, etc. O furto de gado é conhecido como abigeato.
- **Delitos contra a paz pública** - Incitar (estimular) a prática de crime (específico) publicamente (número indeterminado de pessoas em local público ou aberto ao público).
- Instigar, estimular a prática de um crime seria um mero ato preparatório para o crime. Pra poder penalizar a prática destes atos, o legislador criou este tipo de crime.

- **Delitos contra a fé pública** – crimes que infligem a confiança geral na legitimidade de algo, necessária à vida social. Falsum é o meio pela qual se faz lesar a fé pública.
- **Delitos contra a dignidade sexual** - Estupro; violação sexual mediante fraude, assédio sexual; Dos crimes sexuais contra vulnerável; corrupção de menores; satisfação de lascívia mediante a presença de criança ou adolescente; favorecimento da prostituição ou outra forma de exploração sexual de vulnerável; Do lenocínio e do tráfico de pessoa para fim de prostituição ou outra forma de exploração sexual mediação para servir a lascívia de outrem; favorecimento da prostituição ou outra forma de exploração sexual; casa de prostituição, tráfico internacional de pessoa para fim de exploração sexual; tráfico interno de pessoa para fim de exploração sexual; Do ultraje ao pudor público, ato obsceno, escrito ou objeto obsceno.

Optou-se por descrever as variáveis de acordo com a amostra total e por local de coleta de dados. A procedência das mulheres, quando pertencentes ao Ceará, foi agrupada de acordo com as oito Macrorregiões propostas pelo Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE, 2018).

Figura 7 - Demonstrativo do agrupamento das cidades do Ceará em macrorregiões. Fortaleza-CE, 2018.



As respostas das mulheres em relação aos antecedentes ginecológicos investigados foram agrupadas em ausente, quando a mulheres negavam qualquer patologia ginecológica; e, presente, quando a mulheres citava miomatose uterina, endometriose, câncer ginecológico ou outras patologias ginecológicas.

4.6 Aspectos éticos

O estudo foi regido pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP, que regulamenta as diretrizes e normas para pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Deste modo, a autonomia foi atingida através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE (APÊNDICE A) assinado pelos sujeitos da pesquisa, comprovando sua livre escolha para participar da pesquisa e garantindo sua saída no momento que desejar, ficando uma em poder do pesquisador e outra com a pessoa pesquisada. A beneficência, garantida com a ponderação entre riscos e benefícios, havendo o comprometimento com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos. A não maleficência foi respeitada, garantindo-se que danos previsíveis foram evitados, assim como a justiça e equidade, quando todos os participantes tiveram acesso aos resultados da pesquisa e aos benefícios que possa trazer.

Para a anuência do estudo no cenário da pesquisa, antes da realização da coleta de dados, foi encaminhado um ofício à Secretaria de Justiça e Cidadania do Estado do Ceará-SEJUS, de onde se obteve a autorização, contendo o projeto e informações sobre os objetivos da pesquisa para a realização da pesquisa no campo.

O projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa-CEP da Universidade Federal do Ceará-UFC, que passou por apreciação ética, com aprovação sob número 012635/2018.

5 RESULTADOS

De acordo com o cálculo amostral, seriam necessárias 329 mulheres, sendo 30 na Cadeia Pública de Sobral (C.P. de Sobral), 71 na Cadeia Pública Feminina de Juazeiro do Norte (C.P.F. de Juazeiro do Norte) e 228 no Instituto Penal Feminino Auri Moura Costa (I.P.F.A.M.C.). Contudo, devido aos critérios de exclusão, foram coletadas apenas 307 mulheres, sendo 19 na C.P. de Sobral, 59 na C.P.F. de Juazeiro do Norte e 229 no I.P.F.A.M.C.

5.1 Caracterização geral da amostra

As mulheres que compuseram a amostra eram, em sua maioria, jovens (M:32,9±11,8 anos), solteiras (70,3%), negras (76,6%), usuárias de drogas lícitas e ilícitas (52,8%), histórico de prostituição, histórico de DST's (54,1%), com idade variando entre 18 e 68 anos, sem companheiro, que se autodeclararam não brancas, procedentes do Ceará, presas entre 2015 e 2017, condenadas a penas de, em média, 6 anos, variando de 21 a 196 meses, e que, em média, já haviam cumprido pelo menos um ano de pena (M: 17,3±12,0 meses) (Tabela 1).

Das mulheres que declaram procedência do Ceará, a Grande Fortaleza foi a macrorregião predominante (n=173), e o Sertão do Inhamúns (n=02), a com menos casos (Gráfico 1). Dentre os demais estados de procedência das internas, foram citados: Piauí (Parnaíba= 3, Teresina=1, Luiz Corrêa= 1), Rio Grande do Norte (Natal=1), Paraíba (João Pessoa=1), São Paulo (Osasco= 1).

Ao agrupar os crimes cometidos pelas internas, que culminaram na prisão, os delitos relacionados ao tráfico de drogas, prevaleceram tanto na amostra total (160/307), quanto na amostra individual (I.P.F.A.M.C. = 110/229 – C.P. de Juazeiro do Norte = 41/59 – C.P. de Sobral = 11/19). O crime menos relatado na amostra total, foi o crime contra a honra (01/307) (Gráfico 2). Ressalta-se que 15,13 % (n=46) optou por não falar do crime cometido.

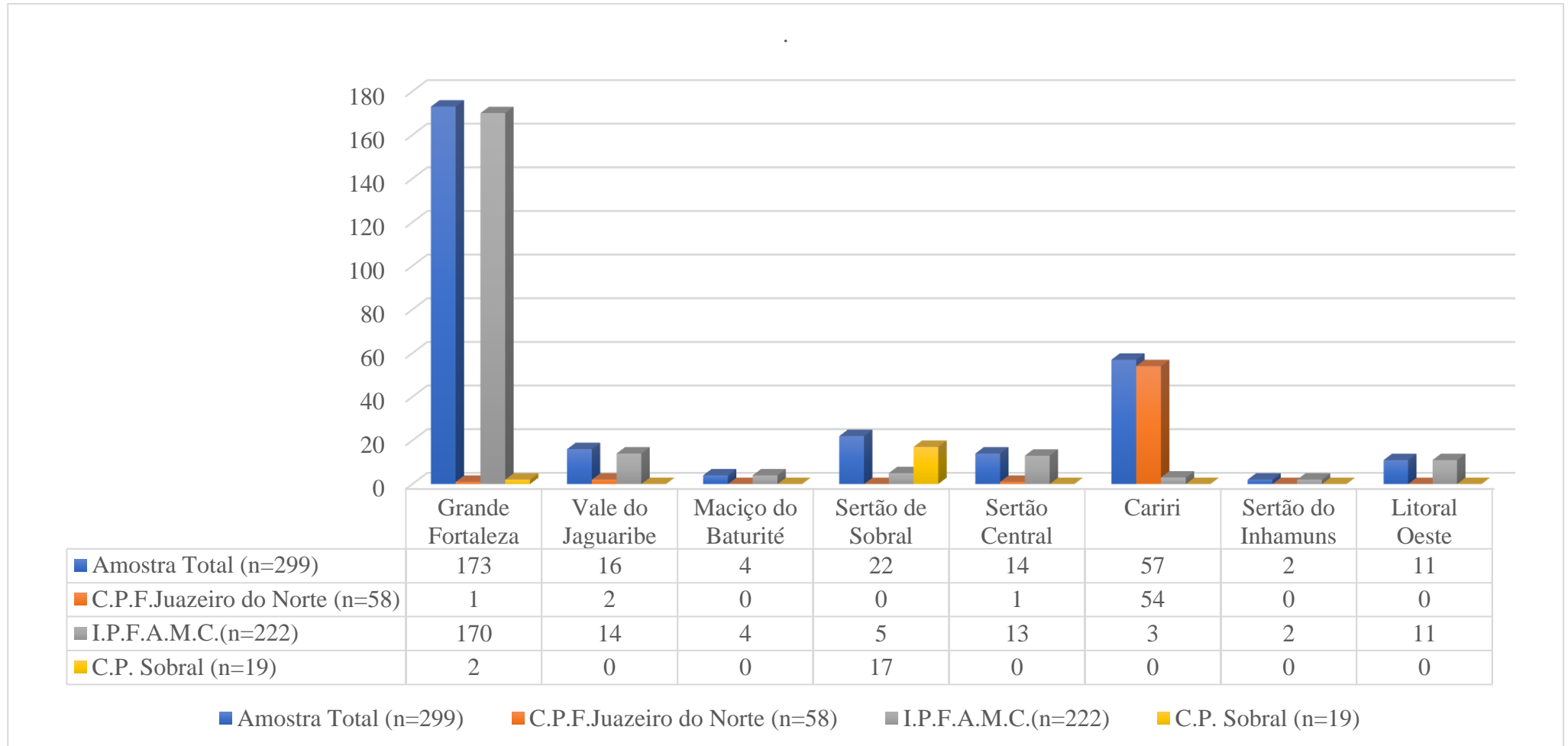
Uso de fumo, álcool e drogas ilícitas foi citado por mais da metade das internas. Apesar de sua condição, um pequeno percentual afirmou ter iniciado esse hábito após a prisão (Tabela 2).

Tabela 1 - Distribuição da amostra de acordo com a caracterização sociodemográfica e penal das internas. Fortaleza-CE, 2018.

Variáveis	Amostra Total (N=307)		C.P.F. de Juazeiro do Norte (N=59/19,2%)		I.P.F.A.M.C. (N=229/74,6%)		C.P. de Sobral (N=19/6,2%)	
	Média±DP	N (%)	Média±DP	N (%)	Média±DP	N (%)	Média±DP	N (%)
Idade	32,9±11,8		32,8 ± 10,1		33,1 ± 12,3		31,5 ± 11,0	
Estado Civil (n=306)								
Casada/União estável		91 (29,7)		32 (54,2)		60 (26,2)		05 (26,3)
Solteira/Divorciada/Viúva		215 (70,3)		26 (44,1)		169 (73,8)		14 (73,7)
Raça (n=303)								
Branca		71 (23,4)		05 (9,8)		63 (28,9)		03 (15,8)
Negra/Parda		232 (76,6)		53 (90,2)		163 (71,1)		16 (84,2)
Procedência (n=307)								
Ceará		299 (97,4)		58 (1,7)		222 (96,9)		19 (100,0)
Outros estados		08 (2,6)		01 (1,7)		07 (3,1)		00 (0,0)
Ano da prisão								
2012 -2014		13 (4,2)		05 (8,5)		06 (2,5)		02 (10,6)
2015 - 2017		240 (78,1)		51 (86,4)		180 (78,7)		09 (47,3)
2018		54 (17,6)		03 (5,1)		43 (18,8)		08 (42,1)
Duração total da pena (meses)	75,4±30,2		57,9 ± 18,4		77,7 ± 29,6		79,8 ± 41,7	
Pena cumprida (meses)	17,3±12,0		20,3 ± 14,1		16,5 ± 11,1		18,5 ± 14,9	
Tempo restante da pena (meses)	52,5±25,3		33,7 ± 16,6		55,4 ± 24,9		53,3 ± 29,8	

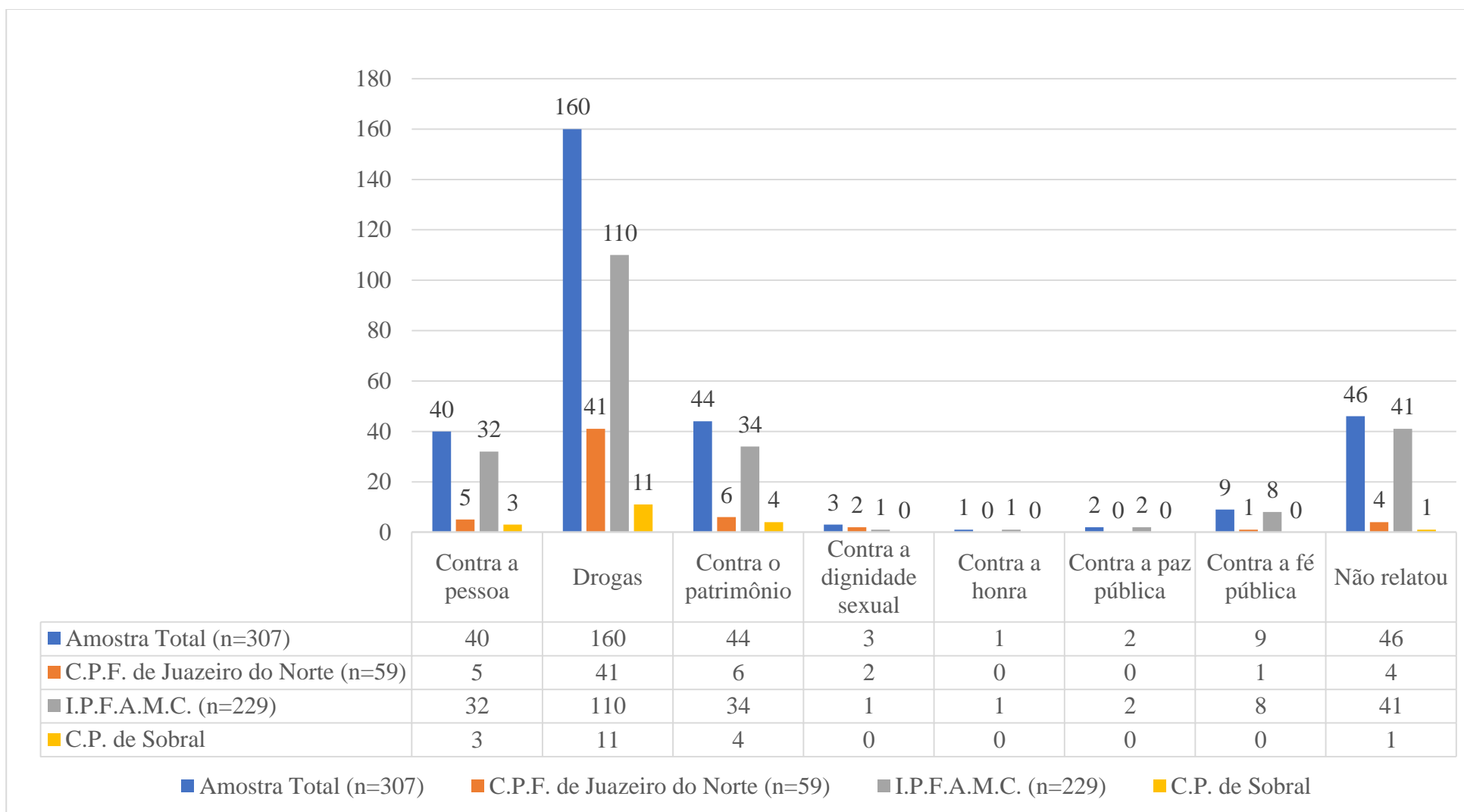
Fonte: Elaborado pelo autor, 2018

Gráfico 1- Distribuição da amostra de mulheres de acordo com a procedência em relação às macrorregiões do Ceará. Fortaleza - CE, 2018



Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

Gráfico 2- Distribuição da amostra segundo o tipo de delito que culminou com a prisão. Fortaleza-CE, 2018.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

Tabela 2 - Distribuição da amostra de acordo com a utilização de drogas lícitas ou ilícitas e sua relação com a prisão. Fortaleza-CE, 2018

Variáveis	Amostra Total	C.P.F. de	I.P.F.A.M.C.	C.P. de Sobral
	(n=307)	Juazeiro do Norte (n=59/19,2%)	(n=229/74,6%)	(n=19/6,2%)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Tabagismo (n=307)				
Não	140 (45,6)	19 (32,2)	114 (49,8)	07 (36,8)
Sim	167 (54,4)	40 (67,8)	115 (50,2)	12 (63,2)
Início (n=166)				
Antes da prisão	148 (89,2)	33 (55,9)	104 (90,4)	11 (91,7)
Após a prisão	18 (10,8)	06 (10,2)	11 (9,6)	01 (8,3)
Etilismo (n=307)				
Não	135 (44,0)	31 (52,5)	90 (39,3)	14 (73,7)
Sim	172 (56,0)	28 (47,5)	139 (60,7)	05 (26,3)
Início (n=171)				
Antes da prisão	170 (99,4)	27 (45,8)	138 (99,3)	05 (100,0)
Após a prisão	01 (0,6)	32 (54,2)	01 (0,7)	00 (0,0)
Drogas ilícitas (n=307)				
Não	145 (47,2)	51 (86,4)	81 (35,4)	13 (68,4)
Sim	162 (52,8)	08 (13,6)	148 (64,6)	06 (31,6)
Início (n=164)				
Antes da prisão	158 (96,3)	06 (10,2)	147 (99,3)	04 (66,6)
Após a prisão	04 (3,7)	02 (3,4)	01 (0,7)	02 (33,4)

Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

Quanto ao perfil ginecobiológico das internas, a maioria se encontrava em idade fértil (90,4%), era multigesta (M:2,7±2,1), múltipara (M:2,2±1,9), principalmente por via vaginal (M:1,4±1,8), com recém-nascidos pesando, em média, 3.447,80±491,95g (Tabela 3).

O acompanhamento ginecológico foi referido pela maioria (244/79,5%) e, mais da metade (181/59,0%) não possui antecedentes ginecológicos (Tabela 3). Dentre as que citaram algum, a miomatose uterina foi a mais referida (46/36%) (Figura 7). Metade referiu presença de antecedentes clínicos (Tabela 3), sendo a tosse crônica (75/24,5%) o problema mais citado, seguido da hipertensão arterial crônica (35/11,4%) e do diabetes mellitus (12/3,9%).

