

CUIDADO É FUNDAMENTAL

Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO

PESQUISA

DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v16.11687

SAÚDE DE MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE: CONCEPÇÕES DE TRABALHADORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UNIDADE PENAL

*Health of women deprived of freedom: concepts of workers and health professionals in a criminal unit**Salud de las mujeres privadas de libertad: conceptos de trabajadores y profesionales de la salud en unidad penal*Lidiane Farias Alves¹ Gisela Cataldi Flores² Daiany Saldanha da Silveira Donaduzzi³ Elenir Terezinha Rizzati Anversa⁴ 

RESUMO

Objetivo: compreender como os trabalhadores e profissionais de saúde de uma unidade penal efetivam o cuidado de mulheres privadas de liberdade. **Método:** estudo qualitativo descritivo exploratório, realizado em uma unidade penal da Região Central do Rio Grande do Sul. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada. A Análise dos dados utilizado foi o referencial teórico de Bardin. **Resultados:** construída duas categorias: A invisibilidade das Mulheres Privadas de Liberdade: nas Redes de Atenção à Saúde e o cuidado as mulheres privadas de liberdade: a dor do isolamento, da solidão e da fragilidade no processo saúde doença. **Considerações finais:** a Atenção à Saúde dentro da unidade penal é fragmentada, necessitando de organização, comunicação efetiva e horizontalidade para a melhoria do cuidado, bem como, a necessidade do fortalecimento da rede de apoio e cuidados em relação ao gênero.

DESCRITORES: Assistência integral à saúde da mulher; Liberdade; Cuidados de enfermagem; Enfermagem; Prisões;

^{1,2,3,4} Faculdade Integrada de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Santa Maria, Brasil.

Recebido em: 02/02/2022; Aceito em: 04/11/2023; Publicado em: 29/03/2024

Autor correspondente: Elenir Terezinha Rizzati Anversa elenir.anversa@fisma.edu.br

Como citar este artigo: Alves LF, Flores GC, Donaduzzi DSS, Anversa ETR. Saúde de mulheres privadas de liberdade: concepções de trabalhadores e profissionais de saúde em unidade penal. R Pesq Cuid Fundam [Internet]. 2023 [acesso ano mês dia];16:e11687 Disponível em:

<https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v16.11687>



ABSTRACT

Objective: to understand how health workers and professionals in a penal unit provide care to women deprived of their liberty. **Method:** exploratory descriptive qualitative study, carried out in a penal unit in the Central Region of Rio Grande do Sul. Data collection was carried out through semi-structured interviews. The data analysis used was Bardin's theoretical framework. **Results:** two categories were constructed: The invisibility of Women Deprived of Liberty: in Health Care Networks and the care of women deprived of liberty: the pain of isolation, loneliness and fragility in the health-disease process. **Final considerations:** health Care within the penal unit is fragmented, requiring organization, effective communication and horizontality to improve care, as well as the need to strengthen the support and care network in relation to gender.

DESCRIPTORS: Comprehensive women's health care; Freedom; Nursing care; Nursing; Prisons;

RESUMEN

Objetivos: comprender cómo los trabajadores y profesionales de salud de una unidad penitenciaria brindan atención a mujeres privadas de libertad. **Método:** estudio cualitativo descriptivo exploratorio, realizado en una unidad penal de la Región Central de Rio Grande do Sul. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas semiestructuradas. El análisis de datos utilizado fue el marco teórico de Bardin. **Resultados:** se construyeron dos categorías: La invisibilidad de las Mujeres Privadas de Libertad: en las Redes de Atención a la Salud y el cuidado de las mujeres privadas de libertad: el dolor del aislamiento, la soledad y la fragilidad en el proceso salud-enfermedad. **Consideraciones finales:** la atención de salud dentro de la unidad penitenciaria se encuentra fragmentada, requiriendo organización, comunicación efectiva y horizontalidad para mejorar la atención, así como la necesidad de fortalecer la red de apoyo y atención en relación al género.

DESCRIPTORES: Atención integral à la salud de la mujer; Libertad; Atención de enfermería; Enfermeira; Cárceles.

