



DIFICULDADES DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Difficulties of women deprived of liberty in accessing health services

Dificultades de mujeres privadas de libertad para el acceso a los servicios de salud

Bianca Carvalho da Graça

Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT - Tangará da Serra (MT) - Brasil

Michele de Melo Mariano

Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT - Tangará da Serra (MT) - Brasil

Maria Aparecida de Jesus Xavier Gusmão

Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT - Tangará da Serra (MT) - Brasil

Juliana Fernandes Cabral

Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT - Tangará da Serra (MT) - Brasil

Vagner Ferreira do Nascimento

Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT - Tangará da Serra (MT) - Brasil

Josué Souza Gleriano

Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT - Tangará da Serra (MT) - Brasil

Thalise Yuri Hattori

Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT - Tangará da Serra (MT) - Brasil

Ana Cláudia Pereira Terças Trettel

Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT - Tangará da Serra (MT) - Brasil

RESUMO

Objetivo: Conhecer como se dá o acesso aos serviços de saúde pelas reeducandas de uma cadeia pública. **Métodos:** Trata-se de pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa, desenvolvida na cadeia pública feminina de um município da região Médio-norte de Mato Grosso, Brasil, junto a 15 mulheres privadas de liberdade. A coleta de dados ocorreu no mês de outubro de 2016, através de entrevista semiestruturada em que as falas foram gravadas e, posteriormente, transcritas para análise de conteúdo na modalidade Análise Temática. **Resultados:** O descontentamento com os serviços oferecidos foi evidenciado, devido, principalmente, a ausência dos recursos humanos e materiais necessários para o atendimento em saúde no cárcere. O encaminhamento para serviços municipais é realizado apenas em situações de urgência/emergência, sendo executado através de escolta que, muitas vezes, é limitada em decorrência do baixo contingente de profissionais disponíveis. **Conclusão:** A dificuldade no acesso expressa as iniquidades a que essa população está exposta, limitando as ações de promoção e prevenção, tornando o acesso restrito ao atendimento de doenças e agravos em fase grave e aguda, em que a atenção é voltada exclusivamente para assistência.

Descritores: Acesso aos Serviços de Saúde; Mulheres; Prisões; Determinantes Sociais da Saúde.

ABSTRACT

Objective: To understand how the female inmates of a public jail are provided with access to health services. **Methods:** This is a descriptive and exploratory research, with a qualitative approach, developed in the female public jail of a municipality in the northern region of Mato Grosso, Brazil, with 15 women deprived of their liberty. Data collection was carried out in October 2016, through a semi-structured interview, when the statements were recorded and later transcribed for content analysis in the Thematic Analysis modality. **Results:** Discontentment with the services provided was evidenced, mainly due to the absence of human and material resources necessary for health care in incarceration. Referral to municipal services is only performed in urgent/emergency situations, being carried out with use of an escort, which is often limited due to the small contingent of available professionals. **Conclusion:** The difficulty in access expresses the iniquities to which this population is



exposed, limiting the actions of promotion and prevention, making the access restricted to treating diseases and injuries in a severe and acute stage, in which the attention is exclusively directed to the healthcare assistance.

Descriptors: Health Services Accessibility; Women; Prison; Social Determinants of Health.

RESUMEN

Objetivo: Conocer cómo se da el acceso a los servicios de salud por las mujeres reeducadas de una cárcel pública. **Métodos:** Se trata de una investigación descriptiva y exploratoria de abordaje cualitativo desarrollada en una cárcel pública femenina de un municipio de la región Medio-norte de Mato Grosso, Brasil, con 15 mujeres con privación de libertad. La recogida de los datos se dio en octubre de 2016 con una entrevista semiestructurada en la cual las hablas fueron grabadas y, a posteriori, transcritas para el análisis de contenido en la modalidad Análisis Temática. **Resultados:** Ha sido evidenciado el descontento con los servicios ofrecidos, en especial, con la ausencia de los recursos humanos y materiales necesarios para la atención en salud en la cárcel. El seguimiento para los servicios municipales se da solamente en situaciones de urgencia/emergencia a través de escolta la cual muchas veces es limitada por el bajo contingente de profesionales disponibles. **Conclusión:** La dificultad del acceso expresa las iniquidades a las cuales esa población se expone limitando las acciones de promoción y prevención convirtiendo el acceso restringido a la atención de enfermedades y agravio en la fase grave y aguda en la cual la atención se vuelve con exclusividad para la asistencia.

Descriptores: Accesibilidad a los Servicios de Salud; Mujeres; Prisiones; Determinantes Sociales de la Salud.

INTRODUÇÃO

Os modos de organização social da produção, integrados por múltiplos fatores, como a moradia, a alimentação, a educação, o trabalho, a renda, o meio ambiente e o acesso a bens e serviços, consolidados na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, colocou a saúde no âmbito da responsabilidade do Estado no Brasil, o qual deve prover condições dignas de vida e acesso universal e equânime às ações e serviços voltados à promoção, prevenção e recuperação da saúde em todos os níveis de atenção⁽¹⁾.

Em concordância, a Lei de Execução Penal Brasileira (LEP), pioneira na garantia dos direitos à saúde no sistema prisional, determina que a assistência à saúde do reeducando, apenado ou provisório deve ser prestada na perspectiva da garantia da promoção e recuperação no interior do sistema prisional, ou ser efetuada, sob autorização da direção da penitenciária, em outros estabelecimentos caso esse sistema não esteja apto a realizá-la⁽²⁾.

