UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ELAINE MARA DA SILVA

**A MULHER DETENTA, A SUA SAÚDE SEXUAL E A SUA
SEXUALIDADE: revisão sistemática da literatura brasileira
sobre atuação da enfermagem neste processo**

Ribeirão Preto

2013

ELAINE MARA DA SILVA

A MULHER DETENTA, A SUA SAÚDE SEXUAL E A SUA
SEXUALIDADE: revisão sistemática da literatura brasileira sobre
atuação da enfermagem neste processo

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Ciências, Programa de
Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Educação em Saúde e
Formação de Recursos Humanos

Orientadora: **Prof^a. Dr^a. Sonia Maria
Vilella Bueno**

Ribeirão Preto

2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Silva, Elaine Mara da

A mulher detenta, a sua saúde sexual e a sua sexualidade: revisão sistemática da literatura brasileira sobre atuação da enfermagem neste processo. Ribeirão Preto, 2013.

145 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Bueno, Sonia Maria Villela.

1. Mulher Detenta. 2. Saúde Sexual. 3. Sexualidade.
4. Enfermagem.

FOLHA DE APROVAÇÃO

SILVA, Elaine Mara da

A mulher detenta, a sua saúde sexual e a sua sexualidade: revisão sistemática da literatura brasileira sobre atuação da enfermagem neste processo

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título Mestre em Ciências, Programa Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em//

Banca Examinadora

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ **Assinatura:** _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ **Assinatura:** _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ **Assinatura:** _____

DEDICATÓRIA

À minha família– Rosa Mara, Salvador, Jacqueline e Diego (*in memoriam*)–, que está sempre presente na minha vida, nos meus melhores e mais difíceis momentos, que me ajuda a superar os grandes desafios e, com muita resignação e fé, a sobreviver a cada dia. .

À minha irmã Rosa Mara, pelo seu amor incondicional, pela sua orientação em meus momentos sem direção, pelo seu entendimento em relação às minhas escolhas e pelo café sempre fresco e quentinho, quando eu chego à sua casa.

A todas as mulheres detentas deste País, que, de alguma forma, com a sua grandeza, respeito, cumplicidade, solidariedade e muita dignidade sem saber, permitiram-me ser uma pessoa melhor hoje e me tornaram parte da sua solução.

AGRADECIMENTOS

"Se você não é parte da solução, então é parte do problema."

Eldridge Cleaver

À possibilidade de minha vida tão generosa e abençoada por Deus, que, de forma divina, a conduz.

Às pessoas da minha família e aos meus amigos, pelo respeito, paciência, confiança e apoio .

À minha querida orientadora Profa. Dra. Sonia Maria Villela Bueno, pela confiança, dedicação e presença. A sua orientação está presente em todos os sentidos da minha vida. O meu respeito será sempre eterno, tanto quanto o seu caráter e o seu amor.

À Profa. Dra. Annecy Tojeiro Giordani e à Profa. Dra. Renata Cristina de Campos Pereira Silveira, pelo cuidadoso acompanhamento desde o exame de qualificação, meu respeito, minha admiração e meu muito obrigada.

À bibliotecária Ângela Lucato Aguilar, pelo acompanhamento atencioso e orientação durante as buscas nas bases de dados, meus agradecimentos.

Ao meu amigo Elton Carlos de Almeida, meu parceiro, que esteve sempre ao meu lado, pela dedicação do seu tempo, do seu amor e da sua compaixão nos momentos muito importantes desta minha trajetória.

À minha amiga Marília Ferranti Marques Scorzoni, por sua parceria fundamental na realização deste estudo. Uma presença no lugar certo na hora certa que eu levarei para o resto da minha vida. Conte comigo sempre.

A todos os amigos que conquistei durante a minha convivência na EERP, Elton, Evelllyn, José Renato, Mariana, Marília, e aos orientandos da Prof. Sonia, que compartilharam desta trajetória: Sabrina, Janaina, Sara, Larissa, Gisele, meu muito obrigado.

Aos meus amigos de todas as possibilidades na trajetória deste mestrado, Luciana Mertz, Lea Amábile, Ligia Santana, Laura Gomez, Lord e Jammin, obrigada pela amizade e pelo apoio em todos os momentos.

A todo pessoal da Secretaria do DEPCH, a todos da Secretaria da Pós-graduação e a todos da manutenção, muito obrigada pela atenção.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, pela oportunidade da realização do mestrado e a todos os professores que participaram deste processo.

Ao Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão e à Profa. Dra. Adriana Inocenti Miasso ,minha admiração e minha eterna gratidão por essa trajetória e pelo respeito que sempre demonstraram por mim.

Aos meus professores de Educação Física–: Profa Dirce Fogaça , Prof. Olavo Miele Filho (*in memorian*) e Prof. André Gonçalves–. que, cada uma sua maneira, e ao seu tempo, me apresentaram-me um mundo de possibilidades

Finalizando, a todas as Reginas (Piri), Tia Marta, Berês Elianes, Diegos, Karinas, Carolinas, Minhocas, Magrelas, Táissons, Marilsas, Pixotes, Nathálias, Paulas, Lalescas e tantas outras mulheres em situação de privação de liberdade deste país que de alguma forma estão aqui representadas e à espera de soluções, muito obrigada pela presença de todas vocês na minha vida.

RESUMO

SILVA,E.M da. **A mulher detenta, a sua saúde sexual e a sua sexualidade: revisão sistemática da literatura brasileira sobre atuação da enfermagem neste processo** 2013. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2013.

A complexidade que caracteriza o sistema penitenciário brasileiro não exclui o encarceramento feminino. A mulher, ao ser detida para cumprir pena pelo seu ato infracional ou delituoso, passa por momentos de conflitos consigo mesma em função da nova realidade que se apresenta, a da privação de liberdade, que indubitavelmente afeta a sua saúde sexual e consequentemente a sua sexualidade somando a esse processo, a falta de assistência nesse sentido. Baseando nestes referenciais, o presente estudo objetivou fazer uma reflexão perante a literatura existente sobre a possível contribuição da enfermagem na saúde sexual e na sexualidade da mulher detenta, tendo em vista as condições de vulnerabilidade em que ela é exposta às doenças sexualmente transmissíveis no encarceramento. A metodologia utilizada apropriou-se da revisão sistemática da literatura brasileira, cujo propósito foi proceder ao levantamento de dados sobre essas questões, considerando a importância de sintetizar e categorizar os estudos primários realizados no Brasil, no período de 1990 a 2013, tendo em vista, o assunto em apreço. A amostra foi constituída de 14 estudos dos quais, foram identificadas as situações limites através das circunstâncias apresentadas pelos profissionais de enfermagem nas unidades prisionais, com relação à contribuição para a saúde sexual e a sexualidade da mulher privada de liberdade e de assistência. Vale destacar que as ações voltadas à saúde sexual e à sexualidade da mulher detentas são incipientes para atender a demanda desta população diante da omissão do Estado no gerenciamento destes espaços públicos. Segundo os achados da literatura, para os profissionais de enfermagem, a prática comum da violação dos direitos humanos destas mulheres fundamentam-se na situação de abandono e de descaso em que elas encontram no sistema prisional. Constata-se também a necessidade da quebra de paradigmas e preconceitos por parte dos profissionais de enfermagem no atendimento à saúde dessas mulheres, por meio, de ações educativas multidisciplinares para verdadeiras mudanças na qualidade de vida dos indivíduos dentro desse contexto de detenção, especialmente ao contingente feminino no país.

Palavras-chaves: mulher detenta; saúde sexual; sexualidade; enfermagem

ABSTRACT

SILVA,E.M da. Sexual health and sexuality of inmate woman: systematic review of Brazilian literature about the nursing contribution in this process. 2013. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2013.

The complexity that characterizes the Brazilian penitentiary system doesn't exclude the female incarceration. The woman, at to be held to serve a sentence for her defaulting or offensive act, goes through conflict moments to herself in face of the reality presented an the liberty deprivation that doubtless affect her sexual health and consequently her sexuality. Based on the references, this current study had aimed to make a reflection before the existing literature about the possible contribution of nurses in sexual health an in sexuality of inmate woman, bearing in mind the conditions of vulnerability in which she is exposed to STDs incarceration. The used methodology appropriated itself of a systematic review of Brazilian literature, of which purpose was to do the survey of data on these questions, considering the importance to synthesize and to categorize the primary studies realized in Brazil in the period 1990-2013, bearing in mind the subject in appreciation. The sample consisted of fourteen studies which were identified the limit situations through the circumstances present by nursing professionals in the prison units in relation with the contribution to the sexual health and to the sexuality of woman deprived of freedom and assistance. It's valid to highlight that the actions returned to sexual health and sexuality of the inmate woman are incipient to attend the demand of this population in front of the omission of the State in the management of these public spaces. Accordingly to the findings of the literature, to the nursing professionals, the common practice of violations of human rights of these women are based in the situation of abandon and neglect in which they are in the prison system. It's also notice the necessity to break paradigms and prejudices on the part of nursing staff in the health treatment of these women, with multidisciplinary educational activities to make real changes in the life quality of these individuals in this detention context, especially to the female contingent of this country.

Descriptors: inmate woman; sexual health, sexuality, nursing

RESUMEN

SILVA,E.M da **La mujer detenida, la salud sexual y la sexualidad: revisión sistemática de la literatura brasileña sobre la actuación de la enfermería en ese proceso.** 2013. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2013

La complejidad que caracteriza el sistema penitenciario no excluye el encarcelamiento femenino. La mujer, al ser detenida para cumplir pena por su acto infraccional o delito pasa por momentos de conflictos consigo misma en función de la nueva realidad, que se presenta y de la privación de libertad que invariablemente afecta su salud sexual y consecuentemente su sexualidad. Basado en esos referenciales, el presente estudio objetivo hacer una reflexión perante a la literatura existente sobre la posible contribución de la enfermería en la salud sexual y en la sexualidad de la mujer detenida, teniendo en cuenta las condiciones de vulnerabilidad en que ella es expuesta a las enfermedades sexualmente transmisibles en el encarcelamiento. La metodología utilizada se apropió de una revisión sistemática de la literatura brasileña cuyo propósito fue proceder al levantamiento de datos sobre esas cuestiones, considerando la importancia de sintetizar y categorizar los estudios primarios realizados en Brasil en el período de 1990 a 2013, teniendo en cuenta el asunto en cuestión. La muestra fue constituida de 14 estudios, de los cuales fueron identificadas las situaciones límites a través de las circunstancias presentadas por los profesionales con relación a la contribución para la salud sexual y la sexualidad de la mujer privada de libertad y de asistencia. Vale destacar que las acciones direccionadas a la salud sexual y a la sexualidad de la mujer detenida son incipientes para atender la demanda de esta población delante de la falta del Estado en el gerenciamiento de estos espacios públicos. Según los hallados de la literatura, para los profesionales de enfermería, la práctica común de la violación de los derechos humanos de estas mujeres se fundamentan en la situación de abandono y de descaso en que ellas se encuentran en el sistema. Se constata también la necesidad de la quebra de paradigmas y prejuicios por parte de los profesionales de la enfermería en el atendimento a la salud de esas mujeres, por medio de acciones educativas multidisciplinares para que acontezcan verdaderos cambios en la calidad de vida de los individuos dentro de ese contexto de detención, especialmente al excedente femenino en el país.

Descriptores: mujer detenida; salud sexual; sexualidad; enfermería.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: DeCS, MeSH, palavras-chave e/ou termos livres utilizados nas estratégias de busca nas bases de dados e nos portais de busca	90
QUADRO 2: Quantidade de artigos selecionados	92
QUADRO 3: Artigos de periódicos encontrados na revisão sistemática da literatura sobre à contribuição da enfermagem na saúde sexual e na sexualidade da mulher detenta	93
QUADRO 4: Ideias centrais, situação limites e categorias referentes à contribuição da enfermagem na saúde sexual e na sexualidade da mulher detenta	97
QUADRO 5: Síntese das categorias encontradas e respectivos artigos	101

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVO	22
3 REVISÃO DA LITERATURA	24
3.1 Questões relevantes sobre a condição de ser mulher.....	24
3.2 Desvelando o corpo feminino.....	27
3.3 O corpo e a imagem na relação com a liberdade	39
3.4 A mulher na criminalidade	42
3.5 A mulher detenta no Brasil.....	46
3.6 A evolução das prisões femininas	49
3.7 A contextualização da mulher detenta no sistema penitenciário brasileiro.....	52
3.8 A sexualidade e a homossexualidade feminina no cárcere.....	56
3.9 A saúde sexual da mulher e a sua vulnerabilidade no encarceramento.....	60
3.10 A importância da interface em educação para a saúde.	67
3.11 As ações educativas e os direitos humanos na prisão.....	72
3.12 A atuação da enfermagem no contexto prisional feminino	75
3.13 Contribuição de Freire na busca das situações limites do estudo.....	78
4 METODOLOGIA.....	79
4.1 Tipo de pesquisa	80
4.1.1 Etapas do processo de revisão sistemática	81
4.1.2 Definição da questão norteadora	81
4.1.3 Critérios de inclusão	82
4.1.4 Critérios de exclusão	83
4.1.5 Fenômeno de interesse.....	83
4.1.6 Definição dos locais de busca.....	83
4.1.7 Escolha dos descritores.....	84
4.1.8 Coleta de dados: (procedimento).....	85
4.1.9 Seleção pela leitura do título	86
4.1.10 Seleção pela leitura do resumo	87
4.1.11 Seleção pela leitura do artigo na íntegra.....	87

4.2 Fases da análise dos artigos pertinentes ao estudo	87
4.2.1 Análise qualitativa dos dados	87
4.2.2 Levantamento das situações limites	88
4.2.3 Levantamento dos temas geradores	88
4.2.4 Organização do material coletado	88
4.2.5 Seleção e codificação das frases identificadas nos artigos	89
4.2.6 Síntese das frases selecionadas	89
 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	91
 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	124
 REFERÊNCIAS	128
 ANEXO.....	145

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Pesquisar o sistema penitenciário brasileiro, por si só, já é extremamente difícil. E procurar entendê-lo é mais complexo ainda. Deveras, essa complexidade torna-se maior, quando se busca compreender o cotidiano do ser humano que passa pela experiência da detenção.

Não obstante, a problematização da mulher nesse contexto não é menor. Em se tratando, então, de sua saúde sexual e consequentemente da sua sexualidade, a atenção aumenta, suscitando cuidado especial, devido aos desdobramentos que podem advir no cárcere e comprometer a sua saúde como um todo.

