

## **PERCEPÇÃO DAS MULHERES ENCARCERADAS EM PENITENCIÁRIA EM RELAÇÃO À ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER**

### **Luciano Chaves Dutra da Rocha**

Enfermeiro Residente pelo programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto com Ênfase em Doenças Crônicas Degenerativas pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). E-mail: lucdrocha@yahoo.com.br

### **Danusa da Silva Cabral**

Enfermeira na Prefeitura Municipal de Carvalhópolis. Graduada pela Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL/MG).

### **Christianne Alves Pereira Calheiros**

Professora na Escola de Enfermagem da Universidade federal de Alfenas. Doutoranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

### **Elana Maria Ramos Freire**

Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

### **Mônica Maria de Jesus Silva**

Enfermeira, Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas.

## **RESUMO**

Na história da Saúde Pública, a atenção à saúde da mulher tem sido considerada uma área prioritária de assistência e principalmente discutida pensando na mulher que goza de liberdade física e jurídica, desconhecendo a realidade de mulheres presidiárias. Este trabalho teve como objetivo conhecer a percepção de mulheres encarceradas em penitenciária no Sul do Estado de Minas Gerais em relação à atenção a Saúde da Mulher. O presente estudo foi de natureza qualitativa descritiva exploratória, realizado no mês de Junho de 2010 em uma Penitenciária localizada no Sul do Estado de Minas Gerais. Participaram da pesquisa todas as presidiárias, sendo 07 mulheres com idade acima de 18 anos. Foi realizada uma pré-entrevista, com intuito de conhecer o local e os sujeitos do estudo e posteriormente os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada. O material obtido permitiu identificar o contexto no qual se insere a saúde das presidiárias em questão e outras necessidades vivenciadas durante o cárcere, bem como conhecer a realidade social a qual elas vivem.

**PALAVRAS CHAVES:** Saúde da Mulher. Prisioneiras. Enfermagem.

## **ABSTRACT**

In the history of Public Health, the health care of women has been considered a priority area for assistance and mainly discussed the thinking woman who enjoys freedom and legal entities, ignoring the reality of women prisoners. The objective of this work was investigate the perception of women incarcerated in prisons in southern Minas Gerais in relation to attention the Women's Health. This study was a qualitative descriptive exploratory, conducted in June 2010 at a penitentiary in southern Minas Gerais. All the prisoners participated in this study, was 07 women aged over 18 years. We performed a pre-interview, where they sought to know the place and the study subjects and then the data were collected through interviews. The material obtained allowed to identify the context in which to insert the health of prisoners concerned and other needs experienced during the prison, and know the social reality they live.

**KEYWORDS:** Women's Health. Prisoners. Nursing.

## INTRODUÇÃO

Como marco teórico, que visa garantir os direitos humanos, identificamos o surgimento das políticas sociais como resposta dos interesses das classes e grupos sociais dominantes e dominados, que levaram a construção da Declaração Universal dos Direitos Humanos, baseada no ideário da Revolução Francesa (1789) e sob influência da Declaração da Independência dos Estados Unidos (1776) a qual foi chamada de “Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão” (FONSECA, 1999).

Por mais que a Declaração dos Direitos Humanos signifique o acesso universal às condições mínimas de cidadania, independentemente de raça, crença, sexo e idade, nem sempre foi assim. Na sua formação, o conceito de cidadania era individualista e visava proteger a liberdade, a segurança e a integridade física e moral da pessoa e garantir-lhe o direito de participação na vida pública. Dado que o espaço público era masculino por excelência, a Declaração automaticamente excluía as mulheres, considerando-as não cidadãs, tanto quanto, os não brancos, pobres, analfabetos, crianças e outros (FONSECA, 1999).

Em 1948 a ONU (Organização das Nações Unidas) reviu o documento inicial "Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão" e lançou a "Declaração Universal dos Direitos Humanos", conferindo-lhe uma nova concepção. Aos direitos iniciais foram incluídos os econômicos, sociais e culturais, referidos às condições de vida compatíveis com as necessidades humanas incluindo o acesso a bens materiais e culturais, porém persistindo a marginalização das mulheres. Somente em 1993, através da Conferência de Viena, é que se tornou mais claro que os direitos das mulheres são direitos humanos. Graças à ação dos movimentos feministas que provocaram profundas mudanças sociais a partir de uma nova visão de mundo que questiona a hierarquia entre os sexos e propõe a redefinição dos vínculos entre as pessoas na convivência familiar, comunitária e política (FONSECA, 1999).

Várias iniciativas anteriores corroboraram para isso como a Década da Mulher (1975-1985), iniciada pelo Ano Internacional da Mulher (1975) e pela I Conferência Mundial da Mulher (1975). Em relação aos direitos humanos das mulheres, o fato mais marcante da década foi a "Convenção para a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher" (1979), promovida pela ONU e ratificada por 101 países, entre os quais o Brasil. Trata-se do mais eficaz instrumento internacional que temos de Direitos Humanos para as mulheres. No artigo 12 referente à Saúde e Planejamento Familiar, aborda que os Estados assegurarão: igualdade de acesso aos serviços de assistência médica, inclusive referente ao planejamento familiar e garantia de serviços médicos e de nutrição, pré e pós-parto. Seguiram-se vários outros eventos internacionais em que foram discutidos os direitos das mulheres nos mais diversos espaços e modalidades. O auge da luta pela conquista da cidadania foi a IV Conferência Mundial da Mulher realizada em Beijing, na China, em 1995, que reuniu 35 mil mulheres de 185 países, impressionando o mundo pela grandeza do evento (CENTRO, 1994).

A Declaração dos Direitos Humanos traz explícito o direito à saúde como forma de alcançar melhor padrão de vida, situando-o, portanto como instrumento de acesso à cidadania. Com base neste acesso e nos princípios que norteiam tal Declaração, o Centro Feminista de Estudos e Assessoria (CFEMEA) elegeu as categorias de direitos a serem revistos sob a perspectiva de gênero, conforme explicitado anteriormente. A questão da saúde aparece nas diferentes categorias, tangenciando a categoria dos direitos sexuais e reprodutivos onde se destaca o direito à autodeterminação no exercício da sexualidade, incluindo o direito à livre opção sexual, à informação sobre a sexualidade e o direito à educação sexual. Lembrando que os direitos reprodutivos fundamentam-se no direito de decidir livre e de maneira informada sobre sua vida reprodutiva. Os direitos sexuais e reprodutivos passaram então a ser

concebidos como direitos fundamentais, já que estão estritamente vinculados à liberdade e desenvolvimento da personalidade (PIOVESAN; PIMENTEL; PANDJIARJIAN, 1998).

No Brasil, desde 1984, a operacionalização das políticas públicas em relação à saúde das mulheres foi realizada pelo Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Nascido num momento de intensa efervescência política e social, e no bojo das transformações estruturais da sociedade brasileira ocorrida a partir do final da década de 70, o PAISM resulta da convergência de diversas forças sociais; entre elas o feminismo como corrente de pensamento e ação social que, a partir da ótica das mulheres, propõe a releitura do biológico da saúde da mulher tomando o social como base para a intervenção (BRASIL, 1984a).