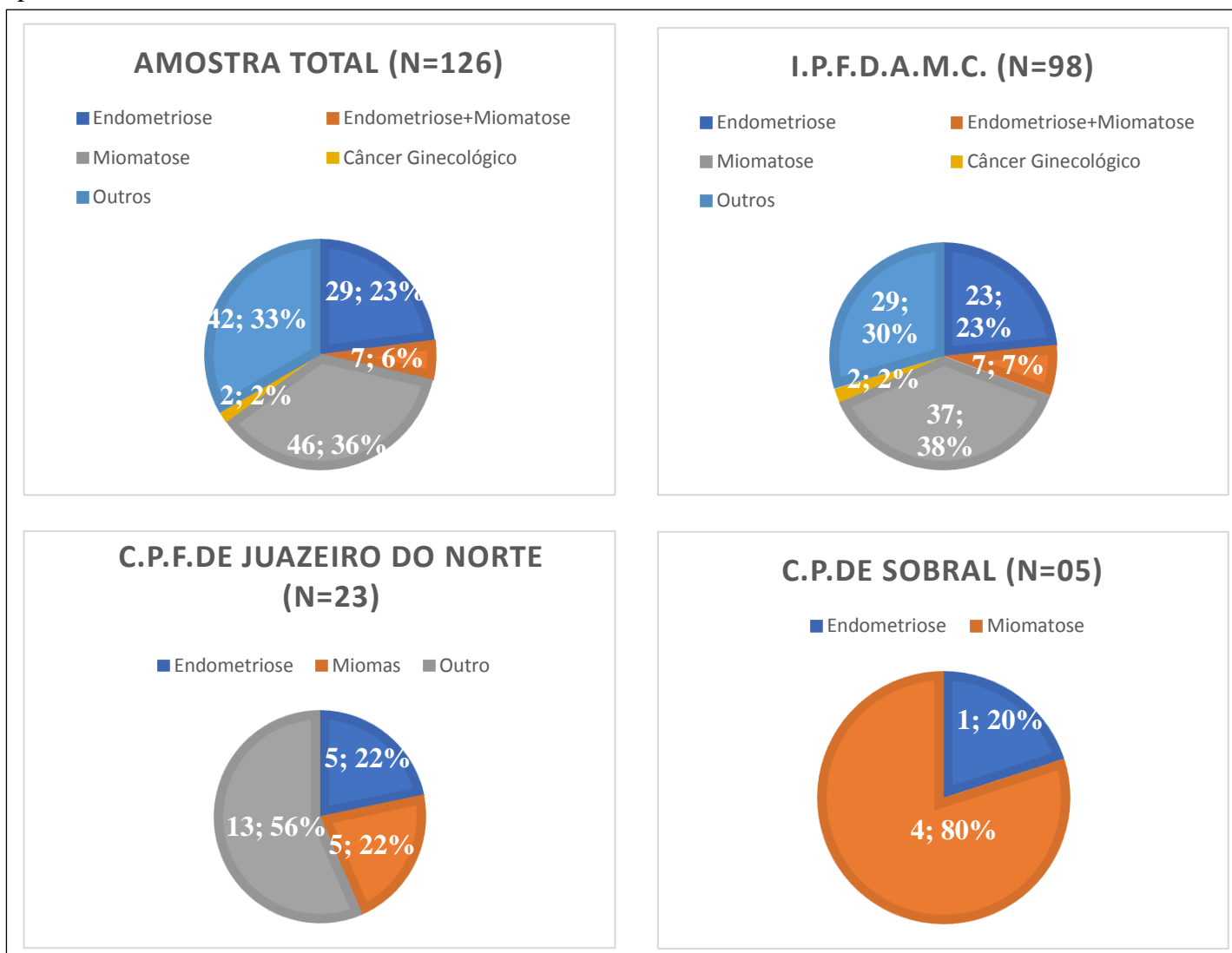
A maioria afirma utilizar alguma medicação (211/69,0%) (Tabela 3), destacando-se o uso do ansiolítico (Amostra geral:128/41,8% - C.P. de Juazeiro do Norte: 34/ 57,6% - I.P.F.A.M.C: 87/38,2% - C.P. de Sobral: 07/36,8%).

Tabela 3 - Distribuição da amostra de acordo com os antecedentes ginecológicos, obstétricos e clínicos. Fortaleza-CE, 2018.

Variáveis	Amostra Total (N=307)		C.P.F. de Juazeiro do Norte (N=59/19,2%)		I.P.F.A.M.C. (N=229/74,6%)		C.P. de Sobral (N=19/6,2%)	
	Média±DP	N (%)	Média±DP	N (%)	Média±DP	N (%)	Média±DP	N (%)
Menopausa (n=301)								
Não		272 (90,4)		54 (93,1)		200 (89,3)		18 (94,7)
Sim		26 (8,6)		04 (6,9)		21 (9,4)		01 (5,3)
Histerectomizada		03 (1,0)		00 (0,0)		03 (1,3)		00 (0,0)
Nº de gestações	2,7±2,1		3,1±2,2		2,5±2,0		3,1±2,9	
Nº de partos	2,2±1,9		2,5±2,0		2,2±1,9		2,0±2,2	
Nº de abortos (total)	0,5±0,9		0,5±0,9		0,4±0,8		1,6±1,4	
Nº de abortos provocados	0,2±0,7		0,1±0,7		0,2±0,6		0,7±1,4	
Nº de partos vaginais	1,4±1,8		1,9±2,2		1,3±1,6		1,3±1,8	
Nº de partos fórceps	0,0±0,3		0,0±0,1		0,1±0,3		0,0±0,0	
Nº de partos cesarianos	0,7±1,0		0,5±0,7		0,8±1,1		0,6±1,2	
Peso do maior RN (gramas)	3447,80±491,95		3345,69±461,07		3441,09±481,50		3861,11±563,34	
IMC (Kg/m ²)	22,6±22,0		13,0±13,3		25,5±23,6		17,7±11,8	
Antecedentes Ginecológicos (n=307)								
Ausente		181 (59,0)		36 (61,0)		131 (57,2)		14 (73,7)
Presente		126 (41,0)		23 (39,0)		98 (42,8)		05 (26,3)
Antecedentes Clínicos (n=306)								
Ausente		153 (50,0)		38 (65,5)		106 (46,3)		09 (47,4)
Presente		153 (50,0)		20 (34,5)		123 (53,7)		10 (52,6)
Medicação atual (n=306)								
Não		95 (31,0)		18 (30,5)		70 (30,7)		07 (36,8)
Sim		211 (69,0)		41 (69,5)		158 (69,3)		12 (63,2)
Acompanhamento Ginecológico								
Não		63 (20,5)		17 (28,8)		42 (18,3)		04 (21,1)
Sim		244 (79,5)		42 (71,2)		187 (81,7)		15 (78,9)

Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

Figura 8 - Distribuição da amostra de acordo com os antecedentes ginecológicos por local de permanência. Fortaleza- CE, 2018.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

Sobre o comportamento sexual, foi reportado início precoce da vida sexual (M:14,4±6,2), com baixo número de parcerias nos último três meses (M:0,3±0,5) apesar da média de 2,5 visitas íntimas por semana. O comportamento sexual predominante foi o heterossexualismo (220/307- 71,9%) e o bissexual foi o menos referido pelas internas (30/307-9,8%), na maioria das vezes (71,9%) iniciado antes da prisão. Aproximadamente 25,0% possuem histórico de prostituição por, em média, 6,5 meses (±16,1), apresentando alto percentual (166/307-54,1%) de relato de algum tipo de DST, ocorrida antes da prisão em 92,7% (Tabela 4). Na testagem rápida para HIV/Sífilis e Hepatite B realizado nas instituições pesquisadas foram encontrados 35 (12,8%) e um (0,4%) casos positivados, respectivamente (Tabela 4)

Tabela 4 - Distribuição da amostra de acordo com as características sexuais por local de permanência. Fortaleza - CE, 2018.

Variáveis	Amostra Total (n=307)		C.P.F. de J do Norte (n=59/19,2%)		I.P.F.A.M.C (n=229/74,6%)		C.P. de Sobral (n=19/6,2%)	
	Média±DP	N (%)	Média±DP	N (%)	Média±DP	N (%)	Média±DP	N (%)
Início da vida sexual (n= 306)	14,4 ±6,2		14,8±2,1		14,4 ±7,1		13, 8±1,6	
Parceiro sexual								
Não		228 (74,3)		37 (62,7)		181 (79,0)		10 (52,6)
Sim		79 (25,7)		22 (37,3)		48 (21,0)		09 (47,4)
Nº de parceiros últimos 3 meses	0,3±0,5		0,4±0,6		0,2 ±0,4		04±0,5	
Periodicidade da visita íntima (mês)	2,5±1,6		2,6 ±1,2		1,9 ±0,5		5,5 ±2,6	
Comportamento sexual								
Heterossexual		220 (71,9)		50 (86,2)		155 (67,7)		15 (78, 9)
Homossexual		56 (18,3)		07 (12,1)		46 (20,1)		03 (15,8)
Bissexual		30 (9,8)		01 (1,7)		28 (12,2)		01 (5,3)
Início do comportamento sexual								
Antes da prisão		234 (76,2)		55 (93,2)		162 (70,7)		17 (89,5)
Depois da Prisão		73 (23,8)		04 (6,8)		67 (29,3)		02 (10,5)
Histórico de prostituição								
Não		231 (75,2)		51 (86,4)		168 (73,4)		12 (63,2)
Sim		76 (24,8)		08 (13,6)		61 (26,6)		07 (36,8)
Tempo de prostituição (meses)	6,5±16,1		1,8 ±5,8		7,5±17,8		8,2±13,2	
DST/AIDS								
Não		141 (45,9)		50 (84,7)		77 (33,6)		14 (73,7)
Sim		166 (54,1)		09 (15,3)		152 (66,4)		05 (26,3)
Período da DST/AIDS ocorreu								
Antes da prisão		154 (95,7)		03 (42,9)		147 (98, 0)		04 (100,0)
Depois da Prisão		07 (4,3)		04 (57,1)		03 (2,0)		00 (0,0)
Teste rápido HIV/Sífilis								
Positivo		35 (12,8)		03 (11,5)		31 (13,5)		01 (5,3)
Negativo		239 (87,2)		23 (88,5)		198 (86,5)		18 (94,7)
Teste rápido Hepatite B								
Positivo		01 (0,4)		00 (0,0)		01 (0,4)		00 (0,0)
Negativo		272 (99,6)		25 (100)		228 (99,6)		19 (100,0)

Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

5.2 Descrição das condições estruturais e hábitos miccionais

A média geral de mulheres por cela foi de $7,6 \pm 1,2$, com aproximadamente metade delas dormindo no chão ($n=154/50,5\%$). A ingestão média de água foi de $5,1 \pm 1,4$ copos por dia, proveniente, principalmente, da torneira ($n=51/86,4\%$), em Juazeiro do Norte, e, nos demais presídios, por meio de bebedouros majoritariamente ($>70,0\%$); mas, que não é distribuída de forma irrestrita para 11(3,6%) mulheres (Tabela 5).

Em dois dos três presídios investigados acontece de não haver sanitário na cela ($n=200/65,1\%$), com maior número de relatos no presídio de Fortaleza ($n=196/85,6\%$). Praticamente metade referiu restrição de acesso ao sanitário ($n=137/44,6\%$) pela manhã ($118/120=96,2\%$), com destaque para a unidade situada em Sobral ($17/19=9,5\%$), e falta de privacidade ($191/62,1\%$) na sua utilização (Tabela 5).

A maioria das mulheres investigadas utiliza como sanitários, os bojos, que são buracos localizados no chão do banheiro ($n=213/69,8\%$), principalmente no presídio de Fortaleza ($n=196/85,6\%$). Nenhuma mulher tem acesso a papel higiênico, ou água e sabão no banheiro para lavar as mãos (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição da amostra de acordo com as condições físicas e estruturais das celas por local de permanência. Fortaleza-CE, 2018.

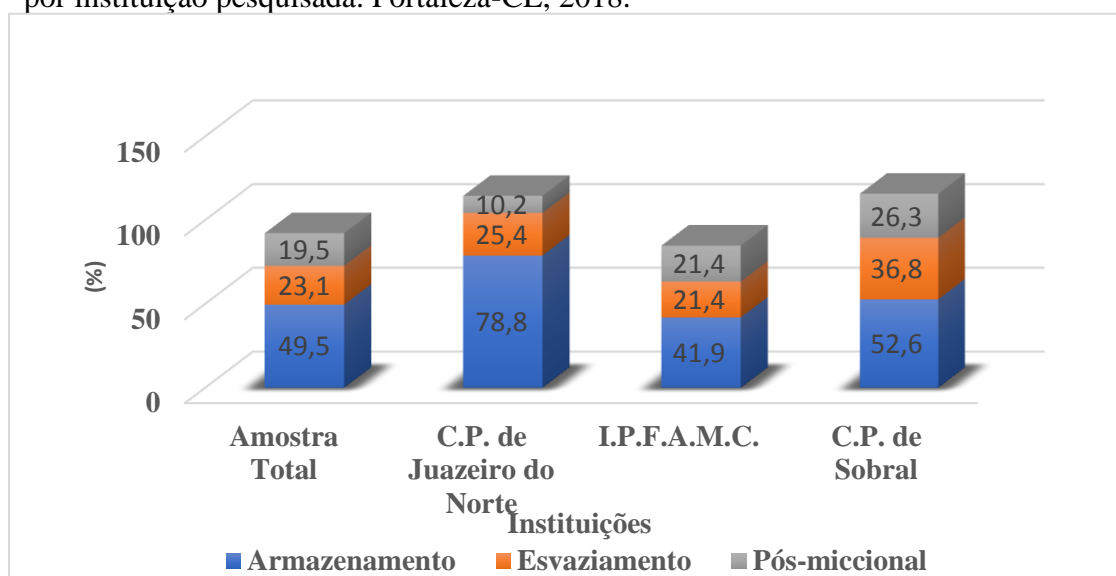
Variáveis	Amostra Total (n=307)		C.P.F. de J. do Norte (n=59/19,2%)		I.P.F.A.M.C (n=229/74,6%)		C.P. de Sobral (n=19/6,2%)	
	Média±DP	N (%)	Média±DP	N (%)	Média±DP	N (%)	Média±DP	N (%)
Nº pessoas na cela	7,6 ±1,2		3,43±1,874	04 (6,8)	7,70±0,987	01 (0,4)	7,28±1,487	01(5,3)
Dormitórios								
Beliche (comarca/pedra)		144 (47,2)		34 (59,6)		102 (44,5)		08 (44,1)
No de cima		40 (19,4)		11 (18,6)		28 (12,2)		01 (5,3)
No de baixo		96 (46,6)		23 (39,0)		66 (28,8)		07 (36,8)
Chão		154 (50,5)		18 (30,5)		125 (54,6)		11 (57,9)
Distribuição de água								
Garrafão		62 (20,2)		03 (5,1)		59 (25,8)		01 (5,3)
Bebedouro		188 (61,2)		05 (8,5)		170 (74,2)		18 (94,7)
Torneira		52 (16,9)		51 (86,4)		00 (0,0)		00 (0,0)
Água à vontade								
Não		11 (3,6)		03 (5,1)		07 (3,5)		01 (5,3)
Sim		295 (96,4)		56 (95,9)		221 (96,5)		18 (94,7)
Nº de copos de água/dia	5,1 ±1,4		6,69±2,170		4,81±2,170		4,95±1,615	
Papel higiênico								
Não		307(100,0)		59 (100,0)		229 (100,0)		19 (100,0)
Sim		00 (0,0)		00 (0,0)		00 (0,0)		00 (0,0)
Sabão e água no banheiro								
Não		307 (100,0)		59 (100,0)		229 (100,0)		19 (100,0)
Sim		00 (0,0)		00 (0,0)		00 (0,0)		00 (0,0)
Privacidade uso sanitário								
Não		116 (37,8)		11 (18,6)		92 (40,2)		13 (68,4)
Sim		191 (62,1)		48 (81,4)		137 (59,8)		06 (31,6)
Sanitários na cela								
Ausente		200 (65,1)		00 (0,0)		196 (85,6)		04 (21,1)
Um		107 (39,4)		59 (100,0)		33 (14,4)		15 (78,9)
Restrição ao sanitário								
Não		169 (55,0)		08 (13,6)		159 (69,4)		02 (10,5)
Sim		137 (44,6)		51 (86,4)		69 (30,1)		17 (89,5)
Em qual turno (n=120)								
Manhã		118 (96,2)		51 (86,4)		50 (21,8)		17 (89,5)
Manhã e noite		02 (3,8)		00 (0,0)		02 (0,9)		00 (0,0)
Localização sanitário/chão								
Acima do chão		92 (30,2)		48 (81,4)		31 (13,5)		13 (68,4)
Rente ao chão		213 (69,8)		11 (18,6)		196 (85,6)		06 (31,6)

Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

5.3 Prevalência dos STUI e fatores relacionados

Os sintomas de armazenamento foram os mais prevalentes, seguidos dos sintomas de esvaziamento e pós-miccionais (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Distribuição dos percentuais de sintomas miccionais na amostra total e por instituição pesquisada. Fortaleza-CE, 2018.



