

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA
EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

Elaine Rosalia Friedrich

**GRUPOS DE PROMOÇÃO À SAÚDE NA CONTRIBUIÇÃO DA
GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL**

Santa Maria, RS
2016

Elaine Rosalia Friedrich

**GRUPOS DE PROMOÇÃO À SAÚDE NA CONTRIBUIÇÃO DA GARANTIA DO
DIREITO À SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL**

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Área de Concentração Crônico-Degenerativo, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do grau de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde.**

Orientador: As. Social Prof^a Dr^a Sheila Kocourek
Co-orientador: Enf^a Angélica Vasconcellos Trindade

Santa Maria, RS
2016

Elaine Rosalia Friedrich

**GRUPOS DE PROMOÇÃO À SAÚDE NA CONTRIBUIÇÃO DA GARANTIA DO
DIREITO À SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL**

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Área de Concentração Crônico-Degenerativo, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do grau de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde**.

Aprovado em 21 de março de 2016:

**As. Social Profª Drª Sheila Kocourek (UFSM)
(Presidente/Orientador)**

Farm. Me. Laura Vielmo (HUSM/UFSM)

As.Social Me. Suleima Gomes Bredow (SUSEPE)

Santa Maria, RS
2016

RESUMO

GRUPOS DE PROMOÇÃO À SAÚDE NA CONTRIBUIÇÃO DA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL

AUTOR: Elaine Rosalia Friedrich
ORIENTADOR: As. Social Prof^a Dr^a Sheila Kocourek
CO-ORIENTADOR: Enf^a Angélica Vasconcellos Trindade

Os Grupos de promoção à saúde junto ao sistema prisional surgem como uma estratégia de contribuir para a autonomia e condições de vida e saúde dos sujeitos. Este artigo versará sobre uma experiência de educação em saúde no âmbito do sistema prisional feminino em uma cidade no interior do Rio Grande do Sul. A origem desta temática deu-se em virtude da inserção dos autores no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar do Sistema Público de Saúde, no Hospital Universitário, mais especificamente junto ao ambulatório de Infectologia. O artigo está composto de uma revisão temática, a fim de mostrar o estado da arte acerca das políticas no sistema prisional, mais especificamente para mulheres privadas de liberdade. Também será apresentada a experiência de um grupo de saúde, junto a mulheres privadas de liberdade, ao longo do período de março à julho de 2015. Por fim, serão discutidos os resultados desta intervenção a qual aponta para, a necessidade de aprofundar os temas afeitos ao contexto prisional, o qual descortina-se códigos específicos com os quais é necessário o dialogo, especialmente no âmbito da saúde.

Palavras-chave: Residência Multiprofissional. Saúde. Mulheres privadas de liberdade. Políticas Públicas.

ABSTRACT

GROUPS OF PROMOTING HEALTH IN THE CONTRIBUTION OF HEALTH RIGHTS GUARANTEED IN PRISON SYSTEM

AUTHOR: Elaine Rosalia Friedrich
ADVISOR: As. Social Prof^a Dr^a Sheila Kocourek
CO-ADVISOR: Enf^a Angélica Vasconcellos Trindade

Groups of health promotion with the prison system emerge as a strategy to contribute to the autonomy and living conditions and health of the subjects. This article will focus on a health education experience within the women's prison system in a city in the interior of Rio Grande do Sul. The origin of this issue was given due to the insertion of the authors in the Multidisciplinary Residency Program Integrated Management and Care Hospital Public Health System, University Hospital, more specifically by the Infectious Diseases clinic. The article is composed of a thematic review in order to show the state of the art about the policies in the prison system, specifically for women deprived of freedom. Also the experience of a health group will be displayed next to women deprived of freedom, over the period March to July 2015. Finally we will discuss the results of this intervention which points to the need to deepen the themes accustomed to prison context, which reveals up specific codes with which the dialogue is necessary, especially in the field of health.

Keywords: Multidisciplinary Residency . Health. Women deprived of freedom. Public policy.

LISTA DE QUADROS/GRÁFICOS

Quadro 1 - Encontros realizados pela equipe multiprofissional no PRSM.....	19
Gráfico 1 – Relação da população encarcerada no RS por sexo.....	22
Gráfico 2 – Número de filhos das detentas do PRSM-RS.....	22
Gráfico 3 – Nível de escolaridade das mulheres encarceradas no PRSM-RS.....	23
Gráfico 4 – Tipos de crimes cometidos pelas mulheres encarceradas no PRSM	25

LISTA DE ABREVIATURAS

Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DEPEN	Departamento Penitenciário Nacional
DI	Doenças Infeciosas
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
InfoPen	Sistema de Informações Penitenciárias
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LEP	Lei de Execuções Penais
MS	Ministério da Saúde
NVEH	Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar
PNSSP	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
PRMIS	Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde
PRSM	Presídio Regional de Santa Maria
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/Aids
RS	Rio Grande do Sul
SIE	Sistema de Informações para o Ensino
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEPE	Superintendência dos Serviços Penitenciários
TCP	Trabalho de Conclusão de Programa
TR	Testes Rápidos
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
2	REFERENCIAL TEÓRICO	11
2.1	SAÚDE COMO DIREITO UNIVERSAL: DESAFIOS PARA UM TEMPO PRESENTE.....	11
2.2	SAÚDE E MULHER	14
2.3	POLÍTICAS E SERVIÇOS DE SAÚDE ESTABELECIDOS PARA O SISTEMA PRISIONAL.....	16
3	METODOLOGIA	18
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
4.1	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	21
4.2	EXPERIÊNCIA DO GRUPO DE SAÚDE COM AS DETENTAS DO PRSM-RS.....	26
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo origina-se de um Projeto de Intervenção intitulado “Intervenção Multiprofissional acerca da temática HIV/aids junto a usuários da Rede Pública de Atenção à Saúde”, desenvolvido por residentes do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde (PRMIS) tendo como objetivo geral sensibilizar e esclarecer a comunidade quanto à necessidade de prevenção e diagnóstico precoce do HIV/aids por meio de ações de promoção e educação em saúde com o intuito de reduzir a transmissão do vírus. O projeto de intervenção deu origem a quatro Trabalhos de Conclusão de Programa (TCP) a partir das ações realizadas pelos residentes do grupo.

A proposta de um projeto de intervenção desenvolvido pelos residentes surge a partir da constatação de que, conforme último boletim epidemiológico (2014), a cidade de Santa Maria-RS encontra-se em décimo lugar em número de PVHA, dentre as cidades com mais de 100 mil habitantes. Isso mostra a urgente necessidade de se intervir para mudar esta realidade.

Este trabalho trata-se de um relato de um processo de intervenção constituído de palestras e rodas de conversa sobre IST's, direitos sexuais e reprodutivos junto a uma Unidade Básica de Saúde de referência que atua dentro de uma Ala Feminina de um presídio regional do interior do Estado do Rio Grande do Sul.

Para se chegar ao tema, fez-se necessário um resgate histórico desde a Reforma Sanitária Brasileira até a formulação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP).

A Constituição Federal concluída e promulgada em 1988, chamada Constituição Cidadã foi o marco fundamental na redefinição das prioridades da política do Estado na área da saúde pública. Reeditando os preceitos da Alma Ata, incorporou-se um conceito ampliado de saúde, entendida hoje como uma série de fatores determinantes que influenciam a não doença, como ter acesso a alimentação, moradia, emprego, lazer, educação, saneamento básico, etc. O artigo 196 cita que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao

acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

O direito à saúde concebida da forma como é hoje, é fruto da Reforma Sanitária Brasileira, originada do movimento sanitário, processo político que mobilizou a sociedade brasileira para propor novas políticas e novas formas de organização de sistema, serviços e práticas de saúde. Uma realização importante desse processo foi a inserção no texto constitucional da saúde como direito de cidadania e dever do Estado, o que realçou e deu força jurídica de relevância pública às ações e serviços de saúde (VASCONCELOS, 2013).