O PAISM influenciado também fortemente pelo Movimento de Reforma Sanitária, advogando precocemente o princípio de que a saúde é um direito de cidadania e dever do Estado, além de vários outros pressupostos da Reforma, viria materializar-se na Lei do Sistema Único de Saúde (SUS), quase uma década depois, o mesmo constituiu uma possibilidade pertinente, necessária e atual para a assistência à saúde das mulheres brasileiras (BRASIL, 1984a).

O PAISM procurou incorporar como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do SUS. Incluir ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, pré-natal, parto, puerpério, climatério, planejamento familiar, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil desta população (BRASIL, 2004b).

Segundo D'Oliveira (1996), tal programa, trata-se de uma organização das práticas de saúde que teve, desde o início, a intenção de trabalhar questões do cotidiano da vida social para além das patologias ou riscos ligados a vida reprodutiva. Então, ele passa a promover atenção à saúde da mulher, considerando as dimensões psicossociais integradas às biológicas, conferindo-lhe um caráter especialmente democrático, em um momento de abertura política e fortalecimento dos movimentos sociais.

Para que o PAISM fosse implantado e implementado nacionalmente podemos destacar as ações advindas do SUS em seus três níveis de direção: federal, estadual e municipal. Ao nível federal compete principalmente, as atribuições de formular, avaliar e apoiar políticas; normalizar ações; prestar cooperação técnica aos Estados, ao Distrito Federal e municípios e controlar, avaliar as ações e os serviços, respeitadas as competências dos demais níveis. Já à direção estadual do SUS tem como principais atribuições promover a descentralização de serviços; executar ações e procedimentos de forma complementar aos municípios e prestar apoio técnico e financeiro aos municípios. No município, no âmbito local, à direção do SUS compete principalmente, a execução, controle, avaliação das ações e serviços de saúde. Os principais objetivos do PAISM são: 1) Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e a ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro; 2) Contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade femininas no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie e 3) Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS (BRASIL, 2004b).

Entre os objetivos do PAISM podemos destacar ainda as propostas específicas do programa que buscam: 1) Garantir a integralidade e equidade do direito a saúde da mulher como promover, conjuntamente com o Programa Nacional de DST e AIDS (PN-DST/AIDS), a

prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/AIDS; 2) Estimular a implantação e a implementação da assistência em planejamento familiar; 3) Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada e 4) Reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina e promover a atenção à saúde das mulheres em situação de prisão (BRASIL, 2004b).

O PAISM propôs essa nova e diferenciada abordagem, com ênfase no atendimento à saúde reprodutiva das mulheres no âmbito da atenção integral, com vistas ao aperfeiçoamento do controle do pré-natal, parto e puerpério (SHIMIZU; LIMA, 2009).

Todos esses aspectos são discutidos pensando na mulher que goza de liberdade física e jurídica, desconhecendo a realidade de mulheres presidiárias, cujo acesso às informações torna-se mais difícil e que por apresentarem uma história de vida muitas vezes penosa, enfrentam ainda mais o preconceito, devido às várias exposições sociais.

O presídio é definido como uma instituição total, como um lugar onde grupos de pessoas são condicionados por outras pessoas, sem terem a menor possibilidade de escolher seu modo de viver. Fazer parte de uma instituição total significa estar à mercê do controle, do julgamento e dos planos de outros, sem que o interessado possa intervir para modificar o andamento e o sentido da instituição. As instituições totais controlam a conduta humana, um controle que é inerente à institucionalização como tal, e estabelece mecanismos de controle social (GOFFMAN, 1992).

Globalmente, a população feminina encarcerada tende a ser jovem, de baixo nível socioeconômico e educacional, com história de prostituição e uso abusivo de drogas ilícitas e álcool. Essas características configuram uma população difícil de ser identificada, abordada e tratada em sua comunidade de origem. Algumas dessas mulheres nunca se apresentaram aos serviços de saúde. Não é raro encontrar, entre as recentemente encarceradas, a presença de tuberculose e hipertensão arterial não diagnosticada e/ou não tratadas, bem como de infecção pelo HIV e outras IST em iguais condições. Além disso, populações encarceradas são formadas, em grande parte, por usuários de drogas fora da prisão. Os delitos associados ao uso ou tráfico de drogas ilícitas representam, via de regra, mais de 50% dos motivos de encarceramento (MONTEIRO; COIMBRA; FILHO, 2006).

A prisão é, então, considerada um lugar de alto risco, principalmente pela heterogeneidade da população confinada no mesmo espaço tais como assassinas, traficantes, trabalhadoras do sexo, indivíduos vivendo regras próprias, tendo como consequência, maior exposição a riscos físicos, psicológicos, transmissão de doenças infecciosas que tanto podem ser trazidas para dentro da prisão como serem adquiridas dentro dela (STRAZZA et al., 2007).

O estudo realizado por Strazza (2007) em penitenciária do Estado de São Paulo mostrou que a epidemia de AIDS chamou a atenção para a questão de gênero, com um aumento de casos mais acentuado no sexo feminino na última década e atribui-se essa crescente incidência da AIDS no sexo feminino à transmissão heterossexual. De acordo com o mesmo autor, confinada e acessível, a população encarcerada deveria receber uma abordagem orientada para a detecção e tratamento de doenças e identificação de fatores de risco, fundamentada por ações de educação e aconselhamento.

Verifica-se que os problemas de saúde decorrentes das condições de confinamento não têm sido objeto de ações que possibilitem o acesso das pessoas em cárcere à assistência de forma integral e efetiva. A necessidade de implementação de uma política pública de inclusão social que atente para a promoção dos direitos humanos das pessoas privadas de liberdade aponta para a importância da reorientação do modelo assistencial, a fim de atender às carências manifestadas por essa população (BRASIL, 2005c).

Reconhecendo sua responsabilidade frente a essa necessidade, o MS, em ação integrada com o Ministério da Justiça (MJ), elaborou o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), que é desenvolvido dentro de uma lógica de atenção à saúde

fundamentada nos princípios do SUS (BRASIL, 2005c).

O PNSSP representa um avanço para o País, na medida em que, pela primeira vez, a população confinada nos presídios é objeto de uma política de saúde específica, que possibilita o acesso a ações e serviços de saúde visando à redução dos agravos e danos provocados pelas atuais condições de confinamento em que se encontram (BRASIL, 2005c).

Contribuir para a promoção da saúde das pessoas privadas de liberdade, além de ser uma responsabilidade do Estado, representa uma missão e um desafio para profissionais de saúde e cidadãos que acreditam numa sociedade sem excluídos (BRASIL, 2005c).

Em relação à saúde da mulher, o Plano visa implantar em 100% das unidades penitenciárias: ações para detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama; ações para diagnóstico e tratamento das IST/AIDS; assistência à anticoncepção; assistência ao pré-natal de baixo e alto risco; imunização das gestantes; assistência ao puerpério; ações educativas sobre pré-natal, parto, puerpério; garantia do encaminhamento para tratamento das mulheres com câncer cérvico-uterino e de mama e acesso das gestantes para o atendimento de intercorrências e parto (BRASIL, 2005c).