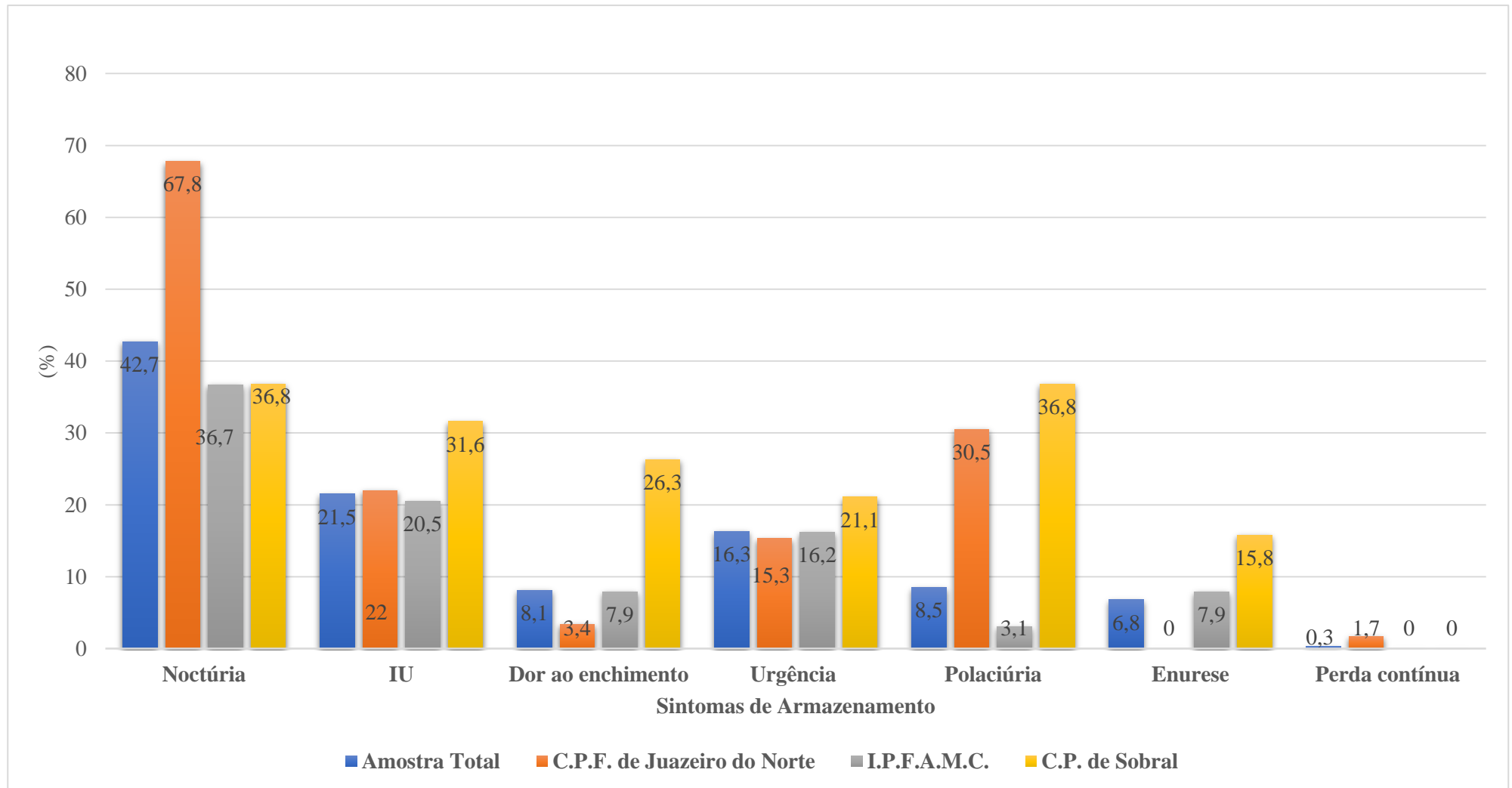
Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

5.3.1 Prevalência dos sintomas de armazenamento

Dentre os sintomas de armazenamento, os três mais citados na amostra total (AT) e em Fortaleza (FOR) foram: noctúria (AT:42,7%; FOR: 36,7%), incontidência (AT:21,5%; FOR:20,5%) e urgência urinária (AT:16,3%; FOR:16,2%). Em Juazeiro do Norte, noctúria (36,7%), polaciúria (30,5%) e IU (22,0%) foram as mais prevalentes; a perda de urina é apresentada em sua maioria, aos grandes esforços (AT: 86,6%). Por outro lado, em Sobral, os sintomas mais referidos foram: noctúria e polaciúria (36,8% cada), IU (31,6%), dor ao enchimento vesical (31,6%) (Gráfico 4).

Das 131 mulheres (42,7%) com noctúria, 52,6% (n=69) acordam uma vez, 41,2% (n=54) acordam 2 a 3 vezes e 6,1% (n=08) chegam a acordar até 4 a 5 vezes para urinar à noite. A média de micções noturnas é maior na C. P. de Juazeiro do Norte (2,1±0,5), seguida do I.P.F.A.M.C. (1,5±0,1) e da C.P. de Sobral (1,3±0,4). Algumas, os sintomas de armazenamento só iniciaram após a situação de encarceramento, sendo: incontidência urinária urgência (13/27,1%), noctúria (14/26,8%), urgência urinária (10/22,2%), enurese (05/15,0%) e incontidência urinária (09/14,8%) (Tabela 6).

Gráfico 4 - Prevalência dos sintomas de armazenamento na amostra geral e por instituição pesquisada. Fortaleza, CE, 2018.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

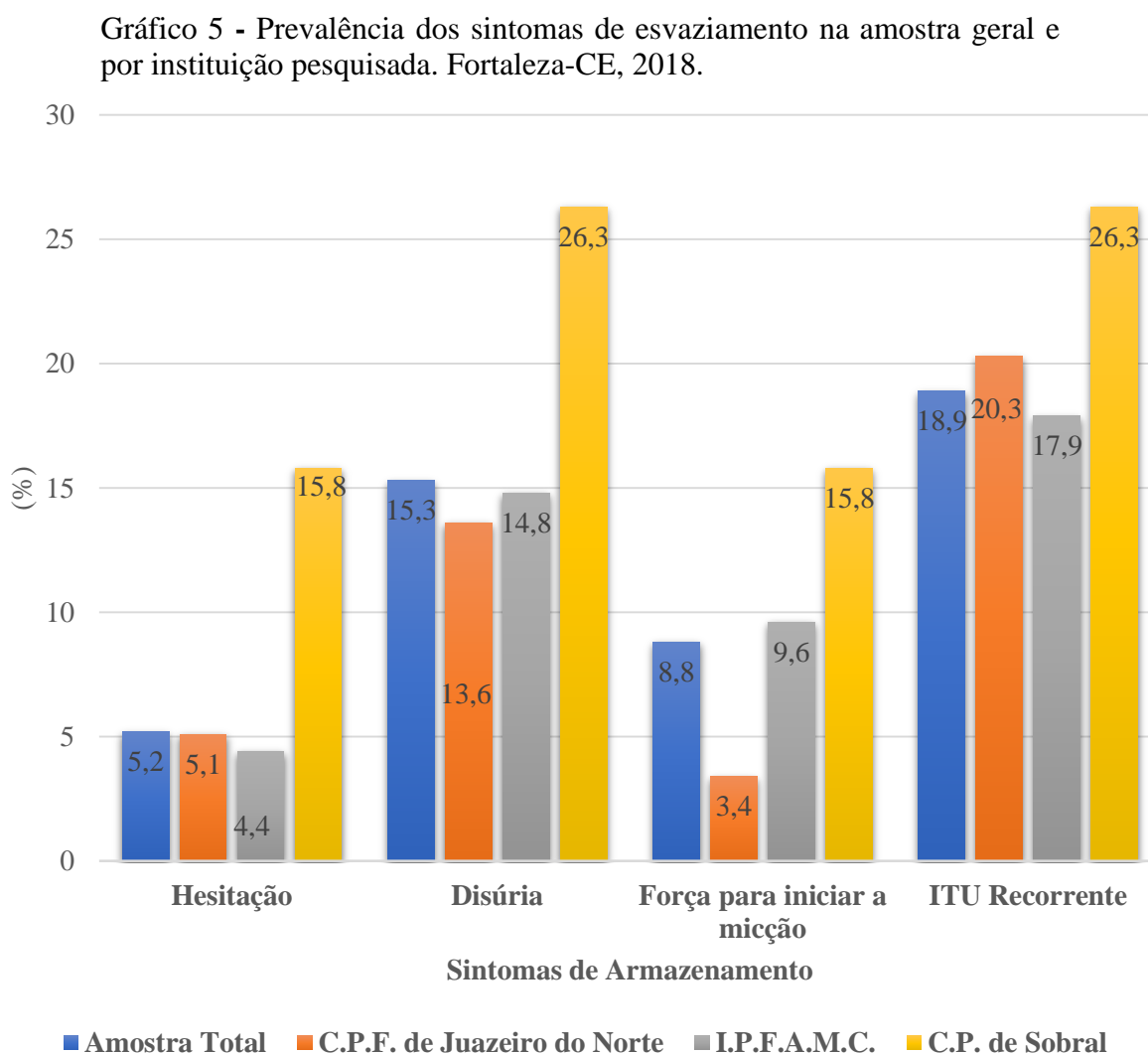
Tabela 6 - Distribuição da amostra de acordo com a ocorrência dos STUI de armazenamento. Fortaleza-CE, 2018.

Variáveis	Amostra Total (n=307)		C.P.F. de Juazeiro do Norte (n=59/19,2%)		I.P.F.A.M.C (n=229/74,6%)		C.P. de Sobral (n=19/6,2%)	
	Média±DP	N (%)	Média ±DP	N (%)	Média ±DP	N (%)	Média ±DP	N (%)
Nº Micções Diurnas	4,45 ±1,319		6,00 ±0,759		4,95 ±0,201		3,75 ±0,453	
Nº Micções Noturnas	0,42 ±0,934		2,17 ±0,505		1,56 ±0,135		1,38 ±0,420	
Perda urina ao esforço								
Não		246 (80,1)		48 (81,4)		185 (80,8)		13 (68,4)
Sim		61 (19,9)		11 (18,6)		44 (19,2)		06 (31,6)
Início da perda								
Antes da prisão		52 (85,2)		07 (63,6)		42 (95,5)		03 (50,0)
Depois da Prisão		09 (14,8)		04 (36,4)		02 (4,5)		03 (50,0)
Urgência								
Não		262 (85,3)		52 (88,1)		195 (85,2)		15 (78,9)
Sim		45 (14,7)		07 (11,9)		34 (14,8)		04 (21,1)
Início								
Antes da prisão		35 (77,8)		03 (42,9)		31 (91,2)		01 (25,0)
Depois da Prisão		10 (22,2)		04 (57,1)		03 (8,8)		03 (75,0)
Urge-incontinência								
Não		259 (84,4)		52 (88,1)		192 (83,8)		15 (78,9)
Sim		48 (15,6)		07 (11,9)		37 (16,2)		04 (21,1)
Início								
Antes da prisão		35 (72,9)		02 (28,6)		33 (89,2)		00 (0,0)
Depois da Prisão		13 (27,1)		05 (71,4)		04 (10,8)		04 (100,0)
Noctúria								
Não		252 (82,1)		51 (86,4)		186 (81,2)		15 (78,9)
Sim		55 (17,9)		08 (13,6)		43 (18,8)		04 (21,1)
Início								
Antes da prisão		41 (73,2)		03 (37,5)		38 (88,4)		00 (0,0)
Depois da Prisão		14 (26,8)		05 (62,5)		05 (11,6)		04 (100,0)
Enurese noturna								
Não		287 (93,5)		59 (100,0)		212 (92,6)		16 (84,2)
Sim		20 (6,5)		00 (0,0)		17 (7,4)		03 (15,8)
Início								
Antes da prisão		15 (85,0)		00 (0,0)		15 (88,2)		00 (0,0)
Depois da Prisão		05 (15,0)		00 (0,0)		02 (11,8)		03 (100,0)
Dor ao enchimento vesical								
Não		283 (92,2)		57 (96,6)		212 (92,6)		14 (73,7)
Sim		24 (7,8)		02 (3,4)		17 (7,4)		05 (26,3)
Início dor ao enchimento								
Antes da prisão		14 (58,3)		01 (50,0)		13 (76,5)		00 (0,0)
Depois da Prisão		10 (41,7)		01 (50,0)		04 (23,5)		05 (100,0)

Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

5.3.2 Prevalência dos sintomas de esvaziamento

Dentre os sintomas de esvaziamento, a disúria ITU recorrente, foram os que mais foram apontados, com a maior incidência na AT (15,3%), sendo a maior proporção deste sintoma no campo CP Sobral (CPS) (CPS: 26,3%) para os dois sintomas referidos. Deste grupo, a dificuldade para iniciar a micção, foi o sintoma com menor aparecimento (AT: 5,2%) Gráfico 5.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

Tabela 7 - Distribuição da amostra de acordo com a ocorrência dos sintomas de esvaziamento e sua relação com a prisão. Fortaleza-CE, 2018.

Variáveis	Amostra Total	C.P.F. de Juazeiro do	I.P.F.A.M.C.	C.P. de Sobral
	(N=307)	Norte (N=59/19,2%)	(N=229/74,6%)	(N=19/6,2%)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Hesitação				
Não	295 (96,1)	58 (98,3)	221 (96,5)	16 (84,2)
Sim	12 (3,9)	01 (1,7)	08 (3,5)	03 (15,8)
Início				
Antes da prisão	06 (50,0)	00 (0,0)	06 (75,0)	00 (0,0)
Depois da Prisão	06 (50,0)	01 (100,0)	02 (25,0)	03 (100,0)
Disúria				
Não	268 (87,3)	51 (86,4)	203 (88,6)	14 (73,7)
Sim	39 (12,7)	08 (13,6)	26 (11,4)	05 (26,3)
Início				
Antes da prisão	26 (66,7)	02 (25,0)	24 (92,3)	00 (0,0)
Depois da Prisão	13 (33,3)	06 (75,0)	02 (7,7)	15 (100,0)
Força à micção				
Não	287 (93,5)	57 (96,6)	214 (93,4)	16 (84,2)
Sim	20 (6,5)	02 (3,4)	15 (6,6)	03 (15,8)
Início				
Antes da prisão	15 (75,0)	01 (50,0)	14 (93,3)	00 (0,0)
Depois da Prisão	05 (25,0)	01 (50,0)	01 (6,7)	03 (100,0)
Polaciúria				
Não	279 (90,9)	56 (94,9)	205 (89,5)	18 (94,7)
Sim	28 (9,1)	03 (5,1)	24 (10,5)	01 (5,3)
Início				
Antes da prisão	23 (82,1)	00 (0,0)	23 (95,8)	00 (0,0)
Depois da Prisão	05 (17,9)	03 (100,0)	01 (4,2)	01 (100,0)
ITU recorrente				
Não	263 (85,7)	50 (84,7)	199 (86,9)	14 (73,7)
Sim	44 (14,3)	09 (15,3)	30 (13,1)	05 (26,3)
Início do ITU recorrente				
Antes da prisão	33 (75,0)	05 (55,6)	28 (93,3)	00 (0,0)
Depois da Prisão	11 (25,0)	04 (44,4)	02 (6,7)	05 (100,0)

Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

5.3.3 Prevalência dos sintomas pós-miccionais

O único sintoma pós-miccional investigado nessa pesquisa foi a sensação de esvaziamento vesical incompleta, referida por 49 (21,4%) mulheres, iniciando antes da prisão para 83,6% (n=41) delas. A distribuição desse sintoma ocorreu, por ordem decrescente, da seguinte forma: C.P. de Sobral (05/19–26,3%), I.P.F.A.M.C. (n=49/180-21,4%) e C. P. de Juazeiro do Norte (06/59-10,2%).

5.3.4 Fatores relacionados a prevalência dos STUI

Dentre os fatores associados à ocorrência dos sintomas urinários, foram identificados: estado conjugal com companheiro/parceiro sexual com Valor p* OR (IC 95%) associados a sintomas de armazenamentos 0,019 [OR: 1,8 (1,1-2,9)]. Amenopausa, tiveassociação com sintomas dos três grupos (armazenamento, esvaziamento e pós-miccionais), sendo o Valor p* OR (IC 95%) para os sintomas de armazenamento: 0,000 [OR: 9,2 (2,7-31,6)], sintomas de esvaziamento: 0,000 [OR 4,1 (1,8-9,4)] e sintomas pós-miccionais: 0,000 [OR 4,3 (1,8-9,9)]; antecedentes ginecológicos, número de gestações, número de partos, e, copos de água/dia, estão associados aos sintomas de armazenamento.

Tabela 8 – Distribuição da associação entre STUI e fatores relacionados ao estilo de vida na prisão. Fortaleza, CE, 2018.

