

Vivências de mulheres aprisionadas acerca das ações de saúde prestadas no sistema penitenciário

Experiences of imprisoned women about health actions provided in the prison system

Michelle Araújo Moreira*

Hozana Santos Souza**

219

Artigo Original • Original Paper
O Mundo da Saúde, São Paulo · 2014;38(2):219-227

Resumo

As ações de saúde prestadas no sistema penitenciário têm sido questionadas por gestores, educadores e profissionais de diversas áreas, sobretudo diante do crescimento da população carcerária feminina. Este artigo discute a vivência de mulheres aprisionadas acerca das ações de saúde prestadas no sistema penitenciário. Trata-se de pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, desenvolvida com 11 mulheres aprisionadas no conjunto penal de uma cidade da Bahia, em regime fechado, sem distinção de conduta criminal. Para a coleta dos dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas entre fevereiro e abril de 2013, sendo os depoimentos decodificados pela análise de conteúdo. Na análise de dados, evidenciaram-se aspectos relacionados à (in)existência e/ou (in)eficiência das ações em saúde prestadas à mulher no sistema penitenciário e uma interferência na participação na produção do cuidado de si. Concluiu-se que há a necessidade de efetivação das políticas públicas direcionadas às mulheres presas, assim como se ressalta a importância de uma equipe multidisciplinar comprometida com a assistência em saúde.

Palavras-chave: Vulnerabilidade Social. Saúde da Mulher. Enfermagem.

Abstract

Health actions provided in the prison system have been questioned by managers, educators and professionals from various fields, especially because of the growth in the female imprisoned population. This article discusses the experiences of imprisoned women about health actions provided in the prison system. It is a qualitative, descriptive and exploratory research conducted with 11 women prisoners in the penal complex of a city of Bahia State, in the closed regime, irrespective of criminal conduct. To collect data, we administered semi-structured interviews between February and April 2013, and the testimonials decoded by content analysis. Data analysis highlighted aspects related to the (in) existence and/or (in) effectiveness of health interventions provided to women in the prison system and an interference with participation in the production of self-care. It was concluded that there is a need for effective public policies directed to women prisoners, as it emphasizes the importance of a multidisciplinary team committed to effective health care.

Keywords: Social Vulnerability. Women's Health. Nursing.

DOI: 10.15343/0104-7809.20143802219227

* Universidade Estadual de Santa Cruz-UESC, Ilhéus-BA, Brasil. E-mail: michellepedro@uol.com.br

** Universidade Estadual de Santa Cruz-UESC, Ilhéus-BA, Brasil.

As autoras declaram não haver conflitos de interesse.

INTRODUÇÃO

O crescimento da população encarcerada, no geral, é um fenômeno concreto. Embora as mulheres representem uma pequena parcela dessa população, tal indicador vem aumentando desde o ano 2000, quando representavam 5%. Hoje, são mais de 12%¹. Além disso, alguns entraves são percebidos no sistema prisional, a exemplo de questões ligadas à infraestrutura, parte jurídica, educacional, social, religiosa e saúde, que, segundo a Lei de Execuções Penais (LEP), constitui obrigação do Estado.

Vale salientar que o déficit na assistência à saúde da população privada de liberdade permanece assombroso. Em se tratando de grupos vulneráveis socialmente, a exclusão se torna ainda maior em relação à população feminina. Afinal, a sociedade brasileira tem conceitos arraigados no modelo patriarcal, aquele que inscreve o “ser mulher” em uma condição de subordinação e desvalorização. Esse padrão social imputado às mulheres aumenta sobremaneira quando são negras, indígenas, lésbicas, residentes em área rural e em condição de cárcere, contribuindo, consequentemente, para o aumento da situação de vulnerabilidade e total desrespeito².

Percebe-se, ainda, que a política de saúde da mulher não conseguiu estabelecer uma atenção ampliada e direcionada a esses grupos, para suprir suas reais necessidades. Diante disso, o País instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), com o objetivo de prover um cuidado integral à saúde da população penitenciária, subsidiando serviços em saúde que assegurem a garantia do direito à cidadania, logo, dos direitos humanos².