A partir deste contexto verifica-se a dificuldade em encontrar pesquisas que abordem a questão do feminino e o cárcere, um universo desconhecido, complexo e rico em diversidade perante a vivência da sexualidade em ambientes confinados. Além de ser uma população marginalizada e estigmatizada pelo preconceito verificamos também a importância de se conhecer os problemas de saúde da mulher como: sexualidade; medidas preventivas contra câncer de colo de útero e de mama; métodos contraceptivos; IST e outros problemas relacionados ao programa de Saúde da Mulher em prisões brasileiras, portanto, propomos conhecer a percepção das mulheres em cárcere, sobre a atenção a saúde oferecida às presidiárias de uma penitenciária no Sul do Estado de Minas Gerais, o que possibilitará identificar as necessidades de informação, educação e ressocialização em saúde às mulheres encarceradas, como direito estabelecido em Lei Federal através dos princípios do SUS, pois apesar de estarem isoladas momentaneamente, fazem parte da sociedade. Esta temática tem relevância visto que há um desconhecimento da situação de saúde das mulheres em cárcere principalmente pelos profissionais de saúde. É necessário conhecer as reais necessidades dessas mulheres para promover a saúde desta população fornecendo subsídios para o resgate da cidadania, dos direitos humanos e a criação de condições dignas de saúde.

## **METODOLOGIA**

Considerando o problema da investigação e objetivos propostos, foi realizada uma pesquisa de natureza qualitativa, descritiva e exploratória. Na pesquisa qualitativa, segundo Dias (2000), os métodos são menos estruturados, proporcionam um relacionamento mais longo e flexível entre o pesquisador e os entrevistados, e lidam com informações subjetivas, amplas e com maior riqueza de detalhes. O estudo qualitativo é classificado, segundo suas possibilidades de uso, em três grandes categorias ou abordagens: exploratória, fenomenológica e clínica. Foi utilizada a abordagem exploratória, com objetivo de estimular o próprio pensamento científico, por meio da concepção mais aprofundada de um problema e da geração de novas ideias ou hipóteses a serem testadas em pesquisas futuras (DIAS, 2000).

O estudo foi realizado em uma Penitenciária no Sul do Estado de Minas Gerais com capacidade para 194 presos, distribuídos em pavilhões masculinos e femininos. O local foi escolhido como campo de trabalho por ser referência em cárcere, no atendimento da demanda regional. Neste estudo, a população foi constituída por 07 mulheres encarceradas, o que representa 100% da população feminina da Penitenciária em questão que atenderam aos seguintes critérios: ter aceitado participar do estudo sem nenhum ganho jurídico; estar em sistema fechado e ter autorizado a divulgação de todo ou parte do material coletado em



entrevista pelos pesquisadores. Para coleta de dados foi utilizada a entrevista semi-estruturada e utilizado um roteiro de entrevista que consta de duas partes: 1) Dados de identificação do sujeito e 2) Questão Norteadora.

A entrevista foi realizada após apresentação dos objetivos da pesquisa para as entrevistadas e assinatura, pelas mesmas, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas foram realizadas no mês de junho de 2010 na Penitenciária em estudo, quando nos foi proporcionado um local apropriado, sempre na presença de um Agente Penitenciário, para nossa segurança, sendo esta uma rotina da instituição. Os inquéritos iniciaram-se com os dados de identificação: nome completo, idade, profissão, estado civil, motivo e tempo da reclusão. Em seguida, foi aplicada a Parte 2 do mesmo instrumento, constando a Questão Norteadora: Relate como era para você a assistência à saúde da mulher antes de estar presa e hoje? O registro das entrevistas foi realizado, através de anotações escritas, devido à proibição de dispositivos eletrônicos no local, por motivo de segurança. Para a garantia do anonimato da população estudada, a identidade foi registrada por meio de nome de flores, escolhidas pelas próprias participantes. O projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas –MG sob o protocolo número 085/2010.

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Por meio deste estudo foi possível evidenciar um conjunto de categorias temáticas que foram elaboradas para que fosse possível expressar com mais veemência as falas das entrevistadas, permitindo organizar o material obtido a partir de um sentido lógico, assegurando a compreensão dos elementos constituintes seguindo os temas surgidos a partir de suas falas. Os elementos encontrados foram divididos em seis categorias: Vida sexual dentro e fora do cárcere; Planejamento familiar e pré-natal; Prevenção de câncer; Uso de drogas; Prevenção IST/AIDS; Família e perspectivas futuras.

Os resultados do estudo foram organizados de forma a explicitar a opinião dos envolvidos nas categorias identificadas e agrupados seguidos de discussão em um âmbito mais geral. A apresentação da discussão dos resultados se deu para conhecer a percepção de mulheres encarceradas em penitenciária no Sul do Estado de Minas Gerais em relação à atenção a Saúde da Mulher. Em seguida seguem apresentadas e discutidas cada uma das categorias temáticas surgidas.

### **Vida sexual dentro e fora do Cárcere**

A avaliação das entrevistas permitiu identificar a vida sexual dessas presidiárias, demonstrando a fragilidade, carência e o contexto social em que vivem. Evidenciado também, em outros estudos como de Monteiro, Coimbra e Filho (2006); Lima (2005); Miranda, Vargas e Viana (2004) que afirmam, que mulheres encarceradas constituem uma população carente, exibem comportamentos de risco para infecções crônicas, apresentam uma maior liberdade sexual juntamente com atividades relacionadas a história de prostituição e homossexualismo.

Verifica-se que essas mulheres possuem relações conflituosas com seus companheiros, algumas ainda, referem ter se separado e não existir mais um relacionamento com seu parceiro e na maioria dos casos, pai de seus filhos. A fala de uma entrevistada chama atenção, em seu relato, declara ter se separado e o parceiro estar preso no mesmo presídio que ela. Porém, foi presa depois do marido e durante o período em que ela estava em liberdade, se relacionou com outro homem e acabou engravidando. Sua história transita em meio de conflitos e traição que permanecem no presídio.

Há ainda, duas participantes que relatam histórias de prostituição, apresentam comportamento de risco e gozam de grande liberdade sexual. Uma delas, narra também sua

homossexualidade de uma forma natural e positiva. Todos esses apontamentos são notados conforme exposto abaixo:

*“Já tive relação com três homens... Fiquei 17 anos com meu marido, quando eu casei, só na Igreja, com 15 anos, e quando eu entrei aqui eu larguei dele.” Flor de Seda.*

*“Quando eu era solteira, eu tinha namorado, tinha 15 anos e casei com 17 anos com o pai dos meus filhos e vivi com ele 15 anos e tive quatro filhos.” Xauê.*

*“Eu tenho 06 filhos com meu marido, que eu fui casada e casei com 12 anos, é que ele tá aqui também. Esse filho que eu to esperando não é dele não, é de outro que me relacionei quando meu marido foi preso...” Margarida.*

*“Já cheguei a fazer vinte programas por dia, já faz quinze anos que eu me prostituo... Relação com homem era só por dinheiro, e meus filhos são todos de programas, de freguês fixo, cada um de um pai.” Lírio.*

*“Ah, tipo assim, eu num lembro de quantos parceiros tinha não, tipo assim, eu me prostituía, ficava com três por noite...” Rosa.*

*“Já tive relação com mulher, que foi uma experiência muito boa que eu tive, e eu prefiro mulher. Eu já tinha isso de escola, de beijar escondido no banheiro assim, e depois eu fiquei adulta aí eu gostei mesmo...” Lírio.*

Estas respostas coadunam-se com as reflexões feitas por Miranda, Vargas e Viana (2004) quando ressaltam o perfil das presidiárias perante as características sexuais e afirmam que todas as presidiárias apresentaram histórias pregressas de atividade sexual. A média de idade, segundo eles, do primeiro coito foi de 15 anos e gravidez na adolescência, dado frequente, pois muitas tiveram sua primeira gestação antes dos 15 anos. Além disso, encontram-se histórias de prostituição e contatos homossexuais.