INTRODUÇÃO

A população feminina privada de liberdade tem aumentado consideravelmente. No ano de 2017, segundo o Ministério da Justiça e Segurança Pública, haviam 37.828 Mulheres Privadas de Liberdade (MPL) no Brasil.¹

A Lei de Execução Penal (LEP), define como deve ser cumprida a pena de privação de liberdade e também a limitação de direitos, e, em seu artigo 10, ordena que: “A assistência ao preso e ao internado é dever do Estado, que visa a prevenção de crimes e a condução do indivíduo ao retorno à convivência em sociedade, dirigido também à mulher privada de liberdade.”²

O direito à saúde da população privada de liberdade é assegurado pela Constituição Federal, que se responsabiliza pelo direito legal, constitucional, e ao acesso com equidade, integralidade e universalidade.³ Dessa forma, planejam-se e estabelecem intervenções e serviços de saúde no interior das instituições penais, junto ao Ministério da Saúde e da Justiça.

Foi implementada pela Portaria Interministerial N° 1, de 2 de janeiro de 2014 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no Sistema Único de Saúde (SUS)⁴, a qual garante o direito à saúde para todas as pessoas que se encontram encarceradas. A Política dispõe da garantia do acesso desses cidadãos ao SUS, cumprindo os princípios dos direitos humanos e da cidadania.⁵

A unidade de saúde prisional configura-se como um local dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, que capacita a atenção básica no contexto carcerário com outras RAS. Cada unidade prisional conta com uma Unidade Básica de Saúde (UBS) Prisional e com uma equipe multiprofissional que disponibiliza ações de promoção da saúde e prevenção de agravos. Na condi-

ção de não ambiência na unidade prisional, a UBS territorial se responsabilizará por essas ações.¹

A ambiência prisional pode gerar ou intensificar doenças nas pessoas privadas de liberdade, sejam elas pré-existentes ou não. No universo feminino, a prisão causa transtornos ainda maiores, como o afastamento da família, estigma negativo da sociedade e grandes problemas de saúde, tendo como principal, o sofrimento mental.⁶

Justifica-se o estudo pelo aumento gradativo nas taxas de encarceramento feminino e pela necessidade de melhoria na assistência de saúde dentro do sistema prisional brasileiro. Espera-se que este estudo contribua para a visibilidade do cuidado prestado às Mulheres Privadas de Liberdade (MPL), para sociedade, academia e gestores no fortalecimento de políticas públicas.

Com base nessas considerações, o presente estudo tem como questão de pesquisa: Como os trabalhadores e profissionais de saúde de uma unidade penal do sistema prisional estão efetivando o cuidado as mulheres privadas de liberdade?

Objetivo: compreender como os trabalhadores e profissionais de saúde de unidade penal efetivam o cuidado de mulheres privadas de liberdade.

MÉTODO

Estudo qualitativo descritivo exploratório, em um presídio da Região Central do Estado do Rio Grande do Sul, tendo capacidade de engenharia para 258 presos, sendo que no período de março de 2021, a população carcerária foi estimada com número de 268 presos, sendo mulheres e homens, cumprindo penas em regime fechado, semiaberto e aberto.⁷

Conta com alojamentos de alas feminina e masculina. A LEP em seu artigo 82, parágrafo 2º, permite a existência de estabelecimentos diversos, desde que isolados. Dessa forma, as mulheres estão presas no mesmo espaço arquitetônico dos homens, porém, em celas separadas. A referência MPL é uma UBS, e localiza-se na Região Sul, aproximadamente 500 m distante da Unidade penal.

Participaram do estudo trabalhadores e profissionais de saúde de uma unidade penal, composta por cinco sujeitos. Para a composição dos sujeitos, estabeleceu-se como critérios de inclusão: serem profissionais lotados no referido sistema prisional, atuando há mais de um ano, diretamente com o público feminino, pela experiência com as mesmas.

Os critérios de exclusão: profissionais que não estejam inseridos no processo de saúde das MPL e afastados por licença de qualquer natureza. Foram excluídos dois sujeitos, sendo que um profissional estava de laudo, e outro de férias.