Alguns problemas caracterizam o sistema penitenciário brasileiro, como a condição inadequada de higiene, a ausência de bens e serviços, principalmente na área da saúde, de autonomia e segurança, a precariedade dos serviços jurídicos, bem como a complexidade administrativa do setor diante da superlotação. Esses podem ser indicadores importantes, como facilitadores de conflitos, bem como causadores da dor e da alteração da percepção de si mesmo, em função da condição da detenção. Isso não é diferente no encarceramento feminino.

A arquitetura dos prédios das unidades prisionais femininas, já com feição de confinamento, tem sido projetada para receber um número exato de pessoas e, na sua grande maioria, para abrigar homens. Com esses fatos constatados, é difícil o presídio cumprir melhor o seu papel, diante do convívio social e da sobrevivência por anos no regime penal. Deveras, o interior das penitenciárias femininas abriga em torno de 6,2% da população carcerária brasileira, o que merece atenção especial (HOWARD, 2006).

Quando se volta o foco para a detenção do sexo feminino, a distância entre teoria e prática é ainda maior. O princípio da igualdade é, inúmeras vezes, simplesmente ignorado, notadamente sob o falso argumento de proteção da mulher custodiada contra abusos sexuais ou sua exposição, mesmo quando se refere ao exercício da livre disposição da própria sexualidade (COLOMBAROLI, 2011). O sistema penitenciário feminino segue os padrões do sistema penitenciário masculino, o que, em muitos casos, acarreta a não valorização e a especificidade das questões de gênero, assim como, as necessidades de cuidados distintos e ações para valorização da saúde da mulher encarcerada.

Esses impasses demandam, certamente, o mínimo de entendimento para compreender as amplas questões que se atrelam à vida da mulher em geral, à sua trajetória existencial, ao

seu contexto (histórico, sociocultural, religioso, político e ideológico, entre outros), influenciado fortemente pelo poder machista, cravado, arranhado e escamoteado por preconceitos, tabus, mitos e credences populares. Na maioria das vezes, eles estão alicerçados no autoritarismo, o que emperra seu crescimento, desenvolvimento e portanto, impedindo a evolução, dessa mulher, ainda mantida culturalmente em situação de inferioridade.

Segundo Martins (2001), a superação dos complexos problemas trazidos à mulher pela pena privativa de liberdade exige máximo envolvimento e reais compromissos da sociedade civil e, em última instância, de toda a comunidade. A mulher, ao entrar no sistema penitenciário brasileiro, percebe que é despojada de seus direitos, de seus pertences pessoais e de seu convívio social e familiar. Passa a conviver com outras mulheres detentas na monotonia de seus dias sempre iguais, sendo, como elas, frequentemente alvo de inúmeras injustiças e violências.

Ao contrário das prisões masculinas, na maioria das prisões femininas, as áreas de exercício são incipientes. Muitas delas incluem apenas pequenos pátios pavimentados (ILGENFRITZ, 2003; SILVA, 1998;). A alienação e a mutilação da identidade da mulher, no momento em que é modelada pelas regras do sistema a um estereótipo, ficam muito evidentes quando há a substituição do seu nome por uma matrícula e a utilização obrigatória de uniforme semelhante ao do masculino, durante o cumprimento da pena (CARRASCO, 2012; PINESE, 2008;).

Todos estes fatores estruturais somados à má qualidade da alimentação, ao sedentarismo, à lugubridade da prisão, à mutilação do *eu* e à baixa escolaridade, fazem com que a mulher que ingressa ou que já tenha ingressado no sistema prisional em uma condição possivelmente saudável de lá não saia sem ser acometida por uma doença ou com sua resistência física e saúde em geral fragilizada e abalada (BRASIL, 2007).

Colombaroli (2011) e Santa Rita (2008) apontam que, dentro do universo prisional, ainda são poucas as reflexões acerca dos estabelecimentos penais femininos, o que potencializa a vulnerabilidade da presença da mulher no sistema prisional brasileiro.

Segundo Souza e Passos (2008), o acesso desta população às ações e serviços de saúde e de educação é legalmente garantido pela Constituição Federal de 1988. Isso leva a refletir que a mulher detenta, independentemente da natureza de sua transgressão, mantém o direito de gozar dos mais elevados padrões de assistência à saúde e à educação, pois se encontra privada de liberdade, preservando os demais direitos humanos inerentes à sua cidadania. Entretanto, isso não quer dizer que a mulher não deva pagar sua pena pelo delito ou infração que tenha cometido, mas que, estando em regime fechado ou provisório, sejam-lhe

oferecidas condições saudáveis para que reflita sobre seus valores, sua ética, sua vida, seu corpo, sua autoimagem e sua autoestima, enfim para que ela reflita sobre a pena/condenação recebida e o período para cumpri-la.

Assim, segundo os autores, o ser e o estar mulher estão marcados por determinantes e condicionantes socioculturais, razão pelas quais os tempos identificam e criam para ela proximidades com o manto da santidade que deve ser pago pela pureza e castidade até o casamento, pela subjugação, passividade, subalternidade, ignorância e/ou pela magia/bruxaria e prostituição, como castigo divino.

Para Neves (2011), embora o interesse pela educação formal de homens e mulheres livres, ao longo dos anos, tem sido objeto de inúmeros estudos científicos, a formação intelectual, moral, física e corporal da pessoa presa ainda provoca interesse de poucos pesquisadores e, quando se pensa na educação em saúde como uma prática corporal ou através da atividade física, essa abordagem torna-se ainda mais rara, o que, de certa forma, justifica a importância da realização de estudos, haja vista que a prática da atividade física no contexto social vem sempre acompanhada de uma intenção por quem oferta ou por quem pratica.

Por sua vez, as prisões são voltadas essencialmente para homens. Quando as mulheres são deportadas para esse sistema de detenção, não há local apropriado para elas. São depositadas sem qualquer adaptação e ajuste, obrigadas, inclusive, a usar uniformes masculinos. Desprovidas de qualquer sorte, muitas vezes sem leito, sem direito à visita íntima e sem ambiente adequado à higiene e saúde, passam a viver em superlotação, sem acesso à educação, entre outros indicadores desfavoráveis à vida humana, comprometendo severamente a sua condição de saúde física, mental, social, espiritual e, conseqüentemente, sexual e reprodutiva.

Por vez, vale destacar que a Educação para a Saúde busca contemplar o ser humano em todas as suas dimensões e contextos, sendo entendida como uma possibilidade de dotar as pessoas de conhecimentos, atitudes e valores que possam ajuda-las a fazer opções e a tomar decisões adequadas à promoção de sua saúde e que privilegiem seu bem-estar físico, social, mental e espiritual independentemente de qualquer situação ou circunstância (OMS, 1986).

Nesse sentido, o processo de trabalho dos profissionais de saúde tem como essencial finalidade a ação terapêutica, preventiva e reabilitadora de saúde; como objeto fundamental, o indivíduo ou grupos de pessoas doentes, sadias ou expostas a riscos, necessitando com isto, de medidas adequadas e seguras, visando a promoção de saúde e a qualidade de vida, prevenindo doenças ou restaurando a vida humana, como instrumental de trabalho. Os instrumentos e as

condutas representam o nível técnico do conhecimento, que é o saber de saúde; e o produto final é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento em que é consumida (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Neste sentido, atualmente a prática da enfermagem, é integrante do trabalho coletivo em saúde, é especializada, dividida e hierarquizada entre auxiliares, técnicos e enfermeiros, de acordo com a complexidade de concepção e execução dessas ações (OLIVEIRA; ALESSI, 2003). Segundo Pinese (2008), o enfermeiro desempenha papel significativo na contribuição da promoção da saúde dentro do sistema prisional e, mesmo que considere o contexto hostil das unidades penais, ele age também como um facilitador na medida em que promove a abertura de uma rede de comunicações, incentivando a pessoa a tomar a palavra, e a falar sobre assuntos relativos às suas necessidades.

Da mesma forma, Pinto e Hirdes (2006) afirmam que as relações que se estabelecem entre Saúde e Educação Física são perceptíveis ao se considerar a similaridade de objetos de conhecimento envolvidos e relevantes em ambas as abordagens, capacitando os profissionais da área da Saúde para uma proposta de Educação em Saúde, no cotidiano emocional, espacial e temporal desse contingente feminino em reclusão. Crozara *et al.* (2010) consideram que o incremento da atividade física de uma população contribui decisivamente para a melhoria da qualidade de vida na saúde pública, com forte impacto na redução dos custos com tratamentos, inclusive hospitalares, sendo considerado uma das razões de seus benefícios sociais.

Uma das situações que acabam por comprometer a saúde sexual da mulher detenta é a realidade da abstinência sexual que resulta em graves consequências no comportamento de quem está recluso (a). O problema sexual nas penitenciárias femininas surge a partir do momento em que o encarceramento dificulta as relações familiares para homens e mulheres. As presas geralmente, experimentam um nível de rejeição e abandono da família e dos parceiros muito maior que os presos. Há, ainda, o estigma social específico ligado às presas mulheres, a mulher, a mãe, a rainha do lar sem pecados o círculo familiar dessa mulher já pode ter se fragmentado antes de sua apreensão (HOWARD, 2006). Em um estudo feito por Giordani (2000), sobre a sexualidade de mulheres detentas, a autora observou a completa ausência de atividades entre elas as educativas. Essas tem como objetivos a prevenção ou mesmo a preparação das detentas para melhor enfrentamento das diversas situações cotidianas tanto dentro como fora da cadeia, como, por exemplo, citamos a importância do desenvolvimento do processo de alfabetização de muitas que não sabem escrever ou mesmo ler corretamente e a até mesmo prevenir doenças como as DST e aids, entre outras.

Diante disto e do tempo que deverá ser cumprido a sua pena dentro do sistema penitenciário, entende-se que a omissão da sexualidade a coloca longe da promoção, prevenção e até mesmo, recuperação de doenças muitas vezes sexualmente transmissíveis, que possivelmente tenha adquirido antes ou durante o no cárcere. Faz-se emergente a orientação específica e necessária para as relações sexuais, e assuntos correlatados, bem como da realidade no momento de exames ginecológicos. Esses exames, realizados somente, quando a detenta os solicita, e que nem sempre são vistos como urgência, agravando ainda mais o quadro da sua saúde, de acordo com os trabalhos apresentados no Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem (2011) sobre o assunto em questão.

De acordo com Wouters (2012), a situação de reclusão faz com que a mulher detenta passe pela morte do seu próprio eu para a construção imposta de um eu coletivo, demonstrando, assim, quanto o sistema carcerário, às vezes, utiliza-se de mecanismos de subtração da identidade e da subjetividade, transformando-a e reconhecendo-a como criminosa por ter infringido a lei dos homens. De acordo com Leal (2013), esta estratégia institucional de castração da identidade feminina é utilizada, pedagogicamente, como produtora da ordem vigente e inquestionável diante do poder do Estado. Então, há complexidade nas formas de poder que alcançam os corpos, regulando-os depois de ingressar na prisão, tornando a mulher detenta, assim como o seu corpo, numa figura anônima, sem identidade, servil e atemorizada pela falta de segurança que impera no interior desse lugar.

A identidade corporal se desenvolve geralmente baseada na vivência de sensações que emergem do nosso corpo real e do nosso corpo imaginário. Para Tavares (2003), o processo de desenvolvimento da própria identidade corporal do indivíduo norteia o desenvolvimento da sua imagem corporal, sendo ambos os processos totalmente dependentes da singularidade da estrutura orgânica e do espaço de relações de cada indivíduo. Para Adami *et al.* (2005), a garantia para a construção de uma identidade corporal, é assegurada pelas sensações corporais, fonte da subjetividade humana.

Na vida adulta, possuímos uma imagem corporal que recobre o corpo real, como um revestimento, uma capa. Em situações difíceis como a dor, a doença, os ambientes hostis, em que a integridade do corpo é ameaçada, a imagem corporal será, muitas vezes, o recurso que a pessoa tem para se proteger e se refugiar. Assim, as imagens são modificadas e transformadas de forma contínua, de acordo com as mudanças de nosso psiquismo (BITTENCOURT *et al.*, 2009; WOUTERS, 2012).

As situações significativas e preocupantes aqui apresentadas, norteiam o sistema penitenciário feminino brasileiro. Com isto, a mulher e, em especial, a detenta vêm pagando

um preço alto ao longo da história da civilização humana e, portanto, da sua existência individual e coletiva.

Embora estes pressupostos tenham marcado séculos, décadas e anos a fio, até hoje, há sinalização revelada por meio dos determinantes e condicionantes da sociedade cujos repertórios trazem sérios reflexos e influenciam, muitas vezes, a vida e a saúde da mulher no cárcere.

Aliando estudos sobre imagem corporal e sobre a legislação específica de execução penal às experiências profissionais de longo tempo com as mulheres detentas, acredita-se na possibilidade de uma construção compartilhada do conhecimento da Educação Física na interface com a Enfermagem na Educação para a Saúde junto à essas mulheres. Há que considerar, para tanto, o conceito de consciência do corpo e do importante processo de reformulação da imagem corporal, que não fica restrita ao corpo. Deve-se também considerar as condições de subjetividade criadas a partir de diversas influências, como incluir o próprio corpo, sua noção de esquema e sua relação a um diagnóstico necessário, com o foco na prevenção de doenças e na promoção da saúde, e que se faz presente neste estudo.

Entre as diversas maneiras que o indivíduo possui para pensar a respeito de si mesmo, nenhuma é tão essencialmente imediata e central como a imagem de seu próprio corpo e sua autoestima, ou seja, a imagem corporal é construída a partir do corpo em contato com a realidade externa da vivência humana individual e dinâmica de cada um (TAVARES, 2003).

O profissional da área da enfermagem, juntamente com uma equipe que tenha visão interdisciplinar, pode contribuir significativamente na reconstrução da imagem corporal feminina de detentas, buscando maior harmonização entre os aspectos biopsicossociais, sexuais e espirituais desta população, na direção de um atendimento em âmbito relacional e abrangente, principalmente entre as minorias (BITTENCOUR *et al.*, 2009).

De acordo com Bueno (1998), os profissionais da saúde sentem-se comprometidos com a integridade física e mental das pessoas e, particularmente, das mulheres, buscando trabalhar o respeito aos direitos humanos universais. Pressupõe não excluir nenhuma pessoa, nem mesmo as que se encontram em regime de reclusão carcerária, tendo em vista o direito ao exercício pleno da cidadania, pressupostos esses tão aclamados nos discursos dos povos e dos políticos das nações de todo o mundo.