Cabe destacar que, até a década de 70, a atenção à saúde da mulher apresentava um caráter reducionista, ancorado no modelo de “mulher-mãe”, tendo seu enfoque restrito à gravidez e ao parto. Especificamente em 1984, o Ministério da Saúde (MS) elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), passando a definir que as estratégias em saúde sejam direcionadas ao atendimento integral de necessidades dos grupos populacionais tidos como vulneráveis com sistematização das ações no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)³.

Assim, surgiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), no ano de 2004, devidamente aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS)⁴. Essa política busca efetivar ações de promoção, prevenção e tratamento da saúde junto a grupos historicamente marginalizados pelo cotidiano social, estando entre esses as presidiárias.

Notam-se alguns avanços no que tange à saúde da mulher. Contudo, as presas permanecem em situação de exclusão e marginalidade, aumentando os índices de encarceramento e de morbimortalidade. A partir dessa percepção quanto ao aumento da população carcerária feminina e à insuficiência nos investimentos direcionados à saúde, surgiu o seguinte questionamento: qual a vivência de mulheres aprisionadas sobre as ações de saúde prestadas no sistema penitenciário?

Diante desse cenário, o artigo propôs-se a discutir a vivência de mulheres aprisionadas acerca das ações de saúde prestadas no sistema penitenciário, desvelando sua efetividade na produção do cuidado de si.

A pesquisa justifica-se pelo baixo número de publicações na área de saúde, especificamente elaborados pelas(os) enfermeiras(os) sobre as vivências de mulheres aprisionadas acerca das ações de saúde prestadas no sistema penitenciário.

Além disso, este estudo possibilita dar vazão às necessidades das mulheres presas, ao valorizar suas falas e/ou depoimentos, demonstrando consequentemente a qualidade das ações de saúde prestadas dentro do sistema penitenciário, proporcionando que gestores municipais possam desenvolvê-las baseadas nos princípios do SUS, por meio da humanização, descentralização, universalidade, equidade e participação ativa.

A relevância da pesquisa centra-se em possibilitar que estudantes, profissionais de saúde e de áreas afins desenvolvam atitudes reflexivas e um olhar diferenciado para essa parcela da população marginalizada. Portanto, torna-se oportuno conhecer as ações de saúde prestadas no sistema penitenciário, bem como as vivências de mulheres aprisionadas no intuito de traçar planos viabilizadores de acordo com a realidade local.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório. A abordagem qualitativa ajuda o pesquisador a imergir no objeto de estudo com uma perspectiva interpretativa. Tal proposta utiliza o texto como material empírico em direção à noção de construção social das realidades a partir dos significados elaborados pelos participantes em seu cotidiano⁵.

Deve-se considerar o conteúdo explícito e os fatores sociais, políticos, culturais que compõem a mensagem emitida⁶. Assim, as experiências das mulheres presas foram tratadas com aprofundamento qualitativo, evitando as generalizações. Por conseguinte, o atributo descritivo tem como finalidade descrever as características de determinada população, fenômeno ou experiência, estabelecendo relações entre variáveis de análise⁷. Ademais, a base exploratória objetiva a familiaridade do pesquisador com o problema com vistas a torná-lo mais explícito, construir hipóteses ou modificar conceitos. Esse tipo de pesquisa tem um programa bastante flexível, pois considera as múltiplas dimensões do fenômeno estudado a partir de uma extensa e aprofundada pesquisa bibliográfica⁸.

O *locus* de estudo definiu-se por um conjunto penal em uma cidade da Bahia. Este local foi inaugurado em 2006 e ocupa uma área de 6.000 metros quadrados, com capacidade para 430 detentos. Atualmente, mantêm-se 999 internos, dos quais 928 são homens e 71 são mulheres. Destaca-se que essa quantidade oscila em razão do fluxo diário na entrada de detentos. A escolha por essa instituição deu-se por ser o único presídio local, conter serviços em saúde instituídos para as mulheres presas, além de uma equipe multidisciplinar com cerca de três enfermeiras(os).