A coleta de dados foi realizada no mês de novembro de 2021, por meio de entrevista semiestruturada, utilizada como técnica de produção e de registro de dados. As entrevistas se deram de forma dialógica informal, desenvolvida através da plataforma *Google Meet*, com o intuito de preservar os sujeitos à exposição ao SARS-COV 19. As falas foram gravadas por um gravador digital de áudio e transcritas na íntegra por meio da conversação no *Google Meet*.

As entrevistas foram realizadas com agendamento prévio e individualmente com cada participante, inicialmente por meio de contato telefônico, sendo agendada a data e o horário e, posteriormente o endereço do *Google Meet* foi enviado via e-mail.

Para manter o sigilo, as entrevistas foram efetivadas em sala com a presença virtual da pesquisadora e do participante do estudo, mantendo a privacidade e o conforto dos entrevistados, e também para gerar um melhor resultado das entrevistas.

Os dados do estudo foram meditados por meio da análise do conteúdo de Bardin⁸, que contempla três etapas: na pré-análise, as entrevistas gravadas foram transcritas na íntegra no programa Microsoft Word, dispostas em um quadro e organizadas por ordem dos questionamentos realizados, as quais foram lidas exaustivamente, e realçadas as respostas por meio de análise cromática, com diversas cores que possibilitavam destacar as informações repetidas e/ou semelhantes, e que apresentasse significação para o estudo.

Na exploração do material foram identificadas 22 unidades de registro por frequência e semelhança, as quais são: saúde mental, drogas, acesso, encaminhamentos, depressão, ansiedade, redes de saúde, HIV, Tuberculose, diabetes, hipertensão, rede de apoio, campanhas câncer de mama, setembro amarelo, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), gestantes, materiais, medicamentos, Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Pronto Atendimento (PA), UBS, família, e isolamento.

No tratamento dos resultados, ocorreu a inferência e interpretação. A partir das unidades de registro forma idealizadas duas categorias: Atenção às Mulheres Privadas de Liberdade na Rede de atenção à saúde e o cuidado as mulheres privadas de

liberdade: a dor do isolamento, da solidão e da fragilidade no processo saúde doença

Os sujeitos que se enquadraram nos critérios de inclusão foram esclarecidos sobre o estudo, participaram voluntariamente, leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os quais foram levados até a Unidade penal pela pesquisadora, após assinatura a mesma retornou para buscar os mesmos, realizando as entrevista online. Para manter o anonimato dos sujeitos participantes foram identificados através da letra P de Profissional e numeral em ordem crescente.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de ética da Universidade Federal de Santa Maria, CAAE: 52124821.40000.5346, parecer Nº 5.046.520.

RESULTADO E DISCUSSÃO

A partir dos depoimentos dos participantes foram construídas duas categorias sendo descritas abaixo.

Categoria 1: A invisibilidade das Mulheres Privadas de Liberdade: nas Redes de Atenção à Saúde.

O acesso à saúde das MPL inicialmente é realizado na própria unidade penal pelos trabalhadores, a qual encaminha para o enfermeiro (a). Quando estes não conseguem ofertar respostas às demandas, encaminham aos pontos de atenção à saúde que constituem RAS, e nem sempre as demandas são sanadas, o acesso não é institucionalizado, não há fluxos estabelecidos, e há fragilidades no sistema de governança, conforme depoimentos abaixo:

Primeiro elas solicitam atendimento à saúde para a presa plantão da galeria e essa encaminha para a agente penitenciária que está no posto da galeria feminina, outras vezes são as próprias presas que quando vão ao intervalo no pátio pegar sol, falam diretamente com a agente penitenciária para ir ao setor de saúde, uma vez que chegando aqui, na unidade de saúde, a gente faz o relato histórico. (P3)

A gente identifica demandas de enfermagem, ou elas solicitam a enfermagem, a gente encaminha os nomes para enfermaria, e a enfermaria já com os cronogramas de atendimento, chama as apenadas para o atendimento, todas são encaminhadas para a enfermaria. O enfermeiro faz a avaliação, e vê o que realmente precisa, tudo na enfermaria. (P1)

As MPL são encaminhadas para o setor de saúde localizado no interior do estabelecimento prisional, onde temos enfermeira (o), dentista e mensalmente atendimento médico agendado. (P4)