Como educadora física esta temática tem sido trabalhada junto às mulheres em penitenciária há quase uma dezena de anos, possibilitando conhecer melhor como elas se expressam em relação à autoimagem, à autoestima, ao seu corpo e a sua sexualidade; como agem e pensam; como se identificam na condição de gênero; como estão seus sentimentos,

emoções, valores, medos, ansiedade e expectativas. Enfim, procurando depreender de como se definem na condição de mulher. Esse fato está expresso, portanto, na manifestação da sexualidade e esses elementos estão totalmente atrelados à condição da saúde sexual que, por conseguinte, elegem como focos da questão: a mulher em regime de detenção, a sua saúde sexual e a sua sexualidade, tal como ela é.

Isso, por si, justifica a presente proposta de revisão da literatura sobre a temática em foco, pois há necessidade de buscar melhor compreensão a respeito desse universo temático para melhor embasamento teórico-prático dessas questões em nosso cotidiano profissional, tendo em vista a otimização do cuidado com essas mulheres e com o sistema em apreço. Para tanto, procurando buscar na literatura, a possível existência do atendimento desse contingente populacional por profissionais de Enfermagem, segundo publicações com bases de dados de relevância, importância e credibilidade.

OBJETIVO

2 OBJETIVO

Diante do exposto, propõe-se levantar, organizar e analisar os dados da literatura sobre o assunto em questão, apropriando-se de uma revisão sistemática, que tem como foco central a busca da produção científica brasileira sobre a contribuição da enfermagem neste processo, articulando informações sobre a saúde sexual e a sexualidade da mulher detenta.

REVISÃO DE LITERATURA

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Questões relevantes sobre a condição de ser mulher

Para compreender melhor a mulher detenta e todo o processo pelo qual ela passa na sociedade, vale destacar o significado e a história da sua vida e os condicionantes e determinantes que a influencia.

Em relação à mulher, então, há que se considerar a história, o corpo, a identidade, a alma, as práticas, a sexualidade, a família, o casamento, o amor, as fases da vida, a sensualidade, e a feminilidade, os desatinos e os avanços, sua imagem, sua crença, seu trabalho, a condição de gênero, a educação e a orientação sexual, entre outros aspectos. Necessário se faz ainda levar em conta condicionantes histórico-culturais que a remete na vida, como: a santa, a modelo, a mãe e a sociedade. Enfim, tudo isso é preciso considerar. Ela deveria, assim, compreender o porque de ser educada para se tornar recatada e resistente ao sexo de modo a sustentar, com a sua sedução, a virilidade masculina dos parceiros (KEHL, 2007).

Segundo Perrot (2010), nesta lógica de papéis sociais, o homem tem sua vida real e substancial alicerçada no Estado, na ciência ou em qualquer outro tipo de atividade de modo geral. A feminilidade vai na direção de uma aptidão prática, mas jamais ocupa cargos públicos.

Todavia, é impossível com apenas um estudo resgatar todos esses elementos. É preciso compreender que, historicamente, este ser humano perpassa pela condição de ser e estar, sofrendo influência de determinantes socioculturais, políticos e educacionais, entre tantas outras vertentes.

Isto posto, a mulher, por si, atriz da sua própria história que não é somente dela ou pertence somente a ela, carrega valores da família, da criança, do trabalho, da casa, da música, da mídia, entre outros. Como nasceu e viveu; como escolheu seus amores; a expressão do seu corpo, da sua sexualidade, dos seus sentimentos; a violência sofrida; os seus momentos de solidão; as suas loucuras e os seus prazeres, tudo isso compõe uma parte do gênero, desse todo que, ao se desenvolver, acaba se desembrulhando, encontrando ou percebendo em si possibilidades para se ampliar (PRIORE, 2007).

Segundo Araújo (2007), do Éden aos tempos da Colônia, com relação à mulher, coube à Igreja construir um modelo ascético, maternal, assexuado e subordinado: a santa mãe. Cada elemento desse modelo de mulher correspondia integralmente às necessidades de longo tempo. Povoar o mundo era uma necessidade e assim, a mulher era chamada à procriação, garantindo - se uma maior presença de cristãos.

De acordo com Vainfas (2007) e Araújo (2007), a mulher deveria oferecer cuidado maternal e disciplina aos filhos, garantindo-se, assim, a ordem e a paz. A partir do século XVI, os hábitos e a maneira de ela ser começaram a ser moldados, tornando obrigatória a companhia dos pais, cercada de irmãos e criadas e nada podia ser feito por ela a este respeito, exceto esperar. De repente, uma troca de olhares, um rápido desvio do rosto, o coração aflito, o desejo. A iniciativa jamais o poderia ser dela, e sim deveria esperar um rapaz que fosse bem-intencionado, que tomasse a iniciativa do cortejamento e que se comportasse de acordo com a regras da moral e dos bons costumes da sociedade. Esse era o estereótipo, o bom modelo, o comportamento que se esperava no despertar do corpo, da sexualidade, enfim, da saúde sexual e reprodutiva da mulher (ARAÚJO, 2007).

O poder da Igreja foi um marco importante. Tanto essa instituição quanto o Estado estabeleciam ou caminhavam juntos na direção de um único objetivo por meio das suas leis: abafar a mulher, o seu corpo e a sexualidade feminina. Havia a vigilância frequente e inquieta dos pais, irmãos, tios, tutores. A repressão informal, mas forte, de velhos costumes misóginos garantiam a manutenção das amarras e, assim, o equilíbrio doméstico. Dessa forma, a segurança do grupo social e a ordem da Igreja não seriam ameaçadas. Então, a participação da Igreja no controle de novas culturas, costumes e ideias no mundo era fato, principalmente na Europa do século XIII. Para a Igreja tornava-se suspeito, tudo o que era diferente cultural, política, física e comportamentalmente contra a Igreja (VAINFAS, 2007).

Este autor afirma ainda que o contexto feminino, o corpo em relação à sexualidade, não ficou de fora dessa forte pressão eclesiástica. O fundamento escolhido para justificar a repressão contra a mulher apontava que o homem era superior e, portanto, cabia a ele exercer a superioridade e, a ela, a subalternidade.

Segundo Szasz (1978), a Bula Papal de 1486 reporta a *Malleus Maleficarum* (O Malho das Bruxas), célebre tratado de demonologia, escrito por dois dominicanos alemães ,no qual quaisquer especificações contra as mulheres eram justificadas. Referem que principalmente, eram as mulheres que se dedicavam a superstições perversas e, entre elas, a parteira superava todas as outras em maldade. “Toda feitiçaria decorre da luxúria carnal e nas mulheres, esta é insaciável” (Szasz, 1978, P.30).

Nota-se então, uma associação explícita entre feitiçaria e sexualidade, firmada ou radicada na crença de que nada valia os feitiços fabricados pelas bruxas, sobretudo no campo afetivo. Acreditava-se na ocorrência de uma falha na formação da primeira mulher, uma vez que ela foi criada a partir de uma costela recurva do homem, ou seja, uma costela do peito, cuja curvatura era, por assim dizer, contrária à retidão do homem, considerada um animal imperfeito, decepcionando a mente. A partir desse momento, é que expressa-se e cruamente o pensamento misógino (MAUERBERG-deCASTRO, 2007).

Em dois séculos, durante o período medieval, 50 mil mulheres foram condenadas a morrer na fogueira. Diz-se, que o mérito das queimadas foi aumentar a consciência coletiva de fragilidade e estimular a submissão dos protegidos da sociedade. A mulher estava condenada, por definição, a pagar eternamente pelo erro de Eva, a primeira fêmea, que levou Adão ao pecado tirando da humanidade futura a possibilidade de gozar da inocência paradisíaca. A mulher partilhava da essência de Eva e tinha de ser controlada de forma permanentemente pela sociedade (ARAÚJO, 2007).

A autoridade masculina sobre a mulher é colocada pela Igreja, à medida em que o homem é considerada a cabeça da mulher, como Cristo é a cabeça da Igreja. Uma vez um sujeito ao outro, a mulher em tudo estaria sujeita ao seu parceiro. Ela deveria conservar o silêncio e toda a submissão, não lhe sendo permitido ensinar ou doutrinar o homem. Uma vez que Adão não foi o seduzido e, sim, a mulher que seduzida caiu no pecado e na transgressão, fazendo com que, nos séculos seguintes, a Igreja continuasse a condenar a prática carnal intensamente, a salvação dessa mulher estaria na maternidade e na modéstia, permanecendo no caminho da fé, do silêncio, do amor e da santidade. A severidade do seu silêncio deveria ser extrema, a ponto de envolver o seu corpo, de forma pesada, ocultando e escondendo, assim, o sexo. Essa era a garantia da preservação da pureza feminina, e a mulher não seria impregnada por ele, seguindo de forma disciplinada a sua função da reprodução humana (PERROT, 2003).

Araújo (2007) escreve sobre o adestramento do corpo e da sexualidade feminina, que por vez, pressupunha o desvio dos sentidos pelo respeito ao pai, depois ao marido, além de preservar uma educação dirigida exclusivamente as prendas domésticas. Verdadeiramente organizada, com um corpo privado de domínio público, em silêncio, desde muito cedo, seus sentimentos deveriam estar devidamente domesticados e abafados. Dessa forma, há que se refletir sobre o que dizer na falta dessa pureza feminina. Ela também carregava o peso do pecado original e, por isso, sua sexualidade devia ser vigiada muito de perto. Repetia-se como algo ideal, nos tempos coloniais, que a mulher saíria do lar somente em três situações muito

bem determinadas durante toda a sua vida: para se batizar, para se casar e para ser enterrada (ARAÚJO, 2007).

Diante do exposto, há que se refletir, portanto, sobre o sentido de ser mulher: como é a sua vida, que significado tem o seu corpo e sua saúde sexual? O quanto essa representa em sua vida e que repercussão e influência existe na vida da mulher tanto no nível individual quanto coletivo e em relação à sua saúde. Quem pode ajuda-la na promoção de sua educação e saúde independente de estar em situação de privação de liberdade? E, mais ainda, o que isso tem a ver com a mulher detenta? Isto nos demanda procurar compreender esse processo. É essa a nossa inquietação no presente estudo. Já buscamos depreender a sua história. Agora vamos buscar o significado do corpo feminino e sua relação com a mulher que passa pela experiência da reclusão em sistema penitenciário. A seguir veremos o que significa a mulher no cárcere brasileiro; a expressão de seu corpo e sua imagem; a sexualidade e a homossexualidade no cárcere; a mulher no mundo da criminalidade; as ações educativas e os direitos humanos no presídio; finalizando com a atuação da enfermagem no contexto prisional feminino; a importância da interface à educação para a saúde sexual da mulher e vulnerabilidade no encarceramento feminino.

3.2 Desvelando o corpo feminino

Isto nos leva a buscar o real significado do corpo humano, que, segundo Bruhns (1995), trata-se de uma parte muito especial do universo, pois nele habita o próprio indivíduo que percebe o mundo Transcendendo a simples diversidade anatômica e fisiológica, a percepção do corpo conduz uma diferenciação de gênero. Assim, abordar ou colocar em debate o tema do corpo feminino é uma tarefa árdua, principalmente por nos levar a fazer uma viagem através do tempo, onde encontramos a história simbólica da mulher, construída a partir do princípio religioso de que o homem é a cabeça da mulher e da ideia que colocava em dúvida a possibilidade dela ter ou não ter alma.

Segundo Soihet (2003) e Mattos (2003), nas Ciências Humanas e na historiografia, tais inquietações emergem com a abertura da história para outras histórias, focalizando novos objetos, sujeitos e abordagens, culminando com o advento da Nova História Cultural e assim, surge a possibilidade de um novo olhar sobre o corpo feminino como sujeito da história. Perrot (2003) adverte que as representações do corpo feminino, tal como a filosofia grega as

desenvolve por exemplo, assimilam-no a uma terra fria, seca, a uma zona passiva, que se submete, reproduz, mas não cria; que não produz nem acontecimento, nem história e do qual, conseqüentemente, nada há a dizer. O princípio da vida e da ação é o corpo masculino, o falo, o espermatozoide que gera o pneuma, o sopro criador.

Dessa forma, a construção do corpo tem uma historicidade que desafia reflexões necessárias e desejáveis sobre ele, como romper com a visão estereotipada e padronizada do corpo feminino, refletindo acerca de alguns mitos como pudor, beleza, maternidade, feminilidade, sexualidade, passividade, padrão corporal, entre outros. É o corpo que age, estrutura-se e situa-se num mundo organizado, espaço-temporal, mensageiro de ideias e sentimentos, de busca de sentido de vida, de imagem corporal e de autoestima. É o que expressam o mundo fantasmático, o desejo e a personalidade global. Portanto, corpo é único, total, que se possui e que é, ao mesmo tempo, base do ser humano (CABRAL, 2001).

Assim sendo, quando a temática a ser discutida é relacionada à mulher e às teorias sobre ela produzidas, segundo Chagas (1995), entram em questão narrativas que vão desde as que nos encerram na anatomia como destino, passando pela cumplicidade feminina como coadjuvante da história de opressão e necessidade de superação da sociedade capitalista, pano de fundo da manutenção das desigualdades de gênero, assim como, alguns pressupostos do feminismo, da lei e do direito que, fundados no mito da igualdade, sufocam, escamoteiam e esmagam, de forma simbólica, a diferença. Neste impasse, entra em jogo a própria irreverência histórica do pertencimento do corpo da mulher. Assim, um conjunto de condições ou inconveniências históricas são impostas a ela, como por exemplo a função da reprodução, a obrigação do gozo, e a incapacidade para pensar. Talvez, por isso, a mulher nunca se pensou, e esse fato, em muitas culturas, ainda se faz presente, conforme refere a autora.

No corpo feminino e na questão ou perspectiva de gênero, a história e a antropologia pressupõem a existência do indivíduo, da pessoa, uma das principais categorias culturais. As pessoas são compostas por corpo e mente, e porque não acrescentar alma também, têm relacionamentos com outras pessoas e vivem em uma comunidade. Sobre isso, mesmo em décadas diferentes, encontramos na literatura reflexões importantes de autores, como Toledo (2008), quando escrevem que a história da mulher está longe de ser contada, e o que a Antropologia fez, foi dar apenas um pontapé inicial de forma muito tímida nessa história, em que, ao vasculhar as sociedades primordiais, por exemplo, as sociedades matriarcais nunca foram encontradas.