Entretanto o entrelaçamento das temáticas saúde e Sistema Prisional foram ganhando força nas últimas décadas, especialmente quando a Portaria Interministerial n.º 1.777, de 9 de setembro de 2003, institui o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP). O referido Plano previu a inclusão da população carcerária no SUS. Ressalta-se que o acesso dessa população a ações e serviços de saúde é legalmente definido pela Constituição Federal de 1988, pela Lei n.º 8.080 de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), pela Lei n.º 8.142, de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e pela Lei de Execução Penal n.º 7.210, de 1984.

Esta monografia tem a pretensão de trazer ao conhecimento uma experiência na qual se privilegiou o contato com a população carcerária feminina do município de Santa Maria/RS, onde se verificou a precariedade da operacionalização dos princípios proclamados no PNSSP. A mesma está organizada de modo a demonstrar o arcabouço teórico que ampara o estudo da temática, posteriormente a metodologia utilizada na intervenção junto à população carcerária. Na sequência são apresentados os resultados desta intervenção, por meio do relato dos grupos de promoção de saúde. Por fim são tecidas considerações finais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SAÚDE COMO DIREITO UNIVERSAL

No final dos anos 1970, com o processo de abertura política e, posteriormente, com a redemocratização do país, ocorreu na saúde um movimento significativo que contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e com propostas governamentais apresentadas para o setor, o que contribuiu para um amplo debate. A saúde passou a assumir uma dimensão política, vinculada à democracia (BRAVO, 2012). Os sujeitos políticos que entraram em cena, postularam a democratização da saúde, por meio de luta contra a ditadura, no qual estudantes, professores universitários e os trabalhadores da saúde, defenderam questões envolvendo a melhoria da situação da saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudos e Saúde (CEBES) como mecanismo de difusão e ampliação do debate; os partidos políticos de oposição, a igreja progressista e os movimentos sociais urbanos (BRAVO, 2012).

A realidade social, neste período era de exclusão da maior parte dos cidadãos do direito à saúde, que se constituía na assistência prestada pelo Instituto Nacional de Previdência Social, restrita aos trabalhadores que para ele contribuía, prevalecendo à lógica contraprestacional e da cidadania regulada.

Em meados da década 70, o Movimento Sanitário elaborou o projeto de Reforma Sanitária brasileira que tem como característica central a elaboração de propostas de fortalecimento do setor público, em oposição ao modelo que privilegiava o setor privado (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1986) – implantando no período da ditadura militar a politização da saúde com o objetivo de aprofundar a consciência sanitária, bem como materializar a cidadania (BRAVO, 2012).

Na esteira deste processo democrático constituinte, o chamado movimento sanitário tinha proposições concretas. A primeira delas, a saúde como direito de todo o cidadão, independente de ter contribuído, ser trabalhador rural ou não trabalhador. Não se poderia excluir ou discriminar qualquer cidadão brasileiro do acesso à assistência pública de saúde. Por conseguinte as ações de saúde deveriam garantir

o acesso da população às ações de cunho preventivo e/ou curativo e, para tal, deveriam estar integradas em um único sistema. E finalmente, a descentralização da gestão, tanto administrativa, como financeira, de forma que se estivesse mais próximo da quarta proposição que era a do controle social das ações de saúde.

Dessa forma, a área da Medicina Social passou a ser denominada Saúde Coletiva. Buscava-se assim suplantiar, no Brasil, a histórica distinção entre Medicina Social e Saúde Pública, em que aquela muitas vezes passava a ameaçar esta, área tradicional de enfoque da saúde no âmbito coletivo. A nova denominação deixaria marcas profundas na produção da área. Ao substituir-se “Medicina” por “Saúde” amplia-se o objeto, tornando-o mais abrangente, o que passa a exigir uma nova delimitação de campo. E, ao substituir-se o Social pelo Coletivo, torna-se mais específico, exigindo que seja rastreado em sua totalidade. Mas ao mesmo tempo, requer da Saúde Coletiva que incorpore a produção clássica da Saúde Pública, agora no novo entendimento da relação entre o biológico e o social (COHN, 1989, p. 126).

O desafio não é de pequena monta, exige outro olhar sobre o processo saúde-doença, a prática médica, as políticas de saúde, o planejamento e a formação de recursos humanos. E em sua grande parte ele é enfrentado e determinado pela ótica da resistência – durante o regime militar – e da busca de negociação política – nos estertores daquele regime e na conjuntura da transição democrática (COHN, 1989, p. 126).

Decorrente dos esforços empreendidos pelo movimento de reforma sanitária, em 1986, acontece a VIIIª Conferência Nacional de Saúde, o marco mais importante na história da política pública de saúde neste país, que pode ser considerada como a Pré-Constituinte da Saúde. Esta Conferência, sendo a primeira com participação popular, contou com a participação de técnicos do setor saúde, de gestores e da sociedade organizada, propondo um modelo de proteção social com a garantia do direito à saúde integral.

Com o tema “Democracia e Saúde”, a Conferência reuniu cerca de quatro mil e quinhentas pessoas - sendo mil delegados -, para discutir os rumos da saúde no país, a partir dos seguintes eixos temáticos: “Saúde como dever do Estado e direito do cidadão”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “Financiamento

Setorial". (BRAVO, 2012). Em seu relatório final, a saúde passa a ser definida como o resultado não apenas das condições de alimentação, habitação, educação, trabalho, lazer e acesso aos serviços de saúde, mas, sobretudo, da forma de organização da produção na sociedade e das desigualdades nela existentes.

A Conferência direciona para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde, o qual foi incorporada pela Constituição Federal/88 e posteriormente instituída pela Lei 8.080/1990 - Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Essa lei regula em todo o território nacional as ações e os serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. Através dela institui-se também o SUS, constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público, podendo também ter a participação da iniciativa privada, (BRASIL,1990).

O SUS não se resume apenas a um sistema de prestação de serviços assistenciais, mas incorpora o conceito promoção, prevenção, educação, assistência, reabilitação e cuidados paliativos em saúde. Além disso, há a inclusão dos condicionantes econômicos, sociais, culturais e bioecológicos e uma visão abrangente e integrada das ações e serviços de saúde, que buscam superar a visão dominante de focar a saúde pela doença, sobretudo nas dimensões biológica e individual. Sem negar o peso e a importância das doenças na configuração de sistemas de saúde e na consequente oferta de ações, o entendimento ampliado sobre a produção da saúde apresenta uma série de novos desafios ao sistema de saúde brasileiro, exigindo-lhe novas concepções e modos de operação (VASCONCELOS, 2013).

Ao instituir a saúde como direito de cidadania e dever do Estado, ancorada na concepção de seguridade social, a Constituição operou uma ruptura com o padrão anterior de política social, marcado pela exclusão de milhões de brasileiros do usufruto público de bens e consumo coletivo (VASCONCELOS, 2013).

A equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde traduz o debate atual relativo à igualdade, prevista no texto legal, e justifica a prioridade na oferta de ações

e serviços aos segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer em decorrência da desigualdade na distribuição de renda, bens e serviços (VASCONCELOS, 2013).