A gente vê as necessidades, e faz o encaminhamento para a Rede Municipal de Saúde, algumas vezes é feito diretamente para a Rede, outras vezes quando não se tem certeza, a gente deixa para o médico, Aqui para nós ele atende como clínico geral, outras vezes conforme urgência a gente encaminha direto para um gineco ou para a saúde da mulher. (P3)

Unidades hospitalares nós não temos acesso, os encaminhamentos são feitos a Rede Municipal, através da UBS ou Urgência e Emergência ao PA ou UPA, saúde mental e CAPS. (P3, P5)

As RAS possuem elementos construtivos para qualificar o cuidado. Percebe-se que as a mesma é fragmentada por pontos isolados de saúde, e não há uma comunicação efetiva horizontal, impossibilitando a longitudinalidade, a integralidade do cuidado, o que pode ser evidenciado nos depoimentos abaixo:

Muitas vezes temos dificuldade do acesso médico. As vezes também na UBS, na própria rede de saúde fica difícil o acesso, nem sempre se consegue vaga ou demora muito para acessar, tem que recorrer ao UPA, assim como um caso mais emergencial até de medicação ou alguma situação de risco de suicídio, assim como coisas mais sérias, vai-se principalmente ao UPA, SAMU. (P3)

No CAPS eles só aceitam que envie as pacientes, se essas pessoas tiverem buscado atendimento anterior ao aprisionamento, e se tiverem o cadastro lá, uma vinculação, aí eu agendo, e encaminhado. Se essas pessoas não tiveram contato anterior ao aprisionamento eles não aceitam, aí não consigo encaminhar essas pessoas para o acompanhamento lá. (P1, P2)

O município tem um serviço para atendimento ao suicídio, se a pessoa está aqui como risco de suicídio, tenho conseguido ultimamente encaminhar para o psiquiatra lá, só que aí tem que ter a questão do suicídio em pauta para eles poderem estar aceitando. E de saúde mental são esses lugares que a gente tem no momento. (P1)

Conforme Schultz⁶, estudo que analisou os limites e desafios para o acesso de MPL e egressas do sistema prisional nas RAS, detectando que a unidade prisional é a principal porta de entrada, mas carece de organização para ser a ordenadora do cuidado, bem como, a falta de acompanhamento principalmente na atenção à saúde mental, necessitando de ampliação e otimização dos serviços mais equitativos e integrais, estimulando a utilização de ferramentas de cuidado e demais dispositivos das RAS.

Segundo Graça⁹, os sistemas de referência e contrarreferência são sistemas de gestão que o SUS traz para seu fortalecimento. Compõem parte da alçada de cada componente da RAS e se organizam por fluxos e meios estabelecidos de desempenho para assegurar a atenção integral aos usuários. Para que esses sistemas sejam eficazes, é fundamental que os níveis de atenção estejam interligados, fazendo com que se firmem os meios de organização destes.

Conforme Schultz⁶ é relevante a ligação entre os equipamentos da saúde, sistema prisional e justiça criminal, a fim de elaborar possíveis estratégias para a redução dos danos ocasionados pelo confinamento, e de fato realizar ações a caminho do cuidado integral à saúde da população privada de liberdade. Em suma, edificar dados relacionados aos obstáculos para a efetividade

da atenção à saúde na condição do encarceramento feminino, no que se remete às questões em relação ao acesso aos direitos sociais, à saúde mental, e melhores condições de vida, é por si só pertinente, já que a estrutura das prisões e os meios de convivência no cárcere raramente estão adequadas às demandas das mulheres.

Há pontos de atenção à saúde que as MPL, possuem acesso mais facilitado e há continuidade do cuidado, já incorporadas ao longo do tempo pelas políticas públicas de atenção às mulheres, conforme relatos.