As participantes foram 11 mulheres aprisionadas. Os critérios de inclusão foram: estar aprisionada em regime fechado há pelo menos um ano, ter utilizado os serviços de saúde do sistema penitenciário pelo menos duas vezes durante o período de aprisionamento e ter sido atendida por enfermeira(o) e/ou médica(o). Os critérios de exclusão foram: mulheres em regime semiaberto e em situação provisória, ou seja,

que ainda não obtiveram o julgamento para execução penal, com menos de um ano de prisão e que tiveram menos de duas consultas.

Os dados foram coletados mediante entrevistas semiestruturadas. O primeiro módulo da entrevista buscou informações acerca do perfil sociodemográfico das mulheres aprisionadas. Para alcance do objeto de estudo, foram lançadas as seguintes questões norteadoras: *quais os serviços em saúde que você conhece dentro do presídio? Quais os serviços em saúde que você utilizou dentro do presídio? O que você acha dos serviços em saúde que existem neste presídio? Você se sente bem atendida nos serviços em saúde que são oferecidos no presídio? Você gostaria que tivesse mais algum tipo de serviço em saúde dentro do presídio?*

Ressalta-se que a aplicação da entrevista deu-se após o esclarecimento dos objetivos, justificativa e relevância da pesquisa, com aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob o parecer consubstanciado n. 212.578, tendo acontecido a coleta dos dados entre os meses de fevereiro e abril de 2013.

As entrevistas foram gravadas em fitas de áudio, marcadas no complexo penitenciário de acordo com a disponibilidade do serviço e da mulher presa e durou, em média, 30 minutos, sendo posteriormente transcritas pela própria pesquisadora. Salienta-se que a aproximação com as participantes aconteceu por contato pessoal na sala do Coordenador de Segurança, por meio do apoio das agentes e liberação prévia do diretor do conjunto penal.

As entrevistas foram transcritas, preservando a fala das participantes que foram identificadas por nomes fictícios de pássaros, dando uma conotação de liberdade aos seus depoimentos. Após essa etapa, as entrevistas foram analisadas pela perspectiva de Laurence Bardin, constituindo a análise de conteúdo temática.

A análise de conteúdo é um conjunto de instrumentos de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) diversificados⁹.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As participantes da pesquisa apresentaram idade entre 22 e 69 anos. Quanto ao estado civil, seis encontravam-se solteiras, três casadas civilmente e duas em união estável. No que se refere à escolaridade, uma era analfabeta, seis possuíam ensino fundamental incompleto e quatro, ensino médio. No que tange à religião, seis eram católicas, duas, evangélicas, e três não tinham denominação. Das mulheres aprisionadas, seis se autodeclararam não negras, e cinco, negras. Dez presas eram do Estado da Bahia e apenas uma era de outro estado.

Em seguida, duas grandes categorias temáticas foram definidas para desvelar a vivência das mulheres aprisionadas, desvelando ações insuficientes ou inexistentes para a produção do cuidado de si.

Categoria: A (in)existência e/ou (in)eficiência das ações em saúde prestadas à mulher no sistema penitenciário

Com o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), buscou-se efetivar o acesso da população presa a ações e serviços em saúde, o que, *a priori*, era defendido pela Lei de Execução Penal n. 7.210/84, pela Constituição Federal de 1988 e pelas Leis n. 8.080 e 8.142/90, que dispõem sobre a participação do estado e da sociedade na gestão do SUS, ampliando as estratégias do cuidado para as mulheres presas¹⁰. Contudo, verifica-se, ainda, uma ineficiência ou inexistência de ações efetivas para a população encarcerada diante do proposto na legislação brasileira, sobretudo aquelas ao público feminino.

Sabe-se que, em 2007, o Governo Federal lançou um Relatório sobre as Mulheres Encarceradas, propondo a reorganização e reformulação do sistema prisional feminino com o apoio da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) e do Ministério da Justiça (MJ). Esse relatório referia-se às condições físicas degradantes nas cadeias e presídios, o déficit de vagas, a insalubridade (falta de água, água contaminada, tubulações quebradas e enferrujadas, provocando o vazamento de excrementos), a violência institucional, com uso de práticas de tortura, e péssimos ou inexistentes serviços em saúde¹¹.