2.2 SAÚDE E MULHER

Culturalmente, as mulheres foram educadas para assumir o âmbito doméstico, tomarem conta dos cuidados com os filhos e com o marido, destinadas à esfera privada do lar. Essa cultura que transformou as mulheres em seres domesticados destinadas a cumprirem o papel de mãe, mulher e filha repercute até hoje, uma vez que em todas as atividades públicas e até mesmo no exercício da cidadania está presente a subalternidade histórica da mulher (SANTOS & OLIVEIRA, 2010).

Muitas mudanças ocorreram, ao longo do tempo, em virtude de movimentos feministas articulados, que deram visibilidade a vulnerabilidade feminina. A conquista de direitos deu-se a partir de muitas lutas, as quais ultrapassaram a esfera da reivindicação e se tornaram objeto de políticas públicas. Dessa forma, a cidadania feminina foi ampliada, ao passo que as mulheres deixaram a esfera doméstica, e passaram a participar da vida política e a fazer parte do processo de decisão e direção social.

Esta mudança ocorreu especialmente em virtude da inserção da mulher no mercado de trabalho, sobremaneira nas duas Guerras Mundiais, uma vez que, os homens iam para frente de batalha e elas assumiam o trabalho. Ao fim das batalhas a vida era alterada, muitos homens não retornavam e as famílias precisavam se reorganizar. Com isso, cada vez mais as mulheres se inseriam no mercado trabalho, para substituir o homem morto ou mutilado. Em decorrência dessa inserção feminina no mercado de trabalho, muitas mudanças significativas ocorreram no seu cotidiano.

Destaca-se ainda uma importante mudança verificada mediante a popularização da pílula anticoncepcional, proporcionando autonomia na decisão da reprodução. A pílula passou a ser tomada em qualquer lugar, sem o necessário conhecimento de outras pessoas, sejam pais, maridos, namorados ou líderes religiosos. Isso propiciou que a mulher não mais se limitasse ao espaço privado, uma vez que ela pode ocupar outras funções na sociedade. (PEDRO, 2003).

A redefinição do lugar social da mulher alterou decisivamente as relações familiares e sociais, pois, gradativamente, foram modificadas a divisão de tarefas domésticas, a educação dos filhos e a ocupação na esfera pública reivindicando temas que atravessam o espaço privado tais como a saúde.

No que concerne as primeiras iniciativas para atendimento à saúde da mulher no Brasil, consistiram, prioritariamente, a sua fase reprodutiva, ou seja, no atendimento materno-infantil como no caso do Programa Materno Infantil criado em 1974. Entretanto estes investimentos não foram suficientes para resolver problemas como a mortalidade perinatal e infantil em geral (incluindo o efeito do espaçamento das gravidezes), o que demanda respostas mais complexas.

No ano de 1984, verificou-se, a formulação de propostas de atenção integral à saúde da mulher neste caso o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) do Ministério da Saúde que incluíram serviços de saúde, os quais garantiam a contracepção, bem como a inclusão da dimensão do autocuidado em todas as etapas de vida (INAMPS, 1984).

As políticas públicas direcionadas à saúde da mulher incorporaram, a partir de 1990, com a criação do SUS, ações educativas e preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, climatério, planejamento familiar, DSTs, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2007a).

Ao passo que o conceito de saúde ampliou-se, bem como a condição feminina modificou-se, necessariamente os serviços de saúde precisaram se reorganizar. A política de assistência à saúde da mulher continua desafiadora no que consiste a sua efetivação, por isso a mobilização dos diferentes agentes públicos e sociais é fundamental.

2.3 POLÍTICAS E OS SERVIÇOS DE SAÚDE ESTABELECIDOS PARA O SISTEMA PRISIONAL

A contar com os avanços legais no âmbito das políticas públicas de saúde, especialmente no que concerne à implementação das políticas de saúde setoriais, muitos são os desafios para materializar algumas normativas, tais como a Portaria Interministerial 1.777/2003 que cria o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) (BRASIL, 2003).

Essa Portaria foi instituída pelo Governo Federal, através dos Ministérios da Saúde e da Justiça, em setembro de 2003, e tem como objetivo prover a atenção integral à saúde da população penitenciária brasileira, garantindo que o direito à cidadania se efetue—na perspectiva dos direitos humanos e assegure que as populações encarceradas tenham acesso integral às ações e serviços de saúde do SUS (BRASIL,2003).

Para que o PNSSP seja uma realidade, é fundamental que exista uma articulação entre os setores Saúde e Justiça. Devido às condições de confinamento e por estarem em um ambiente desfavorável e insalubre, propiciando e multiplicando doenças, torna-se fundamental a priorização ao acesso integral das mulheres privadas de liberdade ao SUS.

O PNSSP estabelece que a atenção básica deve ser prestada em instituições prisionais por profissionais de diferentes categorias da área da saúde, sendo estes: assistente social, enfermeiro, médico, auxiliar/técnico em enfermagem, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário, psicólogo. O documento pontua também que a equipe de saúde e os profissionais ligados à segurança trabalhem—de maneira articulada e interdisciplinar (BRASIL,2003).

Entre as ações propostas pelo Plano estão as que compõem a Atenção Integral à Saúde da Mulher, as quais devem ser desenvolvidas pelas Equipes de Saúde para atuarem nas Unidades Básicas de Saúde dentro do Sistema Penitenciário. As ações específicas à Saúde da Mulher privada de liberdade são:

- Implantação, em 100% das unidades penitenciárias, de ações para detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama;

- Implantação, em 100% das unidades penitenciárias, de ações para diagnóstico e tratamento das DST/Aids;
- Implantação, em 100% das unidades penitenciárias, da assistência à anticoncepção;
- Implantação, em 100% das unidades penitenciárias que atendem à população feminina, da assistência ao pré-natal de baixo e alto risco;
- Implantação da imunização das gestantes em 100% das unidades penitenciárias;
- Implantação de assistência ao puerpério em 100% das unidades penitenciárias;
- Implantação, em 100% das unidades penitenciárias, de ações educativas sobre pré-natal, parto, puerpério, anticoncepção, controle do câncer cérvico-uterino e de mama, e infecções sexualmente transmissíveis;
- Garantia do encaminhamento para tratamento das mulheres com câncer cérvico-uterino e de mama atendidas em 100% das unidades penitenciárias;
- Garantia ao acesso das gestantes de 100% das unidades penitenciárias, para o atendimento de intercorrências e partos (BRASIL, 2003).

No entanto, verifica-se que no sistema prisional brasileiro há fragilidades na implementação destas diretrizes. De encontro a isso, a Comissão Parlamentar de Inquérito do Sistema Carcerário (2008) constatou que a maioria dos presídios não aporta as condições mínimas de dignidade humana.

3 METODOLOGIA

O presente estudo origina-se de um Projeto de Intervenção intitulado “Intervenção Multiprofissional acerca da temática HIV/aids junto a usuários da Rede Pública de Atenção à Saúde”, desenvolvido por residentes do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde (PRMIS) tendo como objetivo geral sensibilizar e esclarecer a comunidade quanto à necessidade de prevenção e diagnóstico precoce do HIV/aids por meio de ações de promoção e educação em saúde com o intuito de reduzir a transmissão do vírus. O projeto de intervenção deu origem a quatro Trabalhos de Conclusão de Programa (TCP) a partir das ações realizadas pelos residentes do grupo.