Nessa perspectiva, Chagas (1995) comenta a diferenciação biológica entre os sexos, que fez da mulher cultural e existencialmente a parte mais fraca, tornando-a inapta para

enfrentar os possíveis perigos do mundo público, devido a sua fragilidade física e mental, e fez do homem o controlador e um ser superior. Sobre essa base, a subordinação feminina foi elaborada através dos tempos. Como esse estado parece ser derivado da condição de ser dominado, é muito provável que as mulheres sejam vistas como pessoas que não são completas. Segundo Bruhns (1995), quando queremos descrever a diferenciação social entre homens e mulheres, ou nos referirmos à construção sociocultural do feminino, nos deparamos com as especificidades e demandas de gênero. O sexo acaba se restringindo à sua definição claramente biológica, e as diferenças entre os dois sexos, além dessa definição, referem-se às respectivas representações sociais e culturais. Percebe-se, portanto, que, por detrás do termo, está toda uma maneira de repensar a sociedade.

Em um estudo recente sobre a sexualidade e o corpo feminino, Nicolino (2007) corrobora com essa visão, quando refere que as diferenças de gênero são construídas pela assimilação de uma simbologia corporal, que adquire gestos, sensibilidade e modos de se relacionar, estabelecidos dentro de cada sociedade para uns e outros. A maioria das concepções em uso relativos à mulher, segundo Toledo (2008), é baseada na evolução histórica e, assim, passa a ser produto das condições sociais e econômicas das diferentes épocas. Nesse sentido, as religiões têm um papel decisivo e importante sobre essa ideia, propagada aos ventos, de que a mulher é o sexo frágil, bem como um ser inferior, o suficiente para mantê-la submissa, oprimida e subjugada pela sociedade.

Por sua vez, o estudo sistematizado sobre imagem corporal e a oportunidade de conhecer e conviver com mulheres detentas, por meio da implantação de um programa de atividade física e qualidade de vida em uma penitenciária feminina local até os dias atuais, possibilitam verificar alguns fatores importantes no cotidiano espacial e temporal desse contingente feminino, onde os aspectos fisiológicos, afetivos e culturais se evidenciam e estão permanentemente relacionados.

Segundo Bastos (2009), a percepção do abandono dos parceiros, da família, o afastamento dos filhos, a negligência com a saúde, o descaso e a violência no que diz respeito à sexualidade são alguns fatores determinantes que compõem o processo denominado perda da subjetividade da mulher encarcerada.

Reportando a Tavares (2003) refere que esse corpo feminino é mais que um projeto, é uma realidade existencial e experimentada, mesmo em confinamento. É necessário observar que esse corpo pode existir cada vez mais em sua singularidade, para que ele consiga se relacionar com ele mesmo concretamente, com a sua existência. A identidade corporal se desenvolve com base na vivência de sensações que emergem no corpo real no contexto de um

corpo imaginário. Há um intercâmbio contínuo entre a própria imagem corporal e a dos outros e, assim, ela vai se desenvolvendo como um produto da relação do indivíduo consigo mesmo e com os outros.

De acordo com Schilder (1999), diante de todas essas ocorrências e mudanças, e da forma como elas são percebidas e sentidas pelas mulheres confinadas no sistema penal, o modelo corporal foi construído, desmanchado e reconstruído. Sendo assim, a imagem corporal e a identidade feminina das mulheres que vivem no cárcere também precisam ser reformuladas.

Segundo Giordani (2000), no contexto da reclusão, a ocorrência de relações sexuais entre as mulheres detentas é fato real e isso não pode ser ignorado. Os riscos dessas relações parecem maiores, tendo em vista as condições de confinamento, a superlotação, as doenças crônicas e infectocontagiosas, o compartilhamento de objetos perfurocortantes, dentre outros, contribui para os riscos ou danos à saúde delas. Enfim, a estrutura precária e a falta de atendimento à saúde da mulher detenta, acabam comprometendo sua integridade física, mental e espiritual.

Pedroso (2002) e Cerneka *et al.* (2012) afirmam que o ambiente prisional é um espaço verdadeiramente vazio de direito e não cabe simplesmente preenchê-lo com leis, códigos, processos e negações. Ele pode ser, portanto, um meio ampliador de pressões socioculturais, motivadas pelo ideal histórico do comportamento feminino e suas implicações numa sociedade contemporânea ocidental.

Vale destacar também que a violência perpetrada contra mulher tem aparecido consideravelmente, no seu dia a dia, e é objeto permanente de denúncia. Porém, sempre foi difícil imaginar qualquer expressão da mulher nesse sentido. Partindo desse pressuposto, Touraine (2007) adverte que é necessário oferecer um espaço à palavra das mulheres, muito distante da condição de vítimas, sem se esquecer dessa realidade, e compreendendo, sim, a existência e a origem de uma nova sociedade e cultura que se formam à nossa frente, sob os nossos olhos. Tudo para proporcionar à mulher a conquista lenta e segura de sua igualdade, saindo da sombra de uma vida doméstica, privada, e entrando no cenário público, onde razão e técnicas dominam ações e condutas.

O autor, ainda, apresenta uma preocupação em relação à representação histórica da condição ou situação das mulheres, entendendo que elas não são mais definidas por uma função social ou por modelos culturais, mas por expectativas de sujeitos da sua própria história, como referência central e constante à sua sexualidade.

Observa-se que a sociedade como um todo sempre cobrou da mulher um comportamento que não maculasse a sua honra. Além de vigiadas, as garotas deveriam ser educadas para cumprir futuramente e muito bem os chamados papéis femininos naturais em uma sociedade. Qualquer comportamento delas na direção do exercício da sua sexualidade antes do casamento era impedido e devidamente repreendido pela moralidade social, pois o mesmo só deveria acontecer no contexto do matrimônio. Para o homem, na condição social de ser superior, a expressão da sua sexualidade, não possuía freios, dentro ou fora do casamento, banalizando, assim, a possibilidade do adultério e posicionando a mulher com o dever de respeitar as leis, os costumes, as regras e as convenções, uma vez que diante de sua infidelidade poderia ser punida com a morte ou mesmo levada ao abandono (ARAÚJO, 2007; PINSKY, 2012).

Sobre isso, Soihet (2007) relata que, com base nos pressupostos da criminologia, no final do século XIX, as leis contra o adultério só deveriam atingir a mulher que não tinha predisposição, pela sua natureza, para esse tipo de comportamento indesejado. As que eram dotadas de erotismo intenso e de forte inteligência seriam despidas totalmente do sentimento de maternidade, característica inata da mulher normal, prendada, e consideradas, extremamente perigosas. Assim, constituíram-se nas criminosas natas, nas prostitutas e nas loucas que deveriam ser afastadas da sociedade como um todo.

Então, a violência começou a ser vista como um tema marcante no cenário político e social, passando a integrar a agenda política de governantes e de grupos feministas. Ressaltar-se que não importa sobre qual período da história da sociedade brasileira nos debruçarmos, os abusos físicos contra as mulheres estão sempre presentes, e o seu transbordamento para o espaço público parece sempre ter ocorrido em momentos em que os excessos cometidos pelos agressores forçaram a sociedade a denunciá-los e a pedir sua punição (IZUMINO, 2004).

Isto posto, verifica-se que a violência contra a mulher perpassa muito além da vitimização feminina, pois sabemos que a sociedade, padronizada em um modelo genuinamente masculino, sempre lhe conferiu papéis de fragilidade e subordinação. E ela passa pela situação de violência, pois está mais exposta a sofrê-la, especialmente nos relacionamentos familiares, e por não dispor de mecanismos de superação de conflitos, uma vez que a banalização da violência contra ela encontra-se fundamentada no alcoolismo e na pobreza justificada frequentemente, para a impunidade do seu agressor (CARRASCO, 2012).

Com a plena instauração da ordem burguesa no Brasil, medidas foram tomadas para adequar homens e mulheres dos segmentos populares ao novo estado de coisas. Isso tudo tinha relação com valores e formas de comportamento que passavam pela rigidez do controle

do espaço e do tempo do trabalho, bem com de outras situações da vida, especificamente sobre a mulher, tendo em vista a sua submissão e condição de mulher prendada, não ameaçando, assim, a ordem e os bons costumes da sociedade (TOLEDO, 2008).

Nesse sentido, Soihet (2007) relata que as imposições dessa nova ordem tinham respaldo da ciência, justificando o paradigma do momento. A medicina social assegurava como características femininas, por razões biológicas: a fragilidade, o recato, o predomínio das faculdades afetivas sobre as intelectuais, a subordinação da sexualidade à vocação maternal. Em oposição, o homem conjugava à sua força física uma natureza autoritária, empreendedora, racional e uma sexualidade amplamente sem freios. O comportamento das mulheres de segmentos populares, como moderação de linguagem, aquisição de boas maneiras e de hábitos sadios com a proibição de excessos verbais, claramente seria disciplinado, controlado e estabelecido pelas ações conjuntas do Código Penal, pelo judiciário e pela ação policial. Depreende-se que, desta forma, a violência seria presença marcante nesse processo.

A autora ainda ressalta que essa violência encontrava justificativas importantes nas classes dominantes, mais evidentes intimidação, nem tanto pela direção intelectual ou moral. Além da utilização da violência física sobre elas, também, a aplicação da violência simbólica, criando, assim, inúmeros estereótipos. Deve-se, considerar não só a violência estrutural que incidia sobre as mulheres, mas também aquelas formas específicas decorrentes de sua condição de gênero; esses aspectos se cruzam na maioria das situações.

A movimentação das camadas mais pobres para as capitais, estabelecendo-se em áreas centrais próximas ao trabalho, aparecia como uma consequência da aceleração urbana. Começava a criação, em espaços improvisados, de cortiços, de moradias coletivas, da casa de cômodos, considerados como verdadeiro atraso e como a simbologia da corrupção moral, uma vez que eram ocupados, na sua maioria, por moradoras, ditas sexo frágil, portanto diabólicas (TOLEDO, 2008). Entendidas por serem pobres, Soihet (2007) ressalta que eram sujeitas à constante vigilância, o que não as impedia de se apropriar de diversos espaços, lutando com destemor pelos seus direitos. Circulavam pelas ruas, em busca da resolução de seus problemas, preocupadas com o trabalho, com os filhos e muitas vezes, surpreendendo o marido ou o companheiro que frequentemente as enganavam.

Num passado muito recente, a categoria de violências conjugais, e até mesmo violações, não eram fatores isolados. Quando se evocava as violências sofridas pelas mulheres, elas eram explicadas pelo baixo nível econômico e educacional daqueles que as cometiam (TOURAINÉ, 2007).

Soihet (2007) corrobora a nesta situação, reforçando que, nos casos de crimes contra a honra, quando as mulheres, dizendo-se perseguidas pelo sedutor, justificavam sua atitude criminosa valendo-se dos argumentos estabelecidos pelos homens. Ao vitimizarem o companheiro que as ameaçavam, valiam-se de pressupostos estabelecidos pela ordem burguesa e masculina; alegavam incapacidade de mantê-las e aos seus filhos para mais facilmente, escaparem ao castigo.

Hoje, sabe-se que a violência contra as mulheres é muito maior do que se apresenta e que a situação delas foi transformada pela ação feminista. Todavia, há que se considerar ainda, dentro desse contexto, o incesto, do qual as filhas, as esposas ou as companheiras são e foram as principais vítimas. A violência física contra elas como parte de um processo mais amplo de opressão em todas as esferas da vida social, tem raízes muito anteriores a esse período (IZUMINO, 2004).

A violência contra mulher é, portanto, a expressão mais perversa do poder sobre ela, com severa repercussão no que tange à sua vida e à sua saúde, principalmente, a sexual. Culturalmente, ela não foi criada para reagir. Historicamente, à ela são exigidas satisfações, explicações e comportamentos que podem levá-la a ser recriminada no que diz respeito à infidelidade ou ao desempenho das suas tarefas domésticas, entre outras (BRASIL, 2003).

No cotidiano feminino, o poder e a dominação sempre estiveram em mãos masculinas, repercutindo na mulher o desencanto, possivelmente o desamor, a baixa autoestima, o descrédito à sua autoimagem e a sua corporeidade, enfim, o descaso para com a sua própria vida. Todavia, ao homem tudo é permitido, pela condição social que lhe é conferida. É esperado que ele seja viril e honrado, por assim dizer, brigador, violento, infiel, exigente e voluntarioso, pois, para todos os efeitos, ele dirige e sustenta o lar e a família. Essas práticas, não importando a classe social ou a época histórica em que elas aconteçam, fazem com que a mulher se surpreenda com a situação de violência por parte daquele que supostamente deveria protegê-la. Assim, a mulher decente, deve silenciar-se e não erguer a voz (ARAÚJO, 2007; PERROT, 2003; TOURAINE, 2007).

Giordani (2003) corrobora com essa afirmativa quando relata que o homem não aceita ser recriminado, tampouco dar explicações. A mulher, por sua vez, tende a introjetar acusações e a acreditar-se errada, motivando determinadas reações do parceiro. A sociedade reforça esse mecanismo, no momento em que aceita e permite a agressividade e a violência masculina, supondo que a mulher apanhe por ter feito algo por merecer.

Ao analisar este aspecto no contexto histórico-político brasileiro, vamos encontrar a questão da sexualidade feminina cruzando este universo, como uma imagem de perigo, de

acordo com os padrões de moralidade para os comportamentos afetivos, sexuais e sociais. Esses comportamentos, com o advento da República, sinalizavam um novo momento, e impunham, de acordo com interesses e expectativas dominantes, novas estratégias de acompanhamento (ARAÚJO, 2007).

Segundo Engel (2007), a Proclamação da República anunciou o começo de um tempo marcado pelo redimensionamento das políticas de controle social, cuja rigidez e abrangência eram produzidas pelo reconhecimento e legitimidade dos parâmetros burgueses definidores da ordem, do progresso, da modernidade e da civilização. O comportamento sexual, e a segurança pública foram algumas das principais áreas previstas de intervenção das estratégias normatizadoras, propostas pelas primeiras administrações republicanas. Para isso, houve um evidenciado comprometimento da psiquiatria com as políticas de controle social do momento.

Não foi, pois, por acaso que os primeiros tempos republicanos assinalaram as vitórias mais expressivas dos psiquiatras brasileiros, na busca constante do monopólio da única verdade possível sobre os conflitos e transtornos psiquiátricos, Ou seja, a controlar todos aqueles que pudessem ser capturados nas malhas, cada vez mais extensas e emaranhadas, da doença mental (ENGEL, 2007).