Objetivando a mudança desse cenário brasileiro, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária publicou duas resoluções direcionadas à assistência em saúde para pessoas privadas da liberdade. Sendo assim, surgiu a Resolução n. 07/2003, que abordava a implantação de ações em saúde dentro do sistema penitenciário e, mais tarde, a Resolução n. 02/2008, que recomendava a condução de presas(os) para o atendimento à saúde fora do espaço penitenciário com condições mínimas de segurança¹.

Para assegurar a efetividade de tais ações, o PNSSP estabeleceu linhas prioritárias. Entre essas, as ações de Atenção Integral à Saúde, que devem ser desenvolvidas por equipes multidisciplinares nas unidades básicas dentro do sistema penitenciário, além da oferta de serviços continuados nas unidades de referência de média e alta complexidade, como os centros especializados, os laboratórios, os prontos-socorros e os hospitais para atendimento da população carcerária¹¹.

Embora tenha havido uma tentativa nacional para a ampliação e humanização do atendimento às mulheres presas dentro do sistema penitenciário, percebe-se claramente que as entrevistadas sequer conhecem o serviço de saúde implantado, a funcionalidade das ações desenvolvidas pela equipe multidisciplinar, limitando o enfoque desses serviços ao modelo curativista. Ademais, as mulheres presas recorrem à figura do médico como profissional responsável pelo cuidado, restringindo-o à cura de doenças, bem como evidenciam a ausência de serviços ou ineficiência nas ações executadas dentro do sistema penitenciário, o que pode ser corroborado pelos depoimentos:

(...) quando a gente tá sentindo alguma coisa, nós fala, aí elas [as agentes] levam a gente na enfermaria, aí o médico olha. Se precisar passar remédio, passa (...). (Andorinha)

(...) eu só conheço a enfermaria pra passar pelo médico e a enfermeira... de vez em quando, quando a gente sente mal. Psicólogo tem, mas eu nunca gostei de ir não. Não me sinto bem atendida, porque a gente vem pro médico, tá precisando e bota outros na frente (...). (Lavadeira)

(...) eu sou muito problemática, tenho platinina em tudo que é lugar, sempre venho parar na enfermaria. Passei pela enfermeira pra cirurgia da minha mão que eu vou fazer. Esse exame não faz pelo SUS, a casa não consegue não (...). (Beija-flor)

Verifica-se que as mulheres presas começam a referenciar outros profissionais da equipe de saúde, a exemplo das(os) enfermeiras(os), psicólogos e odontólogos. Tal identificação sobre os membros da equipe de saúde parece insatisfatória, uma vez que não existe uma referência efetiva de cuidado para as mulheres presas. Entende-se que, para isso, seja necessário o desenvolvimento da autonomia, a ampliação da escolaridade, a aquisição do conhecimento e a mudança de um modelo puramente biológico para uma perspectiva socioeducacional.

Portanto, o saber produz poder, e ambos estão diretamente implicados, de maneira que não há uma relação de poder sem que esteja relacionada a um campo do saber, bem como não há saber que não estabeleça ao mesmo tempo relações de poder¹². Assim, para que as mulheres presas possam empoderar-se, buscando a reivindicação de ações efetivas em saúde, há uma necessidade premente por medidas que envolvem a assistência direta e a educação para o cuidado de si.

Portanto, evidencia-se que a falta de escolaridade das mulheres presas contribui para a alienação sobre as ações executadas na instituição penitenciária, oportunizando o descumprimento de princípios, como a universalidade, a equidade, a integralidade e a resolubilidade da assistência prestada segundo os preceitos do SUS e do PNSSP.

Compreende-se que a intersetorialidade contribua para a promoção da saúde e prevenção de danos dentro do sistema penitenciário, especialmente para as mulheres presas. Assim, o PNSSP representa um instrumento de inclusão das pessoas privadas de liberdade nas ações em saúde, realizadas dentro e fora dos espaços penitenciários¹⁰.