Quando estudada, a organização de saúde do sistema prisional tem sido apontada⁽²⁻⁴⁾ como um estrangulamento na capacidade de prover manutenção da vida dos reeducandos. Nesse âmbito, estabelece-se uma relação direta entre as condições estruturais da penitenciária e o adoecimento, físico ou mental⁽⁴⁾.

As unidades prisionais não têm conseguido, na sua organização, manter condições dignas de atendimento à qualidade de vida e de saúde na permanência do reeducando⁽⁵⁾, e os principais desafios englobam a disponibilidade de profissionais e de recursos tecnológicos, a subvalorização dos sinais e sintomas do reeducando, a não adaptação dos serviços, a dificuldade de acesso em decorrência da priorização da segurança no sistema em detrimento da saúde e o receio de profissionais da saúde em adentrar esse espaço⁽²⁾.

Enquanto valorização dos direitos dos reeducandos, efetivada nas disposições de sentenças ou decisão criminal, o espaço do sistema prisional deve propiciar condições harmônicas de integração social que perpassem as diversas áreas da assistência religiosa, social, jurídica, material e educacional. Em específico no setor saúde, as unidades necessitam proporcionar uma estrutura de rede de serviços para possibilitar o acesso à saúde e a condições de ressocialização⁽⁶⁾.

De acordo com o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN)⁽⁷⁾, os equipamentos prisionais por gênero são destinados ao público masculino em sua grande maioria, sendo 74% das unidades prisionais projetadas para os homens e apenas 7% destinando-se ao público feminino, enquanto os outros 17% são tidos como mistos, o que significa que podem contar com alas/celas específicas para o aprisionamento de mulheres dentro de um equipamento anteriormente masculino. Conforme o contexto apresentado, o aumento da criminalidade, no que diz respeito às mulheres, foi em grande escala. Ao ponto que, no ano de 2000, havia 5.601 prisioneiras no sistema carcerário, mas no ano de 2014 esse número chegou perto de 37.380 presas.

A maioria das mulheres que está no sistema prisional brasileiro é representada por jovens, mães muitas das vezes, responsáveis pelo sustento familiar, com baixo nível de escolaridade e com uma cultura economicamente baixa. Grande número dessas mulheres tem algum vínculo com o tráfico de drogas, e muitas entram nessa atividade através das amigas e, em outros casos, os próprios parceiros são os maiores incentivadores⁽⁷⁾.

As mulheres presas, quando grávidas, necessitam da existência de celas ou dormitórios adequados para gestantes em unidades femininas ou mistas, porém, isso nem sempre se sucede. Com o grande aumento da população carcerária feminina, faz-se necessário refletir se a infraestrutura das unidades prisionais brasileiras tiveram o mesmo crescimento, pois é de conhecimento

notório que a infraestrutura do sistema prisional é precária, possui superlotação e ausência de condições humanas de ventilação, iluminação, higiene, etc, ou seja, houve um aumento da população carcerária, mas os locais que a albergam permaneceram da mesma forma⁽⁷⁾.

Cabe ressaltar que as vulnerabilidades em relação a essas mulheres são potencializadas, uma vez que o aprisionamento, em sua maioria, está relacionado aos vínculos afetivos e à busca pela redução das iniquidades sociais que vivenciam no cotidiano; porém a reclusão resulta no distanciamento de seus filhos, no abandono do companheiro e dos familiares, culminando com maior exclusão social após o processo de ressocialização⁽⁸⁾.

A saúde no sistema prisional era limitada a ações pontuais, e essa característica foi modificada somente a partir da LEP e da Constituição Federal de 1988, através da responsabilização do Estado com a garantia do direito universal à saúde, incluindo os cidadãos privados de liberdade. Observou-se maior visibilidade dessa população com as publicações das Portarias Interministeriais (Saúde e Justiça) nº 668/2002 e nº 1.777/2003, que subsidiaram a instituição do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP)⁽⁹⁾.

Considerado como um avanço no Brasil, o PNSSP, vigente desde 2002, explicitou diretrizes para uma política de saúde específica às pessoas privadas da liberdade. Essa política determina que o acesso a ações e aos serviços de saúde deve proporcionar a redução dos agravos e danos que as condições de confinamento podem provocar, reduzindo as iniquidades em saúde a que estão expostas essa população⁽²⁾.

No entanto, há um paradoxo apresentado entre a legislação brasileira e a realidade. Há uma separação do direito à saúde constitucional daquele vivenciado no cotidiano dos serviços prisionais. Fere-se a universalidade, a equidade e a integralidade ao restringir pacotes assistenciais mínimos de assistência e não garantir uma rede de atenção capaz de olhar para essa população como pertencente à sociedade⁽³⁾.

O direito da população penitenciária a ações e serviços de saúde está explícito na Lei de Execução Penal nº 7.210, na Constituição Federal de 1988, na Lei nº 8.080 e na Lei nº 8.142. No entanto, para sua efetivação, considera-se a disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação, o que culmina na necessidade de ações intersetoriais e transversais do governo, bem como políticas sociais e econômicas, possibilitando melhor distribuição de renda e fortalecimento da cidadania⁽¹⁰⁾.