Não obstante, a construção da imagem feminina, a partir da natureza e das suas leis, implicaria em qualificar a mulher como naturalmente frágil, bonita, sedutora, submissa, doce, o que não poderia trazer eventuais problemas em relação às questões de sua feminilidade. Aquelas que revelassem atributos opostos seriam consideradas seres antinaturais. Se a mulher estivesse predestinada ao exercício de suas funções ou papéis, a sua recusa e a sua incapacidade de cumprir essas expectativas eram vistas como resultados da especificidade de sua natureza e ela era qualificada como problemática. Então, no organismo da mulher, na sua fisiologia específica, estaria inscrita a predisposição à doença mental, supostamente mais por razões morais do que propriamente médicas. Ela estaria mais próxima da loucura do que o homem, de acordo com os enfoques psiquiátricos do corpo e da sexualidade feminina (ENGEL, 2007; PRIORE, 2007). Então, há que se considerar os condicionamentos e determinantes socioculturais e históricos, entre outros aspectos.

Diante à sensibilização dessas questões, no início do século XX, algumas tentativas de reajustamento social das mulheres dos segmentos populares foram feitas, pois havia a preocupação de que adquirissem um comportamento próprio para elas marcado pelo seguinte perfil: recatamento, passividade e delicadeza. Esse fato facilitava a repressão e a arbitrariedade policial pois se não se enquadrassem nesse esquema, fugiam às normas próprias de sua natureza (SOIHET, 2007).

De acordo com a autora, as autoridades não queriam a presença de populares, nem de mulheres em certos locais, tendo em vista a frequência e a presença das camadas mais elevadas da sociedade e a visita de estrangeiros. Os tabus e preconceitos relativos ao comportamento das mulheres, à sua condição de classe e de gênero evidenciavam a incidência da violência sobre elas. Uma parcela de populares, efetivamente feminina, resistiu a esse processo. Então, a responsabilidade pela manutenção da família era vital para essas mulheres.

Fonseca (2007) escreve que a permanência e a liberdade de locomoção das mulheres nas ruas e praças, muitas vezes, forjava e improvisava papéis informais de sociabilidade. Dessa forma, elas eram cercadas por uma moralidade oficial, completamente desligada de sua realidade. Por outro lado, nem todos os homens se preocupavam com o sustento da casa. Muitas vezes, o salário do marido não era suficiente para suprir as necessidades domésticas, entrando em cena um dilema imposto, ou seja, diante da tentativa de escapar da miséria, a mulher se tornava pública, o que era verdadeiramente uma vergonha. As ofertas de emprego ou o mercado de trabalho para as mulheres pobres e com baixo nível de escolaridade não eram nada atraentes, levando-as a serem costureiras, floristas, camareiras e/ou prostitutas.

Sobre esta concepção histórica, entre o aprisionamento na esfera doméstica das mulheres e o surgimento da migração para o espaço público, Toledo (2008) e Fonseca (2007) relatam que, em vez de serem admiradas por serem boas trabalhadoras, como o homem em situação parecida, elas, com trabalho assalariado, tinham que defender sua reputação contra a poluição moral, uma vez que o assédio sexual era lendário, pautado na dependência biológica da maternidade que as tornavam imprestáveis para a vida pública.

A norma oficial ditava que a mulher devia ser resguardada em casa, ocupando-se dos afazeres domésticos, já que os homens asseguravam o sustento da família trabalhando no espaço da rua. Diante da sexualidade como prostituição, surgia o estereótipo como já indicado por Touraine, (2007). Se a sexualidade não se forma através das relações afetivas com os outros e pela introdução da vida sexual na criação de si, ela tem, como ponto de partida, a sua corporeidade e a expressão sempre mais direta do desejo, de seus objetos e de suas práticas. A construção da sexualidade une o corpo e o espírito, pressupondo a busca do outro e a relação em si como a criação da própria liberdade (BRAUNSTEIN, 2008).

As descrições da vida da mulher pobre dessa época, de seu trabalho e de sua trajetória familiar parecem desembocar sempre na mesma ameaça: a mulher decaída e a degeneração do seu corpo. A receita para a mulher ideal envolvia uma mistura de imagens: a mãe piedosa da Igreja, a mãe-educadora do Estado positivista, a esposa-companheira do aparato médico-higienista. Mas todas elas convergiam para a pureza sexual-virgindade da moça e para a

castidade da mulher. Historicamente, para a mulher ser honesta, devia se casar, pois não havia outra alternativa, e a virgindade, teoricamente, era necessária (FONSECA, 2007).

Então, pode-se entender que a virgindade era como um cristal, vista como um verdadeiro patrimônio familiar, de controle externo e de vigilância, o que valorizava, mais uma vez, o pai de família, no sentido de que a sua presença poderia proteger a pureza das filhas. No Código Civil, era prevista a nulidade do casamento, caso o marido constatasse que, antes da união conjugal, a noiva não era mais virgem. É o estado de donzela e da ignorância dos prazeres do amor, como um real valor aos pais, que podia efetivar barganha para conseguir um bom casamento, que claramente traria benefícios para a família da noiva (BISSOLI, 2009; SOIHET, 2007).

Segundo Houbre (2003), o início do século XIX, horrorizada com a afirmação física e moral das mulheres, a burguesia se apressava a subtrair as filhas à influência perniciosa, entrincheirando-as atrás da dupla tutela da Igreja e da mãe. Acomodando-as à instrução rudimentar oferecida pelos conventos, pelos internatos ou pelo preceptor domiciliar, a família empenhava-se em desenvolver uma educação moral, inibidora e castradora para as meninas; enquanto que, depois de desvirginada, uma menina arcava, quase sozinha, com as consequências de sua culpa. Antes da perda, sua proteção era vista como responsabilidade de outras pessoas, para justificar a autoridade sobre ela.

O descompasso entre a moralidade oficial e a realidade, fazia vítimas entre mulheres pobres e promovia, entre as mais ingênuas, a convicção de que, se não podia ser santa, só lhes restava ser prostituta. Para uma jovem bonita em tais circunstâncias, a prostituição soava como opção nada desprezível. Para a mãe viúva, o artesão desempregado e o imigrante pobre, a prostituição não era uma violação da retidão moral, mas, sim, um elemento indispensável da economia familiar (FONSECA, 2007).

Situações como a do marido que habitava a mesma casa onde morava uma prostituta amancebada com um irmão dele, ou da mulher que fugiu dos maus-tratos do marido e foi acusada de deixar sua enteada menor de idade no bordel, sugerem que nem toda mulher que entrava nessas casas de tolerância, como eram conhecidas, se prostituía-se. Essa prática era insinuada por meio de termos como procedimento incorreto e vida irregular, duvidosa e/ou fácil. Mulheres que eram vistas conversando ou em companhia de mulheres de vida fácil, e até mesmo conversando com homens estranhos em um mercado público, faziam crer que não eram mulheres sérias. Nas casas de tolerância, local onde moravam as meretrizes, habitavam também, algumas mulheres que simplesmente procuravam abrigo ou socorro moral junto a

amigas ou parentes. Isso influenciava a projeção de sua vida, do seu corpo, de sua autoestima e a expressão da sua sexualidade (D'INCAO, 2007; FONSECA, 2007).

Segundo Fonseca (2007), o que consta, em todo o caso, é que as prostitutas ou meretrizes não constituíam uma população à parte. Eram, na maioria das vezes, casadas ou amasiadas, e viviam nos cortiços e hotéis, lado a lado com mulheres honestas e operárias. Esse fato não significa que suas atividades profissionais eram necessariamente aceitas pelos vizinhos, muito menos pelo marido, tampouco sofriam um ostracismo radical. A figura da prostituta se localizava na encruzilhada entre o estereótipo aterrorizante da mulher decaída e a realidade vivida por um sem-número de amásias, mães solteiras e crianças ilegítimas; em outras palavras, entre a condenação pela moral burguesa e a tolerância tácita para com um modo de vida que se desviava, radicalmente, da norma oficial.

Em uma época em que o poder religioso confundia-se com o poder real, o pecado se confundia com delito. A falência do estado permitia a ingerência da Igreja na formação de uma conduta moral rígida. A Inquisição entrava em cena, instituída em 1233, pelo papa Gregório IX, e vigorou até 1859, quando o papado extinguiu definitivamente o Tribunal do Santo Ofício. Ela funcionou durante seis longos séculos, como uma instituição da Igreja, que perseguiu, torturou e matou vários de seus inimigos (NOVINSKY, 2007). Segundo a autora, a simbologia apresenta-se como um atributo vital para a compreensão da lógica inquisidora. Para a Inquisição o fogo era elemento imprescindível e visto como um fenômeno natural, e assim ele transformava-se em elemento-símbolo da purificação, configurando a ideia de desobediência a Deus (pecado) e ilustrando a imagem do Inferno. Daí, surgiu o momento da caça às bruxas.

A Inquisição reconheceu o problema da correta identificação das feiticeiras, detentoras de saberes e poderes ensinados e conferidos por Satanás. As mulheres, conforme visto anteriormente, foram as grandes sofredoras. A crença e a perseguição organizada representavam uma expressão da busca de explicação e de controle dos conflitos sociais (MAUERBERG-deCASTRO, 2007; SZASZ, 1978).

Durante séculos, a feiticeira representou o papel que lhe estava destinado, o de bode expiatório da sociedade. Após a publicação do famoso manual para perseguidores de bruxas, o *Malleus Maleficarum* (O Malho das Bruxas), os autores apresentaram critérios específicos para a identificação de bruxas, como aqueles ligados a características de doenças ou a comportamentos que predispunham fatalmente à transgressão, contestação ou dúvida no que concerne à Igreja ou aos pareceres da fé católica. A perseguição levou a uma interminável e completa caça às bruxas, com denunciante pagos, vizinhos bisbilhoteiros e uma limpeza

racista sangrenta. A acusada era tipicamente alguém do convívio daquele que foi afligido ou prejudicado (NOVINSKY, 2007; PORTELA, 2012; SZASZ, 1978).

Uma grande parte das confissões foi obtida sob tortura e com requintes de crueldade. As acusadas confessavam qualquer coisa que as livrassem de novos suplícios, e a execução, quase inevitável após a confissão, era considerada por elas um alívio para os seus sofrimentos. Outro argumento normalmente utilizado, que não difere grandemente do anterior, é que as acusadas de feitiçaria, em suas confissões, apenas repetiam o discurso teológico corrente, uma vez que a confissão espontânea, algumas vezes, evitava a pena de morte. Ou seja, a bruxa confessava aquilo que o inquisidor queria ouvir, na esperança de, com isto, fosse poupada da penitência (DUARTE, 2009).

Nunca a oportunidade de lembrar às mulheres o terrível mito do Éden reafirmado e sempre presente na história humana. Com isso, deve-se pensar na Inquisição e no Brasil em tempos de colônia, lembrando que o tribunal ganhou força e foi instalado também em diferentes lugares: Espanha, Portugal, França e Peru (NOVINSKY, 2007).

Na Inquisição do Brasil os jesuítas tiveram um desempenho importante a considerar. Eles foram, na colônia, os grandes aliados dos inquisidores. O bispo do Brasil, apesar de não pertencer aos quadros da Inquisição, também tinha autorização para abrir investigações, colher informações sobre os hereges e prender os suspeitos. O primeiro visitador do Santo Ofício chegou a Bahia, em junho de 1591. A notícia causou pânico na população, e significava que o Brasil seria uma terra sem leis religiosas e administrativas. A população colonial era, em sua maioria, analfabeta e desregrada e sofria com a falta de mulheres brancas e realmente não se tocava nas perfeições dos ensinamentos da Igreja, por diversas vezes ridicularizados e raramente seguidos. O Santo Tribunal não chegou a ter seu corpo burocrático instaurado no Brasil e os acusados eram remetidos a Lisboa para o processo de Autos da Fé (CHAHAD, 2006).

Para tal situação em terras brasileiras, havia justificativa. No início da colonização, a Igreja se incomodava intensamente com os modos e comportamentos dos que já se encontravam ou chegavam por aqui, como por exemplo a bigamia, o sexo descontrolado dos portugueses com as índias e a sodomia, praticado entre pessoas de sexos diferentes. Para Portugal, modos como esses não eram tão importantes como os crimes de opinião, principalmente contra a existência de Deus e a atuação da Igreja, não justificando assim, a construção de um Tribunal em terras coloniais (PORTELA, 2012; VAINFAS, 2007).

A Igreja, por meio da Inquisição, e o Estado se relacionavam de maneira simbiótica, um a favor do outro, com o intuito de dominação econômica e poder político. Numa época em

que o resto do mundo estava sendo descoberto, Portugal e Espanha eram as grandes metrópoles (NOVINSKY, 2007; VAINFAS, 2007). Segundo Pedroso (2005), durante o período colonial brasileiro, o poder da Igreja atuou juntamente com o poder real, ditando suas formas de crime e de castigo e a Igreja e o Estado construíram e manipularam juntos os conceitos e significantes de criminalidade.

Hoje, na impossibilidade de se utilizar a fogueira purificadora da época medieval, a prisão tornou-se o símbolo do direito de punição do Estado que teve, por ocasião de sua implantação no Brasil, utilização variada: serviu como alojamento de escravos e ex-escravos ou como asilo para menores e crianças de rua; foi confundida com hospício ou casa para abrigar doentes mentais e, finalmente, serviu como fortaleza para encerrar os inimigos dos políticos; e, na atualidade, essa instituição serve também para proteger a sociedade (PEDROSO, 2005).

3.3 O corpo e a imagem na relação com a liberdade

Segundo Jorgetti (2009), todos nós nascemos com um corpo, mas precisamos experimentá-lo para que ele possa se manifestar e existir para nós, como unidade. Esse processo continua durante toda a vida e qualquer mudança psíquica provoca uma resposta motora, como tensão ou relaxamento muscular. Então, o modelo que construímos do nosso corpo é subjetivo e vai além da estrutura física. Dessa forma, a imagem corporal se estende a objetos e se propaga no espaço. Ao se propagar, ela cria uma espécie de aura ou zona de sensibilidade, que varia conforme situações específicas. Para senti-la, basta que alguém com quem não tenhamos intimidade se aproxime de nós. Mesmo que não sejamos tocados, sentiremos a intromissão da pessoa em nossa imagem corporal. Essa zona de sensibilidade, juntamente com fatores relativos à educação e à cultura, explica a distância espacial que estabelecemos em relação às pessoas.

Quanto maior nosso grau de intimidade, maior será nossa proximidade corporal. Pode-se, pois, verificar a estreita relação entre nosso estado emocional, a zona sensível que envolve nossa imagem corporal e o espaço físico (JORGETTI, 2009).