Dessa maneira, a unidade em saúde implantada dentro do presídio tem-se constituído como porta de entrada para o cuidado às mulheres presas, embora se tenha restringido à

queixa-conduta e apresentado uma inadequação na forma de assistir, como pode ser constatado nas falas a seguir:

(...) o médico já chega aqui atrasado, já chega correndo, e quer atender os que eles querem primeiro (...). (Águia)

(...) falta um pouco de estrutura e interesse, às vezes pra ser atendido tem que fazer zuada. O atendimento deveria ser mais rápido e ter um médico 24 horas aqui, pois fica mais os técnicos. Passo mal à noite, as meninas começam a gritar, faz zuada chamando. Quando vem, diz: 'não tem nada prescrito, eu não posso fazer nada' (...). (Saracura)

(...) eu passo pelo médico, passei pela enfermeira por causa da pressão, tive que tomar soro, injeção pra baixar a pressão, já passei também pelo serviço social, psicólogo (...). (Gaivota)

Elucida-se a ineficiência do atendimento às necessidades das mulheres presas no que diz respeito à promoção da saúde e prevenção de agravos, momento em que se desvela o desrespeito à singularidade feminina com ausência da escuta atenta, do acolhimento e da humanização, trazendo como consequência a inexistência da vinculação entre profissional e cliente, o que interfere na qualidade assistencial¹³.

Em decorrência da precariedade assistencial às mulheres presas, percebe-se que algumas ações em saúde mostram-se deficitárias, sendo necessário buscar serviços fora do sistema penitenciário, ocasionando migração para outros locais de atendimento, como pode ser verificado nos discursos abaixo:

(...) ginecologista tem mais de um ano, tava marcado... aí suspendeu. De três em três meses, seis em seis meses, faz exames de HIV, sífilis, feitos com os técnicos de enfermagem junto com apoio que vem de fora (...). (Saracura)

(...) em enfermagem, o serviço é demorado, do jeito que estou, vai fazer dois anos eu aqui, eu fiz uma vez só citologia. E também sobre HIV, quando nós chega, a primeira coisa que eles faz é ver se tem HIV (...). (Araponga)

(...) devia ter ginecológico pra não precisar ir pra rua, até agora não fiz nenhuma citologia, nem fora e nem aqui. Marcaram citologia para quem precisa passar pelo ginecologista, mas nunca chama, tem cinco meses (...). (Águia)

Evidencia-se a ineficiência do serviço em saúde prestado, visto que se limita a desenvolver estratégias voltadas apenas para doenças de transmissão sexual, ampliando ainda mais a vulnerabilidade das mulheres presas diante da situação de confinamento e, conseqüentemente, os índices de morbimortalidade. Ressalta-se que a vulnerabilidade não se restringe apenas às práticas sexuais, mas abarca a vulnerabilidade social, econômica e moral.

Outra lacuna apontada pelas mulheres presas relaciona-se ao atendimento odontológico. De acordo com o Ministério da Justiça, o tratamento penitenciário integrado deve ser realizado pela atuação dos especialistas, incluindo a assistência odontológica, que compreende: o cuidado bucal, com a utilização de exames de imagem e o acesso às pequenas cirurgias, à prestação de primeiros socorros nas urgências e emergências odontológicas, à prescrição de medicamentos, à realização de profilaxia, exodontia, restauração e tratamento endodôntico, bem como implantação de próteses parciais e totais removíveis¹⁴.

Contudo, observou-se que o atendimento odontológico no sistema penitenciário estudado sequer cumpre os requisitos mínimos propostos pelo MJ, o que pode ser percebido nas falas das depoentes:

(...) no dentista, eu fiz obturação... eu paguei (...). (Cisne)

(...) o atendimento com o dentista só foi pra arrancar, porque aqui não tem pra fazer tratamento, limpeza... é particular (...). (Rouxinol)

(...) hoje o dentista que se encontra na casa, ele cobra, mas arrancar dente é por conta da casa. A gente entende que a demanda é muito grande, é muito preso, não é só mulher, é muito preso homem e aí falta medicamento (...). (Gaivota)

Percebe-se que o atendimento em saúde no sistema penitenciário é precário, e quando se trata de saúde bucal, a assistência pode ser resumida a extrações de dente¹⁵. Dessa forma, visualiza-se que a mulher presa sofre, ao mesmo tempo, com a privação da liberdade e a precária assistência nos serviços em saúde, discutidos em lei e pouco legitimados no cotidiano da assistência.