VARIÁVEIS		STUI					
		Sintomas de Armazenamento		Sintomas de Esvaziamento		Sintomas Pós-Miccionais	
		Não 155 (50,5%)	Sim 152 (49,5%)	Não 236 (76,9%)	Sim 71 (23,1%)	Não 247 (80,5%)	Sim 60 (19,5%)
Estado Conjugal	Sem companheiro n(%)	118 (76,1%)	97 (63,8%)	164 (69,5%)	51 (71,8%)	172 (69,6%)	43 (71,7%)
	Com companheiro n(%)	37 (23,9%)	55 (33,2%)	72 (30,5%)	20 (28,2%)	75 (30,4%)	17 (28,3%)
	Valor p* OR (IC 95%)	0,019 [OR: 1,8 (1,1-2,9)]		0,706		0,758	
Tabagismo	Não n (%)	75 (48,4%)	65 (42,8%)	75 (48,4%)	65 (42,8%)	112 (47,5%)	28 (39,4%)
	Sim n (%)	80 (51,6%)	87 (57,2%)	80 (51,6%)	87 (57,2%)	124 (52,5%)	43 (60,6%)
	Valor p* OR (IC 95%)	0,323		0,237		0,234	
Etilismo	Não n (%)	75 (48,4%)	60 (39,5%)	106 (44,9%)	29 (40,8%)	110 (44,5%)	25 (41,7%)
	Sim n (%)	80 (51,6%)	92 (60,5%)	130 (55,1%)	42 (59,2%)	137 (55,5%)	35 (58,3%)
	Valor p* OR (IC 95%)	0,116		0,545		0,688	
Drogas	Não n (%)	76 (49,0%)	69 (45,4%)	117 (49,6%)	28 (39,4%)	122 (49,4%)	23 (38,3%)
	Sim n (%)	79 (51,0%)	83 (54,6%)	119 (50,4%)	43 (60,6%)	125 (50,6%)	37 (61,7%)
	Valor p* OR (IC 95%)	0,523		0,133		0,124	
Menopausa	Não n (%)	149 (98,0%)	123 (84,2%)	219 (94,4%)	53 (80,3%)	227 (94,2%)	45 (78,9%)
	Sim n (%)	03 (2,0%)	23 (15,8%)	13 (5,6%)	13 (19,7%)	14 (5,8%)	12 (21,1%)
	Valor p* OR (IC 95%)	0,000 [OR: 9,2 (2,7-31,6)]		0,000 [OR 4,1 (1,8-9,4)]		0,000 [OR 4,3 (1,8-9,9)]	
Antecedentes Ginecológicos	Não n (%)	100 (55,2%)	81 (44,8%)	144 (61,0%)	37 (52,1%)	147 (59,5%)	34 (56,7%)
	Sim n (%)	55 (43,7%)	71 (56,3%)	92 (39,0%)	34 (47,9%)	100 (40,5%)	26 (43,3%)
	Valor p* OR (IC 95%)	0,046 [OR: 1,5 (1,0-2,5)]		0,181		0,688	
Antecedentes Clínicos	Não n (%)	87 (56,1%)	66 (43,7%)	122 (51,9%)	31 (43,7%)	129 (52,4%)	24 (40,0%)
	Sim n (%)	68 (43,9%)	85 (56,3%)	113 (48,1%)	40 (56,3%)	117 (47,6%)	36 (60,0%)
	Valor p* OR (IC 95%)	0,030 [OR: 1,6 (1,0-2,5)]		0,223		0,084	
Possui parceiro sexual	Não n (%)	123 (79,4%)	105 (69,1%)	183 (77,5%)	45 (63,4%)	191 (77,3%)	37 (61,7%)
	Sim n (%)	32 (20,6%)	47 (30,9%)	53 (22,5%)	26 (36,6%)	56 (22,7%)	23 (38,3%)
	Valor p* OR (IC 95%)	0,039 [OR: 1,7 (1,0-2,8)]		0,017 [OR 1,9 (1,1-3,5)]		0,013 [OR 2,1 (1,1-3,8)]	
Comportamento sexual	Heterossexual n (%)	107 (69,0%)	113 (74,8%)	172 (72,9%)	48 (68,6%)	179 (72,5%)	41 (69,5%)
	Homo/Bissexual n (%)	48 (31,0%)	38 (25,2%)	64 (27,1%)	22 (31,4%)	68 (27,5%)	18 (30,5%)
	Valor p* OR (IC 95%)	0,053		0,481		0,648	

* Qui-quadrado

Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

Tabela 9 – Distribuição da associação entre STUI e fatores relacionados ao estilo de vida na prisão. Fortaleza, CE, 2018.

VARIÁVEIS INTERVALARES		STUI					
		Sintomas de Armazenamento		Sintomas de Esvaziamento		Sintomas Pós-Miccionais	
		Não 155 (50,5%)	Sim 152 (49,5%)	Não 236 (76,9%)	Sim 71 (23,1%)	Não 247 (80,5%)	Sim 60 (19,5%)
Idade	M (±DP)	28,4±9,5	37,5±12,1	31,3±10,8	38,0±13,3	31,3±10,9	39,7±12,8
	Md (p25-p75)	26,0 (20,0-35,0)	35,0 (28,0-47,7)	29,0 (22,0-39,0)	38,0 (28,0-51,0)	29,0 (22,0-39,0)	40,0 (29,2-51,0)
	Valor p*	0,000		0,00		0,00	
Início da vida sexual	M (±DP)	14,6±8,5	14,2±1,7	14,6±06,9	13,8±01,8	14,5±06,8	14,1±01,8
	Md (p25-p75)	14,0 (12,0-15,0)	14,0 (13,0-15,0)	14,0 (13,0-15,0)	13,0 (12,0-15,0)	14,0 (13,0-15,0)	13,5 (13,0-15,0)
	Valor p*	0,123		0,123		0,872	
IMC	M (±DP)	22,6±6,5	22,7±30,7	22,7±24,5	22,6±09,7	21,3±09,7	28,3±45,9
	Md (p25-p75)	22,8 (20,4-26,3)	25,2 (18,9-28,3)	23,0 (20,1-27,0)	24,9 (20,8-26,3)	23,0 (20,1-26,9)	25,5 (20,8-28,8)
	Valor p*	0,161		0,112		0,038	
Nº de gestações	M (±DP)	2,0±1,9	3,4±2,0	02,5±02,0	0,4±02,1	02,4±01,9	03,5±02,2
	Md (p25-p75)	2,0 (0,0 - 3,0)	3,0 (2,0 - 5,0)	02,0 (01,0-04,0)	04,0 (02,0-05,0)	02,0 (01,0-04,0)	04,0 (02,0-05,0)
	Valor p*	0,000		0,00		0,00	
Nº de partos vaginais	M (±DP)	0,8±1,3	2,1±2,0	01,2±01,6	02,3±02,0	01,1±01,5	02,6±02,2
	Md (p25-p75)	0,0 (0,0 - 1,0)	2,0 (0,0 - 3,0)	01,0 (00,0-02,0)	02,0 (00,0-04,00)	01,0 (00,0-02,0)	02,0 (01,0-04,0)
	Valor p*	0,000		0,00		0,00	
Nº de partos cesáreos	M (±DP)	0,6±1,0	0,8±1,0	00,8±01,1	00,5±00,8	0,7±01,0	0,7±00,9
	Md (p25-p75)	0,0 (0,0 - 1,0)	0,0 (0,0 - 1,0)	00,0 (00,0-02,0)	00,0 (00,0-02,0)	0,00 (00,0-01,0)	00,0 (00,0-01,0)
	Valor p*	0,063		0,096		0,565	
Peso do > RN	M (±DP)	3396,34±457,71	3488,85±516,67	3414,69±490,96	3546,26±488,067	3408,63±471,621	3582,59±541,621
	Md (p25-p75)	33000,00 (3100,00-3.600,00)	3400,00 (3150,00-3787,50)	3350,00 (3100,00- 3625,00)	3450,00 (3200,00- 3800,00)	3400,00 (100,00- 3600,00)	3500,00 (3168,75- 3950,00)
	Valor p*	0,307		0,155		0,146	
Nº de copos água/dia	M (±DP)	4,7±0,9	5,6±1,7	07,4±01,2	07,4±01,1	05,1±01,4	05,1±01,4
	Md (p25-p75)	5,0 (4,0 - 5,0)	5,0 (5,0 - 6,0)	08,0 (07,0-08,0)	08,0 (07,0-08,0)	05,0 (04,0-05,0)	05,0 (04,0-06,0)
	Valor p*	0,000		0,770		0,261	
Nº pessoas na cela	M (±DP)	7,3±0,8	7,5±1,5	07,6±01,1	07,6±01,5	07,6±01,2	07,4±01,1
	Md (p25-p75)	8,0 (7,0 - 8,0)	8,0 (7,0 - 8,0)	08,0 (07,0-08,0)	08,0 (07,0-09,0)	08,0 (07,0-08,0)	08,0 (07,0-08,0)
	Valor p*	0,396		0,177		0,220	

Tabela 10 - Distribuição da associação entre STUI e fatores relacionados ao estilo de vida na prisão. Fortaleza, CE, 2018.

VARIÁVEIS	STUI						
	Sintomas de Armazenamento		Sintomas de Esvaziamento		Sintomas Pós-Miccionais		
	Não 155 (50,5%)	Sim 152 (49,5%)	Não 236 (76,9%)	Sim 71 (23,1%)	Não 247 (80,5%)	Sim 60 (19,5%)	
Privacidade no uso do sanitário	Sim n(%)	81 (52,3%)	110 (72,4%)	148 (62,7)	43 (60,6)	153 (961,9)	38 (63,3)
	Não n(%)	74 (43,7%)	42 (27,6%)	88 (37,3)	28 (39,4)	97 (38,1)	22 (36,7)
	Valor p* OR (IC 95%)	0,019 [OR: 1,8 (1,1-2,9)]		0,773		0,842	
Uso irrestrito do sanitário	Sim n (%)	80 (51,6%)	87 (57,2%)	106 (944,9)	32 (45,1)	107 (943,30)	31 (51,70)
	Não n (%)	75 (48,4%)	65 (42,8%)	130 (55,1)	39 (54,9)	140 (56,7)	29 (48,3)
	Valor p* OR (IC 95%)	0,323		0,482		0,244	
Localização do sanitário	Acima do chão n (%)	37 (24,0%)	55 (36,4%)	73 (31,2)	19 (26,8)	74 (30,2)	18 (30,0)
	No chão n (%)	117 (76,0%)	96 (63,6%)	161 (68,8)	52 (73,2)	171 (69,8)	42 (70,0)
	Valor p* OR (IC 95%)	0,018 [OR: 0,5 (0,3-0,9)]		0,776		0,995	
Distribuição de água na cela	Bebedouro/Garrafão n (%)	121 (78,1%)	67 (44,1%)	191 (80,9)	59 (83,1)	196 (79,4)	54 (90,0)
	Torneira n (%)	20 (12,9%)	42 (27,6%)	45 (19,1)	12 (16,9)	51 (20,6)	06 (10,0)
	Valor p*	0,000				0,057	
Local em que dorme na cela	Beliche n (%)	62 (40,0%)	82 (54,7%)	107 (45,7)	37 (52,1)	110 (44,7)	37 (57,6)
	Chão n (%)	93 (60,0%)	63 (42,0%)	126 (53,9)	30 (42,3)	132 (53,7)	24 (15,6)
	Rede n (%)	00 (0,0%)	05 (3,3%)	01 (0,4)	04 (5,6)	04 (1,6)	01 (1,7)
	Valor p**	0,004		0,010		0,313	

* Qui-quadrado ** Razão de verossimilhança

Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

5.4 Impacto dos STUI na qualidade de vida

Foram analisados os domínios do KHQ. Acerca da percepção geral da saúde, obteve-se uma média de 50, com uma mediana (P25-P75), também de 50 pontos. Nos cenários individuais, a maior média foi do I.P.F.D.A.M.C de 51,27 e Intervalo de Confiança (IC) 95% de 46,08-56,46. Sobre o impacto da incontinência, a média foi de 24,01, com mediana 33,0 na amostra total; a maior média por campo foi na CP Sobral, com IC 19,09-38,98 (Tabela 9).

Das limitações das atividades diárias, a média geral foi de 24,03 com mediana 16,6 sendo a maior média calculada, foi CP Juazeiro do Norte 29,14, com IC 07,91-50,37 (Tabela 9). A média referente ao domínio *limitações físicas*, foi 14, 12, com mediana 00,0 na amostra geral. Sobre as *limitações sociais*, observou-se que a menor média foi a da CP Juazeiro do Norte, com 04,62 e IC 05,61-12,44, dentro da média de 08,43 da amostra geral (Tabela 9).

Das *relações pessoais*, a média geral foi de 04,00 com mediana 00,0, observa-se que a CP Sobral zerou a média e IC (00,0). No domínio *emoções*, a média foi de 07,73 com mediana 00,0, destaca-se a maior média a da CP Juazeiro do Norte 0,9 com IC 05,74-24,24. Ainda sobre a CP Juazeiro do Norte, destaca-se que teve a maior média no domínio *sono e disposição*, com 31,91 e IC 11,98. Das *medidas de gravidades*, a média da amostra geral foi de 11,43, observa-se nesse domínio, maior pontuação da média de 14, 15 na CP de Sobral, sendo a maior (Tabela 9).

De acordo com as investigações do OAB, a *Frequência Urinária Diurna*, mais relatada, foi de 1 a 6 vezes 69/79 (87,3%). A maior proporção por campo, foi da CP Sobral 08/08 (100%). Apesar do *Incômodo*, a média da amostra geral foi $2,34 \pm 2,56$, com a maior média na CP Sobral $3,25 \pm 2,18$. Da *Frequência Urinária Noturna*, Levantar-se para urinar 2 vezes foi a mais relatada, 31/79 (39,2%), sendo a maior média relatada quanto ao *incômodo*, no I.P.F.D.A.M.C $3,61 \pm 2,90$ (Tabela 10).

De acordo com os quesitos do ICQ-SF, a frequência da perda de urina *Diversas Vezes ao Dia*, foi a mais apontada 20/79 (25,3%), contudo, a CP Juazeiro do Norte zerou nesse questionamento. Acerca da quantidade de urina perdida, *Pequena Quantidade* foi a mais apontada, sendo 44/79 (55,7%). Quanto à *Interferência da Perda de Urina na Vida Diária*, a média geral foi $2,8 \pm 2,14$, observando a maior média por campo na CP Sobral, $3,88 \pm 1,88$. Entretanto, a média do Score foi $6,85 \pm 4,52$ (Tabela 11).

Tabela 11 - Distribuição da amostra de acordo com as pontuações dos domínios do KHQ. Fortaleza-CE, 2018

Variáveis	Amostra Total (n=79/25,7%)		C.P.F. de J. do Norte (n=12/15,2%)		I.P.F.A.M.C (n=59/74,6%)		C.P. de Sobral (n=08/10,2%)	
	Média ±DP	Mediana (P25-P75)	Média ±DP	IC (95%)	Média ±DP	IC (95%)	Média ±DP	IC (95%)
	Percepção geral da saúde	50,00 ±20,01	50,0 (25,0 – 75,0)	45,83 ±17,94	34,43 – 57,23	51,27 ±19,92	46,08 – 56,46	46,88 ±24,77
Impacto da incontinência	24,01 ±26,64	33,0 (00,0 – 33,3)	24,92 ±32,18	04,47 – 45,37	23,14 ±27,14	16,06 – 30,21	29,14 ±11,77	19,29 – 38,98
Limitações de ativ. diárias	24,03 ±27,30	16,6 (00,0 – 33,3)	29,14 ±33,41	07,91 – 50,37	23,14 ±27,50	15,97 – 30,31	22,88 ±15,27	10,10 – 35,65
Limitações físicas	14,12 ±19,42	00,0 (00,0 – 16,6)	13,86 ±22,26	00,28 – 28,01	13,27 ±19,24	08,25 – 18,28	20,80 ±17,25	06,37 – 35,22
Limitações sociais	08,43 ±12,84	00,0 (00,0 – 11,1)	04,62 ±09,99	05,61 – 12,44	09,03 ±13,11	05,61 – 12,44	09,71 ±15,05	02,87 – 22,29
Relações pessoais	04,00 ±13,38	00,0 (00,0 – 00,0)	01,38 ±04,79	01,66 – 04,42	05,08 ±15,22	01,11 – 09,04	00,00 ±00,00	00,00 ±00,00
Emoções	07,73 ±18,16	00,0 (00,0 – 00,0)	09,25 ±23,58	05,74 – 24,24	07,72 ±18,00	03,02 – 12,41	05,55 ±10,27	03,04 – 14,14
Sono e disposição	25,31 ±20,96	16,6 (16,6 – 33,3)	31,91 ±31,35	11,98 – 51,83	23,45 ±19,31	18,41 – 28,48	29,13 ±11,80	19,25 – 39,00
Medidas de gravidade	11,43 ±11,64	13,3 (00,0 – 20,0)	11,63 ±13,65	02,96 – 20,30	11,02 ±11,18	08,11 – 13,94	14,15 ±13,04	03,24 – 25,05

Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

Tabela 12 - Distribuição da amostra de acordo com as pontuações do OAB-SF. Fortaleza-CE, 2018.

Variáveis	Amostra Total (n=79/25,7%)		C.P.F. de J. do Norte (n=12/15,2%)		I.P.F.A.M.C (n=59/74,6%)		C.P. de Sobral (n=08/10,2%)	
	Média ±DP	N (%)	Média ±DP	N (%)	Média ±DP	N (%)	Média ±DP	N (%)
Frequência de urina diária								
Uma a seis vezes		69 (87,3)		09 (75,0)		52 (88,1)		08 (100,0)
Sete a oito vezes		06 (7,6)		00 (0,0)		06 (10,2)		00 (0,0)
Nove a dez vezes		04 (5,1)		03 (25,0)		01 (1,7)		00 (0,0)
Onze a doze vezes		00 (0,0)		00 (0,0)		00 (0,0)		00 (0,0)
Treze vezes ou mais		00 (0,0)		00 (0,0)		00 (0,0)		00 (0,0)
Incômodo	2,34 ±2,561		1,83 ±2,480		2,32 ±2,629		3,25 ±2,188	
Frequência de micções noturnas								
Nenhuma		11 (13,9)		00 (0,0)		10 (16,9)		01 (12,5)
Uma vez		21 (26,6)		06 (50,0)		14 (23,7)		01 (12,5)
Duas vezes		31 (39,2)		01 (8,3)		26 (44,1)		04 (50,0)
Três vezes		11 (13,9)		01 (8,3)		09 (15,3)		01 (12,5)
Quatro ou mais vezes		05 (6,3)		04 (33,3)		00 (0,0)		01 (12,5)
Incômodo	3,25 ±2,902		1,92 ±2,610		3,61 ±2,901		2,63 ±2,973	
Pressa para chegar ao banheiro								
Nunca		14 (17,7)		00 (0,0)		12 (20,3)		02 (25,0)
Poucas vezes		29 (36,7)		08 (66,7)		18 (30,5)		03 (37,5)
Às vezes		36 (45,6)		04 (33,3)		29 (49,2)		03 (37,5)

Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

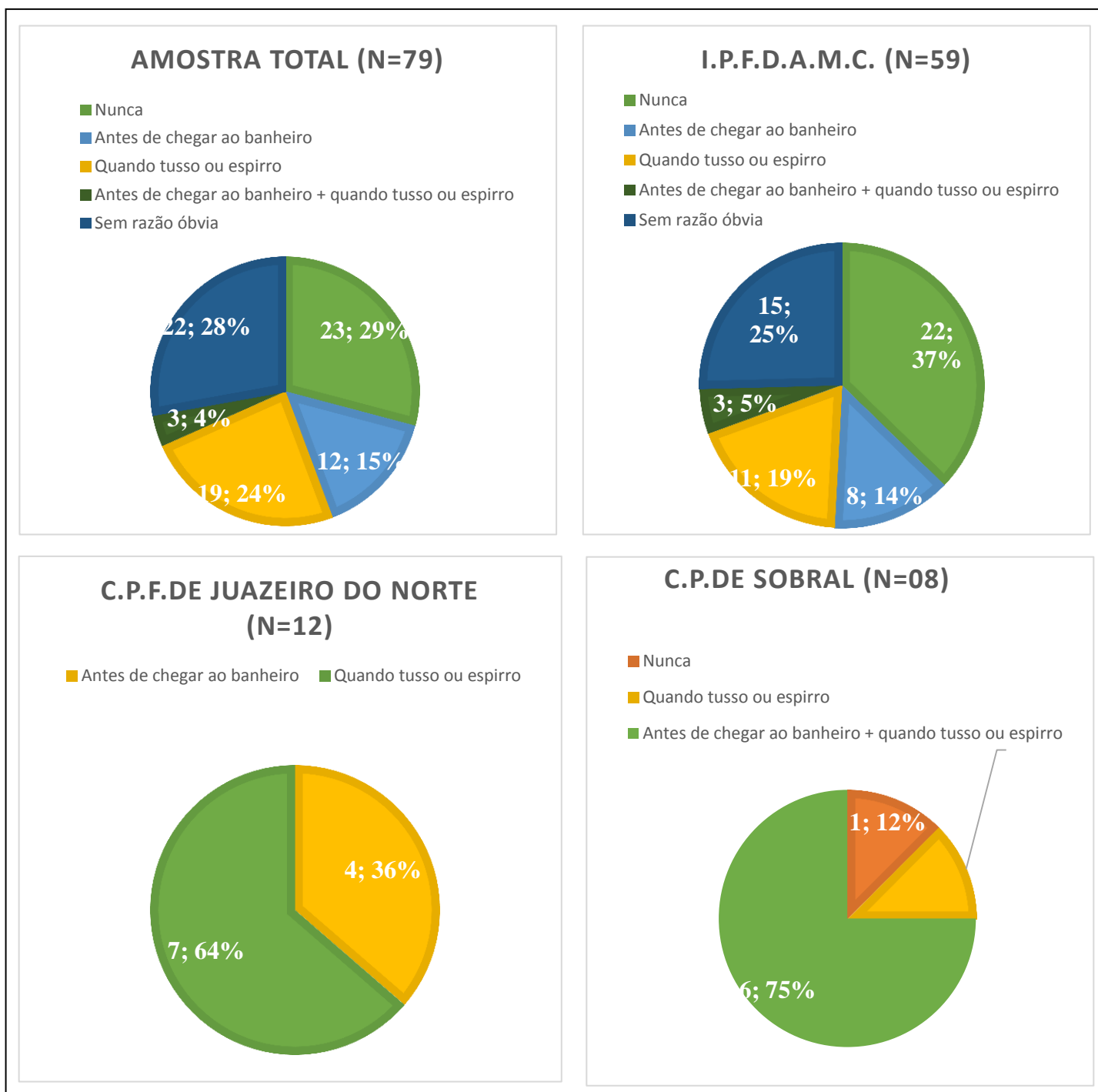
Tabela 13 - Distribuição da amostra de acordo com as pontuações do ICIQ-SF. Fortaleza-CE, 2018.

Variáveis	Amostra Total (n=79/25,7%)		C.P.F. de J. do Norte (n=12/15,2%)		I.P.F.A.M.C (n=59/74,6%)		C.P. de Sobral (n=08/10,2%)	
	Média ±DP	N (%)	Média ±DP	N (%)	Média ±DP	N (%)	Média ±DP	N (%)
Frequência da perda urinária								
Nunca		17 (21,5)		03 (25,0)		13 (22,0)		01 (12,5)
Uma vez por semana ou menos		15 (19,0)		07 (58,3)		07 (11,9)		01 (12,5)
Duas ou três vezes por semana		12 (15,2)		01 (8,3)		11 (18,6)		0 (0)
Uma vez ao dia		15 (19,0)		01 (8,3)		13 (22,0)		01 (12,5)
Diversas vezes ao dia		20 (25,3)		00 (0,0)		15 (25,4)		05 (62,5)
O tempo todo		00 (0,0)		00 (0,0)		00 (0,0)		00 (0,0)
Quantidade de urina perdida								
Nenhuma		18 (22,8)		04 (33,3)		13 (22,0)		01 (12,5)
Pequena		44 (55,7)		06 (50,0)		34 (57,6)		04 (50,0)
Moderada		17 (21,5)		02 (16,7)		12 (20,3)		03 (21,5)
Grande		00 (0,0)		00 (0,0)		00 (0,0)		00 (0,0)
Interferência da perda de urina na vida diária	2,80 ±2,145		0,92 ±1,165		3,03 ±2,133		3,88 ±1,885	
Escore Final	6,85 ±4,529		3,58 ±3,260		7,17 ±4,469		9,38 ±4,470	

Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

A despeito do momento da perda de urina, *Nunca*, foi o momento mais apontado na amostra total, 23 (29%), que teve equivalência semelhante na amostra individual do I.P.F.D.A.M.C, 22 (37%). Entretanto, na CP Juazeiro do Norte e na CP Sobral, o momento mais referido foi *Quando Tosse ou Espirra* 07 (64%) e 6 (76%) respectivamente. Figura 9.

Figura 9 - Distribuição dos motivos de perda urinária segundo ICIQ – SF. Fortaleza,2018.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2018

6 DISCUSSÃO

A saúde, no Sistema Penitenciário brasileiro, apresenta um quadro preocupante devido a vários fatores que evidenciam alguns problemas. Dentre eles, destacam-se o déficit de vagas nas penitenciárias e, principalmente, a falta de uma assistência à saúde suficiente e adequada. Ressalta-se que o país tem a oitava maior população carcerária por habitante e o número de presos aumentou consideravelmente nos últimos 12 anos.

O desenvolvimento do estudo permitiu, além de conhecer o perfil sociodemográfico e as condições de saúde das internas, transitar por sutis significados das relações sociais, em um universo com códigos específicos, neologismos, experiências inéditas, imaginários e fantasias, que povoam uma realidade dura, com muitos conflitos e, provavelmente, difíceis e incertas respostas (OPAS, 2012).

Dos três campos estudados, foram identificadas internas de 8 macrorregiões do estado do Ceará, além de 4 outros estados do Brasil. Segundo dados das Diretrizes Básicas para Arquitetura Penal, a origem das pessoas presas é um dos indicadores básicos de localização, de modo a não impedir ou dificultar sua visitação e a preservar seus vínculos para a futura reintegração harmônica à vida em sociedade (BRASIL, 2011).

Das unidades prisionais onde foram realizadas essas pesquisas, uma era mista e duas exclusivas para mulheres. Contudo, somente o I.P.F.D.A.M.C dispõe de creche, serviço de saúde com equipe completa e berçário. Levantamento realizado no Brasil, no ano de 2008, encontrou 508 estabelecimentos penais com mulheres encarceradas, sendo 58 exclusivos para mulheres e 450 para ambos os sexos. Nos estabelecimentos penais mistos, encontram-se pavilhões, alas e celas adaptadas para mulheres e, em sua maioria, não há qualquer forma de tratamento voltado para a ressocialização das presas, tampouco creche e berçário para seus filhos (BRASIL, 2008b). Dados do INFOPEN 2016, mostram que em relação à destinação dos estabelecimentos por gênero, a tendência expressa, que apontou que a maior parte dos estabelecimentos penais foi projetada para o público masculino. 74% das unidades prisionais destinam-se aos homens, 7% ao público feminino e outros 16% são caracterizados como mistos, o que significa que podem contar com alas/celas específicas para o aprisionamento de mulheres dentro de um estabelecimento originalmente masculino.

O perfil sociodemográfico das internas estudadas revelou que a maioria é composta de mulheres jovens, pardas e negras, solteiras e com baixa escolaridade, assim como o encontrado em levantamento feito pelo Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), em 2008-2009 (BRASIL, 2008a). Este é o retrato de muitas jovens brasileiras, que

vivem em situação de desestruturação familiar, social e econômica. A fragilidade das políticas públicas na garantia de educação de qualidade, moradia, lazer, saneamento básico, alimentação, qualificação profissional e oferta de trabalho dificulta o alcance de um lugar com vida digna na sociedade (NICOLAU et al., 2012).

As internas pesquisadas neste estudo, em sua maioria não tinham nenhum tipo de vínculo conjugal 70, 3% e as casadas ou união estável, representaram 29,7% da amostra. Em artigo sobre a Penitenciária Feminina de Salvador (CAVALCANTI, 2004), do grupo de 124 presidiárias estudadas, 92,7% eram solteiras, 6,5% casadas e 0,8% separadas ou divorciadas. No Rio de Janeiro (CARVALHO et al. 2006), 54,4% das 125 internas eram solteiras, 21,6% casadas ou amasiadas, 14,4% separadas ou divorciadas e 9,6% viúvas. Por outro lado, dados de uma penitenciária feminina do Espírito Santo (MIRANDA et al. 2004) mostraram equilíbrio numérico entre as mulheres solteiras e as que tinham algum tipo de união. Das 121 participantes do referido estudo, 38,8% eram casadas ou amasiadas, 37,2% solteiras, 13,3% separadas ou divorciadas e 10,7% viúvas. Muitas mulheres se remetem à condição de estado civil formal, não abarcando a relação não oficializada como uma forma de estado civil. Além desse fator, observa-se que, após a prisão, ocorre o abandono dos parceiros, seja homem ou mulher, evidenciando uma correlação com a sociologia de ingratidão machista do percorrer dos meandros da afetividade feminina (LIMA, 2013).

Nos últimos anos, houve considerável aumento no número de mulheres encarceradas por envolvimento no tráfico de drogas, tanto por traficarem como por usarem. Esse tipo de crime correspondia a 32,6% das detenções de mulheres em 1988, passando para 56,1% em 2000 (UNED, 2005). O envolvimento com drogas (tráfico e uso), combinado ou não com outro crime, constituiu o delito de maior ocorrência entre as internas, com frequência de 160 (52,1). A média de tempo a ser cumprido na prisão foi de 75 meses ($75,4 \pm 30,2$) e média de tempo já cumprido, foi de 17 meses ($17,3 \pm 12,0$). Na literatura, há dados que indicam diferença entre homens e mulheres quanto à criminalidade (GUEDES, 2006). A maioria das mulheres entra no mundo do crime através do tráfico de drogas. Destaca-se que muitas dessas mulheres atuam no tráfico, na sua maioria como coadjuvante e, muitas vezes, por influência de seus próprios companheiros já envolvidos com o tráfico (CASTELLO, 2015). Sendo elas na grande parte das vezes abandonadas por esses parceiros afetivos, depois de aprisionadas.

Constatamos que 25,7% das internas desenvolviam alguma atividade laboral na prisão, o que contrasta com pesquisa nacional onde os responsáveis pelos estabelecimentos afirmam que 47,5% das mulheres encarceradas desempenham tais atividades nas unidades

(BRASIL, 2008a).

Nas unidades estudadas, 25,7% das internas referiram receber visita íntima. Em 70,6% do conjunto dos estabelecimentos penais, existe permissão para visita íntima, mas apenas 9,7% das presas recebem este tipo de visitação (CARVALHO et al., 2006; BRASIL, 2008a).

No presente estudo, encontrou-se elevada prevalência de morbidades referidas, relacionadas doenças sexualmente transmissíveis, em mais da metade da população entrevistada 54,1% e uma cobertura boa relacionada à realização de teste rápidos para HIV/Sífilis e Hepatite B, onde as internas referiram ser rotina na entrada da unidade prisional, a realização dos testes rápidos e que somente as que não aceitam, não realizam os testes. A situação verificada vai de encontro com a apresentada em diagnóstico nacional sobre saúde das mulheres encarceradas, cujas informações são de que 92,2% realizam regularmente exame (BRASIL, 2008a). Estudos brasileiros identificaram prevalência aumentada de doenças infecciosas e de comportamento de risco para DST em mulheres encarceradas em relação à população em geral (MIRANDA et al. 2000)

Evidenciado pela alta prevalência de comportamento sexual de risco (BRASIL, 2013a), vistos que 18,3 % das internas estudadas se declaram homossexuais e 9,8 bissexuais. Cuidado adicional deve ser realizado, pois estudos comprovam a existência de atividades sexuais (hetero ou homo) habituais durante o encarceramento e, juntamente com o uso de drogas ilícitas, se constituem em comportamentos que predisõem a infecções pelo HIV e outras DST (BREWER; DERRICKSON, 1992).

Em relação às queixas ginecológicas, mais da metade (181/59,0%) não possui antecedentes ginecológicos, houve semelhança com o estudo no Espírito Santo, pois as participantes que referiram possuir queixas ginecológicas naquele estudo totalizaram 44,9%.6 O acompanhamento ginecológico foi referido pela maioria (244/79,5%) das internas analisadas neste estudo. Diferente de dados do “Relatório sobre mulheres encarceradas no Brasil”, que refere o atendimento ginecológico de uma forma geral nas cadeias, inexistem (CENTRO PELA JUSTIÇA E PELO DIREITO INTERNACIONAL, 2007) Vale salientar que esta distinção pode ser em decorrência de que este estudo foi realizado em unidades prisionais com equipe de saúde no próprio presídio. O Estado Brasileiro não garante assistência médica integral à mulher encarcerada. Desta forma, o controle e tratamento de DSTs, bem como exames de rotina para prevenção do câncer ginecológico, também inexistem (CENTRO PELA JUSTIÇA E PELO DIREITO INTERNACIONAL, 2007).

O sobrepeso verificado nas internas foi menor (IMC= 22,6) quando comparado

com a população em geral, enquanto a prevalência de obesidade foi semelhante, condição essa também verificada em outros estudos (SCHERER et al., 2011; BRASIL, 2013b).

O estudo mostrou um elevado percentual (41,8%) de uso de tranquilizantes ou ansiolíticos entre as mulheres presas, semelhante ao encontrado em outra penitenciária do interior do estado (SCHERER et al., 2011). No que se refere ao consumo de cigarros, álcool e outras drogas, a proporção verificada foi maior quando comparada com a de mulheres residentes na comunidade (SCHERER et al., 2011; BRASIL, 2013b), pois representaram mais da metade da população total estudada. No Brasil, as medidas de controle implementadas nos últimos 20 anos já se traduzem em diminuição significativa da prevalência do tabagismo e de doenças relacionadas ao tabaco (INCA; CONICQ, 2014), porém, o mesmo não ocorre dentro das instituições prisionais do País.

A média de pessoa por cela foi de 7,6, um dado considerado alto e que infere à superlotação. Acerca dos dormitórios, salienta-se que, mais da metade das internas investigadas (50,5) referiram dormir no chão. Em outro questionamento, a maioria (96,4) afirmaram ter água à vontade para beber, encanada da torneira para o bebedouro, mas desse percentual 62 mulheres (20%) afirmam não ingerir a água do bebedouro do presídio, pois não consideram potável. De acordo com as Diretrizes Básicas para Arquitetura Penal, a cela individual é a menor célula possível de um estabelecimento penal. Neste cômodo devem ser previstos cama e área de higienização pessoal com pelo menos lavatório e aparelho sanitário, além da circulação. Deve indispensavelmente, incluir os elementos básicos como cama e aparelho sanitário. É inegável reconhecer que um dos mais graves problemas das unidades prisionais brasileiras diz respeito a sua própria estrutura física. Instalações superlotadas, com graves condições de ventilação, iluminação, higiene e outras tantas mazelas não são incomuns (BRASIL, 2014).

Quanto a presença de sanitários, 200/307 (55%) consideraram como ausente na cela, se restringindo a não classificar o que chamaram de “um bojo no chão” de sanitário. Neste quesito, um considerável percentual das internas referiram ainda, ter restrição para o uso do banheiro no período da manhã, quando segunda elas, mais de uma tem necessidade de usar o sanitário ao mesmo tempo ao despertar. A estrutura dos vestiários e banheiros devem seguir uma proporção de um vaso sanitário para cada vinte homens ou dez mulheres e um lavatório para cada quinze pessoas (BRASIL, 2011).

O dado apresentado acima, pode ter relação com o aparecimento de sintomas do trato urinário inferior, vistas que o adiamento do ato de urinar pode ocasionar o aparecimento ou agravamento de sintomas urinários. Entretanto, neste estudo foram identificados, sintomas

de perda de urina ao esforço, em 66 mulheres (21,5%), urgência em 50 mulheres (16,1%); urge-incontinência em 21 mulheres (6,8%); noctúria, em 65 mulheres (21,2%); enurese noturna, em 21 mulheres (6,8%); dificuldade na micção, em 16 internas (5,2%); disúria em 47 mulheres (15,3%); força à micção, em 27 internas (8,8%); polaciúria, em 41 internas (13,4%); sensação de esvaziamento incompleto, em 60 mulheres (19,5%); hematúria, 07 internas (2,3%); dor ao enchimento vesical em 25 internas (8,1%); ITU recorrente, em 58 internas (18,9%). De um modo geral, os sintomas apresentados não tiveram relação maioritária com a condição de aprisionamento, vistas que nenhum dos sintomas relatados, teve maioria no acometimento após a prisão.

A prevalência dos sintomas urinários de armazenamento, observada neste estudo, onde os dois mais citados na amostra total foram noctúria (42,7%) e incontinência (21,5%). Esses dados corroboram com achados do estudo de Oriá (2018), que encontraram prevalência de sintomas de armazenamento, destacando a noctúria (57,8%) e incontinência urinária (37,3%).

Apesar dos achados nessa pesquisa, vale salientar que, estudos que buscam identificar ou estudar a ocorrência de STUI em mulheres encarceradas são escassos. Isso é preocupante, uma vez que a prevalência de sintomas urinários em mulheres da população geral é bastante alta e tem sido amplamente estudada na literatura (ABRAMS et al. 2016; DRENNAN et al. 2010). Além disso, o sistema penitenciário pode apresentar condições de risco para o desenvolvimento dos sintomas. Embora a realidade dos sistemas penitenciários varie de país para país, é predominante que a presença de sintomas urinários seja prevalente e que a situação prisional possa servir como um fator agravante para os STUI.