Estudo baseado em estatísticas de morbidades no Estado de São Paulo evidenciou que os problemas em saúde mais prevalentes entre a população penitenciária consistem em alergias, problemas respiratórios, vasculares, osteomusculares, depressão, hipertensão arterial e problemas urinários⁽¹¹⁾. No mesmo estudo, as mulheres autoavaliaram sua saúde de forma negativa.

Entende-se que discutir sobre como as populações vulneráveis acessam os serviços de saúde, suas dificuldades e desafios no cotidiano, em especial as mulheres privadas de liberdade, seja primordial para suscitar reflexões de novas estratégias que possam reduzir essas iniquidades e promover a saúde. Nesse sentido, é de fundamental importância a abordagem dessa temática no campo da saúde coletiva, já que a realidade aqui descrita poderá sustentar novos direcionamentos para reestruturação das políticas públicas e implementação de ações efetivas para esse cenário.

Dessa maneira, questiona-se: como as mulheres de um sistema prisional público acessam o serviço de saúde? Assim, no intuito de responder a esse questionamento, buscou-se conhecer como se dá o acesso aos serviços de saúde pelas reeducandas de uma cadeia pública.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória⁽¹²⁾, com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa é aquela em que o pesquisador tem como alvo a melhor compreensão do comportamento e da experiência humana, em que procura entender o processo pelo qual as pessoas constroem significados e descrevem o que são esses significados⁽¹²⁾.

O estudo ocorreu em uma cadeia pública feminina de um município da região Médio-norte do estado de Mato Grosso, Brasil. Essa unidade, inaugurada em 1978, inicialmente atendia reeducandos do sexo masculino. Posteriormente, abrigou ambos os sexos, até 2009, quando o Centro de Detenção Masculino foi inaugurado, havendo a transferência dos homens. Atualmente, atende apenas mulheres, oriundas dos mais variados municípios do estado e de estados circunvizinhos, e tem capacidade para 58 reeducandas, distribuídas em oito celas. A equipe profissional é composta por 21 servidores da segurança⁽¹³⁾.

O centro de detenção em estudo possui 57 mulheres privadas de liberdade, representando o quantitativo total de reeducandas. A seleção das participantes do estudo respeitou critérios de inclusão e exclusão. Como critérios de inclusão: reeducandas maiores de 18 anos, que aceitaram participar do estudo e que tinham condições de responder à entrevista. Como critérios de exclusão: reeducandas com tempo inferior a 30 dias de permanência no centro de detenção. O tamanho amostral foi definido pela saturação dos dados⁽¹⁴⁾, e, dessa forma, 15 participantes constituíram a amostra final deste estudo.

A coleta de dados ocorreu no mês de outubro de 2016, após as mulheres tomarem conhecimento dos objetivos do estudo e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ocorreu através de entrevista norteada por roteiro semiestruturado, contendo questões fechadas que contemplavam dados de identificação (idade, escolaridade, situação conjugal, renda, aspectos familiares, profissão) e questões abertas sobre a percepção das mulheres sobre o acesso aos serviços de saúde. Realizaram-se as

entrevistas individualmente, em sala reservada, com duração média de 30 minutos.

Analisaram-se os dados por meio da técnica de análise de conteúdo⁽¹⁵⁾, que se constitui no conjunto de técnicas de análise das comunicações e utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Essa técnica é composta por três etapas: pré-análise, exploração do material, e tratamento e interpretação dos resultados. A pré-análise consiste na organização do material a ser analisado com o objetivo de sistematizar as ideias iniciais. A exploração do material consiste na definição de categorias e identificação das unidades de registro e de contexto das falas das participantes. A etapa de tratamento e interpretação dos resultados consiste no destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais⁽¹⁵⁾. Posteriormente, o material empírico produzido nas entrevistas gerou três categorias temáticas: “A dor tem que aparecer para que eu tenha acesso”, “Acesso à assistência em saúde” e “Tipos de assistência ofertada”. As categorias foram minuciosamente apresentadas e discutidas de acordo com os relatos das participantes e a literatura pertinente.

O presente estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT), sob Parecer nº 1.457.621.

Para manter o anonimato, as mulheres entrevistadas foram codificadas de forma alfanumérica, de modo que a letra “M” indica “mulher” e o elemento numérico que acompanha o conjunto expressa a ordem de convite para participação no estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para ampliar a compreensão sobre os dados de identificação das entrevistadas, inicialmente, houve breve caracterização desse coletivo. Em seguida, foram discutidas, à luz da literatura, as categorias que emergiram do estudo.

Dados de identificação das entrevistadas

As participantes do estudo possuem idade entre 18 e 31 anos, em sua maioria autodeclararam-se pardas, solteiras, com até três filhos e escolaridade que não supera o ensino fundamental, características similares a outros estudos nacionais⁽¹⁶⁻¹⁹⁾.

Antes da detenção, o maior contingente de reeducandas exercia a função de “dona de casa/ do lar” e trabalhava como vendedora, seguido de funções relacionadas à baixa capacitação. Além disso, as profissões informadas pelas reeducandas são relacionadas a atividades de baixa remuneração⁽²⁰⁾.