A proposta de um projeto de intervenção desenvolvido pelos residentes surge a partir da constatação de que, conforme último boletim epidemiológico (2014), a cidade de Santa Maria-RS encontra-se em décimo lugar em número de PVHA, dentre as cidades com mais de 100 mil habitantes. Isso mostra a urgente necessidade de se intervir para mudar esta realidade.

O referido projeto que originou este trabalho foi registrado e aprovado como projeto de extensão no Sistema de Informações para o Ensino - SIE da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM com o número 040866.

Para fins de cumprimento da exigência pedagógica do Programa de Residência, será relatado o processo de intervenção de uma equipe multiprofissional do PRMIS através de palestras e rodas de conversas sobre ISTs, direitos sexuais e reprodutivos junto a uma Unidade Básica de Saúde de referência, que atua dentro da Ala Feminina de um presídio regional do interior do estado do Rio Grande do Sul,.

A equipe de residentes formada por: assistente social; farmacêutica; enfermeira; fisioterapeuta e fonoaudióloga desenvolveu, no período de abril à agosto de 2015, ações de promoção e prevenção da saúde por meio de palestras e rodas de conversa, sendo ofertado também Teste Rápido para HIV/Aids e sífilis, além de vacinas anti-H1N1.

A proposta inicial era de se falar especificamente sobre HIV/Aids, mas a medida que os encontros foram acontecendo outras demandas relacionadas à saúde

da mulher foram surgindo. As rodas de conversas foram realizadas nas quartas-feiras, no período da manhã, no horário compreendido entre 9h e 11h, com a participação livre das mulheres encarceradas.

Neste sentido o relato está organizado de modo a apresentar o perfil sociodemográfico da população carcerária feminina com vistas a possibilitar melhor compreensão sobre as especificidades do grupo.

Para a apresentação dos dados sociodemográficos, elaborou-se gráficos e tabelas a partir de dados oficiais, obtidos nos boletins informativos da Susepe/RS – DEPEN - InfoPen. Os dados foram correlacionados ao cenário carcerário estadual e nacional.

Após a apresentação do perfil da população carcerária feminina de Santa Maria - RS, apresenta-se as discussões acerca do trabalho realizado junto as mulheres em situação prisional. Seguindo a ordem dos encontros:

Quadro 1 - Encontros realizados pela equipe multiprofissional no PRSM

Encontros	Tema	Participação
1º	Apresentação da equipe e da proposta de intervenção	15
2º	HIV/aids : O que é o vírus, como age no organismo, formas de transmissão, prevenção, tratamento, doenças relacionadas, co-infecção, direitos e benefícios sociais . Oferta de Testagem Rápida	12
3º	Anatomia do corpo humano, orientações sobre conhecer seu corpo, sexualidade, autoestima. Oferta de Teste Rápido HIV	14
4º	Hepatites; prevenção, contágio, tratamento. Oferta de Teste rápido HIV e sífilis	18
5º	Tuberculose; prevenção, contágio, tratamento. Oferta de Teste rápido HIV e sífilis	16

Fonte: Autor

O relato sobre cada encontro do grupo foi elaborado de forma descritiva, contextualizando-o com embasamento de autores de referência no tema. Foram utilizadas informações registradas em diário de intervenção, elaborado pela autora

deste trabalho. O referido diário encontra-se protegido conforme previsto no projeto registrado no SIE/UFSM.

4 DISCUSSÃO E RESULTADOS

4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

De acordo com os últimos dados oficiais do DEPEN/Ministério da Justiça (2014), a população prisional brasileira chegou a 607.731 pessoas. Pela primeira vez, o número de presos no país ultrapassou a marca de 600 mil. O número de pessoas privadas de liberdade, em 2014, é 6,7 vezes maior do que em 1990. Desde 2000, a população prisional cresceu, em média, 7% ao ano, totalizando um crescimento de 161%, valor dez vezes maior que o crescimento do total da população brasileira, que apresentou aumento de apenas 16% no período, em uma média de 1,1% ao ano (INFOPEN,2014).

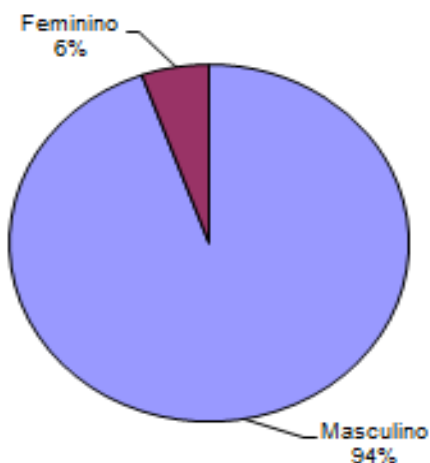
Ainda segundo INFOPEN, 2014, o Rio Grande do Sul (RS) está em 6º lugar em numero de pessoas privadas de liberdade, ficando atrás de São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Pernambuco, e Paraná. Este número perfaz um total de 32.944 sendo 31.132 homens para 1.812 mulheres.

No RS a situação não é diferente, a maior parte da população encarcerada corresponde ao sexo masculino, um total de 94,50%, enquanto que uma minoria ao sexo feminino, total de 5,50%, conforme gráfico 1. De encontro a isso o PRSM abriga um total de 280 detentos, dos quais 179 (64%) são do sexo masculino e 101(36%) mulheres, sendo que destas 22 estão em regime provisório; 42 em regime fechado; 27 semi aberto; 8 em regime aberto e somente 2 com limitação de final de semana. (SUSEPE, 2016).

Em Santa Maria, os dados informados pela Superintendência dos Serviços Penitenciários – SUSEPE referentes a dezembro de 2015 apontam que a Ala Feminina do PRSM constitui-se, em sua maioria de mulheres naturais de Santa Maria, auto declaradas brancas (n=54; 59,34%) predominantemente na faixa etária de 35 a 45 anos (n=23; 25,47%), e solteiras. Ocorre que nesta cidade predominam-se mulheres autodeclaradas brancas em decorrência do processo de colonização onde predominou os europeus.

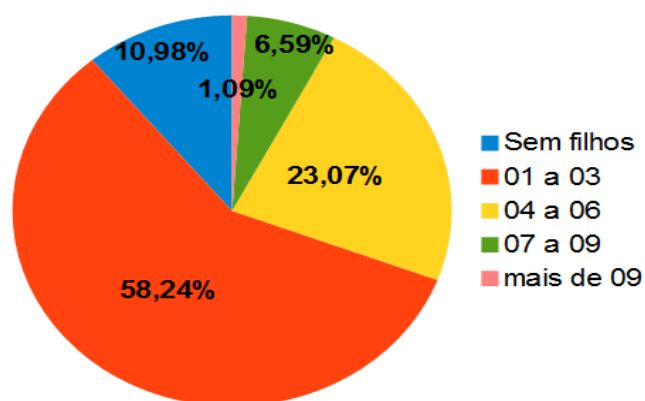
Gráfico 1. Relação da população encarcerada no Rio Grande do Sul por sexo

SEXO	QUANTIDADE	%
Masculino	31.132	94,50
Feminino	1.812	5,50
Sexo	32.944	100,00



Fonte: Departamento de Planejamento – SUSEPE, 10/03/2016.

Gráfico 2. Número de filhos das detentas do PRSM – RS



Fonte: SUSEPE, 12/2015.