A maior queixa urinária apresentada nesta pesquisa, foi a perda por esforço 61 (19,9%), assim como achados de Bonfim (2010) que encontrou predomínio de IUE na amostra geral de pesquisa realizada na cidade de Maceió- AL. Dados encontrados nessa pesquisa nos campos da CP Sobral e CP de Juazeiro do Norte, apontam para prevalência da perda à grandes esforços. Segundo HAYLEN et al. (2010) pode estar associada ao esforço como tossir ou espirrar, por exemplo.

Dados desse estudos apontam para associações que corroboram com estudo de Williams et al. (2009), a prevalência de IU foi maior em mulheres mais velhas e mais comprometidas. Da mesma forma, Drennan et al. (2010) encontraram fatores de risco já amplamente relatados e associados ao aparecimento de sintomas urinários na população feminina geral, como idade, multiparidade, episiotomia ou laceração e polifarmácia (ABRAMS et al. 2016).

Entretanto, é difícil inferir que os sintomas encontrados não são resultados diretos ou indiretos das condições ambientais e de saúde das prisões, pois os dados e estudos ainda são escassos e os delineamentos transversais não são adequados para inferir uma relação de causa e efeito (HULLEY et al. 2015).

Contudo, apesar da maioria das internas entrevistadas terem referido o aparecimento dos sintomas antes da prisão, não se pode deixar de observar que algumas internas nessa pesquisa referiram o início dos sintomas, após o encarceramento. O não nos deixa descartar a possibilidade da influência do encarceramento para o aparecimento dos STUI nas internas entrevistadas. Entretanto, Nesse contexto, estudo relatou que a falta de condições mínimas estruturais no banheiro, faz as internas adiarem o ato miccional. Aponta também a necessidade de melhorias na prestação dos serviços de saúde prestados no ambiente prisional foi relatada por 25 (16,8%) mulheres e o risco de contaminação nos banheiros, a dificuldade de acesso a itens cotidianos, como papel higiênico e tampões, bem como a dificuldade de acesso a banheiros e serviços de saúde (DRENNAN et al., 2010).

Embora a idade avançada esteja amplamente relacionada à presença de IU, observou-se também, considerável de aparecimento deste sintoma em mulheres jovens, o que corrobora com estudo de Bardino et al. (2015) que mostram aproximadamente 12,4% das mulheres jovens também podem apresentar sintomas. Embora a associação entre idade e sintomas urinários em mulheres, seja claramente importante para o planejamento da alocação de recursos de saúde, em muitos estudos essa não é uma associação independente.

Corroborando também com achados, estudos que apontam para fatores de risco relacionados à idade, incluindo paridade, comorbidades e Índice de Massa Corporal (IMC) atenuam a associação com a IU, e o ajuste adicional para comorbidades relevantes tipicamente elimina a associação. Os fatores de confusão explicam adequadamente a associação entre idade e IU e, portanto, a IU em mulheres não deve ser considerada como uma consequência intrínseca do próprio processo de envelhecimento (ABRAMS et al. 2016).

Considerando achados nessa investigação, acerca da percepção da qualidade de vida, faz-se salientar pressupostos de Pedro et al. (2011), que afirmam que a IU altera drasticamente a Qualidade de Vida (QV), impondo sobre as mulheres restrições em suas atividades de vida diária, o que compromete seu bemestar físico, social, sexual, ocupacional, psicológico e emocional (PEDRO et al., 2011; KNORST; RESENDE; GOLDIM, 2011). Entretanto, precisam ser elaboradas ações de promoção à saúde dentro das penitenciárias femininas para que essas mulheres identifiquem e compreendam que os hábitos podem

ocasionará doenças físicas, as quais trarão sérias consequências para a qualidade de vida dentro e fora do sistema prisional.

No entanto, até certo ponto, pode-se propor que as internas tenham incentivos, por meio de ações para promoção da saúde, no intuito de estimular uma determinada preocupação relacionada à melhoria de sua qualidade de vida, como: cuidados com alimentação, ingestão hídrica e exercícios físicos, hábitos miccionais. Para que essas mulheres encontrem formas de resistência e busquem alternativas para enfrentar a possibilidade de adoecimento dentro da prisão.

Muitas mulheres que apresentam STUI apresentam-se mais deprimidas, psicologicamente estressadas, com distúrbios emocionais e socialmente isoladas, quando comparadas às mulheres continentais (KNORST; RESENDE; GOLDIM, 2011). As mulheres com IU apresentam ainda pior percepção geral da saúde (KNORST; RESENDE; GOLDIM, 2011) e menor bem-estar mental (ABRAMS et al., 2015). Queixam-se do impacto da IU em suas vidas, limitando principalmente às atividades físicas (BOMFIM; SOUTINHO; ARAÚJO, 2015).

Os estudos trazem taxas bem diferenciadas de prevalência da IU, o que pode ser atribuído às diferenças no método, na população e nas definições utilizadas (EBBESEN, 2013). Apesar disso, estima-se que uma em cada quatro 20 mulheres tenha algum tipo de perda urinária (ORTIZ, 2004). Entre mulheres jovens, aproximadamente 12,4% são acometidas (BARDINO et al., 2015), aumentando a prevalência para 45% em mulheres de meia-idade e pós-menopausa (GUVENÇ; KOCAOZ; KOK, 2016) e para 75% nas mulheres mais velhas (SHAMLIYAN; WYMAN; KANE, 2012). No Brasil, onde mais da metade da população é feminina, estima-se que um terço das mulheres apresente IU (PEDRO et al., 2002).

Apesar da situação de prisão ter inerente diversos riscos para STUI, nesta pesquisa, não foi identificado maiorias diretas relacionadas aos STUI's e a situação de cárcere. Tendo sido observado relação dos fatores de risco apontados pela literatura e também encontrados nesta investigação. Apesar disso, pesquisas apontam diversos fatores de risco para o desenvolvimento de sintomas urinários (LANDEFELD et al., 2008).

O diagnóstico correto é importante na avaliação e tratamento das mulheres com STUI, bem como na determinação do efeito na QV (ABRAMS et al. 2016). Muitas mulheres incontinentes são mais deprimidas, estressadas psicologicamente e emocionalmente e socialmente isoladas.

Embora não haja menção ao instrumento utilizado para mensurar o impacto da IU

na QV das mulheres, alguns autores apontaram a vulnerabilidade psicológica das mulheres, destacando aspectos como: vergonha, estigma, dependência de outros para realizar atividades cotidianas e piora do quadro diminuição da qualidade de vida. Esses fatores podem ocorrer não apenas como resultado de incontinência e comprometimento funcional, mas também são despertados pela situação de encarceramento e agravada por sintomas urinários.

A International Continence Society recomenda que as medidas de avaliação da QV sejam incorporadas à prática clínica, aumentando assim a percepção do paciente sobre seu estado de saúde. A aplicação de questionários para avaliar a qualidade de vida tem se tornado frequente nas últimas décadas e instrumentos genéricos e específicos para patologias específicas surgiram (TAMANINI et al. 2004).

Em geral, vimos que os instrumentos que medem o impacto dos sintomas urinários na QV das mulheres fazem perguntas sobre as atividades da vida diária de mulheres livres. Isso não corresponde à realidade dos presos e pode dificultar ou exigir adaptações em sua avaliação, o que justifica o fato de os autores dos estudos incluídos nesta revisão desenvolverem seus próprios questionários para coleta de dados.

Contudo, o lazer, a preocupação com a promoção da saúde e, o estímulo ao hábito de urinar, são ações pouco encorajadas ou difíceis de serem implementadas no sistema prisional. Mesmo assim, vale lembrar que Moraes et al. (2014) afirma que são essenciais à promoção da qualidade de vida, da inclusão social, da cidadania e do desenvolvimento humano, cujos resultados trazem benefício à saúde física e mental.

Assim, estratégias eficazes para superar condições de saúde desfavoráveis devem ser implementadas visando a criação de hábitos de vida saudáveis, dentre as quais: estimular a ida ao sanitário, desencorajar a prisão da urina, desestimular o consumo do tabaco, oferecer atividades físicas acompanhadas de profissionais qualificados, dietas conforme orientação das nutricionistas, ambiente com o menor estresse institucional possível e atividades que estimulem a autoestima e a ocupação do tempo ocioso das mulheres encarceradas.

Ademais, a ausência de um acompanhamento adequado das condições de saúde da população carcerária, permite apontar o fato como um importante condicionante de saúde que tem sido negligenciado, quando deveria ser uma prioridade (ALVES, et al. 2017). Inere-se portanto, que a ausência desse acompanhamento especializado e adequado, acaba por agravar a qualidade de vida no sistema prisional. Assim, enquanto a mulher estiver em período de reclusão, cabe ao Estado a sua custódia, significando que o órgão prisional é o responsável por determinar e implementar ações que visem a qualidade de vida e a prevenção de agravos à saúde da população carcerária feminina, dentre eles, o cuidado com os sintomas urinários.

Este estudo tratou de questões específicas relacionadas à sintomas urinários mulher dentro do sistema penitenciário, viabilizando refletir até que ponto algumas contradições tem afetado de modo negativo a saúde dessas mulheres. No entanto, torna-se importante destacar algumas limitações que dificultam generalizações e provocam a necessidade de investigações futuras. Como a proibição de realizar gravações; a necessidade de registro visuais das entrevistas, e a dificuldade da pesquisadora para a retirada das internas de todas as alas dos presídios, sendo que nem todas as vivências foram entrevistadas por questões de segurança da unidade.

7 CONCLUSÃO

Concluiu-se que os STUI são significativamente prevalentes nas internas do Sistema Penitenciário do Estado do Ceará. Observando-se que as internas investigadas, tinham hábitos que apontam para a propensão de ocorrência de STUI, como pouca ingestão de água, privação quanto ao uso do sanitário, falta de privacidade, falta de material de higiene como o sabão e o papel higiênico.

Constatou-se também, que as internas tinham diversos sintomas urinários, os sintomas de armazenamento, de esvaziamento e pós-miccionais. Dos os fatores associados à ocorrência dos sintomas urinários, foram identificados: estado conjugal com companheiro/parceiro sexual e menopausa, tiveram associação com sintomas dos três grupos (armazenamento, esvaziamento e pós-miccionais); antecedentes ginecológicos, número de gestações, número de partos, e, copos de água/dia, estão associados aos sintomas de armazenamento. Entretanto, observou-se que alguns dos sintomas foram desenvolvidos após a prisão, o que se pode inferir que o ambiente com suas particularidade e dificuldades estruturais, possa contribuir.

Acerca da Qualidade de Vida (QV), as foi verificado, diminuição da QV das internas com STUI, mas, esse dado pode estar confuso vistas à situação de prisão, que por se só, já compromete a resiliência psicológica das internas.

Observou-se limitações, quanto a tirada das internas para entrevistas somente alguma celas do I.P.F.D.A.C, o que pode ter limitado o potencial de abrangência da pesquisa. Nem todas as internas que gostariam de fazer parte da pesquisa tiveram a oportunidade de ir; O fato das internas conviverem com estigmas e condições psicológicas, facilmente afetadas pela prisão, pode mascarar a diminuição da qualidade de vida gerada por STUI.

Deste modo, recomenda-se melhorias nas condições estruturais da unidade; Oferta de produtos básicos para higiene; Ações que abranjam todas as alas dos presídios, para promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ABRAMS P, C. L, et al. **Incontinence**. Bristol: ICUD; 2016.
- ABRAMS P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. **Incontinence**. Bristol: ICUD; 2013.
- ABRAMS P, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. **Neurourol Urody**, n 21, p. 167–78, 2002.
- ABBOTT, L.S; ELLIOT, L.T. Eliminating health disparities through action on the social determinants of health: a systematic review of home visiting in the United States, 2005–2015. **Public Health Nurs**. V. 34, n. 1, p. 2–300737. 2016
- ALMEIDA, Priscilla Pereira de; MACHADO, Lívia Raquel Gomes. A prevalência de incontinência urinária em mulheres praticantes de jump. **Fisioter Mov**. jan/mar; v. 25, n. 1, p. 55-65, 2012.
- ALVES, et al. Saúde física de mulheres privadas de liberdade. *Esc Anna Nery*; v. 21,n. 2, p. 0033. 2017.
- BARACHO, Elza; LOTTI, Renata Cardoso Baracho; REIS, Augusto Barbosa. **Anatomia feminina**. In:BARACHO, Elza. Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, Cap. 1,p. 1-16. 2007.
- BARBER, M. D. et al. Further Validation of the Short Form Versions of the Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI) and Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ). **Neurorol. Urodyn.**, v. 30, n. 4, p. 541 –546, abr 2011.
- BARDINO; M et al. Frequency and determinants of urinary incontinence in adolescent and young nulliparous women. **J Pediatr Adolesc Gynecol**. V. 28, n. 6, p. 462-70. 2015.
- BENJAMIN, N; et al. Sexually transmitted infections, benign prostatic hyperplasia and lower urinary tract symptom-related outcomes: results from the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening Trial. *BJU Int* .; V. 117, N. 1, P. 145–154. 2016.
- BEZERRA, L. R. P. S. et al. **Disfunção do Assoalho Pélvico: um desafio interdisciplinar**. In: BEZERRA, L. R.P. S.; NETO, J. A. V.; VASCONCELOS, C. T. M.; AUGUSTO, K. L.; KARBAGE, S. A. L.; FROTA, I. P. R. *Temas em Uroginecologia: Manual Prático em Uroginecologia e Disfunções do Assoalho Pélvico para profissionais da área de saúde*. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2014. Cap. 1, pp. 21 –27, Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2014.
- BILHAR, A. P. M. et al. **Síndrome da Bexiga Hiperativa**. In:BEZERRA, L. R. P. S.; NETO, J. A. V.; VASCONCELOS, C. T. M.; AUGUSTO, K. L.; KARBAGE, S. A. L.; FROTA, I. P. R. *Temas em Uroginecologia: Manual Prático em Uroginecologia e Disfunções do Assoalho Pélvico para profissionais da área de saúde*. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2014. Cap. 7, pp. 93 – 105. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2014.
- BOGART, L M.et al. Validation of a Quality of Life Scale for Women with Bladder Pain Syndrome/Interstitial Cystitis. **Qual Life Res**, v. 21, n. 9, p. 1665 –1670, nov 2012.

BRAGGIATO, C. R; LAZAR, C. A. E. L. Infecção do trato urinário não complicada na mulher: relato de caso e revisão da literatura. **Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba**; v. 18, n. 4, p.231-4, 2016.

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Mulheres Encarceradas: diagnóstico nacional**. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2008a. 92 p. Disponível em: Acesso em: 10 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, **Cadernos de Atenção Básica**, 13,2013a. 124 p.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Grupo de trabalho interministerial: reorganização e reformulação do sistema prisional feminino**, 2008. Brasília, DF: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008b. 196 p.

_____. O CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA. Resolução de Nº 01 de 09 de março de 2009. Ministério da Justiça. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) 2004**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf.

_____. **Sistema Integrado de Informações Penitenciárias–INFOPEN**. Brasília: DEPEN/Ministério da Justiça, 2014.

_____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde/Ministério da Justiça, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Grupo de trabalho interministerial: reorganização e reformulação do sistema prisional feminino**, 2008. Brasília, DF: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008b. 196 p. Disponível em: [RELATORIO_FINAL_-_vers%C3%A3o_97-20031.pdf](#)>. Acesso em: 28 jun. 2015.

BREWER, T.F; DERRICKSON, J. AIDS in prison: a review of epidemiology and preventive policy. **AIDS**. v. 6, n. 7, p. 623-8.1992.

CARDOZO, L. et al. Validation of a bladder symptom screening tool in women with incontinence due to overactive bladder. **Int. Urogyn.**, v. 25, n. 12, p. 1655 –1663, dez 2014.

CARDOZO, L.; COYNE, K. S.; VERSI, E. Validation of the Urgency Perception Scale. **BJU Int.**, v. 95, n. 4, p. 591 –596. 2005.

CARTWRIGHT, R. et al. Validity and reliability of the patient's perception of intensity of urgency scale in overactive bladder. **BJU Int.**, v. 107, n. 10, p. 1612 –1617, maio 2011.

CARVALHO, M. L. et al. Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 461-471, 2006.

CASTELLO, C. Woman and mother in prison, a difficult reality. **Soins pédiatr puéric** [periódico na internet]. 2015 [acesso em 18 Jun. 2017]; 1(28): 3 p. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26573399>

CAVALCANTI, V.R.S. Vivendo atrás das grades: mulheres, direitos humanos e políticas públicas. **Bahia Análise & Dados**.V.14, n. 1, p. 185-96.2004.

CEARÁ a. SEJUS -Secretaria de Justiça e Cidadania. Governo do Estado do Ceará. Ceará, 2018. CEARÁ b. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE). 2018. Disponível em: <http://www.anuariooceara.com.br>

Centro pela Justiça e pelo Direito Internacional. Relatório sobre mulheres encarceradas no Brasil, 2007. Extraído de [<http://carceraria.org.br/wpcontent/uploads/2013/02/Relatório-para-OEA-sobre-Mulheres-Encarceradasno-Brasil-2007.pdf>], acesso em [20 de março de 2014].

CHIANG, Humberto. ESTANDARIZACIÓN DE LA TERMINOLOGÍA DE LA FUNCIÓN DEL TRACTO URINARIO INFERIOR: Reporte del Subcomité de Estandarización de la International Continence Society (ICS). **Revista Chilena de Urología**, v. 71, n. 2, 2009.

CHOI, E.P.; LAM, C. L.; CHIN W. Y. Validation of the International Prostate Symptom Score in Chinese males and females with lower urinary tract symptoms. **Health Qual Life Outcomes**, v. 12, n. 1, s.p., 2014.

CHOU, E. C. L. et al. The translation and validation of Chinese overactive bladder symptom score for assessing overactive bladder syndrome and response to solifenacin treatment. **Journal of the Formosan Medical Association**, v. 113,n. 8, p. 506 –512, ago 2014.