A dor tem que aparecer para que eu tenha acesso

As condições de vida no cárcere estão fortemente presentes nas falas das entrevistadas. Essa categoria, “a dor tem que aparecer para que eu tenha acesso”, remete à situação de associação do acesso à saúde como um privilégio de quem está fora dos muros, e reconhecem que os recursos humanos e materiais nas unidades prisionais, para atender a questões de saúde, são pouco disponíveis.

Os relatos apontam fragilidade na promoção e desprezo ao cenário de acesso à saúde. Destacou-se uma declaração de que a saúde está além dos muros do cárcere, e deve ser constatada antes como doença para se ter acesso aos serviços de saúde:

“Saúde para mim é ter remédio quando está com dor; é ter acesso aos profissionais, como médico, SAMU (Serviço de Atendimento Médico de Urgência); é ser atendido quando preciso; poder ir até onde preciso para ser atendida e não ficar à mercê da prisão.” (M5)

“Não tem médico! Quando precisa, leva a gente através de escolta para consultar.” (M7)

Essas expressões remetem a um paralelo entre saúde, liberdade e acesso. Para as reeducandas, a saúde está associada com a liberdade e o acesso aos serviços de saúde externos ao presídio, onde buscam ser assistidas conforme as necessidades apresentadas.

Uma vez condenada à pena restritiva de liberdade, a mulher estará sujeita a “normatização dos corpos”⁽²¹⁾. Quando ela submerge à prisão, passa a se submeter a uma série de normas, ordens e rotinas restritivas, determinadas formalmente, que gerem a ordem institucional nas prisões. O afastamento da família, dos filhos e dos amigos, a perda da privacidade, de objetos e de documentos pessoais, entre outros, marcam a descontinuidade com o mundo deixado fora dos muros da prisão. É a mortificação do eu⁽²¹⁾.

As privações que compõem a esfera prisional, seja ela restritiva do direito de ir e vir, direitos sociais, culturais, pessoais, emocionais e/ou de saúde, fazem da vida na prisão um conflito e um momento de crise do ponto de vista existencial⁽²²⁾.

Essas privações impactam diretamente na saúde dessas mulheres, pois existem dificuldades no cotidiano da instituição prisional que interferem nas condições de saúde física das reeducandas. Desde a dificuldade relacionada à alimentação, ao tabagismo, ao sedentarismo, ao descontrole do peso, à ociosidade e à restrição das atividades físicas direcionadas, até a exposição diária ao sol⁽²³⁾.

Outrossim, as mulheres em situação de cárcere são também acometidas por mais agravos à saúde do que a população feminina em geral, devido às condições de vida do pré-cárcere, que contribuem para agravos da saúde mental, complicados pelas poucas condições de acesso aos cuidados de saúde, muitas vezes prestados indevidamente⁽²⁴⁾, como também pela descontinuidade com o mundo deixado fora dos muros da prisão⁽²¹⁾.

Em estudo realizado no Estado de Santa Catarina, Brasil⁽²⁵⁾, das 17 unidades prisionais estudadas, apenas uma não contava com

atendimento médico. As outras possuíam equipes de saúde próprias que, apesar de incompletas, atendiam algumas necessidades da demanda, e outras também contavam com apoio de voluntários. No entanto, o estudo apontou que as cadeias públicas e instituições prisionais que não são configuradas oficialmente como prisões não possuem esse atendimento.

De acordo com o PNSSP, em penitenciárias que possuem mais de 100 detentos, deve-se contar com uma equipe multiprofissional permanente - que deve ser composta por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, assistente social, psicólogo, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário - atuando em regime de 20 horas semanais. Já nas unidades com número inferior a 100 detentos, devem ser designados profissionais da rede para efetuar atendimento semanal⁽²⁶⁾.

De acordo com profissionais da área, as principais dificuldades para implantação do PNSSP consistem na falta de profissionais para composição de equipes de saúde, ou a contratação temporária, e na resistência dos municípios para referenciar unidades de saúde para o atendimento das reeducandas. E ainda, na necessidade de ambulâncias e de escolta, configurando-se desafios no âmbito da integralidade em saúde⁽²⁷⁾.

Acesso à assistência em saúde

Nos relatos dessa categoria, observa-se a frequente referência ao profissional de enfermagem como mediador, que oportuniza a escuta e auxilia na garantia do acesso aos serviços de saúde. Porém, ao mesmo tempo em que esse profissional é sinalizado como intercessor, parece não conseguir atender toda a demanda.

As participantes do presente estudo apontam que a escassez de recursos humanos, a dimensão e a diversidade de problemas inerentes a sua condição de ser mulher (aspectos sexuais e reprodutivos) perpassam a oferta das atividades assistenciais oferecidas nessa instituição, pois as ações que o enfermeiro pode implementar nas diferentes dimensões do cuidar não conseguem sozinhas superar as fragilidades do contexto prisional dessas mulheres, sendo necessárias ações intersetoriais e multiprofissionais, conforme afirmam as mulheres em suas falas:

“[...] passa para a enfermeira que vem em um dia da semana e ela consulta.” (M13)

“Procuro a diretora, mas nem sempre a gente consegue. A enfermeira atende, manda receita dos remédios controlados.” (M14)

“Temos campanha (de vacina, vermífugo), exames, mas não tem médico.” (M11)