Algumas outras doenças, como o HIV são encaminhadas aí seria mais uma coisa mais específica da saúde é a questão do HIV, a AIDS, os kits de tratamento elas recebem, a gente acessa com tranquilidade. (P1, P2)

Tem as questões das grávidas, do Pré-Natal, é feito na UBS são levadas lá, fazem todo o acompanhamento Pré-Natal, fazem todos os exames necessários é feito todo o cronograma do Pré-Natal. (P1)

Em contraponto a nosso estudo, a investigação realizada por Chaves e Araújo¹⁰ discorre sobre a necessidade da assistência ao pré-natal que é, uma adversidade conforme a realidade de gestantes encarceradas no Rio Grande do Sul, onde se observa a não periodicidade do serviço de pré-natal e os obstáculos enfrentados para o acesso às consultas. Evidencia-se ainda, que no decorrer da gestação o embrião absorve todas as demandas físicas e psíquicas a que é sujeita a gestante. Na prisão, as mulheres estão mais expostas a eventos de estresse e desamparo, aumentados pelo sentimento de angústia própria do cárcere, e por isso, a saúde da gestante e a de seu filho estão ainda mais frágeis¹⁰.

Verifica-se, que a parceria realizada entre município e Unidade Penal, com lotação de um profissional médico, facilitou os cuidados às MPL e muitas das demandas são resolvidas no local.

Importante frisar que antes não tínhamos médicos. Agora de um tempo para cá, a gente conseguiu a parceria com a Prefeitura. Nós temos um médico que vem quinzenalmente, ele vem e faz os atendimentos aqui mesmo, na enfermaria. Facilitou bastante, todas as questões eram direcionadas a UBS, que é nossa referência, que é próxima ao presídio, então tínhamos que levar as apenadas até lá para as consultas, isso diminuiu em virtude de o médico vir aqui quinzenalmente. (P3)

Nos relatos dos deponentes, se observa fragilidades quanto aos os sistemas de apoio na RAS, entre estes, ao sistema de assistência farmacêutica, dificultando integralidade do cuidado e qualidade da atenção principalmente quanto ao acesso e controle de medicamentos. Também, o cuidado às mulheres, principalmente às MPL, necessita de um olhar singularizado e específico que atendam as questões de gênero.

A medicação quando é trazida pela família, se é uma medicação que precisa receita eles só recebem aqui com receita médica, a automedicação não saberia te dizer porque a

enfermagem controla tudo isso. Talvez uma automedicação mais desses remédios comuns, como para dor, mas esse uso de controlados com certeza não. (P1)

Elas realizam sim, automedicação, quando elas têm acesso a medicação de outras apenas que fazem uso, elas compartilham as medicações, nem sempre elas passam pelo atendimento médico, ou de enfermagem para adquirir as medicações. Elas trocam e acabam se automedicando. Grande número de pessoas faz uso de automedicação, às vezes porque de repente falta, as vezes não passaram ainda por consulta, ou alguém está precisando, elas acabam cedendo para essas outras, então é bem frequente. (P2)

Elas não têm acesso para a automedicação, analgésicos, elas vêm ao setor de saúde e essas medicações, nós fornecemos para ela. Agora outras medicações são só a partir de consultas médicas. (P3)

Toda medicação para a presa é sobre sua responsabilidade, e ela recebe uma vez por mês, e antes disso não se fornece, a gente orienta que ela cuide da sua medicação, que não venda, que não perca, porque antes do tempo, não recebe, porque tem muita troca e comércio de medicação, se a gente não faz assim, a gente tá toda hora fornecendo remédio. (P3)

Este estudo corrobora com o estudo de Santos¹¹ sobre saúde mental de mulheres no cárcere, o qual em várias situações faz uso de medicação por vontade própria, nem sempre com orientação médica, com a necessidade de resolver suas dificuldades individuais.

Segundo os informantes, as dificuldades na atenção à saúde das MPL, perpassam pela ambiência e equipamentos permanentes deficientes, falta de equipe de saúde prisional e logística de transporte.

Nós não temos unidade de saúde prisional, o Programa de Saúde Prisional deveria ser assumido pela Prefeitura. (P3)

A maior dificuldade é do acesso, as vezes por questões de segurança, questões de logística, falta de pessoal para escolta, isso também acontece. Quando se tem uma data de consulta agendada, o que tem se visto ultimamente, a gente tem tentado manter para que essas consultas sejam realizadas, pelo menos as de CAPS, elas têm acontecido sempre que, a não ser que ocorra uma intercorrência, mas no geral elas têm sido mantidas. (P3)

A maior dificuldade enfrentada, é a falta de equipe de saúde prisional, falta de profissionais de saúde. Outra dificuldade, é o espaço físico, só temos uma sala que é para consultório médico, consultório de enfermagem, curativo, injeções, vacinas. O nosso ambiente mais que dobrou de tamanho, porque antes era um cubículo, mal cabia eu e a presa junto. (P3)

A população privada de liberdade, enfrenta desafios de várias ordens, entre eles, as condições e a oferta de serviços, superpo-

pulação das celas, precariedade do ambiente, favorecendo o local insalubre, fatores estruturais, e equipes de saúde.¹²

Assim, entende-se que a MPL precisa, além do acesso à saúde, que o cuidado seja de qualidade e integral, por ser um sujeito com inúmeras dimensões.