Portanto, faz-se necessário desenvolver ações sistematizadas e contínuas de acordo com as necessidades clínicas e subjetivas das mulheres presas, sob pena de não impactar sobre a condição de vida e saúde da população encarcerada. Tornar essas internas reféns de um planejamento rígido e puramente racional não interferirá no existir dessas mulheres dentro do sistema penitenciário¹⁶.

Assim, as estratégias em saúde utilizadas para a população carcerária feminina devem contemplar serviços voltados ao controle do câncer do colo uterino e de mama, ao diagnóstico, aconselhamento e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, à violência contra a mulher, à atenção no período da idade reprodutiva e climatério, à contracepção, ao exercício da maternidade assistida, entre tantas outras, resguardando o direito à saúde integral da mulher apenada dentro das unidades prisionais¹¹.

Para tanto, deve-se atuar na reestruturação do sistema prisional, por meio de um sistema de justiça e segurança em conjunto com as demais políticas sociais setoriais, como a educação, a saúde, a assistência social, o trabalho, a renda e a cultura.

Categoria: Dando voz às mulheres presas: participação e movimento ativo na produção do cuidado de si

Sabe-se da existência de uma precária assistência à mulher presa em nosso País. Portanto, vivenciar as problemáticas da realidade carcerária pode ser ainda mais duro, principalmente por fatores como: espaço insalubre, superpopulação, falta de higiene, nutrição inadequada e dificuldade de acesso aos serviços de saúde, o que amplia a vulnerabilidade feminina aos agravos resultantes da situação de cárcere¹⁷.

Destarte, essa população requer um olhar mais apurado no que se refere às questões da saúde,

necessitando de melhor assistência em virtude dos riscos a que estão expostas no cotidiano de existir dentro do sistema penitenciário, sobretudo pelo grande número de pessoas com risco de adoecer e em contínuo contato físico. Contudo, o que ocorre no sistema penitenciário local se deve ao não cumprimento da LEP, ocasionando uma precariedade no atendimento médico com número insuficiente de profissionais dessa e de outras especialidades para a continuidade assistencial às mulheres presas, fato constatado nos depoimentos:

(...) o médico não vem todo dia, precisa mudar o atendimento, tem médico, mas não atende todo mundo, atende uns e outros não são atendidos (...). (Lavadeira)

(...) devia ter um médico, uma doutora pra exame, uma ultrassom, olhar o útero da gente, ter doutora também com aparelho pra escutar as pessoas (...). (Maritaca)

(...) a questão de médico aqui tá mal, pois é um médico só pra atender o presídio todo, aí escolhe 20 pessoas. Só no raio A tem mais de 600 homens, no raio B a mesma coisa. Já chegou ficar três semanas, um mês sem atendimento médico ou mais que isso (...). (Araponga)

Tal evidência torna-se ainda mais penosa, em se tratando de pessoas com doenças crônicas e em idade mais avançada, pois, embora a faixa etária prevalente seja a de mulheres jovens, o sistema penitenciário vem abarcando pessoas de terceira idade em virtude da nova configuração etária no País.

Ressalta-se que aquelas que se encontram presas, no curso do cumprimento de sua pena precisam do atendimento da equipe multidisciplinar de forma contínua, em decorrência de patologias que podem advir da situação de privação da liberdade¹⁸.

Entretanto, no sistema penitenciário estudado, verifica-se uma inexistência de determinados profissionais da área de saúde, especialmente o ginecologista. Ademais, percebe-se que a(o) enfermeira(o) não desenvolve regularmente todas as ações preconizadas para a saúde das mulheres. Entre essas, a consulta ginecológica associada à realização da citologia oncológica.