Em seus depoimentos as participantes expõem, de maneira frustrada, a ausência da visita íntima, nota-se que interromperam sua vida sexual estando presa. Mas, algumas relatam ter um relacionamento amoroso com alguns presos da mesma instituição, porém, não passam de conversas entre grades e pátios diferentes ou por meio de cartas. No entanto, uma entrevistada contou que já se relacionou com uma ex-detenta e até mantinha relação sexual com ela na cela, hoje, refere estar sozinha e não possuir parceiro fixo.

*“Não tenho namorado, nunca tive íntima aqui, porque eu tinha que trazer um papel de casada, aí eu num tinha, aí eu num consegui e não tive íntima”. Xauê.*

*“Eu num tenho visita íntima, porque num tenho parceiro fixo, aí quem quer muito, não tem nada.”. Rosa.*

*“Faz dois anos que eu não tenho relação, quer dizer, tinha a minha parceira, e era na cela, junto com as outras mesmo, mas íntima nunca tive, não tenho parceiro fixo.” Lírio.*

*“Por ele tá preso, eu num tenho visita íntima, num tenho relação aqui, num tem jeito.” Bonsai.*

*“Agora eu tenho outro namorado aqui dentro, e eu tô esperando a mãe dele pegar meus papel pra gente amasiar, porque aí dá pra tirar íntima.” Flor de Seda.*

*“... ele tá aqui também e depois que eu fui presa num tive mais relação, eu num tenho visita íntima...” Margarida.*

*“... não tenho visita íntima, porque tem que amasiar, aí pode. Mas eu num tô querendo não. Tô pra ir embora né? E ele tá aqui, pretendo ficar com ele, mas casamento é um só né? E isso eu já fiz, casar mais?” Samambaia.*

Nesse caso, os depoimentos de todas as entrevistadas contradizem com as afirmações expostas por Miranda, Vargas e Viana (2004), pois, em seu estudo todas as presidiárias

recebiam visitas íntimas semanais e mantinham esse privilégio, pois comprovaram suas uniões estáveis judicialmente, realidade diferente das mulheres do presídio em questão. Contudo, os autores também demonstraram que existiam relacionamentos homossexuais entre as presidiárias e também existiam mulheres separadas.

### Planejamento familiar e pré-natal

Ao analisar as falas das participantes, percebe-se que essas mulheres enfrentam sérias dificuldades no que diz respeito ao planejamento familiar. Elas se limitam ao acesso de alguns meios para regular a fertilidade, faltam-lhes também informações sobre o seu corpo, seus desejos e suas possibilidades para intervir no processo reprodutivo, para que possam escolher conscientemente entre os diferentes métodos.

Quanto ao cuidado com a gestação e o conhecimento sobre a importância do pré-natal, a maioria relata ter realizado o acompanhamento em toda a gravidez fora da prisão. Um relato, porém, chama atenção pelo fato dessa participante nunca ter realizado uma consulta de pré-natal em suas gestações e não conhecer o cuidado que se tem com a saúde da mulher. Esses depoimentos são apresentados a seguir:

*“Quando eu fiquei grávida ia no médico todo mês, fazia ultrassom...Tipo assim, eu tomava remédio pra não engravidar, chamava Ciclo 21®, pegava todo mês no posto e eles levavam na porta de casa também...”* **Xauê.**

*“Eu fiz pré-natal dos quatro, até dos outros dois que não foi cesárea eu fiz pré-natal... E tipo assim, pra mim, planejar uma família é ser feliz. Eu usei DIU dois anos e camisinha sempre...”* **Rosa.**

*“... quando eu tava grávida desde a primeira vez eu fiz pré-natal.”* **Flor de Seda.**

*“Nossa! Planejar família é fazer minha vida de novo. Eu usei DIU 09 anos, aí eu tirei e engravidei desse neném que eu perdi... Antes da minha filha eu num usava nada, foi no susto, aí eu comecei a tomar anticoncepcional, só que não fez muito bem, aí eu pus o DIU.”* **Flor de Seda.**

*“De todos os filhos eu fiz pré-natal lá onde eu moro, marcava a consulta... Ah, eu tinha a minha família, quando eu tava na rua. Morava com os meus filhos e o pai deles né?... já usei injeção, de comprimido.”* **Margarida.**

*“Tenho 07 filhos e fiz pré-natal de todos, nunca usei nada, eu não preciso né, porque sou operada...”* **Samambaia.**

*“Tenho três filhos, de nenhum eu fiz pré-natal, então eu não sabia que tinha todo esse cuidado com a mulher. Relação com homem era só por dinheiro, e meus filhos são todos de programas, de freguês fixo, cada um de um pai. Com freguês fixo eu num usava camisinha, eles pediam assim e eu topava... Não sei o que é planejar uma família, já tomei anticoncepcional...”* **Lírio.**

Todas as mulheres, encarceradas ou não, podem apresentar problemas graves causados pela informação e escolha de anticoncepcionais extremamente limitadas, altas taxas de aborto de risco, grande número de mulheres com quase nenhuma atenção pré-natal e as mais altas taxas no mundo de nascimento por cesariana, evidenciadas por Shimizu e Lima (2009).

Isso também se compara aos estudos realizados por Lima (2005) e Strazza (2007) que apontam as necessidades em saúde de mulheres presidiárias mesmo fora do ambiente carcerário, pela falta de informação, educação e recursos em saúde. Apontam a deficiência no sistema de saúde pública e assim, como evidenciado neste estudo, apresentam a realidade dos presídios, onde concentram uma população excluída e marginalizada.

É possível entender também, frente aos relatos a serem apresentados abaixo e



analisados, que todas as participantes abordam uma dificuldade em realizar o planejamento familiar e pré-natal dentro do presídio, reflexo da privação de liberdade e ambiente hostil no qual estão inseridas. Porém, em suas falas percebe-se que existe uma preocupação dentro do presídio, por seus dirigentes, com as questões do planejamento familiar, pelo fato de relatarem ter participado de palestras realizadas durante um evento de saúde promovido pela iniciativa do Enfermeiro do presídio, e na realização de pré-natal, com o depoimento de uma presidiária grávida que informa receber assistência à saúde durante a gestação.