“A enfermeira vem uma vez na semana, faz algumas coisas, o que pode, não é? Mas não resolve nosso problema. A dor continua, o remédio não; o exame que preciso nunca consegue vaga... Muito triste. Ela tenta, mas não vai tirar o câncer do meu peito sem ajuda.” (M15)

“Tenho muita dor no pé da barriga. Quando vou ao médico, ele dá remédio; quando acaba (o remédio), a dor volta... Não tem o exame ginecológico preventivo do câncer de colo aqui, porque parece que o laboratório não está fazendo o exame. Continuo com dor; com menstruação que fica sangrando quase o mês inteiro e nunca resolve.” (M8)

No contexto dessas falas, percebe-se a necessidade de acesso dessas mulheres às ações de atenção à saúde, tanto na atenção básica dentro dos presídios como nos serviços de referências para média e alta complexidade, com garantia do atendimento às necessidades individuais de cada uma.

Nota-se que o principal responsável pela assistência à saúde proporcionada às reeducandas é o profissional de enfermagem, mas esse, devido à sobrecarga do trabalho e à ausência de uma equipe mínima, não têm conseguido trabalhar na promoção e prevenção. Ele sinaliza, no aspecto organizacional do sistema, uma fragilidade operacional para a condução da dignidade humana básica, que é o direito à saúde, e, ao mesmo tempo, um risco ocupacional de trabalho para esse profissional⁽¹⁹⁾.

A falta do médico para compor a equipe multiprofissional corrobora a pressão exercida sobre os enfermeiros no que se refere ao exercício de atribuições que não os competem⁽²⁶⁾.

A LEP preconiza exames, cuidados e tratamentos médicos gratuitos aos sujeitos que estão em qualquer forma de privação da liberdade, a partir do momento que adentram às penitenciárias e durante todo o período de detenção, sempre que necessário. Contudo, tem-se presenciado que essas preconizações não têm sido garantidas, o que culmina no margeamento desse público no que se refere às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽²⁾.

Diante dessas constatações dirige-se para a reflexão de que o acompanhamento adequado das condições de saúde da população privada de liberdade, no Brasil, é um importante condicionante de saúde, fazendo jus às negligências constatadas nas políticas de Estado⁽²³⁾.

As entrevistadas informaram como se dá o fluxo para a Unidade de Pronto Atendimento. Na maioria das vezes, inicia-se com a solicitação de auxílio por parte do agente penitenciário devido sua maior proximidade com as reeducandas. Posteriormente, as necessidades em saúde são encaminhadas à direção, onde os casos são avaliados conforme demanda e disponibilidade do serviço, para então a reeducanda ser acompanhada por escolta policial até a Unidade de Pronto Atendimento. Os depoimentos das entrevistadas discorrem acerca dessa situação:

“Fala com os agentes, eles falam com a direção, ela passa para enfermeira [...].” (M13)

“[...] Tudo avisa o agente. Eles verificam se está precisando para poder levar (ao médico).” (M9)

“Fala com os agentes, mas nem sempre têm profissionais, escolta para levar para consulta [...] Às vezes, tem que escolher, dos que precisam, qual vai consultar.” (M4)

Segundo os relatos, a pertinência da necessidade do atendimento em saúde é avaliada pelos agentes penitenciários e pela direção, o que pode agravar estados de saúde, haja vista que ocorre um julgamento por subjetividade e que não está descrito nas atribuições e competências técnicas. Isto ocorre porque a decisão do acesso aos serviços, em sua maioria, é permeada pela avaliação no nível do senso comum dos profissionais externos ao âmbito da saúde, em razão da indisponibilidade deles no local.

Compete ao profissional de saúde realizar o planejamento, a organização, o gerenciamento e desenvolver ações de atenção à saúde dentro do ambiente prisional, incluindo a triagem e classificação de risco em saúde. A avaliação da classificação de risco é, geralmente, realizada pelos enfermeiros e inclui um *check list* investigativo orientado para os sinais e sintomas⁽²⁷⁾.

O que se percebe é que, nessa unidade avaliada, os agentes penitenciários acabam sendo mediadores importantes para o acesso aos serviços em saúde e na seleção de prioridades. Um estudo sinalizou que tal ação tem sido devido ao contato constante do agente penitenciário com os presos, pois são eles que retiram da cela, acompanham e retornam dos atendimentos e eventuais períodos de hospitalizações⁽²⁸⁾.

O serviço de escolta é o mesmo para todas as demandas que são solicitadas para a saída do reeducando. Assim, há uma preferência para o atendimento a necessidades relacionadas ao poder judiciário - como audiências, por exemplo - em detrimento do transporte para atendimento em saúde, o que leva à postergação da assistência, constituindo fator de risco para morbidades⁽²⁸⁾.

Tipos de assistência ofertada

Sobre essa categoria, que enfoca os tipos de assistência ofertada às reeducandas participantes da presente pesquisa, destaca-se um reducionismo da concepção da atenção básica ao transformá-la em um pronto atendimento para a dispensação de medicamentos, principalmente analgésicos, administração de anticoncepcionais injetáveis, coleta de exames laboratoriais prescritos pelos estabelecimentos de saúde e realização de orientações visando à educação em saúde.