Vale salientar, ainda, que as mulheres presas externalizam em seus depoimentos uma dificuldade no transporte para consulta externa, muitas das quais, necessárias em decorrência da inexistência de ações em saúde dentro do sistema penitenciário:

(...) tinha que ter uma ginecologia pra mulher fazer preventivo, nem que seja uma vez no ano porque eu tenho um ano e quatro meses. De lá pra cá, a gente nunca mais fez (...). (Beija-flor)

(...) nós que convive no meio com outras detentas deveria fazer citologia de seis em seis meses, um exame preventivo, e aqui é difícil fazer um exame de HIV, tem que marcar escolta, esperar (...). (Rouxinol)

Aponta-se que a mulher presa tem direito à assistência à saúde, respeitadas as peculiaridades da sua condição feminina. Assim, o PNSSP enfatiza que existe uma lista mínima de procedimentos no âmbito da promoção da saúde e prevenção de agravos em unidades de saúde prisional. Entre essas, a atenção integral à saúde da mulher¹⁹. Tais ações devem ser implantadas em 100% das unidades penitenciárias com controle e detecção precoce de agravos¹¹.

Para isso, os serviços de saúde dentro do sistema penitenciário não podem ter uma concepção verticalizada, rígida e com horários muito delimitados, devendo realizar suas atividades de acordo com as necessidades e prioridades do grupo. Entretanto, evidencia-se o oposto no que tange à assistência às mulheres presas no sistema penitenciário estudado, o que pode ser visualizado nos depoimentos:

(...) à noite, só fica os técnicos de enfermagem, a situação é precária, pode tá passando mal como for, o técnico diz: 'o armário está trancado, eu não posso fazer nada'. Então, a gente pode morrer lá dentro, que nada fazem (...). (Saracura)

(...) à noite, é a hora que mais precisa. Era pra ter mais enfermeira aqui, é uma enfermeira só pra tudo, quando passa mal dentro do anexo, não tem ninguém pra pegar, as meninas praticamente são arrastadas quando desmaiam e jogadas em qualquer lugar perto do lixo (...). (Araponga)

(...) falta melhor atendimento de pessoas internas, aí passa pelo clínico e não resolve, passa exame, só quem tem condições faz e paga lá fora, e quem não tem não consegue fazer pelo SUS, aí fica sem o exame, esperando uma vaga. Lá fora também os médicos não quer atender mais detentas, aí fica difícil pra gente (...). (Rouxinol)

Outra queixa frequente apontada pelas mulheres presas está relacionada à alimentação, embora exista uma determinação da LEP pelo direito a uma nutrição adequada¹. O Estado deve fornecer no mínimo três refeições diárias, como o desjejum, o almoço e o jantar, com qualidade e em quantidade suficiente, o que não se verifica no sistema penitenciário local¹⁸.

Essa e outras dificuldades são maximizadas quando as mulheres são abandonadas à própria sorte no cárcere, muitas vezes esquecidas pelos familiares, conforme depoimentos:

(...) o negócio que tem que melhorar aqui, eu não tenho visita, passa dois, três, cinco meses, pra gente arrumar um sabão pra tomar banho. A comida não é boa, eu não estou comendo, porque a comida não dar pra descer, de manhã o café vai bom (...). (Maritaca)

(...) você ficar num lugar desses, nem todo mundo ali trabalha, tem muita gente que precisa que não tem visita, aí tem pessoas que adoecem mais por causa disso (...). (Araponga)

São nítidos a inobservância e o descumprimento das leis, bem como a violação dos direitos humanos, o que dificulta a posterior ressocialização. Nesse sentido, defender as garantias ao cuidado em saúde para as detentas torna a prisão um ambiente mais humanizado e de fácil convívio, facilitando posteriormente a reinserção social dessas mulheres¹⁶. Não se pode atuar nos serviços em saúde de maneira discriminatória e segregadora²⁰, pois isso contribui para o aumento do sentimento de culpa e de desvalia dos sujeitos, como demonstrado no depoimento:

(...) se tá aqui pra pagar, deveria também ter um atendimento melhor, pois, apesar de ter errado por estar preso, não deixa de ser

humano. Estamos pagando, erramos, mas estamos aqui pra reabilitar, pois, se existe direitos humanos, precisava mais os direitos humanos olhar em delegacias e presídios, pois é onde mais precisa pra ver a realidade do mundo e da vida (...). (Araponga)

Por fim, nota-se que existem políticas públicas nacionais direcionadas às mulheres presas, embora as falhas estejam relacionadas à execução das ações no sistema penitenciário. Acredita-se que o Estado necessita garantir a aplicabilidade das leis, assegurando os direitos das mulheres presas, mediante supervisão e avaliação constante das ações e dos serviços oferecidos, de maneira a desatar os nós críticos.