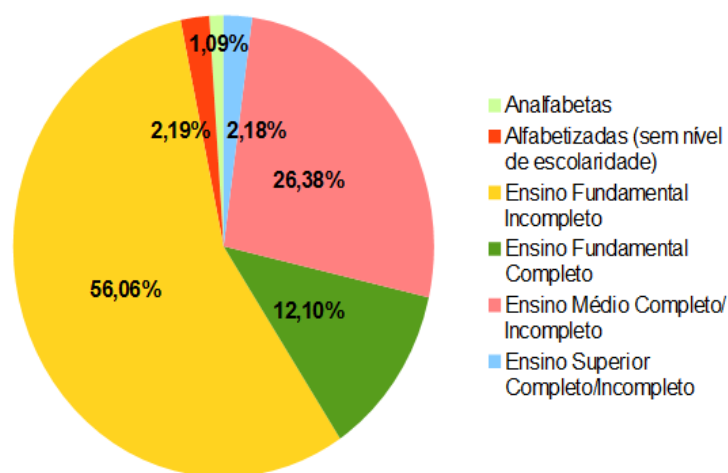
Com relação ao número de filhos descritos no Gráfico 2, consta que elas têm entre um (01) e três (03) em sua maioria..

Além do preconceito em relação a mulher que comete um crime, ela carrega

ainda o rótulo de inconsequente e irresponsável por agir sem pensar nos filhos. As detentas, por estarem afastadas dos filhos, acabam submetendo-se a privações ocasionadas pela arbitrariedade por parte da gestão e agentes lotados nas penitenciárias, cedendo a tais abusos a fim de terem garantidos o seu direito de receber visitas e informações a respeito dos filhos. Muitas delas perdem o contato com seus filhos em razão de os mesmos serem encaminhados para abrigos ou casas de parentes distantes, pois os pais também estão encarcerados, rompendo assim o vínculo afetivo já tão fragilizado.

O PRSM é um presídio misto, tipicamente masculino, não foi pensado para as mulheres. As mulheres ocupam uma ala provisória, em situação de precariedade. Não se observou durante as visitas que houvesse instalações em condições de as presas receberem seus filhos, e relatos das mesmas dão conta de que estas visitas acontecem no pátio, junto as outras detentas e seus visitantes, não tendo assim momentos de privacidade entre mães e filhos. Levando em conta que no momento da reclusão os vínculos familiares se fragilizam ou se rompem completamente, o fato de não ter privacidade nas visitas corrobora e dificulta a manutenção dos mesmos.

Gráfico 3. Nível de escolaridade das mulheres encarceradas no PRSM- RS



Fonte: SUSEPE. 12/2015

Quanto ao nível de escolaridade, mais da metade das detentas não completou o ensino fundamental, enquanto que apenas 2,18% concluíram curso superior. É

preciso considerar que o encarceramento pode ser uma via de possibilidade para o acesso à educação. A Lei de Execução Penal - LEP especificamente no que se refere ao artigo 11 seção IV, referente à educação, aponta que é dever do Estado prestar atendimento educacional, assim, como formação profissional ao preso, sendo que o Ensino Fundamental é obrigatório e o mesmo tem que ser integrado ao sistema da unidade federativa. Além disto, as atividades podem ser realizadas a partir de convênios com entidades públicas e particulares de ensino (BRASIL,1988).

Embora esteja descrito na lei 7210/84 que todo estabelecimento prisional deve ser equipado de acordo com as necessidades de ressocialização dos apenados, infelizmente isso não acontece. Segundo dados do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN, 2012), dos 1.410 estabelecimentos prisionais em todo o país, 565 (40%) não possuem salas de aula e, dos 553.027 apenados na federação, 54 mil frequentam as salas de aula e destes só 2.6 mil dos encarcerados realizam curso técnico.

Durante o período da intervenção, observou-se que o PRSM possui duas salas de aula e uma biblioteca disponíveis para uso das detentas, porém não constam nos mapas da SUSEPE registros de atividades escolares destas mulheres.

As mulheres que entram no sistema prisional em sua maioria são jovens, solteiras, possuem filhos, têm baixo nível de escolaridade e renda familiar precária (BLANCO,2010), corroborando com o perfil e com a realidade encontrada no PRSM.

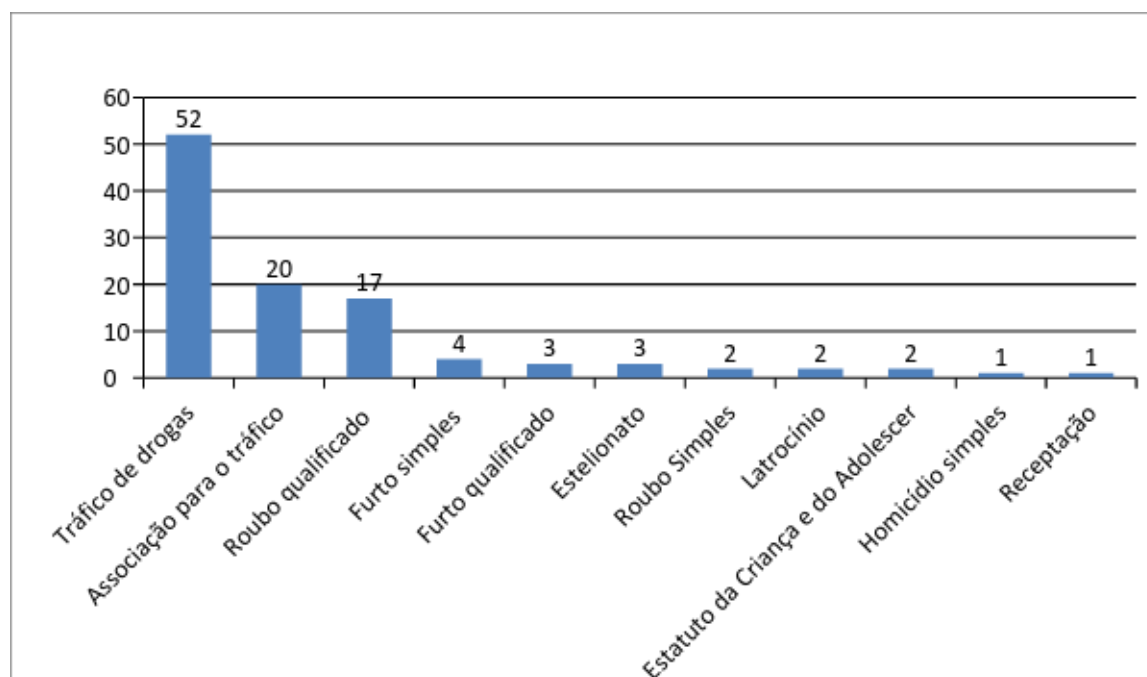
Segundo Moraes e Dalgalarrodo (2006), via de regra, estas mulheres antes do encarceramento não possuíam estabilidade trabalhista, desempenhavam atividades na informalidade ou estavam em situação de desemprego. Alguns estudos indicam que estas populações trazem consigo histórias de vida marcadas por um precário vínculo familiar, perda precoce dos pais, baixos índices de sociabilidade e acesso à educação, e por diversas formas de violência. Nesse sentido, a prisão para a população feminina implica em problemas ainda mais impactantes, a exemplo da maior estigmatização social e altos níveis de problemas de saúde com ênfase no sofrimento mental.

Com relação ao tipo de crime cometido pelas mulheres encarceradas no PRSM, predomina o tráfico de drogas com 59% (n=48 de um universo de 91) conforme gráfico 4. Nota-se que o alastramento do tráfico de drogas tem ampliado a

participação das mulheres na prática de crimes. Isto porque as mulheres condenadas por este delito exercem funções subalternas na dinâmica do tráfico de drogas, elas são presas por desempenharem papéis subsidiários ou estarem em situações equívocas.