CLAYSON, D. et al. Validation of a patient-administered questionnaire to measure the severity and bothersomeness of lower urinary tract symptoms in uncomplicated urinary tract infection (UTI): the UTI Symptom Assessment questionnaire. **BJU Int.**, v. 96, n. 3,p. 350 –359, ago. 2005.

DAVIDSON, Autumn P.; LEES, George E. Diagnóstico y tratamiento de la uropatía infecciosa. In: AUGUST, John R. Consultas em Medicina Interna Felina. **Buenos Aires: Inter Médica**, 1993. p. 343-348.

DELLÚ M, ZÁCARO P, SCHMITT A. Prevalência dos sintomas urinários e fatores obstétricos associados em mulheres adultas. **Rev Bras Fisioter**; v. 12, n. 6, p. 482–7. 2008.

DEPARTAMENTO DE DERECHO POLÍTICO (UNED) [homepage na Internet] Madrid: Departamento de derecho político (UNED); maio 2005 [acesso 10 ago 2009]. **Observatorio Penitenciario: Foro de debate**. Políticas penitenciarias en derecho comparado. Integridade física da mulher que cumpre pena em estabelecimento penal no Brasil; [5 telas]. Disponível em: <http://www.uned.es/dpto-derecho-politico/ foroVVAA2.pdf>

EBBESEN, M.H, et al. Prevalence, incidence and remission of urinary incontinence in women: longitudinal data from the Norwegian HUNT study (EPINCONT). **BMC Urol.**; 13:27. DOI: 10.1186/1471-2490-13-27, 2013.

EID, K. et al. Validation of the Urgency, Weak Stream, Incomplete Emptying, and Nocturia (UWIN) Score Compared With the American Urological Association Symptoms Score in Assessing Lower Urinary Tract Symptoms in the Clinical Setting. **Urology**, v. 83, n. 1, p. 181 – 185, 2014.

FARIA, C.A, et al. Impacto do tipo de incontinência urinária sobre a qualidade de vida de usuárias do Sistema Único de Saúde no Sudeste do Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet.**; v. 37, n. 8, p. 374-80. 2015.

FEBRASCO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de Orientação em Uroginecologia e Cirurgia Vaginal. São Paulo, 2010.

FERREIRA, L. R. **Prevalência de bexiga hiperativa e avaliação do impacto desse diagnóstico em mulheres de diferentes faixas etárias**. 2016. 57 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu. 2016.

FONSECA, Eliana Suelotto Machado et al. Validação do questionário de qualidade de vida (*King's Health Questionnaire*) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** vol.27, n.5, pp.235-242. 2005.

FREITAS, F et al. Rotinas em ginecologia. 5ªed. Porto Alegre: Artmed, 2006. GÉO, M. S.; MENEZES, A. C.; LIMA, R. S. B. C; COTA, A. M. M.; ABRÃO, J. L.; SOARES, C. L. Impacto da incontinência urinária na qualidade de vida. **Jornal da Incontinência Urinária Feminina**, v. 6, ago/dez 2002.

GODOY, Pérsio. **Sistema urinário**. In: BRASILEIRO FILHO, Geraldo. *Bogliolo patologia*. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, Cap. 16, p. 488-553. 2006.

GRECO, Rogério. **Direito penal: parte geral**-v. 1. 17. ed. Niterói: Impetus, 2015.

GROSSL, T et al. Determinação da intensidade da aula de power jump por meio da frequência cardíaca. **Rev Bras Cineantropom. Desempenho Hum**; v. 10, n. 2, p. 129-31. 2008.

GUCCIONE, A. A. **Fisioterapia geriátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. GUEDES, M.A. Intervenções psicossociais no sistema carcerário feminino. **Psicol Ciênc Profissão**. V. 26, n. 4, p.558-69.2006.

HAYLEN, B. T. et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J.*, v. 21, n. 1, p. 5-26, 2010.

Hill, G. M, et al. **Pigeon pea digestibility and utilization by growing beef calves**. Proc. Southern Association of Agricultural Scientists Mtg, Orlando FL, February, p. 4-8 2006.

HIGA, R.; LOPES, M. H. B. M.; REIS, M. J. Fatores de risco para a incontinência urinária na mulher. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 187-192, mar. 2008.

HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D. G.; NEWMAN, T. Bet al. **Delineando a Pesquisa Clínica**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA); COMISSÃO NACIONAL PARA IMPLEMENTAÇÃO DA CONVENÇÃO-QUADRO PARA CONTROLE DO TABACO (CONICQ). **Política Nacional de controle do tabaco: relatório de gestão e progresso**, 2011-2012. Rio de Janeiro: INCA, 2014. 132p.

IRWIN, et al. Worldwide prevalence estimates of lower urinary tract symptoms, overactive bladder, urinary incontinence and bladder outlet obstruction. **BJU Int**, 108, pp. 1132-1138, 2011.

JBI, Joanna Briggs Institute (JBI). Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual [internet]. Adelaide; [cited 2017 Dec 02]. 2014

JOHNSTONE, MJ. Journal impact factors: Implications for the nursing profession. *International Nursing Review* v. 54, n. 1, p. 35-40. 2007.

KAYA, Y. et al. Effect of Work-Related Factors on Lower Urinary Tract Symptoms in Nurses and Secretaries. **Lower Urinary Tract Symptoms**, v. 8, n. 1, p. 49–54, 2014.

KEALY, J. Kevin; McALLISTER, Hester. **O abdome**. In: _____. Radiologia e ultrasonografia do cão e do gato. 3 ed. São Paulo; Manole, p.111-125. 2005.

KOELBL, H. et al. **Pathofisiology of Urinary Incontinence Faecal Incontinence and Pelvic Organ Prolapse**. In: ABRAMS, P.; CARDOZO, L.; KHOURY, S.; WEIN, A. Incontinence. 5 ed. Paris: European Association of Urology. Cap. 4, pp. 261–360.2013.

LARSEN, T. H. et al. The Nocturia Impact Diary: A Self-Reported Impact Measure to Complement the Voiding Diary. **Value In Health**, v. 17, n. 6, p. 696–706, set. 2014.

LEES, George E. **Incontinência, Enurese, Disúria e Noctúria**. In: ETTINGER, Stephen J.; FELDMAN, Edward. Tratado de Medicina Interna Veterinária –Doenças do cão e do gato. v.1. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 93-96. 2004.

LIMA, G.M.B. A vida de Mulheres na prisão: legislação, saúde mental e superlotação em João Pessoa –PB. 2013. 124 f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

LIN, Y. T. et al. Assessment of Overactive Bladder (OAB) —Symptom Scores. **Incont Pelvic Floor Dysfunct**, v. 3, n. 1, p. 9–14, 2009.

LEWIS, C. (2006). Treating Incarcerated Women: Gender Matters. **Psychiatric Clinics of North America**, v. 29, n. 3, p.773-789. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2006.04.013>.

MELO, M.D; EGRY, E.Y. Determinantes sociais das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Guarulhos, São Paulo. **Rev Esc Enferm USP**; V. 48, P. 133-40. 2014.

MENDES, K.D.S; SILVEIRA, R.C.C.P; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. V.17, n. 4, p. 758-64, 2008.

MIRANDA, A.E, et al. Sexually transmitted diseases among female prisoners in Brazil: prevalence and risk factors. **Sex Trans Dis**. v. 27, n. 9, p. 491-5.2000.

- MIRANDA, A.P; VARGAS, P.R.M; VIANA, M.C. Saúde sexual e reprodutiva em penitenciária feminina, Espírito Santo, Brasil. **Rev Saúde Pública**; v. 38, n. 2, p. 255-60.2004.
- MINAYO, M.C.S;RIBEIRO, A.P. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**[online], vol.21, n.7, p.2031-2040. 2016.
- MOHER, D et al. The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. **PLoS Med.** v. 6, n. 7, p. 097. 2009.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- NAUGHTON, M. J. et al. Symptom severity and QOL scales for urinary incontinence. **Gastroenterology**, v. 126, n. 1, p. 114 –123,2004.
- NICOLAU, A. I. O. et al. Retrato da realidade socioeconômica e sexual de mulheres presidiárias. **Acta Paul Enferm.** São Paulo, v. 25, n. 3, p. 386-392, 2012.
- OKAMURA, K.; NOJIRI, Y.; OSUGA, Y. Reliability and validity of the King's Health Questionnaire for lower urinary tract symptoms in both genders. **BJU Int.**, v. 103, n. 12, p. 1673 – 1680, jun 2009.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Guia sobre gênero, HIV/Aids, coinfeções no sistema prisional.** Brasília, DF: OPAS; OMS, 2012. 65 p. Disponível em: Acesso em: 5 abr. 2016.
- PEREIRA, S. B. et al. Validação do International Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive Bladder (ICIQ-OAB) para a língua portuguesa. **Rev. Bras. Ginecol Obst.**, v. 32, n. 6, pp. 273 –278, 2010.
- PEREIRA, S.B et al. Validação do International Consultation on Incontinence Questionnaire Overactive Bladder (ICIQ-OAB) para a língua portuguesa. **Rer Bras Ginecol Obstet.** V. 32, n. 6, p. 273-8. 2010.
- POLDEN, M.; MANTLE, J. **Fisioterapia em Ginecologia e Obstetrícia.** São Paulo: Santos, 2002.
- POLIT D. F; BECK C. T. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para as práticas da enfermagem.**7a ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2011. 669 p.
- RESENDE, A.P.M; STÜPP, L; BERNARDES, B.T; FRANCO, G.R; OLIVEIRA, E; GIRÃO, M.J.B.C; SARTORI, M.G.Fet al. Prolapso genital e reabilitação do assoalho pélvico. **FEMINA**, V. 38, N. 2, 2010.
- RIBEIRO, R. M.; ROSSI, P. **Incontinência urinária de esforço.** In:HALBE, H. W. Tratado de Ginecologia. 3ª ed. São Paulo: Roca, 2000.
- SANTOS, Glauber Eduardo de Oliveira. **Cálculo amostral: calculadora on-line.** Disponível em: <<http://www.calculoamostral.vai.la>>. Acesso em: 31 de março de 2018.
- SCARPA KP, HERRMANN V, PALMAPAULO CR, RICETTO CLZ, MORAIS S. Sintomas do trato urinário inferior três anos após o parto: estudo prospectivo. **Rev Bras Ginecol Obs.**V. 30, n. 7, p. 355–9. 2008.

- SCHERER, Z. A. P. et al. Perfil sociodemográfico e história penal da população encarcerada de uma penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Droga**, São Paulo, v. 7, n. 2, 2011.
- SEVER, N; OSKAY, U. An Investigation of Lower Urinary Tract Symptoms in Women Aged 40 and Over. **Lower Urinary Tract Symptoms**, v. 9, n. 1, p. 21 –26, 2015.
- SIDDIQUI, N.Y et al. Perceptions about female urinary incontinence: a systematic review. **Int Urogynecol J.**; v. 25, n. 7, p. 863-71. 2014.
- SMELTZER; Suzanne C.; BARE, Brenda G. Brunner & Suddarth. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Ed Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v. 3, p. 1385-1392. 2005.
- SOARES, P.R.A.L. **Disfunção do assoalho pélvico e qualidade de vida relacionada à saúde de gestantes**. 2015. 161 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) –Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.
- SOUZA, E. L. B. L. **A reeducação da musculatura do assoalho Pélvico como método de tratamento Conservador da Incontinência Urinária**. In: SOUZA, E. L. B. L., Fisioterapia Aplicada a Obstetrícia: aspectos de ginecologia e neonatologia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.
- SOSTISSO, L. P.; ORTEGA, C. A Inserção da Equipe de Saúde nas Unidades Penais do Oeste do Paraná: Um Apontamento de sua Relevância. **Pleiade**, v. 09, n. 17, p. 41-51, 2015.
- STAMM, Walter E. **Infecções do trato urinário, pielonefrite e prostatite**. In: FAUCI, Anthony S. et al. Harrison Medicina interna. 17. ed. Rio de Janeiro> McGraw Hill, v. 2, Cap. 282, p. 1820-1827. 2009.
- SUSKIND, A. M. et al. A Screening Tool for Clinically Relevant Urinary Incontinence. **Neurourol Urodyn**, v. 34, n. 4, p. 332 –335, abr 2015.
- TAMANINI, J. T. N. et al. Validação do "King's Health Questionnaire" para o português em mulheres com incontinência urinária. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n. 2, p. 203-211, abril 2003.
- TAMANINI, J. T. N. et al. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire -Short Form" (ICIQ-SF). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n.3, p. 438-444 junho 2004.
- TORTORA, Gerard J.; FUNKE, Berdell R.; CASE, Christine L. Microbiologia. 8.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- UMAN L S. Systematic Reviews and Meta-Analyses. **J Can Acad Child Adolesc Psychiatry**. V. 20, n. 1, p. 57–59. 2011.
- VAN KERREBROECK P, et al ABRAMS P, CHAIKIN D, DONOVAN J, FONDA D, JACKSON S, JENNUM P, JOHNSON T, LOSE G, MATTIASSON A, ROBERTSON G, WEISS J. ICS standardization report on nocturia: report from the standardization sub-committee of the International Continence Society. **Neurourol Urodyn**; v. 21, p. 19-399. 2002.

VIANA, Luiz Carlos, et al. **Incontinência urinária e fístulas urogenitais. IN: GINECOLOGIA.** 2ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2001.

ZHANG, C. et al. Association Between Occupational Stress and Risk of Overactive Bladder and Other Lower Urinary Tract Symptoms: A Cross-Sectional Study of Female Nurses in China. **Neurourology and Urodynamics.** v. 32, p.254–260, 2013.

ZHANG, L. et al. A Population-based Survey of the Prevalence, Potential Risk Factors, and Symptom-specific Bother of Lower Urinary Tract Symptoms in Adult Chinese Women. **European Urology,** v. 68, n.1, p. 97 –112, 2015.

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (nome do pesquisador) como participante da pesquisa intitulada “PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DO TRATO UIRNÁRIO INFERIOR EM MULHERES PRESAS DO SISTEMA PENITENCIÁRIO DO CEARÁ”. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

A pesquisa será realizada no Instituto Penal Aurí Moura Costa, Cadeia Pública de Sobral e Cadeia Pública Feminina de Juazeiro do Norte, e terá os objetivos de:

Verificar a prevalência de sintomas do trato urinário inferior mulheres reclusas no sistema penitenciário do estado do Ceará. Averiguar a associação a situação de privação de liberdade e a prevalência dos sintomas urinários; Investigar como se dá a promoção da saúde reprodutiva em unidade prisional; e, Avaliar a qualidade de vida mulheres presas com queixas urinárias.

Estima-se que essa pesquisa será importante, pois irá investigar como se dá a promoção da saúde reprodutiva em unidade prisional, bem como observar a prevalência de doenças do trato urinário inferior, uma vez que, com o conhecimento das mesmas, poderão ser desenvolvidas novas estratégias e identificados pontos preponderantes para a assistência. Há o risco de o participante se sentir desconfortável com as perguntas e há risco dos dados serem acessados por outras pessoas em caso de perda acidental do material.

Inicialmente, será fornecido um questionário estruturado contendo questões com objetivo de identificar os sintomas do trato urinário inferior nas mulheres que aceitarem participar do estudo e caracterização das mulheres (10 questões). Posteriormente, será aplicado o instrumento King’s Health Questionnaire (30 questões); ICIQ – SF (6 questões); e, ICIQ-OAB (10 questões). Cada entrevista terá uma duração de aproximadamente 30 minutos. As entrevistas serão gravadas com gravador de voz portátil e posteriormente, transferidas para o computador.

Afirma-se o compromisso de usar os dados coletados, exclusivamente para esta pesquisa. E não está sendo recebido nenhum tipo de pagamento par o custeio desta pesquisa.

Os pesquisadores não receberão nenhum tipo de pagamento para a realização desta pesquisa.