*“... aqui quando a mulher tava grávida eles levavam todo dia e quando ela passava mal eles punham no camburão e levaram pro hospital. Mas aqui eles mostram o que é a doença do homem e da mulher, dá orientação e tudo, pra quem tem íntima né, porque eu num tenho, mas eles explicam tudo aqui pra todo mundo.”* **Xauê.**

*“Tem o excepcional (anticoncepcional), que eu num tomo não por causa do problema do estômago, tem a camisinha feminina que parece um coador (risos), e aquele outro lá, o diafragma, que vi aqui, porque teve aula da Semana da Saúde e eles explicaram um tanto de coisa.”* **Rosa.**

*“E aqui eu acho que eles não oferecem nada não. Esses dias fizeram o Dia da Saúde, aí mostraram todos os métodos pra nós...”* **Flor de Seda.**

*“Eu vou começar a fazer o pré-natal na segunda-feira. A última vez que eu fui eu tava com 04 meses e 02 semanas, foi aqui mesmo, eu já vim e voltei 03 vezes. Na segunda vez, eu fui no pré-natal e agora vou de novo. Conheço outros métodos pra não engravidar mais não lembro o nome e aqui eles não fornece não, pra mim não, mas tem gente que já tomou né?...”* **Margarida.**

*“Quando fica grávida eles levam pra cidade, né? ... mas tem várias coisas pra evitar né? Aquele que eu num sei falar o nome, de tomar, a pílula, a injeção, a camisinha a aqui eles oferece pras mulher o concepcional (anticoncepcional) né, camisinha.”* **Samambaia.**

A partir dessas reflexões, concorda-se com o que Lima (2005) e Miranda, Vargas e Viana (2004) apontam, quando afirmam a necessidade de se considerar novas estratégias de abordagem e programar políticas de assistência à saúde mais adequada à realidade dessa população. Além disso, o presídio pode apresentar uma oportunidade singular para a formação de programas terapêuticos, medidas preventivas e ações educativas de assistência à saúde da mulher presidiária.

### **Prevenção de câncer**

Avaliando as respostas obtidas, foi possível verificar que as entrevistadas tinham comportamentos diferentes em relação à prevenção contra o câncer ginecológico. Delas, 05 realizavam exames preventivos e 02 não tinham o hábito de frequentar consultas ginecológicas e tampouco sabiam a importância das mesmas, como elas se referem abaixo:

*“Preventivo eu conversei com o doutor (enfermeiro) e falei que tava sentindo uma dor por dentro e ele chamou os doutores da cidade pra vim fazer e todo mundo fez.”* **Xauê.**

*“Mas o ano passado eu fiz o preventivo, fora daqui. Aqui eu num sei se faz, eu num fiz, mas acho que faz.”* **Rosa.**

*“Preventivo já faz uns dois anos que eu fiz o último, no posto, aqui dentro eles fizeram nas meninas, mas eu num tava aqui. Quando eu caí, fazia uns dois meses que eles vieram fazer.”* **Flor de Seda.**

Atenta-se pela preocupação com o bem estar da saúde e a prevenção de doenças,

porém não de forma correta, pois se observou que elas não realizavam um acompanhamento anual e algumas nem sabiam ao certo quando tinha sido o último exame realizado.

*“Preventivo eu fiz uma vez na rua e fiquei em dúvida, porque a gente fica junto com muitas presas, senta no vaso, aí eu fiz um aqui e deu um probleminha, não muito grave, e o médico passou uma pomadinha e eu passei, aí continuou doendo por dentro, mas com o remédio depois parou...”* **Xauê.**

*“Já fiz preventivo, mas não lembro quando e aqui eu nunca fiz.”* **Margarida.**

*“Antes era muito difícil, na rua eu cheguei a fazer uns 02 preventivos, e faz um ano que eu fiz o último, tava aqui dentro, eles vieram fazer aqui, mas eles quase num vem.”* **Samambaia.**

Uma delas disse que nunca havia feito um exame ginecológico, e só foi ter essa oportunidade dentro da prisão, outras, que não faziam há algum tempo também tiveram a mesma oportunidade. Este achado deixa clara a importância de haver estratégias de promoção de saúde em locais com aglomerados de pessoas. Talvez a única oportunidade de prevenção do câncer na vida destas mulheres fosse o período em que estão encarceradas. A ausência desse atendimento poderia levar a problemas e consequências maiores.

Fatos estes constatados a seguir nos depoimentos apresentados:

*“Eu num ia no médico, a primeira vez que eu fiz preventivo foi aqui, comecei a me cuidar foi aqui, assim ginecologicamente.”* **Lírio.**

*“Durante uma vez que eu tava aqui eu fiz Papanicolau, que foi a primeira vez que teve.”* **Bonsai .**

O estudo de Miranda, Vargas e Viana (2004) mostra a premente necessidade da implementação de atividades educativas, preventivas e terapêuticas durante o encarceramento. Esse segmento da população, que estatisticamente tem mais problemas de saúde do que a população geral tem menor acesso aos serviços de atenção à saúde.

Em relação ao que elas sabem a respeito da prevenção quanto ao câncer na mulher, foi notório que, subtraindo uma, todas as outras cultivavam uma falta de informação muito grande, que pode ser explicado pelo baixo nível educacional das mesmas. Também ficou claro que dentro do presídio, elas ficam conhecendo as medidas preventivas por iniciativa educacional do Enfermeiro ou por outras companheiras de cela que trocam experiências e novos ensinamentos.

*“O preventivo eu fiz ano passado, aqui, e foi o primeiro exame que eu fiz, e eu nem sei pra que que serve. Já fiz o exame da mão na mama, e só fiz aqui, antes eu nem sabia.”* **Lírio.**

*“Aqui eu nunca fiz nada de câncer de mama, até, eu que ensino elas a fazerem lá na cela, depois da menstruação, o exame das mamas, mas o outro a gente nunca fez, e eles nem falaram nada pra gente.”* **Bonsai.**

*“Do câncer de mama eu nunca ouvi falar, nunca fiz. A menina que tava aqui na cela, ela é enfermeira, ela ensinou nós fazer, agora eu faço, mas antes eu não fazia, nem sabia como fazer.”* **Flor de seda.**

*“E de mama eu num sei que jeito é, nunca fiz...”* **Margarida.**

*“No câncer de mama eu num fiz, só faço aquele que a gente mesmo faz, aprendi aqui, eles vieram ensinar a gente, aí eu aprendi, antes eu não sabia, precisa fazer né?”* **Samambaia.**

Miranda, Vargas e Viana (2004) diz que mulheres encarceradas compõem uma população de risco, pois constituem uma representação epidemiológica de pessoas jovens, de baixo nível socioeconômico e educacional, com história de prostituição e sem acesso a

cuidados adequados de saúde. Esse perfil, associado a uma maior liberdade sexual e às mudanças econômicas que levaram à concentração da população de baixa renda nos perímetros urbanos – onde as condições de saúde, quase sempre, são precárias, o nível de instrução é baixo e o acesso aos serviços de saúde é deficitário – tem elevado o número de novos casos de doenças nessa população.

## Uso de drogas

Discutir sobre o uso de drogas é bastante complexo junto a esta população, pois envolve condição socioeconômica, religião, nível educacional, família e ainda a situação jurídica das mulheres envolvidas na discussão.