Categoria 2: O cuidado as mulheres privadas de liberdade: a dor do isolamento, da solidão e da fragilidade no processo saúde doença

O cárcere leva à falta de apoio social, à solidão das mulheres, às iniquidades, ao abandono, dor do distanciamento da família, que foram agravados pela pandemia da COVID 19, conforme os relatos.

As visitas que recebem as que tem companheiros, são mínimas, são pouquíssimas, porque geralmente são abandonadas quando presas, principalmente pelos companheiros. (P1)

Elas acabam ficando mais fragilizadas do que as outras que estejam em liberdade, porque como elas estão afastadas da família, dos filhos, enfim, da sua rede de apoio, da convivência, isso acaba fragilizando mais, dentro de um ambiente fechado também, que não se tem acesso, ter cuidados em geral se tem, claro, mas digo assim, não se tem aquela liberdade do cuidado constante ou frequente. (P2)

Muitos familiares não visitam, às vezes os companheiros abandonam, agora em razão da pandemia isso dificultou ainda mais, aí as visitas foram cortadas, o acesso a família ficou mais complicado e elas ficaram mais fragilizadas. (P2)

O cuidado é com as mulheres aprisionadas, nós não temos o atendimento ou cuidado com as famílias. (P1)

Segundo Furtado¹³ esta população é vulnerável, tanto intramuros e extramuros, pela perda da liberdade, precariedade do sistema prisional, preconceito da sociedade, falta de apoio, sendo necessário efetivação de políticas públicas e rede de apoio potentes, para o fortalecimento do vínculo familiar, na melhoria da qualidade de vida e de novas oportunidades. A manutenção do vínculo com os seus familiares, rede de apoio ajustado no afeto, na escuta e acolhimento, bem como, as necessidades básicas na assistência com produtos básicos de higiene, garantindo o mínimo necessário de conforto.

A prevalência de doenças e agravos, condições agudas, e crônicas e crônicas agudizadas, principalmente HIV, saúde mental, depressão, ansiedade, insônia, hipertensão se fazem presentes, sendo necessário o cuidado com atitude, singularizado, humanizado, integral, fazendo-se presente questões de gênero.

A questão do HIV, a AIDS, elas pedem muito pela questão psiquiátrica, mental, uso de substâncias, enfim, pelo histórico da dependência química, elas precisam com frequência de atendimentos. (P1, P4)

A Saúde mental é o que mais está presente, eu vejo depressão, ansiedade, insônia, E também tem questão assim de

pressão alta, diabetes, HIV, Tuberculose aparece, também são fases, talvez aqui pelo menos. (P2)

Infecção urinária, alergias e problemas respiratórios. (P5)

Vai de desde a necessidade psiquiátrica de urgência, cálculos biliares, renais, sangramentos, ferimentos por brigas no pátio, abscessos, crises hipertensivas, uso abusivo de drogas, diabetes, hipertensão, cólicas menstruais, nódulo nos seios, que já foram para o médico. São bastante as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), como sífilis e outras, de não saberem e não se protegerem. (P3)

Boa parte da população privada de liberdade está sujeita a inúmeros fatores de risco à saúde, decorrendo um número considerável de casos de IST/AIDS, dermatoses, pneumonias, transtornos mentais, tuberculose, hepatites, traumas, diarreias infecciosas, além de outros agravos prevalentes na população adulta brasileira, tais como diabetes mellitus e hipertensão arterial.¹⁴

Este estudo demonstra que a maioria dos profissionais entrevistados responderam negativamente em relação ao sofrimento mental, trazendo a saúde mental como um assunto preocupante, principalmente para as MPL, apresentam cinco vezes mais chance de apresentar problemas mentais do que as mulheres que se encontram em liberdade, sendo o cárcere um local determinante social, ao passarem por fatores estressantes, aumentando a ansiedade, impotência, medo, rejeição, desamparo, isolamento e diminuição da autoestima. A vista disso, percebeu-se que as MPL necessitavam de cuidados especializados, principalmente do serviço de saúde mental, para garantir a preservação da sua saúde durante o tempo da prisão.¹¹

Os profissionais da unidade penal, realizam ações para a promoção da saúde e prevenção de doenças, principalmente nos meses alusivos a campanhas instituídas para mulheres.