Há, claramente, nesse reducionismo das estratégias primordiais do conceito de atenção básica, um distanciamento da prevenção e das ações de monitoramento, conforme destacado pelas entrevistadas:

“Conversar com o agente, às vezes, ganha remédio. Não faz consulta.” (M11)

“[...] A enfermeira vem e passa medicamentos para eles (agentes penitenciários) entregarem para nós.” (M10)

“[...] Só dá injeção para não engravidar. Não tem remédio e, às vezes, nem levam ao hospital.” (M6)

“Quando eu estava em casa, eu ia ao posto de saúde, fazia exame preventivo do câncer ginecológico, tomava vacina e, quando ficava doente, demorava, mas consultava com a enfermeira, a médica, ou até recebia ajuda do agente de saúde. Aqui não tem nada disso, só se estiver muito ruim vai ao hospital, toma um remédio e volta para cá.” (M2)

Nos relatos, observam-se queixas relacionadas à falta de uma assistência integral que perpassasse um histórico e investigação registrados em consultas. Além disso, dos poucos registros, há relatos de falhas, em especial por não haver continuidade na assistência.

É registrado que no sistema penitenciário existe circulação de doenças respiratórias, tuberculose, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), evolução e aquisição de problemas mentais, câncer, hanseníase e outros problemas de saúde que são negligenciados pela ausência de monitoramento dos atendimentos e pelo baixo número de recursos humanos em saúde adequado a uma equipe multiprofissional⁽²⁹⁾.

Quanto à dispensação de medicamentos, é comum não encontrar um profissional de saúde habilitado nas penitenciárias. Nesses casos, o agente torna-se o responsável por dispensar os medicamentos às reeducandas⁽²²⁾ (ou a própria reeducanda fica com a medicação em seu poder). Fato explicitado no relato da M11, que diz que, ao conversar com o agente penitenciário, se houver o medicamento disponível, é fornecido.

A Resolução 04, de 18 de julho de 2014, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP), estipula a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, (RENAME) base de referência para utilização dos medicamentos pelo sistema penitenciário de cada estado, sendo que a aquisição desses medicamentos deverá ser realizada de acordo com a padronização de tratamento para as doenças prevalentes, conforme Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas definidos pelo SUS⁽³⁰⁾.

Além da assistência farmacêutica para aquisição e dispensação de medicamentos, outros profissionais estão envolvidos, inclusive o enfermeiro, que possui respaldo para a prescrição de medicamentos de programas em serviços de saúde pública, regulamentado pela Lei n. 7.498/86⁽³¹⁾.

Além de atribuições equivocadas na dispensação de medicamentos durante esse processo de busca por serviços em saúde e no próprio atendimento realizado, percebem-se falhas de comunicação entre quem precisa do atendimento e quem avalia a necessidade. O desencontro entre a necessidade e o atendimento às demandas em saúde expõe as fragilidades que essas mulheres enfrentam, conforme sinalizado nas falas a seguir:

“[...] Anteriormente, a médica que atendia não realizava atendimento adequado, (havia) pouca comunicação e sensação de desumano.” (M12)

“[...] Chegam os resultados dos exames e não possui médico, fico jogada na cela. Estou com uma doença ruim [...] Acharam os problemas e sumiram, e eu aqui, sabendo que estou doente e não tendo atendimento porque nunca tem vaga... É assim, aqui na prisão.” (M1)

“É complicado. Às vezes, a gente pede, mas nem sempre consegue consulta. Estava tendo um aborto e quase não consegui consulta. O médico receitava medicamento e eu não recebia. Só fui para a emergência quando comecei sangrar. Ai morrendo, me atenderam, tiraram o bebê e voltei para cá. Ainda sinto muita dor no pé da barriga.” (M14)

Os relatos acima demonstram que, além da falta de acesso aos serviços básicos em saúde, muitas vezes a atenção é descontínua e não trabalha na perspectiva da referência e contrarreferência.

Os processos de referência e contrarreferência são sistemas de gestão que o SUS traz para sua consolidação. Constituem parte da competência de cada componente da rede de atenção à saúde (primária, secundária e terciária) e se organizam por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento para assegurar a atenção integral aos usuários. Para que a promoção desse cuidado seja efetiva, faz-se necessário que os níveis de atenção estejam interligados, fazendo com que se efetivem os processos de referência e contrarreferência^(32,33).

É necessário, ainda mais nesse espaço de convivência, que usuários e profissionais de saúde estabeleçam um diálogo, uma forma de interação que não esteja relacionada somente à busca de diagnóstico para os problemas apresentados. Conforme especifica a PNPSS⁽⁸⁾, as ações e os serviços de atenção básica em saúde serão organizadas nas unidades prisionais e realizadas por equipes interdisciplinares de saúde, sendo que o acesso aos demais níveis de atenção em saúde será pactuado e definido no âmbito de cada estado.

Essa concepção, do estabelecimento do diálogo, desdobra-se do modelo biomédico para o de vigilância em saúde, capaz de buscar nas origens os significados e implicações das experiências em saúde, doença e cuidado⁽³¹⁾.

A construção de políticas específicas para os grupos de maior vulnerabilidade salienta que o direito constitucional às ações de saúde precisa de ratificações para ser cumprido, uma vez que as garantias do acesso a esses serviços não são atendidas⁽²⁾.