É comum a formulação de um pré-conceito em relação às drogas e as pessoas que estão no presídio. Há sim uma correlação entre ambos, devido a fatores econômicos, culturais, sociais e de informação, mas não significa que é sempre uma regra. Não é necessário o cárcere para se ter acesso ao mundo das drogas. Muito pelo contrário, do lado de fora dos portões de segurança máxima é que há o acesso às drogas ilícitas, do mesmo jeito que dentro dos presídios, encontramos pessoas não usuárias. Porém verifica-se no presídio o uso freqüente do cigarro (droga lícita), mas não menos importante, que levam a grandes prejuízos à saúde da mulher.

*“Já usei quase todas as drogas, cheirei cola. No carnaval cheirei loló, maconha, fumei pedra e já bebi, mas não gosto não, eu fumo também, mesmo grávida, peguei 04 maços domingo e hoje (quarta-feira) eu só tenho um. Meu marido que manda pra mim, a convivência lá (setor masculino) é maior, aí eles trocam as coisas e manda as agentes entregar, bolacha e cigarro.”* **Margarida.**

*“Eu não usei droga porque eu fiz um exame e não deu nada, tenho pavor de beber, único vício que eu tenho é fumar, mas quando eu sair daqui eu quero parar.”* **Xauê.**

*“Ai eu enfiei nas drogas e no álcool, essa fase é ruim, triste, a gente perde a razão de viver, de sonhar, só quer morrer, perdi o sonho de tudo, tive que cair na cadeia pra pensar, agora eu sonho, quero ficar com meus filhos e pedi pra Deus uma vida melhor... (suspiros).”* **Rosa.**

*“Nunca usei droga, bebida alcoólica só raramente e cigarros, “Afi! Que sofrimento!”* **Bonsai.**

Também ficou evidente que todas têm certo repúdio pelas drogas e mesmo assim ingressam nesse caminho. Os motivos muitas vezes são desculpas, na maioria das vezes têm ligação com seus parceiros, que são usuários também e as induzem a se tornarem usuárias. Com isso, acabam cometendo delitos para suprirem seus vícios. A prostituição e o roubo também são frequentes e estão intimamente relacionadas ao uso de drogas.

Assis e Constantino (2001) confirmam este achado quando dizem que a inserção feminina no tráfico de drogas se daria de duas formas principais: por meio de namorados bandidos ou de uma forma mais independente. Neste último caso, embora não se exclua a participação da influência masculina, esta não é fator determinante da entrada e da continuidade no tráfico.

*“Tinha uns 25 dias que eu num usava química, aí eu fui cobrar o velho, um cliente meu, aí ele falou pra eu ir fazer um carinho nele, mas ele num me pagou, aí eu subi no telhado dele pra tentar entra na casa e receber, aí o velho chamou a polícia e eu já tava de condicional, aí fui presa de novo.”* **Rosa.**

*“Graças a Deus nunca usei droga, sou evangélica, num gosto dessas coisas, nem bebida, nem nada, nem cigarro.”* **Samambaia.**

*“Já usei crack, tava com meu marido, eu usei 03 anos e já faz 02 que eu não uso mais. Eu*

*bebo também, quando eu to na minha mãe, porque ela gosta de caipirinha, aí eu bebo mesmo com ela e fumo também, só aqui na cadeia, lá fora não.”* **Flor de Seda.**

Constata-se que o presídio mais uma vez se torna um ponto positivo na vida dessas mulheres, pelo menos estando presas, se afastam das drogas e chegam a querer “*sair dessa vida*”, percebem o que perdem por causa do vício, porém quando saem, não conseguem vencer as tentações, e acabam voltando para as drogas e para os presídios consequentemente, criando-se um ciclo vicioso.

### **Prevenção de IST/AIDS**

Quanto às IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis) e a AIDS, as entrevistadas tinham algum conhecimento a respeito. Mas verificou-se que esse conhecimento era bastante restrito e parte do que sabiam, haviam descoberto dentro do presídio, que também nesse assunto mostrou ser um ponto crucial, uma oportunidade de orientação preventiva para as mulheres encarceradas, com a promoção de uma programação cultural que leva informação às celas e tratamento de doenças, vindas de fora e encontradas dentro do presídio.

*“E tipo assim, tem as doenças também, tem a guinorréia, tipo no homem dá aquela ferida que descasca tudo, que eu não sei o nome, tipo na mulher tem escorrimento. Graças a Deus eu nunca tive. Tipo pega no sangue a AIDS, a pessoa vai emagrecendo, emagrecendo e não tem mais recurso. A hepatite também pega no sangue.”* **Xauê.**

*“O que eu tô com medo mesmo é do exame de sangue, que meu parceiro tá internado né? Ele tinha hepatite. Eu fiquei sabendo, aí ele usava droga, e quando a gente brigava era pior, aí eu to com medo.”* **Rosa.**

*“A AIDS, se pega não usando preservativo, não tendo parceiros seguros e pela droga. E eu já tive sífilis, e descobri aqui e tratei aqui também...”* **Lírio.**

*“Meu marido fez exame, eu pedi, quando a gente começou a namorar, aí eu sabia que ele não tinha nada. É igual meu namorado, eu pedi pra ele fazer exame. Eu já fiz, e não tenho nada, ele também não, como que ele quer ter filhos comigo, se for de camisinha não dá, então tem que fazer exame.”* **Flor de Seda.**

*“Esses dias fizeram o Dia da Saúde, aí mostraram todos os métodos a as doenças pra nós.”* **Flor de Seda.**

Estudos de Gabe e Lara (2008) e Strazza, et al, (2007) mostram a prevalência dessas infecções dentro das prisões e levantam muitas preocupações sobre o futuro dessas mulheres. Não apenas pela precariedade de ações preventivas oferecidas pelo sistema de saúde prisional, mas, também, pelas facilidades apresentadas de transmissão das IST, incluindo a AIDS, nas prisões e dentro do Sistema Correcional. Por isso, populações carcerárias devem ser alvo de campanhas de prevenção que visam o controle destes problemas de saúde pública e também conscientizam presidiárias ainda não infectados a evitar comportamentos de risco. Além disso, é de grande importância a implantação de testes diagnósticos de rotina logo no início da detenção, possibilitando o diagnóstico e o tratamento precoce das infecções.

A prostituição é um fator relevante na sequência histórica destas mulheres encarceradas, mas tanto as que praticam o sexo por dinheiro como as outras, relatam fazer uso do condom como meio de prevenção, mas além dele há o método da “seleção”. As características físicas se tornam um veículo para saber se devem ou não se prevenir, evidenciando outra vez a falta de informação, pois elas sabem que é importante e necessário se prevenir, mas se olham o parceiro e o julgam apresentável, basta para não se prevenirem.