Dois delegados de polícia no norte do país fizeram as seguintes declarações: "originalmente, o consumo e o tráfico de drogas têm nas suas origens problemas de ordem social" e "a principal justificativa das mulheres flagranteadas é que o dinheiro da venda das drogas ajuda na renda familiar da casa" (BLANCO,2010).

Gráfico 4. Tipos de crimes cometidos pelas mulheres encarceradas no PRSM



Fonte: Dados SUSEPE organizados pela autora

Há uma divergência entre autores quanto a iniciação das mulheres no mundo do crime. Barcinski (2009) afirma que está relacionada principalmente à influência de seus parceiros. Logo, elas podem ser consideradas como vítimas de homens criminosos, tendo em vista que estão afetivamente dependentes desses. Assim, participam por meio de coerção, opressão e medo desses homens. No entanto Chies (2008) salienta que esse panorama do crime envolvendo mulheres está mudando,

atualmente elas têm se tornado protagonistas nas práticas ilícitas: mulheres chefes de família, fragilizadas em sua escolaridade e subalternizadas nas posições que ocupam no mercado de trabalho compõe o perfil significativo das encarceradas brasileiras.

Quanto às atividades laborais exercidas pelas detentas, dados fornecidos pela SUSEPE (12/2015) mostram que estas atividades são tarefas domésticas, típicas da posição feminina na família patriarcal. Das 91 detentas, apenas 28 desenvolviam alguma atividade. Quatro (4) na cozinha administrativa; dez (10) na cozinha geral; cinco (5) na faxina; cinco (5) na costura; uma (1) plantão de galeria; uma (1) auxiliar de plantão de galeria; uma (1) auxiliar jurídica e uma (1) na distribuição de alimentos às presas.

Estes dados revelam que o trabalho prisional feminino ainda hoje conduz a mulher à preeminência do espaço doméstico, seja como “do lar” ou como trabalhadora nas posições subalternas em um sistema de inclusão social precário. Sobre isso, Chies; Varela (2007) mencionam:

“As faxineiras voltarão a fazer faxinas em casas de família (caso conseguirem esconder o estigma adquirido); as costureiras poderão fazer trabalho para vender fora; as artesãs serão vendedoras ambulantes de seu artesanato... e todas estarão reintegradas e reinseridas nos seus devidos lugares no projeto ordenador da sociedade moderna e capitalista; se possível, apaziguadas em seus anseios de ascensão social, contudo, ainda consumidoras... caso contrário, clientes preferenciais de uma nova intervenção estatal.”

Mediante estas informações, que compõe o perfil sociodemográfico das detentas, planejou-se as ações que foram desenvolvidas junto a este grupo populacional. Atividades estas que serão apresentadas a seguir.

4.2 A EXPERIÊNCIA DO GRUPO DE SAÚDE COM AS DETENTAS DO PRSM

Conforme apresentado no subitem anterior, observa-se que a população prisional feminina tem crescido proporcionalmente mais do que a masculina. Entretanto no que diz respeito a atenção à saúde no Sistema Prisional feminino o descaso e a falência são similares a situação vivenciada nas unidades masculinas.

Verificam-se também características peculiares às doenças físicas e emocionais que, no contexto do encarceramento, incidem com intensidade diferenciada, se agravando pela falta de acesso a práticas de prevenção, tratamento e devido acompanhamento médico, principalmente no que tange as patologias que são intrínsecas à fisiologia da mulher.

Pesquisas realizadas em casas prisionais brasileiras revelam que muitas não oferecem as condições de higiene mínimas necessárias. São desprovidas de sanitários e pias dentro das celas e dormitórios ou próximos a esses. Não raras vezes os sanitários estão localizados em outras áreas, e nem sempre os presos tem acesso ou permissão para utilizá-los, o que comprometem também a privacidade do preso (BLANCO, 2010)

O Estado também não garante as presas artigos necessários à sua higiene pessoal, como absorvente, sabonete, pasta e escova de dente e toalhas. Além disso, a maioria das unidades prisionais é insalubre, más condições de habitabilidade, superlotação, fatores que corroboram para contaminação de doenças infectocontagiosas como a tuberculose, micoses, leptospirose, pediculose e sarna.

Hoje os presídios brasileiros são enormes bolsões de doenças infectocontagiosas como a tuberculose. Além da tuberculose, doenças como DSTs/Aids, pneumonia, dermatose, hepatite, diabete, hipertensão também são comuns no ambiente dos presídios femininos. É importante ressaltar que as doenças contagiosas não ficam restritas aos muros dos estabelecimentos penais, sendo levadas à sociedade pelos servidores penitenciários e a partir das visitas em geral (Brasil, 2007, p, 48).

Durante as atividades desenvolvidas no PRSM/RS observou-se que a precariedade no que diz respeito a assistência à saúde não difere das pesquisas realizadas em outras casas prisionais brasileiras.

O atendimento às detentas do PRSM é prestado apenas por um profissional enfermeiro, com apoio da Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência através da enfermeira responsável pela unidade e os encaminhamentos médicos realizados por um ginecologista, que em função de concurso público exonerou-se da UBS, deixando assim, desguarnecido o serviço até a contratação de outro profissional. Outro agravante é que muitas vezes o atendimento na UBS é inviabilizado por falta de

efetivo para transporte da presa até a referida unidade. Os atendimentos de cunho psicológico e social acontecem no PRSM por profissionais assistentes sociais e psicólogos, técnicos lotados na unidade prisional, porém este atendimento não se dá em caráter de acompanhamento como tratamento, e sim esporadicamente como simples escuta sensível e resolução de demandas imediatas e pontuais.

Pacientes que, extramuros da penitenciária, faziam acompanhamento médico por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), no momento da reclusão perdem a sequência do mesmo, ficando normalmente sem medicamentos, fator este que se agrava pelo rompimento dos vínculos familiares pós-reclusão, não tendo, portanto uma pessoa que possa mediar e facilitar a continuidade destes tratamentos.

O convite para a participação nos encontros era realizado dentro das galerias por uma detenta (plantão de galeria), no momento da chegada do grupo de trabalho ao local. Embora a proposta era de que a participação seria livre para todas as presas que pudessem sair de suas celas, sendo este convite realizado por uma também presa não temos a garantia de que o mesmo se estendeu a todas de forma igualitária.

Em razão das normas do PRSM não permitir que se levasse para os encontros material de multimídia, os primeiros encontros foram simples e informais, apenas a partir do quarto encontro nos foi disponibilizado recurso visual pelos técnicos operacionais da instituição, o que favoreceu o entendimento e compreensão delas uma vez que foi possível utilizar imagens para explicar as patologias.

A proposta de trabalho em formato de roda de conversas foi opção do grupo de trabalho, uma vez que favorece o diálogo e entrosamento do grupo. Dessa forma, as mulheres sentiram-se mais a vontade para participar, foi também uma proposição para que houvesse maior facilidade em formar vínculos.

Observou-se durante os encontros que a presença de alguns profissionais do PRSM e agentes penitenciários deixava as detentas mais ou menos introspectivas ou com certo desconforto em frente aos mesmos, o que levou-as a ter um certo cuidado nas falas e questionamentos.

A cada encontro manifestavam o desejo de continuarem a participar dos próximos, porém, no momento das ações, nem todas estavam dispostas, muitas vezes não compareciam pelos mais diversos motivos relatados, como por exemplo,

dia de chuva ou frio preferiam ficarem em suas celas, visto que o local disponibilizado tinha vidros quebrados, era frio e úmido não sendo, portanto um local agradável e acolhedor para se permanecer.