Sempre se faz campanha, câncer de mama, autoexame, questão de sífilis, doenças sexualmente transmissíveis, tuberculose, sempre se aborda essas temáticas e os cuidados. (P1)

Saúde mental como prevenção, já se fez algumas ações, como a de setembro, combate ao suicídio, a gente, já se fez também, na verdade grupos agora de justiça restaurativa, em que se conversa vários temas, enfim, relacionados tanto ao aprisionamento, como família, elas trazem o seu interesse em debater e também é um modo de prevenção. (P2)

Palestras no mês outubro rosa, autoexames e de transmissão de doenças sexualmente transmissíveis. (P3)

A equipe de saúde juntamente com o setor técnico :assistente social, psicóloga e jurídica, promovem palestras sobre depressão, saúde mental, outubro rosa, doenças sexualmente transmissíveis, entre outras. (P4)

A promoção de ações bucais, as vacinas da GRIPE e da COVID são realizadas conforme campanha, as da COVID já foram feitas, a primeira e segunda dose. As vacinas da Hepatite como nós dependemos tudo da Unidade de Saúde e da Vigilância Sanitária eu fiz um ano e nunca mais fiz,

porque são três doses, se faz a primeira dose e a segunda dose geralmente elas não estão mais aqui. (P3)

São realizados testes rápidos e tratamento, se positivo. (P5)

A prevenção e a promoção da saúde podem ser determinadas como um meio de preparo da comunidade na melhoria da sua qualidade de vida e saúde. Nesta lógica, traz em suas práxis valores como: equidade, democracia, solidariedade, participação, cidadania, desenvolvimento e parceria, que se estabelece numa mistura de estratégias, envolvendo vários atores: indivíduo, família, Estado e comunidade. As ações de promoção à saúde não dependem unicamente da atuação dos órgãos de saúde pública, mas envolve a integração dos diversos setores do governo, tendo um papel essencial na Promoção à saúde conforme se desenvolve as competências e os conhecimentos que intervêm no comportamento das pessoas, relativamente às ações preventivas de agravos em saúde coletivo e individual.¹⁵

Entende-se, que é as MPL carecem de olhares na dimensão do processo saúde-doença, que ultrapasse o modelo biomédico para um cuidado de construções de relações acolhedoras, de vínculo e corresponsabilidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidenciou-se que na RAS, as ações e serviços em saúde voltados à população prisional feminina é fragmentada e desarticulada, apresenta dificuldade de acesso e continuidade de cuidado aos diversos pontos de saúde, fragilidade na comunicação efetiva e horizontal entre os profissionais para a melhoria do sistema de governança, sendo necessário instituir fluxogramas, protocolos, linha de cuidado, gestão da condição de saúde dos pontos de diferentes densidades tecnológicas para apoio para a unidade penal e melhorar a qualidade de vida das MPL.

É necessário efetivar o cuidado, principalmente em relação à saúde mental, condições crônicas e ISTs, através de suportes intersetoriais aos profissionais da unidade penal, bem como, a ampliação do número de profissionais, potencializando a educação permanente em saúde e educação em saúde.

Este estudo demonstrou a necessidade dar visibilidade e voz através de cuidado, baseado nas especificidades de questões de gênero para profissionais e gestores. Os trabalhadores e profissionais de saúde, compreendem que o cuidado as MPL, é frágil, necessitando de melhorias que perpassam desde da estrutura, processo e resultados.

Este estudo evidencia que o cuidado às MPL necessita de melhor qualidade, que decorre principalmente pelo fortalecimento da atenção primária à saúde como ordenadora do cuidado em rede e da atenção especializada com fluxos estabelecidos e otimizados especialmente para a população feminina.