*“Ah! Eu uso camisinha e olho o parceiro que eu tô saindo, já cheguei a recusar alguns, eles não gostam não, mas num pode bate em mim né? Um bateu, quebrou meu dente... (risos).”*

**Rosa.**

*“Ah, tipo assim, eu num lembro de quantos parceiros tinha não, tipo assim, eu me prostituía, ficava com três por noite, quando ficava turbinada, aí eu num sabia quantos, tinha uns que cheirava mal, tinha um bafo de onça, tinha um que era grosso me batia e eu tinha que aguenta, mas sem camisinha eu não ia, quando eles num queria eu esbufetava eles, quando eu fumava num dava pra saber quantos, tinha um que nem fazia nada... (risos).”*

**Rosa.**

*“Eu tinha muitos parceiros na rua, mas sempre usava camisinha.”*

**Lírio.**  
*“E o meu outro parceiro, acho que foram quatro vezes que a gente encontrou, e eu usei camisinha, ele era de confiança...”*

**Bonsai.**

Miranda, Vargas e Viana (2004) relatam que a prostituição é um dos fatores responsáveis pelo aumento da incidência de IST nos presídios. Também está associado ao uso de drogas ilícitas, comportamentos que predis põem estas mulheres à infecção pelo HIV. Outro fator importante é que, principalmente as que se prostituem e não têm parceiro fixo, disseram usar camisinha sempre, mas tinham filhos resultantes de programas. Este fato identificado leva a crer que na verdade o uso de camisinha não é real.

*“Relação com homem era só por dinheiro, e meus filhos são todos de programas, de freguês fixo, cada um de um pai.”*

**Lírio.**  
*“... e eu num uso preservativo quando saio com mulher, é difícil né?”*

Verifica-se também o questionamento de como se prevenir em uma relação sexual entre mulheres. Pois esta é frequente na vida, tanto fora, quanto dentro do presídio, conforme relato encontrado.

Miranda, Vargas e Viana (2004) citam que evidências indicam que atividades sexuais (hetero e homossexual) ocorrem habitualmente durante o encarceramento, facilitando a disseminação de patógenos de transmissão sexual conforme relatos abaixo.

*“Meu parceiro mesmo, era o único que eu num usava camisinha, e ele tinha hepatite, e eu queria saber. Aí quando eu entrei aqui, fiz os exames e agora eu quero saber o que eu tenho.”*

**Rosa.**

*“Eu uso camisinha pra me prevenir, só que com meu marido não, só anticoncepcional. A gente tinha muita amizade, uma relação bem aberta, conversava muito, até falava pra ele, que depois das bagunças dele, ele transava com outras mulheres, mas por sentimento eu acabava não usando...”*

**Bonsai.**

*“Eu uso camisinha, com meu marido nunca usei, com o outro não, aí eu fiquei grávida. Meu marido num aceitou minha gravidez não, mas eu quero voltar pra ele.”*

**Margarida.**

*“Eu uso camisinha pra prevenir. Usei com todos os meus parceiros, menos com meu marido.”*

**Flor de Seda.**

Por fim, verifica-se que as participantes que viviam em relação de compromisso com seus parceiros, se sentiam mais protegidas. E provavelmente, a não utilização de preservativos se dê, ao fato de, por estarem vivendo um relacionamento de conjugalidade confiam em seus parceiros sem pestanejar e sem avaliar o risco que correm.

Estes dados podem ser comparados com dados encontrados por pesquisas realizadas em outros países por Apostolidis e Deschamps (2003) e Monteiro (2009), em que o relacionamento afetivo-sexual conferiu grau de segurança aos entrevistados. Assim como Valencia-Abundiz (2004) que relatam a possibilidade de ser viável pensar que o fato de os



participantes da pesquisa não usarem preservativos ter relação com o desejo de viver junto.

## **Família e perspectivas futuras**

A princípio não se pensou em discutir sobre a relação mulher encarcerada/família neste estudo. Mas, posteriormente às entrevistas evidenciou-se em todos os relatos a carência afetiva dessas mulheres, que têm seus convívios familiares amputados pelo cárcere, comprometendo assim a existência dessas famílias. Famílias estas, “*falidas*” pela ausência do norte a ser seguido – a mulher como mãe e até mesmo pai, a parceira, companheira e a fonte de sustento em alguns casos.

E o que não parecia importante e nem relacionado à Saúde da Mulher, verificou-se fator indispensável ao bem estar de cada uma – a família. Por isso criou-se uma categoria temática para discutir sobre a família e as perspectivas do futuro de cada presidiária. E ainda subdividiu-se essa categoria em subcategorias para maior ênfase no assunto.

### **A) O convívio familiar amputado pelo cárcere**

Quando o assunto família surgiu, nenhuma das entrevistadas conseguiu se conter. Lágrimas rolaram sob a face de todas, foi impossível deixar de notar a emoção na fala, simples e única, porém sincera, de cada uma em relação aos seus entes mais próximos.

Algumas relataram manter uma relação boa com seus filhos, embora estivessem afastadas devido à prisão. Outras por motivos diversos perderam o contato definitivo com seus filhos, e duas delas inclusive relataram ter apelado para a adoção por não ter condições financeiras para cuidar de seus filhos.

*“Eu tenho mãe e pai, e filhos nunca vieram aqui me ver, agora eu sei que tô sozinha mesmo, eu entreguei eles porque num tinha condição.”* **Rosa.**

*“Ah, eu tinha a minha família, quando eu tava na rua. Morava com os meus filhos e o pai deles né? Eles tão com a minha mãe, 04 deles, 03 eu perdi a guarda e foram pra adoção. Ninguém vem me visitar, nem falo com a minha mãe e meus filhos, depois que eu fui presa.”* **Margarida.**

Soejima e Webwe (2008) evidenciaram que a maioria das crianças encaminhadas à adoção, é de mães jovens, solteiras, com dificuldades financeiras, sem apoio do parceiro e da família. São, em sua maioria, mães excluídas, que abandonam seus filhos porque foram abandonadas pelas políticas públicas e pela sociedade.

Evidenciou-se também que as presidiárias, quase que em sua totalidade, não recebem visitas de seus familiares. Embora duas delas relataram receber seus filhos com maior frequência. A falta maior é sentida pelos filhos, que por causa da revista íntima, ou, “*procedimento*” como elas se referem, não vão ao presídio para vê-las.

*“Aí eu sinto falta dos meus filhos, eles não vem me visitar por causa do procedimento da revista e se eles tiverem com a minha mãe e meu pai pode, mas eles não vem.”* **Xauê.**

*“Os meus filhos tão com meu pai, ele sabe da minha profissão, garota de programa, e eu num tenho mãe, e nunca vieram me visitar, perdi o contato...”* **Lírio.**

*“Quando eu caí presa a primeira vez meu pai falou “é a primeira e última vez que eu venho te visitar”, por causa do procedimento né? Aí eu num ligo não, é difícil mesmo.”* **Lírio.**

*“Minha tia vem me visitar, até minhas filhas vem. Eu achei ruim, por causa do , mas eu tava com muita saudade. A primeira vez que ela veio, ela chorou muito, eu fiquei dando tchau na “ventana”, que é a janelinha. E a mais velha ficou de costa porque é muito triste, ela falou: “Ah não! Ficar te vendo naquela janelinha é muito triste.” Mas elas vêm uma vez por mês.*

*Mas recebo muita carta, choro muito quando chega.”* **Bonsai.**

*“Meus filhos moram tudo aqui, eles vêm me visitar, minhas filhas, minhas noras, né?”*  
**Samambaia.**

Os parceiros também não são exceção, as dificuldades financeiras, somadas, ao comprometimento do parceiro com a justiça, fazem com que estes não vão rotineiramente visitá-las, ficando daí prejudicada, além da relação do casal, a visita dos filhos (LIMA, 2006).