A imagem corporal de qualquer pessoa perpassa por uma representação mental do corpo, o modo como ele é percebido pelo indivíduo, em que o movimento corporal, a sensibilidade, a emoção, a autoestima e o processo cognitivo, associados às intervenções do

ambiente e da cultura, influenciam o seu jeito de sentir e agir, de ser e estar. Assim, como todo indivíduo, a mulher possui uma imagem corporal de si e uma bagagem gestual construída desde a primeira idade e em contínua transformação. Por meio da expressão de suas emoções, das tensões, da sua postura, da gestualidade, bem como da sua sexualidade, a história individual dela está registrada em seu corpo. Um registro corporal é criado por meio das respostas às percepções e sensações experimentadas. Essa memória corporal permanece, mesmo em relação a acontecimentos que não sejam mais conscientes (LAUS VERAS, 2010).

Por outro lado, a história de vida das pessoas que cumprem pena em instituições prisionais fica muito longe de refletir o sofrimento vivido por elas. Esse sofrimento é democrático e de grande alcance, pois engloba a mulher que ingressa, a que já ingressou e aquela que reincide por algum motivo no sistema penal, mexendo com a sua alma, com a sua mente e com o seu corpo como um todo. O momento ou período de reclusão não pode ser definido como um processo linear e igual para todas as mulheres presas. Apesar da privação de liberdade, cada uma delas carrega para dentro da prisão, o seu corpo, a sua história e a sua idade, que, de certa forma, já foram construídos e não se trata apenas de se adequar às normas, regras e horários, mas de sentir, reagir e viver esse momento da vida à sua maneira. (BASTOS, 2009; COLOMBAROLI, 2011; SOUZA ; PASSOS, 2008).

Sobre a percepção desses sintomas corporais, Costa (2004) refere que o corpo físico é explicitamente identificado como um dos componentes do conflito psíquico e não apenas como o pano de fundo opaco ou nebuloso de embates entre afetos, pulsões, representações e instâncias subjetivas. Diante dessas mudanças, a imagem corporal também precisa ser reformulada, porque ela é a representação mental do próprio corpo, o modo como ele é percebido pelo indivíduo e compreende não só o que é percebido pelos sentidos, mas também as ideias e os sentimentos, em grande parte inconscientes (SCHILDER, 1999).

Nessa relação com o sofrimento no cárcere, não se exclui a expectativa sobre as mudanças e perdas, em consequência da privação de liberdade pelo delito cometido. Fatores importantes, sejam eles de raiva, abandono, culpa ou desprezo, ampliam ou compõem a gravidade de todas essas experiências para a mulher presa. Segundo Goffman (2007), as penitenciárias, enquanto instituições totais em nossa sociedade, são estufas que mudam pessoas. Cada uma delas é um experimento natural sobre o que pode ser feito ao seu eu.

Por outro lado, Tavares (2003) destaca que a imagem corporal remete a uma experiência de primeira pessoa, e trata-se de uma experiência muito especial, no sentido de que o objeto em foco corresponde ao eu, incluindo aspectos conscientes e inconscientes que se interagem de uma forma espetacularmente dinâmica com as relações com o mundo. Dessa

forma, a percepção da mulher presa sobre a sua realidade atual e sobre ela mesma torna-se, uma experiência singular. De todas as maneiras que as pessoas percebem seus corpos, a mais proeminente é a imagem que elas têm dele diante de uma fragmentação desta percepção corporal, pois a vivência de imagens não é um processo isolado. A tendência é que ocorra a paralisação do desenvolvimento da imagem corporal.

Assim, qualquer aspecto que cause impacto visual significativo interfere na imagem corporal, constituindo uma alteração da autoimagem. A imagem corporal configura o modo como o indivíduo sente e pensa seu corpo e sua aparência pessoal e o indivíduo satisfeito com sua autoimagem e em harmonia com seu corpo terá a autoestima equilibrada e maior probabilidade de ser confiante nas atividades sociais, e ele se sentirá mais confortável e seguro nos relacionamentos, de modo geral (PEDROLLO; ZAGO, 2000).

Isso posto, a mulher detenta é privada de toda e qualquer comodidade material, recebendo apenas o que é mínimo à sua higiene pessoal. Todo esse processo, denominado perda da subjetividade, consiste na desprogramação dessa mulher, bem como na perda de sua identidade. Segundo Goffman (2007), isso faz com que ela se torne apta a um novo mecanismo de reprogramação, claramente baseado em regras que, naturalmente, enquadram, adestram e padronizam as pessoas. Como a estada do confinamento é muito longa, pode ocorrer, caso a mulher volte para o mundo exterior, o que já foi denominado desculturamento, isto é, o destreinamento, que a torna temporariamente, incapaz de enfrentar alguns aspectos da vida diária.

Nesse sentido, entende-se que novamente a mulher detenta está diante de outro momento de desprogramação e de reprogramação, pela perda da sua identidade ao passar pela experiência de reclusão. De acordo com Tavares (2003), o processo de desenvolvimento da imagem corporal passa por essa experiência, pois está vinculado a fatores biológicos, culturais, afetivos e ambientais, que encontram paralelo no desenvolvimento da identidade do próprio corpo.

As mudanças e alterações que acompanham o processo de confinamento representam um grande desafio para a mulher encarcerada, pois, ao entrar no sistema, é necessário que haja uma adaptação às novas mudanças. Consequentemente, há um certo controle emocional sobre a atual situação, onde tudo é proibido e controlado; é o enfrentamento de uma circunstância de extremo terror e violência, estabelecido entre opressores e oprimidos num modo objetivo de opressão; e no encarceramento, segundo Freire (1997), quem inaugura o terror não são os débeis, e que a ele são submetidos, mas os violentos que, com seu poder, criam uma situação concreta e geram os demitidos da vida, os esfarrapados do mundo.

Dessa maneira, a mulher detenta, precisa elaborar o luto pela perda da liberdade do corpo e aceitar a chegada do período de confinamento, que lhe impõe a verdadeira alienação da sua sexualidade, pelo abandono do marido ou parceiro, a definição de seu papel na manutenção ou não da família, diante do afastamento dos familiares e dos filhos, e a vulnerabilidade em relação à sua saúde física, social, mental e sexual. O luto que ocorre nesse período leva à uma perda da antiga imagem corporal e da identidade de mulher livre, e implica na busca de uma nova identidade. Sobre essa perda e elaboração de imagens, Damásio (2000) afirma que elas são a moeda corrente da nossa mente, são construídas quando se mobiliza e se recompõe objetos a partir da memória.

3.4 A mulher na criminalidade

Referenciais teóricos e práticos sobre as questões problematizadoras que envolvem as mulheres detentas têm revelado que, embora quantitativamente, a população prisional feminina é bem inferior à masculina, e é certo que essa problemática apresenta aspectos próprios que apenas a realçam como mais séria e de gravidade extrema, na condição de pessoa presa ou condenada pela Justiça Criminal Brasileira.

Ao longo das últimas décadas, a criminalidade urbana, em função do crescimento e de sua intensidade, tem sido a preocupação de muitos setores da sociedade. Vários autores têm estudado, amplamente, o assunto e observado que a criminalidade feminina, em números absolutos, é significativamente menor em comparação à masculina. Isso caracteriza que a maior parte dos crimes cometidos pelas mulheres acontecem em ambientes privados ou domésticos (SALMASSO, 2004).

Nos anos 1970, os teóricos se voltaram para a necessidade de investigações mais abrangentes no âmbito sociocultural, procurando demonstrar cientificamente as mudanças de estrutura material na vida das mulheres por meio da demanda do trabalho em épocas de crise ou de satisfação profissional. A presença da mulher, não apenas na área do trabalho fora de casa, mas em diferentes campos, como no esporte e na política, pode ser um indicador da redução da desigualdade entre os sexos, no âmbito da sociedade ocidental. Apesar disso, a mulher ainda sofre com a "estabilidade dos membros em relação aos processos culturais", isto é, há a preponderância da cultura machista sobre a condição feminina (SALMASSO, 2004). A autora afirma A autora afirma que a mesma sociedade que, ao longo dos últimos anos no

Brasil, percebe o aumento gradativo da violência também constata proporcionalmente o aumento da participação da mulher no campo da criminalidade em relação aos homens.

Um aumento crescente da criminalidade feminina justifica este aumento com base na inserção da mulher no mercado de trabalho. Os achados mostram que o perfil da mulher presa caracteriza-se por ela ser solteira, jovem, ter no mínimo dois filhos, ter exercido atividades informais e geralmente de baixo *status* social e/ou econômico, ter estudado até a quarta série do Ensino Fundamental, ter tido contato com o ambiente prisional antes do encarceramento através de visitas e já ter tido algum membro da família preso. A consequência da conquista da mulher por espaços que historicamente eram ocupados apenas por homens vem despertando interesse no campo de pesquisa pelo aumento da atuação da população feminina no complexo e progressivo fenômeno da criminalidade (BASTOS, 2009).

Segundo o autor, o crime tem sido descrito dessa forma devido a uma diversidade de teorias que tentam explicar suas causas abrangendo fatores biológicos, ambientais, sociais, econômicos, psicológicos e até psiquiátricos, estabelecendo, dessa maneira, um problema de saúde mundial. KIM *et al.* (2009) sugerem que, apesar da existência de vários estudos internacionais na literatura do crime, há carência de dados estatísticos relativos ao gênero feminino, ou seja, informações sobre a criminalidade feminina.

Um estudo sobre a criminalidade feminina afirma que a regra de decisão dos indivíduos a se engajarem no crime depende principalmente dos retornos esperados da atividade ilegal exceder aos retornos esperados da atividade legal. Atualmente, a mulher, ao ocupar o lugar de chefe de família e ao tentar de minimizar as desigualdades, as perdas sociais e econômicas, acaba incorrendo em uma relação com a criminalidade que até então pertencia ao mundo masculino. Para a relação desigualdade de renda e criminalidade já existe forte evidência empírica em vários estudos internacionais e em alguns poucos trabalhos nacionais (KIM *et al.*, 2009)

Para esses autores, alguns enfoques merecem destaque quanto ao estudo da criminalidade feminina, como a análise dos fatores socioeconômicos e culturais apropriados à entrada e à permanência das mulheres no mundo do crime, conhecer os principais delitos praticados por mulheres e desvendar suas motivações. Assim, devemos ter uma maior contribuição para a compreensão da criminalidade feminina.

A realidade das políticas penitenciárias, como já foi dito, foram pensadas pelos homens e para os homens. Constata-se a necessidade de investimento teórico-prático, visando levar à mulher detenta, a possibilidade de uma atenção humanizada, enquanto direito, mesmo que em regime de detenção (COLOMBAROLLI, 2011; PINTO ; HIRDES, 2006).

De acordo com Misciasci (2010), antes dos anos 1970 e bem depois da Antiguidade, os crimes mais praticados pelas mulheres eram puramente passionais. Já entre as décadas de 1960 e 1970, a figura da mulher aprisionada se revelava em rebeldia em delito. Na primeira, por questões políticas, o aprisionamento se dava em repúdio a ideologias e militâncias não aceitas pelo poder maior do Estado e, na, segunda, respectivamente, as mulheres eram presas por práticas de furto, o maior tipificador a garantir mandatos de prisões e condenações, por ser considerado uma forma mais acessível, rápida, de menor risco, pouca dedicação e solitária, isto é, não havia a divisão do lucro e não necessitava de sócios ou sociedades/parcerias.

Autoras como Colombaroli (2011) e Misciasci (2010) relatam que o aumento de mulheres presas na última década se deu pelo grande número de condenações por posse, uso e tráfico de drogas. O perfil foi mudando, assim como os delitos. A maioria das mulheres presas por tráfico de drogas, as chamadas “mulas”, ocupa posições subalternas ou menos importante na estrutura do tráfico, por exemplo, tem poucos recursos para “negociar sua liberdade” quando capturada pela polícia, não tem condições para a contratação de um defensor, contribui para se “explicar” ou tentar “justificar” parcialmente esse aumento e consequente mudança do delito.

Segundo Salmaso (2004), durante muito tempo o estudo da mulher delincente não foi tão explorado, pois se partia-se do princípio que os dados relacionados à criminalidade feminina se associavam aos dados da criminalidade masculina e, dessa forma, não recebiam um tratamento distinto.

Atualmente, com as novas correntes historiográficas e com a introdução da categoria “Gênero”, a população prisional feminina mesmo sendo bem inferior à masculina, na sua problemática, apresenta aspectos sobre a condição específica e duplamente vulnerável da mulher. A criminalidade feminina, que não é contemplada num sistema prisional genuinamente masculino, apresenta aspectos próprios, como a complexa especificidade de ser mulher em relação à vulnerabilidade e às questões sociais de gênero, pois esta vulnerabilidade é depositada na pessoa que é presa ou condenada, o que não a torna menos séria e grave por isso. O ingresso da mulher no sistema prisional desestabiliza sua identidade e compromete a vulnerabilidade da sua imagem na condição de presa ou condenada (BASTOS, 2009; CERNEKA *et al.*, 2012).

Mesmo nessa condição, cada mulher, à sua própria maneira, experimenta a forma de ver e sentir ir o mundo que vive. Ela vivencia tudo, mas não está só, sente, percebe e se expressa através da unidade do seu corpo.

Não resta dúvida que o tratamento recebido pela mulher na condição de presa ou condenada, não está atento aos aspectos próprios dela, ou seja, à sua condição emocional e à maternidade, por exemplo. Porém, há questões importantes e decisivas ligadas à especificidade da mulher, como a padronização masculina do uniforme carcerário que deve ser usado por ela, desrespeitando a diferença de gênero. Isso afeta alguma vaidade que ainda lhe resta e a faz se sentir muito gorda ou muito magra, feia e desajeitada, deixando de cuidar das unhas, dos cabelos, e algumas vezes raspando-os totalmente como se a imagem não tivesse importância para ela (DUARTE, 2009).

Em geral, o tratamento diferente de mulheres e homens no que concerne à concessão de visitas, constitui uma discriminação com base no sexo, proibida pelo Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos e pela Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, ambos ratificados pelo Brasil. A recusa tradicional de visitas conjugais às detentas, segundo o autor, reflete a dificuldade, historicamente maior da sociedade, de reconhecer ou lidar de forma confortável com a sexualidade feminina e com as atuais regras de visitação utilizadas por muitos estados que continuam a reforçar estereótipos sexistas.