Entre as limitações do atual estudo, destaca-se a escolha de apenas um município e utilização de somente uma modalidade de instituição de detenção. Além disso, o pouco vínculo do pesquisador com as participantes do estudo pode ter limitado a maior expressividade nas narrativas. Todavia, a riqueza de saberes produzidos com essa pesquisa, dando visibilidade a histórias de vida de mulheres privadas de liberdade, aponta vestígios importantes para a fundamentação de propostas de ações nesse cenário.

Este estudo reflete a distância ainda existente da sociedade com os sujeitos vulnerados e/ou marginalizados. Essas pessoas, por diversos motivos, abandonam estilos de vida considerados ideais e saudáveis para o pleno desenvolvimento do ser humano e se expõem a situações de risco, seja pela própria vulnerabilidade individual, seja em consequência dos seus atos. Entretanto, as circunstâncias da vida pessoal que conduziram essas pessoas para a condição de cárcere não pode anular a oportunidade do exercício de cidadania e a defesa pela dignidade humana.

Dessa forma, para o alcance de medidas que garantam melhor condição de igualdade e respeito às singularidades dessas mulheres, há necessidade de mobilização dos gestores e profissionais, em especial através daqueles que vivenciam e conhecem esse contexto. Com esse avanço, visando à ressocialização e o resgate da integridade dessas mulheres para emancipá-las. Para tanto, o processo de privação de liberdade pode ser prolongado e demandar esforços pessoais e da equipe da instituição para favorecer um ambiente mais humano e salubre.

Nesse sentido, em consonância com o PNSSP, atividades de promoção à saúde devem ser implementadas, levando informações e orientações de cunho educativo e assistencial que permitam o aprendizado sobre o corpo, a corporalidade e a relação das mulheres com esse ambiente de risco. Outrossim, pensar em ressocialização exige a criação ou manutenção de projetos que promovam a qualidade de vida nesse espaço, não restrita ao poder de autoridade e rígida disciplina normalmente disseminado, mas que esse aprendizado faça sentido e seja acolhido como recurso para perseverança e obtenção de um novo futuro após a liberdade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo foi possível identificar, a partir dos relatos, a precariedade do acesso aos serviços de saúde e a deficiência de recursos humanos e materiais na penitenciária, o que dirige para a afirmação de que direitos básicos em saúde não são garantidos em sua completitude.

São expostos nos relatos das reeducandas a falta de atendimento médico e de outros profissionais, sendo o profissional de enfermagem o mais citado. A alta demanda, a difícil acessibilidade entre profissional e detentas, a falta de serviços de referência e contrarreferência, o pouco recurso humano em saúde, dentre outros aspectos, tornam a atenção em saúde integral comprometida.

Espera-se que os resultados desta pesquisa possam subsidiar intervenções no sistema prisional para que as reeducandas sejam abrangidas conforme preconizam as legislações pertinentes e recebam os cuidados necessários em saúde para a manutenção do bem-estar e o cumprimento da pena com maior qualidade de vida, o que contribuirá para a sua posterior (re)inserção na sociedade.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem à Secretaria de Estado de Justiça e Direitos Humanos de Mato Grosso; aos profissionais da cadeia pública feminina em estudo, e, principalmente, às reeducandas.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram que não há qualquer conflito de interesse.

CONTRIBUIÇÕES

Todos os autores participaram da elaboração e delineamento do estudo; aquisição, análise e interpretação de dados; redação e/ou revisão do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Silva JV, Machado FCA, Ferreira MAF. Social inequalities and the oral health in Brazilian capitals. *Ciênc Saúde Colet.* 2015;20(8):2539-48.
2. Lermen HS, Gil BL, Cúnico SD, Jesus LO. Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. *Physis (Rio J).* 2015;25(3):905-24.
3. Martins ELC, Martins LG, Silveira AM, Melo EM. O contraditório direito à saúde de pessoas em privação de liberdade: o caso de uma unidade prisional de Minas Gerais. *Saúde Soc.* 2014;23(4):1222-34.
4. Minayo MCS, Ribeiro AP. Health conditions of prisoners in the state of Rio de Janeiro, Brazil. *Ciênc Saúde Colet.* 2016;21(7):2031-40.
5. Souza JN. Falência do Sistema Carcerário Brasileiro: possibilidade de concessão da prisão domiciliar aos condenados que, acometidos de graves enfermidades, cumprem pena em regime fechado [trabalho de conclusão de curso]. Campina Grande: UEPB; 2012 [acesso em 2017 Set 03]. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/3414/1/PDF%20%20%20Janna%20da%20N%C3%B3brega%20Souza.pdf>
6. Pinheiro LF, Gama TS. As origens do Sistema Penitenciário Brasileiro: uma análise sociológica da história das prisões do Estado do Rio de Janeiro. *Sociedade Debate.* 2016;22(2):157-90.
7. Ministério da Justiça e Segurança Pública (BR). Levantamento nacional de informações penitenciárias: atualização - junho de 2016. Brasília: Ministério da Justiça; 2017.
8. Mignon S. Health issues of incarcerated women in the United States. *Ciênc Saúde Colet.* 2016; 21(7):2051-60.
9. Barsaglini R. Do Plano à Política de Saúde no sistema prisional: diferenciais, avanços, limites e desafios. *Physis (Rio J).* 2016;26(4):1429-39.
10. Alcantara LM, Alves RS, Oliveira RCC, Andrade SLE, Costa LS, Sá LD. Control actions of tuberculosis in the male prison system. *Rev Enferm UFPE On line.* 2014;8(11):3823-32.
11. Bezerra RCC, Fernandes RAQ. Social and health profile of female inmates in São Paulo city prison. *Perspect Médicas.* 2015;26(2):21-30.
12. Metring RA. Pesquisas científicas: Planejamento para iniciantes. Curitiba: Juruá; 2009.
13. Secretaria de Estado de Segurança Pública. Estrutura organizacional da Secretaria de Estado de Segurança Pública. Cuiabá; 2018.
14. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública.* 2008;24(1):17-27.
15. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2010.
16. Nicolau AIO, Ribeiro SG, Lessa PRA, Monte AS, Ferreira RCN, Pinheiro AKB. Retrato da realidade socioeconômica e sexual de mulheres presidiárias. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(3):386-92.
17. Lima GMB. A vida de mulheres na prisão: legislação, saúde mental e superlotação em João Pessoa - PB [tese]. Paraíba: Fundação Oswaldo Cruz; 2013.