*“O marido foi preso antes de mim e num me escreveu e ele tá cuidando dos meus filhos que só veio me visitar uma vez, eu já liguei pra assistência pra trazer eles aqui, mas ninguém me escreveu. A menina sempre escreve pra mim, no Dias das Mães, desejando Feliz Dias das Mães. Eles tão com minha tia.”* **Xauê.**

#### **B) “Como sair dessa vida?”**

Em relação ao futuro, todas já o têm pré-fixado. A maioria quer sair da prisão, começar a trabalhar, ficar com a família e cuidar dos filhos. Mas isso não é o bastante, já que algumas contaram que saem do presídio e acabam voltando semanas e até dias depois. Evidenciando-se assim a realidade cruel da sociedade que julga e critica essas mulheres e suas condições biopsicossociais, não oferecendo oportunidades para garantir-lhes a possibilidade de querer e conseguir realmente “sair dessa vida”.

*“Tipo assim, eu quero ter uma vida melhor e num ter aquela vida que eu levava, que num é muito boa, cuidar da minha mãe e dos meus filhos, num quero volta pro meu marido, ele me batia, batia nas crianças e não dava dinheiro... eu num quero mais pedir na rua pra conseguir leite pros meus filhos. Quero recuperar minha vida de volta...”* **Xauê.**

*“Quando sair daqui eu vou trabalhar, fica com meus filhos. Mas eu num sei, se for voltar com ele, eu fico com as crianças, por eles eu volto com ele, mas se ele me amasse mesmo, num tinha ficado com a babá. Traição eu num perdoo...”* **Rosa.**

## **CONCLUSÕES**

O estudo revelou a importância de se conhecer a saúde da mulher encarcerada, por se tratar de uma população marginalizada, jovem e de baixo nível socioeconômico. Além da falta de informação quanto ao corpo, que para algumas, é a fonte de sustento de si próprias e da família. Embora o presídio seja um local de punição, privado de liberdade e de alguns direitos e ainda ser necessário ter obediência, percebemos que ele pode trazer consequências positivas na vida das mulheres encarceradas.

Em relação à saúde, devido ao esforço do Enfermeiro, elas têm acesso a exames, consultas, acompanhamento psicológico, remédios, projetos educacionais promovidos pela instituição para levar-lhes informação e ainda quando necessário são encaminhadas a instituições médico-hospitalares de referência. Estando encarceradas, ficam longe das drogas, da prostituição e dos crimes. Chegam a reconhecer seus erros e fazem planos para um futuro diferente. Mas ainda é pouco, é necessário fornecer subsídios para o resgate da cidadania dessa população e criar projetos e planos de educação e promoção em saúde mais fortalecidos e que tenham continuidade. Para que as informações sejam interiorizadas e a Saúde da Mulher seja acompanhada por profissionais e por elas mesmas, para que tenham consciência da importância de se pensar no cuidado com a saúde.

## REFERÊNCIAS

- ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. *Filhas do mundo: infração juvenil feminina no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2001.
- APOSTOLIDIS, T.; DESCHAMPS, J. C. Une Approche Psychosociale de L'amour: Logiques normatives et représentations. *Nouvelle Revue de Psychologie Sociale* 2(2), 216-227.(2003)
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde; 1984a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. 1º Ed. –Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004b. 4.8p
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário/ Ministério da Saúde**. 2. Ed. –Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005c. 64 p.
- CENTRO DE FEMINISTA DE ESTUDOS E ASSESSORIA (CFEMEA). **Guia dos direitos da mulher**. Brasília, 1994.
- DIAS, C. A. Grupo focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. *Informação Sociedade*, 10(2), 2000.
- FONSECA, R. M. G. S. Mulher, direito e saúde: repensando o nexos coesivo. *Saúde e Sociedade*, 8(2): 3-32, 1999.
- GABE, C.; LARA, G. M. **Prevalência de anti-HCV, anti-HIV e co-infecção HCV/HIV em um presídio feminino do Estado do Rio Grande do Sul**. RBAC, vol. 40(2): 87-89, 2008.
- GOFFMAN, E. **Manicômios prisões e conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1992. (Coleção Debates dirigida por J. Guinsburg).
- LIMA, G. M. B. **Mulheres presidiárias: sobreviventes de um mundo de sofrimento, desassistência e privações**. 135 f. Dissertação (Mestrado) -Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2005.
- LIMA, M. **Da visita íntima à intimidade da visita: a mulher no sistema prisional**. Dissertação Apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para Obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública. São Paulo: 2006.
- MIRANDA, A. E.; VARGAS, P. R. M.; VIANA, M. C.; Saúde sexual e reprodutiva em penitenciária feminina, Espírito Santo, Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 38 (2):255-60, 2004.
- MONTEIRO, A; COIMBRA, C.; FILHO, M. M. **Estado democrático de direito e políticas públicas: estatal é necessariamente público? Psicologia & Sociedade**. 18(2): Maio/Agosto 2006.
- MONTEIRO, S. STD/AIDS prevention in Portuguese-speaking Africa: a review of the recent literature in the social sciences and health. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(3), 680-686. (2009).
- PIOVESAN, F.; PIMENTEL, S. & PANDJIARJIAN, V. **Declaração de Direitos Humanos a partir de uma perspectiva de gênero: uma contribuição ao 50º aniversário da Declaração Universal de Direitos Humanos**. *Fêmea*, 6(nºesp.): 5-6, 1998.
- SHIMIZU, H. E.; LIMA, M. G.; As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.* Brasília, 62(3): 387-92, Maio -Jun 2009.
- SILVEIRA, M. F., et al. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e AIDS em mulheres. *Rev. Saúde Pública* 2002; 36(6):670-7
- SOEJIMA, C. S.; WEBER, L. N. D. **O que leva uma mãe a abandonar um filho?** Aletheia 28, p.174-187, jul./dez. 2008
- SOIHET, R; Zombaria como arma antifeminista: instrumento conservador entre libertários. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 13(3): 320. Setembro-Dezembro/2005.

STRAZZA, L., MASSAD, E., AZEVEDO, R. S., CARVALHO, H. B.; Estudo de comportamento associado à infecção pelo HIV e HCV em detentas de um presídio de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(1):197-205, jan, 2007.

UNAIDS. Organização das Nações Unidas. **Situação da epidemia mundial de AIDS**. 2007. Disponível em [http://www.onu-brasil.org.br/agencias\\_unaids.php](http://www.onu-brasil.org.br/agencias_unaids.php). Acesso em 15/06/2013.

VALENCIA-ABUNDIZ, S. **Representations Sociales: image ideale et vecu de la relation de couple**. These doctorat: Psychologie Sociale. Ecole de Hautes Etude en Science Sociale, Paris, (2004).