CONCLUSÃO

Pode-se afirmar, a partir dessa pesquisa, que as vivências das mulheres aprisionadas desvelam a ineficiência e/ou inexistência de serviços em saúde prestados dentro do sistema penitenciário local.

Observou-se, ainda, que as mulheres aprisionadas não tinham efetiva participação na produção do cuidado de si, momento em que permaneciam passivas e sujeitadas à ordem do serviço em saúde prestado dentro do sistema penitenciário, caracterizado por um modelo rígido e impessoal.

Outro fato que chama atenção é a falta de referência no cuidado dentro do serviço em saúde que vem sendo oferecido dentro do presídio. Evidencia-se que as mulheres aprisionadas possuem dificuldade em definir os membros da equipe que prestam o atendimento em decorrência das suas limitações técnicas e sociais, bem como ausência na definição dos seus papéis enquanto trabalhadores da saúde, desvelando falhas graves no cenário da pesquisa.

Concluiu-se que se faz necessária a interação e efetiva participação de todos os envolvidos no processo. Entre esses, gestores, profissionais e as próprias mulheres assistidas, para que juntos possam somar saberes e dividir responsabilidades, especialmente quando os sujeitos que necessitam de cuidado encontram-se em situação de encarceramento e aumento das suas vulnerabilidades.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Legislação em saúde no sistema penitenciário. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
2. Alexandre LBSP. Políticas públicas de saúde da mulher. In: Fernandes RAQ, Narchi NZ, organizadoras. Enfermagem e saúde da mulher. São Paulo: Manole; 2007. p. 1-29.
3. Medeiros PF, Guareschi NMF. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. Rev Estudos Feministas. 2009 Jan [acesso 10 Mar 2013];17(1):31-48. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2009000100003. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2009000100003>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
5. Flick U. Desenho da pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed; 2009.
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2008.
7. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas; 2008.
8. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2010.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
10. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final. Reorganização e Reformulação do Sistema Prisional Feminino. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
12. Foucault M. Vigiar e Punir: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes; 2007.
13. Coelho MO, Jorge MSB, Araújo ME. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. Rev Baiana Saúde Pública. 2009 Jul [acesso 20 Fev 2013];33(3):440-52. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2009/v33n3/a011.pdf>.
14. Ministério da Justiça. Tratamento penitenciário. 2007 [acesso 19 Abr 2013]. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/main.asp?View={887A0EF2-F514-4852-8FA9-D728D1CFC6A1}&BrowserType=NN&LangID=pt-br¶ms=itemID%3D{1804BE2A-84CF-4DCA-A71E-C78925FC1B34}%3B&UIPartUID={2868BA3C-1C72-4347-BE11-A26F70F4CB26}>.
15. Assis RD. A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro. Rev CEJ. 2007 Out [acesso 20 Fev 2013];11(39):74-8. Disponível em: <http://www2.cjf.jus.br/ojs2/index.php/revcej/article/viewFile/949/1122>.
16. Nunes SR, Werba G. Mulheres aprisionadas: rediscutindo a invisibilidade. Diálogo Canoas. 2013 Ago [acesso 1 Nov 2013];23(1):105-17. Disponível em: <http://www.revistas.unilasalle.edu.br/index.php/Dialogo/article/viewFile/903/906>.
17. Brasil. Ministério de Saúde. Plano Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
18. Lima EAA. Sistema prisional brasileiro [monografia]. Barbacena (MG): Universidade Presidente Antônio Carlos; 2011.
19. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Justiça. Cartilha da Mulher Presa. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
20. Fonseca GS, Moraes IF, Valença CN, Germano RM. Social control in health: the perspective of a community around a concept. Rev Enferm UFPE Online. 2012 Jul [cited 2013 Feb 20];6(7):1608-14. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2926/pdf_1343.