Observou-se que o número de participantes aumentou a partir do momento da oferta de TR anti-HIV e Sífilis, porém, somente três mulheres, participaram de todos os encontros propostos. Este fato atribui-se tendo ao fato da população carcerária ser bastante flutuante, algumas detentas já haviam sido liberadas, outras ingressaram e há também uma questão no que se refere ao comportamento.

Por relato das próprias participantes, quem infringe alguma regra, recebe “castigo” que pode ser, desde a troca de cela, mudança de regime, privação de participar das atividades, pátio e até mesmo a transferência para outras casas prisionais.

Todos os encontros aconteceram sempre acompanhados de um técnico ou agente penitenciário, em uma sala improvisada anexa a sala de costura, por não haver no PRSM uma sala adequada para este tipo de ação.

O primeiro encontro teve como finalidade conhecer o ambiente e a rotina das detentas, bem como a dinâmica das atividades dentro do PRSM e apresentação da proposta de intervenção. Este encontro serviria também como termômetro para medir a dimensão de aceitação do grupo e da proposta de trabalho. O convite para a participação do primeiro encontro foi realizado porta a porta das celas por uma agente penitenciária. Neste encontro participaram 15 (quinze) mulheres. Inicialmente os integrantes do grupo de residentes apresentaram-se individualmente, bem como a enfermeira da UBS de referência. As detentas demonstraram interesse sobre os temas propostos e foram convidadas a dar sugestões de assuntos a serem abordados nos próximos encontros, bem como acordar o melhor horário para a realização da proposta.

O segundo encontro contou com a participação de 12 (doze) mulheres, além dos residentes, a enfermeira da UBS e o enfermeiro da coordenação do PRSM. O tema discutido foi HIV/Aids, conforme proposto no cronograma. Os participantes foram dispostos em círculo e convidados a se apresentarem. Depois, deu-se início a fala sobre o que é o vírus HIV, o que é Aids, a diferença entre ambos; formas de contágio; prevenção; Testes Rápidos (TR) e confirmação de diagnóstico; tratamento

e preconceito.

Durante a conversa elas foram questionadas sobre dúvidas e orientadas sobre a possibilidade de interromper a qualquer momento para perguntas e colocações. Várias dúvidas e relatos surgiram, principalmente no que tange as formas de contágio e o tratamento correto e disponível no SUS.

No terceiro encontro, contando com 14 participantes, conforme sugestão das próprias mulheres abordamos o tema Anatomia Humana, visto que as mesmas relataram desconhecer as particularidades do corpo feminino, o que trazia insegurança e muitas dúvidas quanto aos métodos contraceptivos e uso de preservativos. Desta forma foi selecionado material simples e acessível ao entendimento das mesmas, para que de forma bem didática, através de dois painéis, conseguíssemos explicar a anatomia do sistema reprodutor feminino, com seu ciclo ovulatório, bem como gestação e uso de preservativos. Observou-se durante este encontro que muitas delas não tinham o conhecimento sobre seu próprio corpo. Surgiram perguntas sobre o mesmo e também sobre questões de sexualidade. A partir deste encontro, passou a integrar a equipe, acompanhando os residentes, uma enfermeira da Coordenação da Residência Multiprofissional - COREMU atuando como preceptora de campo e núcleo da enfermagem.

Neste terceiro encontro e a partir desse, foram ofertados TRs anti-HIV. Todas as participantes deste encontro tiveram interesse em realizar a testagem. Estas aconteceram de forma individual, simultânea, em duas salas anexas e por dois integrantes do grupo de trabalho. Durante as testagens foi feito aconselhamento onde se abordava sobre contatos de risco, formas de contágio, prevenção, proteção e esclarecimento de dúvidas trazidas pelas presas.

No quarto encontro foi abordado o tema Hepatites; prevenção, contágio, tratamento, com a participação de 18 (dezoito) mulheres. Como nos outros encontros a disposição das cadeiras também foi em formato de círculo. O assunto foi amplamente discutido em razão de ser uma doença silenciosa e tão ou mais grave que HIV/Aids e Tuberculose.

A participação por meio de perguntas ou exemplos foi bastante satisfatória nesta discussão. Também neste encontro foi ofertado TR anti-HIV/Aids e para Sífilis.

Por fim, no último e quinto encontro, foi abordado sobre Tuberculose, tipos,

formas de contágio, prevenção e tratamento. Neste tema, as participantes, em número de 16 (dezesesseis), demonstraram um maior conhecimento, o que não impediu que houvesse perguntas e a participação delas na discussão.

Foram sugeridos outros temas pelo grupo de trabalho, como os relacionados a Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) hipertensão, diabetes, doenças renais, contudo os mesmos não foram abordados em função de ter sido deflagrada a greve dos servidores e o encerramento das atividades 30 dias antes do previsto, impossibilitando a presença dos residentes sob a alegação de falta de segurança.

Ao final de cada encontro os residentes dedicaram parte do tempo para realizar escuta sensível, momento em que as detentas relatavam alguns de seus anseios, necessidades e também era uma forma de elas se relacionarem com o mundo fora das grades.

A experiência vivenciada pelos residentes durante as intervenções nos fez perceber que os problemas enfrentados pelas mulheres no cárcere se iniciam desde a estrutura da prisão, passam pelo déficit de vagas, pela precariedade de acompanhamento da equipe de saúde, impossibilidade do convívio com a família, principalmente com os filhos, culminando na total inexistência de condições de higiene e salubridade. Não há um aspecto entre os citados que possa se dizer satisfatório.

Assim, preservar a garantia do direito à saúde física e mental de pessoas em privação de liberdade é um desafio constante, embora este direito esteja ancorado em base constitucional.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vida dentro das instituições de encarceramento reflete muito da realidade social na vida dos sujeitos privados de liberdade. As desigualdades que marcam a sociedade atual também estão presentes nas instituições carcerárias. As prisões refletem o poder exercido sobre os encarcerados em forma de vigilância, controle e correção, com o único objetivo de transformá-los em função das normas.

Além de meras formas organizacionais, as instituições são aparelhos de manutenção da sociedade de classes, pois apresentam interesses econômicos, políticos ou ideológicos, que podem conduzir à exploração, à dominação e à mistificação (BISNETO, 2011). Engana-se quem pensa, que uma vez preso, o indivíduo estará em melhores condições que as demais pessoas em liberdade. Um breve olhar na situação carcerária do Brasil logo se percebe que existem mais presos do que a capacidade de acomodação das unidades de aprisionamento, ou seja, uma superlotação somada a uma total falta de infraestrutura das unidades prisionais.

Falar da saúde das pessoas privadas de liberdade enquanto direito constituído não é uma face baseada meramente no que preconiza a legislação. A maioria das pessoas que se encontram nos presídios são socialmente e emocionalmente mais vulneráveis, associados a isso o estado precário em que se encontram as instalações, a superlotação e a falta de um atendimento de saúde digno as faz mais vulneráveis e, por consequência, mais disponíveis para o adoecimento.

Considerando o atual conceito ampliado de saúde e a perspectiva de cidadania e justiça social, entende-se que as experiências em instituições prisionais devem preservar a saúde dos apenados. Assim, pensar essa população em seu contexto e na sua complexidade aparece como elemento essencial na busca da garantia e da promoção dos direitos afirmados nas bases documentais nacionais, a exemplo da CF de 1988, a qual garante através do SUS o direito à promoção, prevenção e preservação da saúde a qualquer cidadão brasileiro, inclusive aos confinados no sistema prisional.