A qualquer momento o participante poderá recusar a continuar participando da pesquisa e que também poderá retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Garante-se também, que as informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pela pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

A qualquer momento você poderá ter acesso a informações referentes à pesquisa pelos telefones/endereço abaixo indicados:

Endereço do responsável pela pesquisa:

Nome: Purdenciana Ribeiro de Menezes

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Marechal Deodoro, 190, Benfica, Fortaleza, Ceará, Brasil

Telefones para contato: (88) 9.9327 6954

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, ____anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

Nome do participante da pesquisa	Data	Assinatura
Nome do pesquisador	Data	Assinatura
Nome da testemunha	Data	Assinatura
Nome do profissional que aplicou o TCLE	Data	Assinatura

APÊNDICE B- IDENTIFICAÇÃO DAS STUI E CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES PRESAS

IDENTIFICAÇÃO DOS STUI E CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES PRESAS	Nº _____
DATA: ____/____/____	
LOCAL DA COLETA: () A - Cadeia Pública Feminina de Juazeiro do Norte () B - Instituto Penal Feminino Desembargadora Auri Moura Costa () C - Cadeia Pública de Sobral	
CHECK-LIST CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO:	
<ul style="list-style-type: none"> • Está presa há menos de 6 meses? () Não () Sim • Você está gestante? () Não () Sim • Apresenta dificuldade em compreender as perguntas do instrumento de coleta de dados? () Não () Sim • Histórico de radioterapia pélvica? () Não () Sim • Em uso de medicamentos diuréticos? () Não () Sim 	
AVALIAÇÃO FINAL: () INCLUÍDA NA AMOSTRA () EXCLUÍDA DA AMOSTRA	
1 - CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA	
Idade _____	Procedência _____
Data da prisão ____/____/____	
Tempo cumprido da pena: _____	
Duração da pena: _____	
Tempo restante _____	
Ocupação antes de ser presa: _____	
Delito que culminou na prisão: _____	
Estado civil: Solteira () Casada () Viúva () União estável () Divorciada ()	
Quanto à sua cor, você se considera: Branca () Negra () Parda () Outra: _____	
2 - HÁBITOS DE VIDA	
Tabagismo: Sim () Não ()	
Início antes da prisão () Início depois da prisão ()	
Etilismo: Sim () Não ()	
Início antes da prisão () Início depois da prisão ()	
Drogas: Sim () Não ()	
Início antes da prisão () Início depois da prisão ()	
3 - HISTÓRIA GINECOBISTÉTRICA E CLÍNICA	
DUM: ____/____/____ () Não lembra, mas ainda menstrua regularmente () Não lembra	
Está na menopausa? 0 - Não 1- Sim (1 ano sem menstruar) 2- Não dá para saber (histerectomizada)	
Tempo de pós-menopausa: _____ (meses) (Coloque 0, se não estiver na menopausa)	
G: _____ P: _____ A: _____ Aborto provocado: _____	
Partos vaginais: _____ Partos fórceps: _____ Partos cesarianos: _____	
Maior peso RN: _____ gramas () Não lembra	
Ante. Ginecológicos: 0- Nenhum 1- Endometriose 2- Miomas 3- Câncer ginecológico 4- Outro: _____	
Ante. Clínicos: 0- Nenhum 1-DM 2-HAS 3- Glaucoma 4- Obesidade 5- Tosse crônica 6- Outros: _____	
Altura: _____ Peso: _____ IMC: _____	
Medicações em uso atual: 0- Nenhum 1- Diuréticos 2- Ansiolíticos 3- Outros: _____	
4 - PRIVACIDADE	
Quantas pessoas compartilham a mesma cela com você? _____	
Há privacidade na cela para utilizar o sanitário? Sim () Não ()	
Você pode utilizar o sanitário na hora que desejar? Sim () Não ()	
Se não, em que horário há restrição: _____	
5 - HISTÓRIA SEXUAL	
Início da vida sexual: _____ anos	
Possui parceiro sexual atualmente: Sim () Não () Nº de parceiros últimos 3 meses: _____	
Periodicidade da visita íntima: _____/semana _____/mês	
Comportamento sexual atual: Heterossexual () Homossexual () Bissexual ()	

Início antes da prisão () Início depois da prisão ()

Histórico de prostituição: Sim () Não () Por quanto tempo: _____

Início do Acompanhamento ginecológico: Sim () Não ()

Início antes da prisão () Início depois da prisão ()

História de DST/AIDS: Sim () Não () Início antes da prisão () Início depois da prisão ()

Resultado do teste rápido para HIV/sífilis: () Negativo () Positivo

Resultado do teste rápido para Hepatite B: () Negativo () Positivo

6- SANTARIOS, HIGIENE E LIMPEZA

Quantos sanitários há na cela? _____

Qual a localização do sanitário em relação ao chão? () Acima do chão () Rente ao chão

Sempre há papel higiênico disponível no banheiro? Sim () Não ()

Sempre tem sabão e água para lavar as mãos no banheiro? Sim () Não ()

7 - ATIVIDADE E LAZER

Você exerce alguma atividade na cela? Sim () Não () Se sim, qual? _____

Você exerce alguma atividade no banho de sol? Sim () Não () Se sim, qual? _____

Você exerce alguma função laboral no presídio: () Não () Roça () Capinar () Padaria () Cozinha
() Serviços gerais () voluntário: _____ () Outros: _____

Você participa de algum projeto da Unidade Prisional? Sim () Não () Se sim, qual? _____

8 - CONDIÇÕES E DISTRIBUIÇÃO DE ÁGUA

Como se dá a distribuição de água na cela? () Bebedouro () Garrafão () Torneira () Outra: _____

Há água à vontade para beber quantas vezes desejar? Sim () Não ()

Você ingere, em média, quantos copos de água por dia? _____ copos

9 - DORMITÓRIOS

Na cela, em que local você dorme? () Beliche () Chão () Rede () Outro: _____

Se dormir em beliche, você dorme: () no de cima () no de baixo () Não dorme em beliche

10- IDENTIFICAÇÃO DOS STUI

Nº de micções diurnas (da hora que acorda até antes de dormir): _____

Nº de micções noturnas (após ter dormido, quantas vezes acorda para urinar?): _____

Quando você está sem vontade de urinar e realiza algum esforço físico (tossir, espirrar, capinar, andar, correr...), você perde urina? 0 - Não 1-Sim () Início antes da prisão () Início depois da prisão

- Se SIM, você perde (Marque a opção mais grave) ao realizar: 1- Grandes esforços (ex: tossir, espirrar)
2- Médios esforços (ex: subir escada, subir no beliche) 3- Mínimos esforços (ex: levantar da cadeira)

Urgência (Quando tem desejo de urinar tem dificuldade em adiar para um momento ou local adequado)? 0 - Não 1- Sim.
Se SIM, início () antes da prisão () depois da prisão

Noctúria (Acorda rotineiramente devido à vontade de urinar/Nº de micções noturnas ≥ 1)? 0-Não 1- Sim.
Se SIM, () Início antes da prisão () Início depois da prisão

Urge-incontinência (Não consegue adiar o desejo de urina e acaba perdendo urina antes de chegar ao banheiro)?

0 – Não 1- Sim () Início antes da prisão () Início depois da prisão

Enurese noturna (queixa de perda involuntária de urina durante o sono – molha a cama)? 0- Não 1- Sim.
Se SIM, () Início antes da prisão () Início depois da prisão

Perda de urina contínua (perde urina o tempo todo - fistula)? 0 – Não 1- Sim
Se SIM, () Início antes da prisão () Início depois da prisão

Quantos forros vaginais você usa por dia? _____ (Escreva 0, caso não utilize forros)

Perda de urina ao coito? 0 – Não 1- Na penetração 2- No orgasmo 3- Não tem relação sexual
- Se SIM, () Início antes da prisão () Início depois da prisão

Dificuldade de iniciar micção (senta para urinar e o xixi demora a começar a sair)? 0 – Não 1- Sim
- Se SIM, () Início antes da prisão () Início depois da prisão

Disúria (dor o urinar)? 0 – Não 1- Sim. Se SIM, início () antes da prisão () depois da prisão

Força para iniciar a micção (precisa fazer força para a urina começar a sair)? 0 – Não 1- Sim
- Se SIM, início () antes da prisão () depois da prisão

Polaciúria (Nº micções diurnas \geq 7x)? 0 – Não 1- Sim. Se SIM, início () antes () depois da prisão

Sensação de esvaziamento incompleto (a bexiga não esvaziou completamente após a micção)? 0 – Não 1- Sim
- Se SIM, início () antes da prisão () depois da prisão

Hematuria (perda de sangue na urina)? 0 – Não 1- Sim. Se SIM, início () antes () depois da prisão

Dor ao enchimento vesical (quando sente que a bexiga está cheia, sente dor)? 0 – Não 1- Sim
- Se SIM, início () antes () depois da prisão

ITU recorrente (No mínimo, 3 ITU sintomáticas e diagnosticadas pelo médico nos últimos 12 meses)? 0-Não 1- Sim.
- Se SIM, início () antes () depois da prisão

- Se sim, quantas vezes em um ano: _____ (Escreva 0, caso não tenha tido nenhum episódio)

AVALIAÇÃO DA PESQUISADORA

- FOI IDENTIFICADA ALGUM STUI :
 - () SIM – Preencher ICIQ-SF + ICIQ-OAB + KHQ
 - () NÃO - Preencher ICIQ-SF + ICIQ-OAB

ANEXO A - KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE

King's Health Questionnaire - avaliação da qualidade de vida em pacientes com STUI

146. Como você avaliaria sua saúde hoje? 1- Muito Boa 2- Boa 3- Normal 4- Ruim 5- Muito ruim

147. **DOMÍNIO PERCEPÇÃO GERAL DE SAÚDE**= _____ ((Pontuação da Questão 146 - 1) / 4) x 100

148. Quanto você acha que seu problema de bexiga atrapalha sua vida? 1- Nada 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito

149. **IMPACTO DA INCONTINÊNCIA**= _____ ((Pontuação da Questão 148 - 1) / 3) x 100

LIMITAÇÃO NO DESEMPENHO DAS TAREFAS

150. Com que intensidade seu problema de bexiga atrapalha suas tarefas **na cela?** (ex. limpar, lavar etc.)?

1- Nenhuma 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito

151. Com que intensidade seu problema de bexiga atrapalha seu trabalho **no presídio?** 1- Nenhuma 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito () **Não desempenha nenhum trabalho no presídio fora da cela**

152. **LIMITAÇÕES DE ATV. DIÁRIAS**= _____ (((Pontuação das Questões 150 + 151) - 2) / 6) x 100

LIMITAÇÃO FÍSICA/SOCIAL

153. Seu problema de bexiga atrapalha suas atividades físicas (caminhar, correr, pular, jogar etc.), **quando possíveis, no banho de sol?** 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito () **Não tem direito a banho de sol ou não faz nenhuma atividade física nesse momento.**

154. Seu problema de bexiga atrapalha você de **sair da cela para alguma atividade?**

1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito

155. **LIMITAÇÕES FÍSICAS**= _____ (((Pontuação das Questões 153 + 154) - 2) / 6) x 100

156. Seu problema de bexiga atrapalha quando você vai à **escola, palestras, oficinas, missas/cultos?**

1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito

157. Você deixa de visitar **colegas em outras celas** por causa do problema de bexiga?

1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito

162. Seu problema de bexiga incomoda **suas colegas de cela?**

0- Não convive com os familiares 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito

158. **LIMITAÇÕES SOCIAIS**= _____ (((Pontuação das Questões 156+ 157 + 162) - 3) / 9) x 100**

** Se a pontuação da Questão 162 ≥ 1 ; se 0, então $..-2) / 6) \times 100$

RELAÇÕES PESSOAIS

159. Seu problema de bexiga atrapalha sua vida sexual?

0- Não tem relação sexual 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito

160. Seu problema de bexiga atrapalha sua vida com seu companheiro?

0- Não tem companheiro 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito

161. **RELAÇÕES PESSOAIS**= _____ (((Pontuação das Questões 159 + 160) - 2) / 6) x 100***

*** Se a pontuação das Questões 159 + 160 ≥ 2 , Se $(159 + 160) = 1$; $...-1) / 3) \times 100$; Se $(159 + 160) = 0$; $....tratar como "missing value"$

EMOÇÕES

163. Você fica deprimida com seu problema de bexiga? 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito

164. Você fica ansiosa ou nervosa com seu problema de bexiga? 1- Não 2- Um pouco 3- Mais ou menos 4- Muito

165. Você fica mal consigo mesma por causa do seu problema de bexiga? 1- Não 2- As vezes 3- Várias vezes 4- Sempre

166. EMOÇÕES= _____(((Pontuação das Questões 163 + 164 + 165) - 3) / 9) x 100

SONO/DISPOSIÇÃO

167. Seu problema de bexiga atrapalha seu sono? 1- Não 2- As vezes 3- Várias vezes 4- Sempre

168. Você se sente desgastada ou cansada? 1- Não 2- As vezes 3- Várias vezes 4- Sempre

169. SONO E DISPOSIÇÃO= _____(((Pontuação das Questões 167 + 168) - 2) / 6) x 100

MEDIDAS DE GRAVIDADE

170. Você usa algum tipo de protetor higiênico como: fralda, forro, absorvente, tipo Modess para manter-se seca?

1- Não 2- As vezes 3- Várias vezes 4- Sempre

171. Você controla a quantidade de líquido que bebe? 1- Não 2- As vezes 3- Várias vezes 4- Sempre

172. Você precisa trocar sua roupa íntima (calcinha), quando ficam molhadas?

1- Não 2- As vezes 3- Várias vezes 4- Sempre

173. Você se preocupa em estar cheirando urina? 1- Não 2- As vezes 3- Várias vezes 4- Sempre

174. Você fica envergonhada por causa do seu problema de bexiga? 1- Não 2- As vezes 3- Várias vezes 4- Sempre

175. MEDIDAS DE GRAVIDADE = _____(((Pontuação das Questões 170 + 171 + 172 + 173+174) - 5) / 15) x 100

DATA: _____/_____/_____

ANEXO B – ICIQ – SF

ICIQ - SF																								
Nome do Paciente: _____ Data de Hoje: ____/____/____ Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrece. Ficaríamos agradecidos se você pudesse nos responder às seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.																								
1. Data de Nascimento: ____/____/____ (Dia / Mês / Ano) 2. Sexo: Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>																								
3. Com que frequência voce perde urina? (assinale uma resposta) <table style="width: 100%; margin-left: 200px;"> <tr> <td>Nunca</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Uma vez por semana ou menos</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Duas ou três vezes por semana</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Uma vez ao dia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Diversas vezes ao dia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>O tempo todo</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>5</td> </tr> </table>		Nunca	<input type="checkbox"/>	0	Uma vez por semana ou menos	<input type="checkbox"/>	1	Duas ou três vezes por semana	<input type="checkbox"/>	2	Uma vez ao dia	<input type="checkbox"/>	3	Diversas vezes ao dia	<input type="checkbox"/>	4	O tempo todo	<input type="checkbox"/>	5					
Nunca	<input type="checkbox"/>	0																						
Uma vez por semana ou menos	<input type="checkbox"/>	1																						
Duas ou três vezes por semana	<input type="checkbox"/>	2																						
Uma vez ao dia	<input type="checkbox"/>	3																						
Diversas vezes ao dia	<input type="checkbox"/>	4																						
O tempo todo	<input type="checkbox"/>	5																						
4. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde (assinale uma resposta) <table style="width: 100%; margin-left: 200px;"> <tr> <td>Nenhuma</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Uma pequena quantidade</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Uma moderada quantidade</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Uma grande quantidade</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>6</td> </tr> </table>		Nenhuma	<input type="checkbox"/>	0	Uma pequena quantidade	<input type="checkbox"/>	2	Uma moderada quantidade	<input type="checkbox"/>	4	Uma grande quantidade	<input type="checkbox"/>	6											
Nenhuma	<input type="checkbox"/>	0																						
Uma pequena quantidade	<input type="checkbox"/>	2																						
Uma moderada quantidade	<input type="checkbox"/>	4																						
Uma grande quantidade	<input type="checkbox"/>	6																						
5. Em geral quanto que perder urina interfere em sua vida diária? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito) <table style="width: 100%; margin-left: 100px; text-align: center;"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Não interfere</td> <td colspan="6"></td> <td>Interfere muito</td> </tr> </table>		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Não interfere											Interfere muito
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10														
Não interfere											Interfere muito													
ICIQ Score: soma dos resultados 3 + 4 + 5 = _____																								
6. Quando você perde urina? (Por favor assinale todas as alternativas que se aplicam a você) <table style="width: 100%; margin-left: 200px;"> <tr> <td>Nunca</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Perco antes de chegar ao banheiro</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Perco quando tusso ou espiro</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Perco quando estou dormindo</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Perco quando estou fazendo atividades físicas</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Perco sem razão óbvia</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Perco o tempo todo</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Nunca	<input type="checkbox"/>	Perco antes de chegar ao banheiro	<input type="checkbox"/>	Perco quando tusso ou espiro	<input type="checkbox"/>	Perco quando estou dormindo	<input type="checkbox"/>	Perco quando estou fazendo atividades físicas	<input type="checkbox"/>	Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo	<input type="checkbox"/>	Perco sem razão óbvia	<input type="checkbox"/>	Perco o tempo todo	<input type="checkbox"/>							
Nunca	<input type="checkbox"/>																							
Perco antes de chegar ao banheiro	<input type="checkbox"/>																							
Perco quando tusso ou espiro	<input type="checkbox"/>																							
Perco quando estou dormindo	<input type="checkbox"/>																							
Perco quando estou fazendo atividades físicas	<input type="checkbox"/>																							
Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo	<input type="checkbox"/>																							
Perco sem razão óbvia	<input type="checkbox"/>																							
Perco o tempo todo	<input type="checkbox"/>																							
"Obrigado por você ter respondido às questões"																								

ANEXO C – ICIQ – OAB

ICIQ-OAB (Brazilian Portuguese)

Validado por Pereira SB, Thiel RRC, Riccetto C, Silva JM, Pereira LC, Hermann V, Palma P. Rev Bras Ginecol Obstet. 2010; 32(6):273-8

Muitas pessoas sofrem eventualmente de sintomas urinários. Estamos tentando descobrir quantas pessoas têm sintomas urinários, e quanto isso incomoda. Agradecemos a sua participação ao responder estas perguntas, para sabermos como tem sido o seu incômodo durante as últimas 04 semanas.

1. Informe sua data de nascimento: ____/____/____

2. Informe seu sexo: () Feminino () Masculino

3a. Quantas vezes você urina durante o dia?

- 1 a 6 vezes () 0
 7 a 8 vezes () 1
 9 a 10 vezes () 2
 11 a 12 vezes () 3
 13 vezes ou mais () 4

3b. O quanto isso incomoda você?

Circule um número de 0(não incomoda) a 10 (incomoda muito)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

não incomoda

incomoda muito

4a. Durante a noite, quantas vezes, em média, você têm que se levantar para urinar?

- Nenhuma () 0
 1 vez () 1
 2 vezes () 2
 3 vezes () 3
 4 vezes ou mais () 4

4b. O quanto isso incomoda você?

Circule um número de 0(não incomoda) a 10 (incomoda muito)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

não incomoda

incomoda muito

5a. Você precisa se apressar para chegar ao banheiro para urinar?

- Nunca () 0
 Poucas vezes () 1
 Às vezes () 2

Na maioria das vezes () 3

Sempre () 4

5b. O quanto isso incomoda você?

Circule um número de 0(não incomoda) a 10 (incomoda muito)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

não incomoda

incomoda muito

6a. Você perde urina antes de chegar ao banheiro?

Nunca () 0

Poucas vezes () 1

Às vezes () 2

Na maioria das vezes () 3

Sempre () 4

6b. O quanto isso incomoda você?

Circule um número de 0(não incomoda) a 10 (incomoda muito)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

não incomoda

incomoda muito

Muito obrigado por ter respondido este questionário.

Cálculo do escore = somatório simples das questões 3a, 4a, 5a, e 6a (mínimo = zero; máximo = 16). Quanto maior o valor do escore, maior o comprometimento.