Mesmo quando as autoridades carcerárias interferem no comportamento possivelmente, promíscuo dos detentos, e não tomam medidas para evitar a propagação de doenças sexualmente transmitidas em prisões masculinas, ainda assim só é permitida às detentas atividade sexual monogâmica rigidamente controlada e apenas a algumas mulheres cuidadosamente selecionadas (DUARTE 2009)

Howard (2006) e Cerneka *et al.*(2012) advertem que as condições de saúde precárias e o acesso restrito a cuidados médicos estão entre os problemas mais sérios e difundidos que homens como mulheres enfrentam nas penitenciárias e cadeias de São Paulo. A crise na assistência à saúde tende a ter efeito desproporcional nas mulheres, que frequentemente sofrem esse tipo de problema e requerem mais cuidados médicos que os presos homens. Problemas relativamente menores até os que requerem cuidado especializado e urgente são constantemente relatados pelas mulheres que estão ou ingressam no sistema penal brasileiro.

3.5 A mulher detenta no Brasil

O delito feminino é uma constatação, é uma realidade. O perfil da mulher presa no Brasil não foge à regra do perfil geral do encarcerado em uma sociedade que, é patriarcal, racista e capitalista: são mulheres jovens, pobres e negras. No mundo, são mais de 625.000 mulheres presas, condenadas ou em prisão provisória. A maioria deles foi privada da liberdade em razão de acusações e condenações por condutas relacionadas às drogas arbitrariamente selecionadas e ilícitas, e muitas estão irregularmente mantidas presas em delegacias policiais. O Brasil, que, no total, tem a quarta maior população carcerária do mundo, mantém essa mesma vexatória posição quando considerada apenas a população carcerária feminina (LAW ENFORCEMENT AGAINST PROHIBITION (LEAP)-BRASIL, 2012).

O crescimento da população feminina tem sido maior que o da masculina e vem se mantendo em percentuais elevados nos últimos anos. A estimativa de crescimento aponta que, em dezembro de 2012, as mulheres encarceradas no mesmo ano representaram 7,65% da população carcerária total do país (atualmente representam 6,12%). Segundo os dados levantados, existiam no Brasil, em abril de 2008, 508 estabelecimentos penais contendo mulheres encarceradas, sendo 58 exclusivos para mulheres. No geral, levando-se em conta as devidas proporções, os estabelecimentos penais exclusivos para mulheres apresentam uma estrutura em melhores condições do que o dos homens, salvo exceções que se revelam verdadeiros depósitos de seres humanos (BRASIL, 2008).

Os últimos dados disponíveis, referentes ao primeiro semestre de 2012, revelaram 36.039 mulheres em algum tipo de regime de privação de liberdade, correspondendo entre 6,2% e 6,9% da população carcerária brasileira, para um total de 21.924 vagas atuais existentes no sistema. O fato de essa porcentagem ser pequena faz com o poder público não dê muita atenção aos problemas dessas mulheres e priorize os problemas masculinos no sistema penal (BRASIL, 2003; LEAP-BRASIL, 2012).

A disponibilização de dados oficiais no Brasil é algo que compromete todo um segmento e tem a sua intencionalidade. Sobre isso Perrot (2010) corrobora na afirmação de que a informação é sempre dificultada no que tange às classes populares, e é incrivelmente pior em relação ao mundo carcerário ou à delinquência, por definição obscuros e dissimulados e ainda sempre descritos pelo olhar da lei.

As mulheres detentas integram grupos de vulnerabilidade e exclusão social e vale destacar que 95% delas foram vítimas de violência em algum momento da vida, quando criança, ou mais tarde com um parceiro ou parceira íntima, ou ainda nas mãos da polícia no momento da prisão (COLOMBAROLI, 2011; GIORDANI; BUENO, 2003a).

Essas mulheres no Brasil, na sua maioria, são pardas, solteiras, com menos de 35 anos, destacando-se que têm entre 18 e 24 anos de idade. O tempo total das penas é de 8 a 15 anos, e, em geral, são presas por roubo ou tráfico de drogas; este último levou a prisão mais de 17 mil mulheres, quase sempre conduzidas ao crime pelos seus parceiros. Estudos revelam que o perfil educacional delas é nitidamente muito baixo: mais de dois terços (68,5%) das mulheres encarceradas nunca frequentaram escola ou têm somente o primeiro grau incompleto e 12,6% se disseram analfabetas. A procedência dessas mulheres tanto é de municípios do interior quanto das regiões metropolitanas brasileiras, mas não se deve negligenciar a presença das mulheres estrangeiras, que atualmente soma 929 detentas, originárias da Europa, da Ásia, da África e das Américas, representando, assim, em torno de 0,5 % do sistema prisional feminino brasileiro (BRASIL, 2003; CERNEKA *et al.* 2012).

De acordo com o Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), o número de presos cresceu 121% no Brasil, com dados coletados entre 2000 e 2011. A população carcerária feminina, no entanto, cresceu o dobro. As mulheres, muitas vezes, são usadas, pelos homens, o que o autor chama de machismo do crime. O machismo muito provavelmente também está presente no tema-risco de ser preso e os homens estariam “usando” as mulheres para o transporte de drogas, o que diminui o risco deles perante a possibilidade de prisão (CARLOS, 2012).

A Pastoral Carcerária do Brasil (PCB) (2012) relata que, nas cadeias que são unidades de segurança pública, as mulheres representam somente 7% da população prisional, porém são 13% das pessoas presas em unidades da polícia, o que geralmente corresponde a um risco maior de tortura, a menos acesso à assistência médica, a condições ruins e insalubres de vivência e a absoluta falta de recursos para limpeza e higiene pessoal. Dentre as várias informações apresentadas neste relatório, constata-se violação de direitos humanos, quando são citadas unidades prisionais compartilhadas entre homens e mulheres. Essa situação aumenta a vulnerabilidade da mulher detenta às doenças sexualmente transmissíveis. Giordani e Bueno (2002b) corroboram sobre o assunto, quando falam da necessidade emergencial de reformulação do sistema prisional brasileiro, tendo em vista o crescimento do número de mulheres encarceradas contaminadas pelo HIV no Brasil e a falta de programas educativos de prevenção às DST-aids em cadeias públicas femininas.

A prisão, segundo Strazza *et al.*(2007), é considerada um lugar de alto risco, principalmente pela heterogeneidade da população confinada no mesmo espaço, com indivíduos vivendo regras próprias, e apresentando como consequência maior exposição a riscos físicos e psicológicos, a doenças infecciosas que podem ser trazidas de fora ou adquiridas dentro da prisão. É necessário investigar constantemente como está o sistema carcerário em todo o Brasil, sobretudo no que se refere ao direito à saúde, visto que a população que se encontra sob esse regime de confinamento possui importância epidemiológica e sanitária. Para isso, é necessário observar os direitos e os deveres dos cidadãos (LIMA *et al.*, 2005).

No Brasil, as delegacias de polícia são construídas como estabelecimentos pequenos de detenção temporária, ou seja, o tempo necessário até a transferência para penitenciárias, e normalmente não oferecem infraestrutura para trabalho, lazer, educação, visitas ou outras atividades, favorecendo a ociosidade. Em outras palavras, as plantas físicas desses lugares são extremamente inadequadas e mal equipadas para manter qualquer tipo de preso, por um longo período de tempo, especificamente as mulheres detentas (REIS; BERNARDES, 2011).

As mulheres compõem uma pequena porcentagem da população prisional e como consequência deste fato, muitos estados brasileiros possuem somente uma ou duas unidades femininas, implicando um distanciamento geográfico maior entre as mulheres encarceradas e suas famílias, acarretando o desconhecimento do estado de saúde delas pelos seus familiares, do andamento do seu processo e, fundamentalmente, a perda de contato com os filhos, agravada pela ausência de telefones públicos nas unidades (PCB, 2012). Muitos estados do Brasil estão distantes de possuir número adequado de defensores públicos. Desse modo, as mulheres têm de pagar sua assistência, que, às vezes é sem qualidade, ficar anos esperando uma audiência ou cair no esquecimento. As mulheres presas sofrem pela falta de atendimento médico e odontológico, pela separação dos filhos, pela negação de sua sexualidade e pela solidão (BRASIL, 2003; HOWARD, 2006; ILGENFRITZ, 2003).

De acordo com Giordani (2003), as mulheres presas são duplamente discriminadas, por serem mulheres e por estarem presas, e, com isso, acontece também, o ingresso no processo de despersonalização, uma vez que ela passa a ser uma engrenagem no sistema institucional, obedecendo regras impostas pelas próprias companheiras e pelos superiores, para manter a ordem e a disciplina em um ambiente que muito provavelmente não lhe garantirá a integridade física.

A privação da liberdade, a constante exposição ao uso de drogas e ao contágio de várias enfermidades, o descumprimento dos dispositivos legais e de bens de serviços que

regulamentam o estado de confinamento, a questão da superlotação desconstroem o valor da dignidade humana dessas mulheres, assim como a possibilidade de reinserção social, favorecendo a discriminação.

3.6 A evolução das prisões femininas

Segundo Peixoto (2001), a história relata que ideias formuladas nos anos 1930 associavam as causas de delinquência feminina a questões de ordem biológica, como neuroses e sexualidade, entendendo que a melhor proposta aceita, na época, foi a de que religiosas administrassem a prisão feminina, e elas teriam a tarefa de cuidar moralmente das presas, despertando nelas a domesticidade, uma característica tida como tipicamente feminina e controladora dos instintos sexuais. Isso revelou uma recuperação de presos e presas de forma diferenciada na época, e, no que diz respeito aos homens, a recuperação foi associada à sociedade, no resgate do cidadão.

Para as mulheres, de acordo com Peixoto (2001), a recuperação estaria associada ao lar, na recuperação da figura doméstica do feminino, ou seja, à mãe, à esposa, à dona de casa, enfim, à rainha do lar. Já início dos anos 1940, foram criadas as primeiras prisões femininas no Brasil. Em 1941, surgiu em São Paulo o Presídio de Mulheres, junto ao Complexo do Carandiru e, alguns anos depois, tornou-se a Penitenciária Feminina da Capital.

Em 1942, no Rio de Janeiro, foi criada a Penitenciária das Mulheres, depois chamada Presídio Feminino Talavera Bruce. Ocorreu nesse período, pela primeira vez no país, a separação de celas por sexo (PEIXOTO, 2001).

O Presídio Sant'Ana foi inaugurado em dezembro de 2005, com capacidade para receber 2.500 mulheres. Hoje, mantém uma população aproximada que varia de 3.500 a 4.000 reeducandas e é a maior penitenciária feminina da América Latina. Embora se acreditasse que a estrutura desse presídio pudesse manter as mulheres detentas de todo o estado, ou a maior parte delas, com o aumento da população carcerária feminina, isto se tornou inviável, razão pela qual, em São Paulo, há uma previsão de inauguração anunciada de outras Unidades Prisionais Femininas, distribuídas pelo interior do estado (MISCIASCI, 2010).

Um estudo recente sobre o âmbito da prisão provisória em unidades prisionais da cidade de São Paulo relata que a Penitenciária Feminina de Sant'Ana possui capacidade para 2.400 mulheres, mas a sua população atual é aproximadamente 2.700, das quais cerca de 840

são presas provisórias, uma vez que esta unidade prisional funcionou até fevereiro de 2011 como um grande centro de detenção provisória feminina da capital. O fato se deu em razão das prisões provisórias da unidade, da superlotação, de preocupações institucionais com o aumento da criminalidade feminina e com o consequente aprisionamento e com questões de gênero. É importante fazer a referência de que esses dados são de 2010 e fornecidos pelas instituições responsáveis pela administração dessas unidades no Brasil (CERNEKA *et al.*, 2012).

Ficam muito claros os entraves e as dificuldades em relação à organização e coerência no fornecimento de dados específicos em relação ao sistema prisional no país, pelas instituições responsáveis. Tal situação não contribui para a melhoria das políticas públicas para a implementação pontual e de avaliação do modelo de atenção *in loco* nas unidades prisionais brasileiras, advertem as autoras.

Correndo contra a condição atual de superlotação carcerária e em respeito às particularidades e necessidades femininas, principalmente aquelas ligadas à saúde, foram entregues em 2011 duas penitenciárias exclusivamente para mulheres: a de Tremembé e a de Tupi Paulista e uma em 2012, a Penitenciária Feminina de Pirajuí. São as primeiras do país a serem projetadas especificamente para mulheres. O investimento total dessas três unidades, com capacidade para mais de 2,2 mil detentas, foi de 140 milhões de reais. Das 49 novas unidades prisionais previstas, oito serão destinadas às mulheres (BRASIL, 2012). Atualmente, o Brasil tem uma carência de 14 mil vagas femininas no sistema penitenciário.

Sabe-se, até então, que as presas cumprem pena em prisões adaptadas, construídas para abrigar homens. Hoje o Brasil possui 508 unidades prisionais com mulheres encarceradas, com apenas 58 exclusivamente femininas e 450 compartilhadas entre homens e mulheres. Nelas contata-se o uso excessivo e arbitrário do poder de prisão, enquanto violação de direitos humanos, que afeta centenas de mulheres a cada ano e é ignorado por formadores de políticas e aplicadores da lei (CERNEKA *et al.*, 2012)

Sobre o assunto, Soares (2006) escreve que o modelo atual de instituições penais, além de não serem eficazes no convencimento de quem está disposto a delinquir, produz efeitos negativos no condenado, e isto inclui a mulher detenta, porque humilhações e sofrimentos dificilmente levam ao arrependimento, tampouco, enobrece o espírito. Pelo descaso com a condição específica de ser mulher, essas instituições normalmente produzem o efeito contrário, aprofundam ressentimentos, ódio e depreciação da autoestima da mulher.

3.7 A contextualização da mulher detenta no sistema penitenciário brasileiro

A complexidade que caracteriza o sistema penitenciário brasileiro não exclui o encarceramento feminino. A mulher, ao ser detida para cumprir pena em consequência de seu ato infracional ou delituoso, passa por momentos de conflitos consigo mesma, em função da realidade em que se apresenta: a privação de liberdade, que, invariavelmente, afeta o autocuidado e, por consequência, o seu corpo, a sua sexualidade, a sua autoimagem e, por conseguinte, a sua autoestima.

Por outro lado, os severos problemas existentes no sistema carcerário do país, tais como a falta de higiene, a precariedade dos serviços de saúde e jurídicos, entre outros, bem como, a complexidade administrativa do setor, aliados à superlotação do sistema podem ser importantes indicadores negativos, fortalecendo a ira, e o ódio, e, o sofrimento causados também pelo distanciamento humano e de si mesma e da sua comunidade, incluindo a própria família, situações essas reveladas no cotidiano prisional da mulher encarcerada (GIORDANI, 2000; PINESE, 2005; STRAZZA *et al.*, 2007).