Pensar em condições mais humanas dentro do cárcere depende de um modelo intersetorial de políticas públicas que de fato alcance todos os sujeitos nas suas diferentes especificidades sociais e biológicas.

Para que as políticas públicas de saúde, educação, trabalho, cultura, esporte, assistência social e de acesso a justiça alcancem as 607 mil pessoas que se encontram nos presídios brasileiros, elas devem ser implementadas pelos gestores nas diferentes temáticas sociais governamentais. Já se sabe que o modelo de instituição atual é inadequado, pois os serviços na maioria das vezes são improvisados, frágeis e desconexos as políticas sociais do Estado. Esse passo parece ser decisivo para que se reconheça, de fato, a pessoa privada de liberdade e o egresso como sujeitos de direitos.

A inserção dos residentes do PRMIS no ambiente prisional foi muito importante a medida que foi possível ver na prática situações de descaso e abandono que as detentas se encontram e a precariedade do Sistema Prisional, descritas em bibliografias.

A proposta levada pelo grupo foi atingida com êxito, embora tenha se encerrado os trabalhos antes do previsto. O conhecimento e a socialização deste, juntos as mulheres que participaram das atividades serviu não só para o auto cuidado, mas também como disseminadoras deste conhecimento, uma vez que as mesmas podem orientar outras pessoas de seu convívio.

O contato com as detentas foi uma experiência riquíssima para a equipe. Embora no início um pouco tímido pelo desconhecimento de ambos os lados, aos poucos foi se tornando mais descontraído, com maior interação, possibilitando um diálogo mais aberto com momentos de muita aprendizagem.

No que diz respeito a atenção à saúde das mulheres privadas de liberdade constatou-se que a situação não é muito diferente do que se encontra em outros presídios. O atendimento às presas se dá de forma insuficiente e precário. Estando em descumprimento com as legislações atuais. Cabe a sociedade, Estado e comunidade olhar para os intramuros, na certeza de que o presídio também precisa ser lugar de saúde integral.

REFERÊNCIAS

BARCINSKI, M. Centralidade de gênero no processo de construção da identidade de mulheres envolvidas na rede do tráfico de drogas. In *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 14, n. 5, p. 1843-153, 2009.

BISNETO, José Augusto. **Serviço social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BLANCO, Pedro Paulo. O Liberal Digital. **Mulheres Assumem Tráfico em Belém**.

Disponível em

<http://www.orm.com.br/oliberal/interna/default.asp?modulo=247&codigo=453565>

Edição de 24/01/2010, Acesso em fevereiro/2016.

BRASIL. Ministério da Justiça. Superintendência dos Serviços Penitenciários. **Boletim informativo**. Disponível em <<http://www.susepe.rs.gov.br>> - acesso em 18/03/2016

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento de Execuções Criminais. **Boletim Informativo**. Disponível em <www.depen.pr.gov.br> – acesso 20/03/2016

BRASIL. Ministério da Justiça. Superintendência dos Serviços Penitenciários. **Levantamento Nacional de Informações**. Disponível em <www.infopen.gov.br> – último acesso 20/03/2016

BRASIL. Ministério da Justiça . **Lei de Execução Penal (1984). Lei de Execução Penal: Lei n. 7.210, de 11 de julho de 1984**. Disponível em <<http://www.justica.gov.br>> – acesso 20/03/2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de DST e Aids. **Manual de Prevenção das DST/HIV/Aids em Comunidades Populares**. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Acesso universal no Brasil: cenário atual, conquistas, desafios e perspectivas**. Brasília, 2010d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST. Ano III - nº 1 - 27ª à 52ª semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2013. Ano III - nº 1 - 01ª à 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2014**. Brasília, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Formação e intervenção**. Brasília, 2010e. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 1).

BRASIL, *Relatório Final*, Grupo de Trabalho Interministerial. Reorganização e Reformulação do Sistema Prisional Feminino, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Portaria Interministerial n. 1777 de 9 de novembro de 2003. Brasília, DF, 2004.

BRASIL, *Ministério de Saúde. Plano Nacional de Saúde. 2003 – 2007.*

BRAVO, Maria Inês Souza. As lutas pela saúde: desafios da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. In: **Anais da 64ª Reunião Anual da SBPC**. São Luiz – MA – Jul, 2012.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em Instituições: o método da roda**. São Paulo: HUCITEC, 2000.

CAVALCANTE FILHO, J. B. **Coletivos organizados para a produção do cuidado integral: um desafio para a regulamentação profissional**. Rev. APS, v. 12, n. 2. 2009.

CAVALCANTE FILHO, J. B. et al. **Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir cuidado**. Aracaju, 2006. (Trabalho não publicado).

CHIES, Luiz Antonio Bogo. VARELA, Adriana Batista. **A ambiguidade do trabalho prisional num contexto de encarceramento feminino: o círculo vicioso da exclusão**. In: <<http://www.sbsociologia.com.br>>. Acessado em 22 de março de 2016.

COSTA, Albertina de Oliveira; BRUSCHINI, Cristina; org. **Uma questão de gênero**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1992.

DEMO, P. **Pesquisa e construção do conhecimento: metodologia científica no caminho de Habermas**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.

FALKENBERG, M.B.; MENDES, T.P.L.; MORAES, E.P.; SOUZA, E.M. **Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva**. Ciênc Saúde Coletiva. 2014.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 26 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

GOHN, Amélia. **Caminhos da Reforma Sanitária**. São Paulo, Lua Nova: 1989.

LIMA, G. M. B.; PEREIRA NETO, A. F.; AMARANTE, P. D. C.; DIAS, M. D.; FERREIRA FILHA, M. O. Mulheres no cárcere: significados e práticas cotidianas de enfrentamento com ênfase na resiliência. In **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 446-456, jul/set 2013.

LOBO, Elisabeth Souza. **A classe operária tem dois sexos: trabalho, dominação e resistência**. 2. ed. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2011.

MORAES, P. A. C; DALGALARRONDO. **Mulheres encarceradas em São Paulo: saúde mental e religiosidade**. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 55, n. 1, p. 50-56, 2006.

OLIVEIRA, J. A. A. & TEIXEIRA, S. M. F. In **Previdência Social: 60 Anos de História da Previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes: Rio de Janeiro: ABRASCO, 1986

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **A atenção a saúde coordenada pela APS: constuindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília, 2011.

PEREIRA, Larissa Urruth; ÁVILA, Gustavo Noronha de. **Aprisionamento feminino e maternidade no cárcere – uma análise da rotina institucional na Penitenciária Feminina Madre Pelletier**. E-boock. PUC-Anais Disponível em:< <http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/cienciascriminais/III/13.pdf>> Acesso em: 10/03/2016.

PEDRO, Joana Maria. A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. In **Revista Brasileira de História**. São Paulo, v. 23, n. 45, p. 239-260. 2003.

SANTOS, Silvana Mara de Moraes dos; OLIVEIRA, Leidiane. Igualdade nas relações de gênero na sociedade do capital: limites, contradições e avanços. In **Rev. Katálisis**. v. 13, n. 1, p. 11-19, jan/jun. 2010.

SCOTT, Joan W. **Igualdade versus diferença: os usos da teoria pós-estruturalista**. *Debate Feminista (Cidadania e Feminismo)*, nº especial, 2000, pp. 207-218.

UNODC. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes. Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. **Guia sobre gênero, HIV/Aids, coinfeções no sistema prisional**. 2012.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. (Capítulo 16). In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª ed São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2013.