A temática não se esgota, sendo necessário estar na pauta de acadêmicos, profissionais de saúde, gestores e segurança pública.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Lei n. 7.210; de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Diário Oficial da União. 11 jul 1984. [acesso em 12 dez 2021]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17210.htm
2. Santos RGRC. Reflexões acerca do sistema penitenciário frente à lei de execução penal: Artigo Científico. Anápolis. Trabalho de Conclusão de Curso [Graduação em Direito] - Faculdade Raízes; 2018. [acesso em 11 de novembro 2021] <http://repositorio.aee.edu.br/handle/aee/379>
3. Carvalho, NGO. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional: Uma análise sobre a evolução normativa. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. [internet] 2017; 6(4):112-129. [acesso em 12 dez 2021]. Disponível em <https://doi.org/10.17566/ciads.v6i4.434>
4. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria Interministerial n. 1, de 02 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 2, Seção 1, p. 18-21, 2014b. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html
5. BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento penitenciário nacional. Relatório temático sobre mulheres privadas de liberdade. [livro online]. Brasília: MJSP; 2019. [acesso em 08 dez 2021]. Disponível em http://antigo.depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopenmulheres/copy_of_Infopenmulheresjunho2017.pdf
6. Schultz ALV, Dias MTG; Dotta RM. Mulheres privadas de liberdade no sistema prisional: interface entre saúde mental, serviços sociais e vulnerabilidade. Textos & Contextos. 2020. 19(2): 1-15. [acesso em 12 dez 2021]. Disponível em <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2020.2.36887>
7. Susepe. Superintendência dos Serviços Penitenciários. Dados Estatísticos 2ª DPR - Região Central (sede em Santa Maria). [Acesso em: 08 dez 2021] Disponível em: http://www.susepe.rs.gov.br/conteudo.php?cod_menu=9&cod_conteudo=48
8. Bardin I. Análise de conteúdo. 1. ed. Lisboa: Edições 70; 2015.
9. Graça BC et al. Difficulties of women deprived of liberty in accessing health services. Rev Bras Promoção Saúde. 2018; 31(2): 1-9. [acesso em 12 dez 2021]. Disponível em <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.7374>
10. Chaves LH, Araujo ICA. Gestação e maternidade em cárcere: cuidados de saúde a partir do olhar das mulheres presas em uma unidade materno-infantil. Rev de Saúde Coletiva. 2020; 30(01): 1-22. [acesso em 12 dez 2021]. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312020300112>
11. Santos MV, Alves VH, Pereira AV, Rodrigues DP, Marchiori GRS, Guerra JVV. Mental health of incarcerated women in the state of Rio de Janeiro. Rev Texto Contexto Enfermagem. 2017; 26(2): 2-10. [acesso em 12 dez 2021]. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017005980015>
12. Pereira WRM, Frota AS. Assistência à saúde dos reeducandos na unidade prisional avançada de São José do Cedro –SC. Rev Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc São Miguel do Oeste. 2020; 5, e24559. [acesso em 12 dez 2021]. Disponível em <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/apeusmo/article/view/24559/14441>
13. Furtado AE, Oliveira MM, Herreira LF, Silveira KL, Camargo PO, Cunha KF, Weiss CV, Rodriguez MLB. Mental health of women in deprivation of liberty: their perception. Research, Society and Development. 2021; 10(11), e398101119820. [acesso em 12 dez 2021]. Disponível em <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19820>
14. Santos JE, Dias CMLS. Situação de Saúde de Mulheres Privadas de Liberdade: revisão de literatura. Maceió. Trabalho de Conclusão de Curso [Graduação em Enfermagem]-Centro Universitário Cesmac; 2020.[acesso em 03 de dez 2021].Disponível em: <http://srv-bdtd:8080/handle/tede/697>
15. Reginaldo CLS. A gestão do Sistema Prisional e a efetividade das ações de saúde e educação para a garantia da reinserção social da pessoa privada de liberdade: Trabalho de Conclusão de Curso–Artigo Científico [Bacharelado em Administração]-Universidade Federal Fluminense; 2015. Acesso em 13 dezembro de 2021. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/6007>.