18. Pimentel IS, Carvalho LFS, Carvalho SN, Carvalho CMS. Percepção de mulheres privadas de liberdade acerca da assistência à saúde no sistema penitenciário. *Rev Interdisciplinar*. 2015;8(4):109-19.
19. Macedo FRM. Perfil socioeconômico e saúde ginecológica de presidiárias. *Sanare (Sobral)*. 2016;15(2):30-6.
20. Camargo JP, Rutkowki FP, Borba EO, Neves EB. O perfil das detentas HIV positivo de uma penitenciária estadual do Paraná, Brasil. *J Health Sci Inst*. 2012;30(4):369-76.
21. Foucault M. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes; 2004.
22. Dalmas FB. Assistência e condições de saúde nas prisões de Santa Catarina, Brasil. *Rev Saúde Pública Santa Catarina*. 2012;5(3):6-22.
23. Santos MV, Alves VH, Pereira AV, Rodrigues DP, Marchiori GRS, Guerra JVV. A saúde física de mulheres privadas de liberdade em uma penitenciária do estado do Rio de Janeiro. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2017;21:e20170033.
24. Almeida PRC, Soares RSC, Coura AS, Cavalcanti AL, Dutra MOM, Lima TMA. Condição de saúde de mulheres privadas de liberdade: uma revisão integrativa. *R Bras Ciênc Saúde*. 2015;19(1):73-80.
25. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [acesso em 2017 Set 3]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf
26. Andrade CC, Oliveira A Júnior, Braga AA, Jakob AC, Araújo TD. O desafio da reintegração social do preso: uma pesquisa em estabelecimentos prisionais [Internet]. Brasília: IPEA; 2015 [acesso em 2017 Set 3]. Disponível em: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/121582/1/827766572.pdf>
27. Duro CLM, Lima MADS. O papel do enfermeiro nos sistemas de triagem em Emergências: análise da literatura. *Online Braz J Nurs*. 2010;9(3):1-12.
28. Barsaglini RA, Arruda MB, Lopes VA. Saúde penitenciária: experiência de profissionais atuantes na atenção em unidades prisionais de Cuiabá/MT e na gestão das ações no nível central: relatório de pesquisa [acesso em 2017 Set 3]. Cuiabá: Universidade Federal de Mato Grosso; 2015. Disponível em: <http://www.sejudh.mt.gov.br/documents/412021/3721466/RELAT%C3%93RIO+DE+PESQUISA+-+da+Coord.+Prof%C2%AA+Reni+Barsaglini+UFMT.pdf/d9de6f1f-1414-4c7c-a464-3eb0757d464c>
29. Sousa MCP, Alencar FJ Neto, Sousa PCC, Silva CLC. Atenção à saúde no sistema penitenciário: revisão de literatura. *Rev Interdisciplinar*. 2013;6(2):144-51.
30. Brasil. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Resolução nº 4 [acesso em 2017 Set 3]. 2014. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/cnppc-1/resolucoes/resolucoes-arquivos-pdf-de-1980-a-2015/resolucao-no-4-de-18-de-julho-de-2014.pdf>
31. Souza GC, Cabral KDS, Leite-salgueiro CDB. Reflexões sobre a assistência em enfermagem à mulher encarcerada: um estudo de revisão integrativa. *Arq Ciênc Saúde UNIPAR*. 2018;22(1):55-62.
32. Sousa FOS, Medeiros KR, Dantas G Júnior, Albuquerque PC. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. *Ciênc Saúde Colet*. 2014;19(4):1283-93.
33. Brondani JE, Leal FZ, Potter C, Silva RM, Noal C, Perrando MS. Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. *Cogitare Enferm*. 2016;21(1):1-8.

Endereço do primeiro autor:

Bianca Carvalho da Graça
Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT
Rua José Garcia Lacerda, 152N
Bairro: Centro
CEP: 78300-000 - Tangará da Serra - MT - Brasil
E-mail: biaubatuba19@hotmail.com

Endereço para correspondência:

Ana Cláudia Pereira Terças Trettel
Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT
Rua José Garcia Lacerda, 152N
Bairro: Centro
CEP: 78300-000 - Tangará da Serra - MT - Brasil
E-mail: ana.claudia@unemat.br