Então vale contextualizar que neste processo, o Brasil no total, tem a quarta maior população carcerária do mundo. Mantém essa mesma vexatória posição, quando considerada a população carcerária feminina (LEAP-BRASIL, 2012).

Isto reflete também, na manutenção desse contexto. A arquitetura dos prédios, das unidades prisionais do Brasil, além de ter feição de confinamento, foi projetada para receber um número exato de pessoas, na sua grande maioria homens. Com esse fato constatado, o presídio, acaba não cumprindo seu papel, diante do convívio social e da sobrevivência por anos no regime penal, sem qualquer atividade cultural, de lazer ou esportiva, entre outras, que possa reduzir o impacto dessa realidade, durante o encarceramento. Geralmente, os espaços destinados a banho de sol e convivência são inadequados, insalubres e fazem parte do processo do cumprimento da pena. É sabido que, em nosso país, existem problemas importantes e significativos em relação à informação de dados oficiais. Mesmo assim, vale destacar que o interior das penitenciárias femininas, abriga em média de 6,2% a 6,9% da população carcerária brasileira, o que, por si, merece investimento nesse sentido (BRASIL, 2012 ; HOWARD, 2006).

É dramática a situação vivida pela população encarcerada em países como o Brasil e, em relação à mulher detenta. O delito feminino que não é contemplado num sistema prisional genuinamente masculino apresenta aspectos próprios, relativos à especificidade de ser mulher

e cuja suscetibilidade, possibilita maiores danos à sua saúde. A transição, identificada no momento da perda da liberdade, faz com que, diante da situação de confinamento, a mulher perceba que, de um momento para o outro, ela está despojada de direitos comuns e de livre expressão, como ter o nome substituído pelo número de matrícula, ou ainda ser desapropriada de sua vestimenta e de seus pertences pessoais mínimos (GOFFMAN, 2007; HOWARD, 2006; PINESE, 2008).

De modo geral, a ausência de bens e serviços, principalmente, da educação, saúde, autonomia e segurança, entre outros, altera a percepção de si e do espaço, em função da condição da detenção. Isso também ocorre no encarceramento feminino (SOUZA; PASSOS, 2008). O sistema penitenciário feminino segue, pois, os padrões do sistema penitenciário masculino, o que acarreta a não valorização e a especificidade das questões de gênero, bem como as necessidades de atenção distintas em relação aos cuidados e ações para valorização da saúde da mulher encarcerada.

Segundo Martins (2001) e Colombaroli (2011), a superação dos complexos problemas trazidos à mulher pela pena privativa de liberdade exige máximo envolvimento e reais compromissos da sociedade civil e, em última instância, de toda a comunidade.

Assim, a mulher detenta é despojada de seus direitos, além do convívio social e familiar, divide com outras mulheres detentas a monotonia de dias sempre iguais e, frequentemente, passa a ser alvo de inúmeras injustiças e violências.

Essas mulheres relatam terem sofrido violência e assédio moral pela polícia e acabam não fazendo reclamações oficiais porque têm medo de represálias. Regularmente, a polícia costuma ameaçar e insultar essas mulheres, referindo-se a elas, com palavras altamente depreciativas e com um vocabulário ofensivo, rude, obsceno, agressivo ou imoral (COLOMAROLI, 2011).

Em relação aos espaços disponíveis para algumas atividades físicas ou de lazer, ao contrário das prisões masculinas, na maioria das prisões femininas, as áreas de exercício são incipientes. Muitos cárceres têm apenas pequenos pátios pavimentados (HOWARD, 2006; SILVA, 1998).

A alienação e a mutilação da identidade, no momento em que é modelada pelas regras do sistema a um estereótipo, ficam evidentes durante o cumprimento da pena (GIORDANI 2000; PINESE, 2005, 2008).

Não obstante, o cotidiano na prisão é sobretudo penoso para as mulheres. Isso inclui as dificuldades de adaptação no sistema penitenciário, além, de problemas estruturais de uma organização prisional que não contempla a presença feminina, uma vez que tanto as normas

quanto as estruturas foram criadas especificamente para homens. As mulheres são, portanto, uma parcela da população carcerária situada na invisibilidade. A maioria dos prédios e das instalações não foi construída com esse objetivo, o que afeta desproporcionalmente as mulheres pela escassez de vagas nesse sistema, em razão da superlotação de cadeias e de penitenciárias (COLOMBAROLI, 2011).

Por outro, o delito feminino tinha sido historicamente muito pequeno e sem altos teores de gravidade e, até os anos 1980, a falta de uma estrutura específica era tão grande que muitas mulheres chegavam a ser confinadas em mosteiros e conventos. Na América Latina, era comum as prisões femininas serem administradas por freiras. A Penitenciária Feminina de São Paulo, por exemplo, foi administrada por uma ordem de freiras católicas até 1980. Atualmente, as prisões femininas tendem a ter funcionários de nível melhor, o que resulta em mais supervisão e assistência (DUARTE, 2009).

A sociedade ocidental comporta vários tipos de instituições, umas mais fechadas do que outras, fomentadas pelos seus conceitos e preconceitos, que tentam desde cedo conduzir as atitudes tanto do homem como da mulher na direção da diferenciação sexual e, assim, causam diversos conflitos próprios (TOLEDO, 2008).

Goffman (2007) refere que toda instituição conquista parte do tempo e do interesse de seus participantes e lhes dá algo do mundo. Toda instituição tem tendências ao fechamento, e esse fechamento, ou seu caráter total, é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que, muitas vezes, estão incluídas no esquema físico. Como, por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos. O autor refere-se a esses estabelecimentos como instituições totais. Dentre elas, descreve um tipo de instituição total, organizada para proteger a comunidade contra perigos intencionais e para bem-estar das pessoas assim isoladas, ou seja, as cadeias, as penitenciárias, os campos de prisioneiros de guerra, e os campos de concentração.

Ainda sob o controle de muitas necessidades humanas e por meio da organização burocrática de grupos de pessoas, Goffman (2007) relata que, sendo ou não uma necessidade ou meio eficiente de organização social nas circunstâncias, esse é o fato básico das instituições totais, decorrendo daí consequências importantes.

Esses fatores estruturais, somados à má qualidade da alimentação, ao sedentarismo, à lugubridade da prisão, à mutilação do eu e à baixa escolaridade, fazem com que a mulher detenta não saia da prisão sem ser acometida por uma doença ou fique com a resistência física afetada e fragilizada (BASTOS, 2009).

Colombaroli (2011) escreve que as políticas penitenciárias foram pensadas pelos homens e para os homens. Suas necessidades, das mulheres nem sempre são atendidas e sua dignidade é constantemente violada. Segundo Souza e Passos (2008), o acesso dessa população às ações e serviços de educação e saúde, como da jurisdição, entre outras áreas, é legalmente garantido pela Constituição Federal de 1988. Isso leva a refletir que a mulher detenta, independentemente da natureza de sua transgressão, mantém o direito de gozar dos mais elevados padrões de assistência jurídica, de saúde e de educação, pois se encontra privada de liberdade e da preservação dos demais direitos humanos inerentes à sua cidadania e integralidade, visando portanto a garantia da melhoria da qualidade de vida, independente de ser detenta.

Para Neves (2011), ao longo dos anos, embora o interesse pela educação formal de homens e mulheres livres tenha sido objeto de inúmeros estudos científicos, a formação intelectual, moral, física e corporal do sujeito preso ainda desperta pouco interesse de pesquisadores. E, quando se pensa na educação em saúde, como, por exemplo, por meio da prática de atividades físicas para aliviar tensões de mulheres detentas, tendo em vista o corpo e sua correlatividade advinda da sua própria sexualidade, a autoimagem e a autoestima, as abordagens tornam-se ainda mais raras. Por outro lado, vale destacar incisivamente a importância da atuação da enfermagem nesta população específica, visando a busca da integridade física e mental, dessas mulheres, como parte integrativa na promoção de cuidados e atendimento das necessidades básicas humanas, contando com a multi, inter e transprofissionalidade no processo, compreendendo essa mulher, em sua totalidade.

Nesse sentido, a Educação para a Saúde contempla o ser humano em todas as suas dimensões e contextos, e deve ser entendida como uma possibilidade de trabalhar as pessoas de forma dialógica, contextual e reflexiva, na construção emancipatória de conhecimentos, atitudes e valores, ajudando-as a fazer opções e a tomar decisões adequadas à promoção de sua saúde e privilegiando seu bem-estar biológico, psicológico e sócioespiritual (OMS, 1986).

Deveras, o processo de trabalho dos profissionais de saúde pode ter como finalidade a ação educativa e sócio terapêutica de saúde; como objeto, o indivíduo ou grupos específicos, sejam eles doentes, sadios ou expostos a riscos, conforme já exposto, necessitando de medidas assertivas curativas para o crescimento de todos(as).

3.8 A sexualidade e a homossexualidade feminina no cárcere

Ao escrever sobre a sexualidade humana, Abdo (2012) afirma que os profissionais de saúde, nas últimas décadas, puderam vivenciar dois de seus maiores desafios diante dessa temática, masculina ou feminina. Um deles é a prevenção do risco, tanto da Aids e de outras doenças sexualmente transmissíveis quanto da gravidez não planejada, bem como da qualidade dos comportamentos e desempenhos sexuais masculinos e femininos. A sexualidade carrega aspectos morais e religiosos importantes até hoje, legitimando-a como um mal necessário e destinando-a única e exclusivamente à procriação. Era considerada, segundo a autora, a expressão de “baixos instintos animais” e eles deveriam ser combatidos, subjugados e altamente controlados.

No Brasil, por volta dos anos 1980, são criadas as condições históricas, políticas e culturais para a constituição da sexualidade como campo temático ligado às questões de saúde reprodutiva das mulheres. Essa sexualidade, segundo Barbosa e Koyama (2006), é discutida de forma periférica, no campo da saúde coletiva e nos estudos de população, há pelo menos três décadas, nos debates em torno das políticas e dos programas de controle da fecundidade.

A sexualidade humana extrapola a função biológica e muda o significado, dependendo do momento da nossa vida, uma vez que abrange corpo, espírito, razão e emoção. Machado (2010) aponta que, de modo particular a sexualidade é afetada diretamente pelo conceito que temos de nós mesmos, incluindo a nossa imagem corporal. Esse conceito não é imutável, mas passível de transformações, e construído de uma integração de vivências perceptivas que incluem reações intensas do nosso corpo. Sobre essas reações tão intensas, da Silva e Tavares (2007) afirmam que, quando nos relacionamos com um objeto, com uma condição, com o modo que sentimos e pensamos o nosso corpo e a nossa aparência, elas nos induzem a variadas reações emocionais, na direção de nos sentirmos mais confortáveis e seguros nos nossos relacionamentos em geral.

Muitos problemas femininos (doenças e preocupações) poderiam ser evitados se a mulher conhecesse seu próprio corpo e seu potencial. A violência cometida contra ela constitui um dos maiores escândalos atuais na direção da violação dos direitos humanos. Essa violência acarreta danos corporais, sexuais ou psicológicos para a mulher que dela é vítima, esteja ela em liberdade ou em regime de detenção (CRÉMIEU; JULIEN, 2008). Isto posto, a mulher detenta, sob o controle de muitas necessidades humanas e em condições ambientais

extremamente desfavoráveis de confinamento, acaba integrando os grupos de vulnerabilidade e exclusão social.

Segundo Giordani (2000) e Giordani e Bueno (2003a), quando a detenta chega ao cárcere carregada de culpas, principalmente quando se depara com a separação dos filhos e o abandono pelos familiares, o desafio torna-se ainda maior em relação às adaptações obrigatórias e necessárias. A realidade do confinamento leva a mulher encarcerada à uma convivência obrigatória com outras mulheres que não a conhecem, e é desestimulada em sua vida sexual pela burocratização do acesso à visita íntima. Desse modo, é submetida, a uma norma que vincula a sexualidade ao casamento ou a laços conjugais comprovados com o parceiro, o que pode excluir a mulher que, mesmo possuindo companheiro e/ou namorado, não pode usufruir desse direito. A visita íntima é autorizada na maior parte dos países latino-americanos, sendo o México o país pioneiro (COLOMBAROLI, 2011).

De acordo com Bitencourt (2011), no Brasil a visita íntima foi consentida pela primeira vez em 1924, no Rio de Janeiro, então Distrito Federal, àqueles encarcerados que eram casados civilmente e tinham bom comportamento. Em 1929, já não era necessária a exigência do casamento civil e, em 1933, esse tipo de visita foi estendido aos presos provisórios. Na Argentina, iniciou-se em 1931, em Cuba, em 1938, e atualmente, a visita íntima é permitida em todos os estabelecimentos prisionais masculinos no Brasil.

A privação de relações sexuais no encarceramento feminino, é considerada igual a um tratamento cruel dentro das prisões, representando uma forma de punição excessiva e injustificada legalmente (BITENCOURT, 2011). Todavia, quando a maioria dos autores tratam da visita íntima, simplesmente fecham os olhos para a mulher em condição de encarceramento. Giordani e Bueno (2002b) corroboram nesse sentido, afirmando que a mulher envolvida em práticas delituosas torna-se alvo fácil da violência institucional e, de forma direta ou indireta, vivencia sofrimentos adicionais materializados de forma física ou psíquica, de caráter repressivo-punitivo pelos próprios agentes da Lei, visando à ordem e à disciplina, aumentando a sua vulnerabilidade.

Ainda há grande dificuldade de reconhecer o direito da mulher sobre o próprio corpo, seus direitos sexuais e reprodutivos na sociedade em geral. A dificuldade é ainda mais grave para as mulheres detentas, em que, o histórico da submissão feminina ainda vigente em nosso país prevalece também dentro das prisões, nas suas relações internas (COLOMBAROLI, 2011; GIORDANI; BUENO, 2003a; LIMA, 2006). Permitir a visita íntima significaria o mesmo que conceder liberdade feminina numa sociedade ainda patriarcal e sexista, na qual, embora seja garantida constitucionalmente a igualdade entre os sexos, ainda se constata a

discriminação das mulheres no seu cotidiano. Embora o número de mulheres encarceradas tenha aumentado na última década, o sistema prisional, elaborado essencialmente para homens, não se adapta a elas, tornando a vida delas bem pior lá dentro.

De acordo com a publicação do Ebah (2008) no Brasil, a visita íntima às mulheres é vista como benefício e não como direito, e existem apenas duas penitenciárias femininas que garantem este cumprimento, uma no Rio Grande do Sul e outra em São Paulo. A sexualidade da mulher brasileira contemporânea ainda está presa, arraigada na ambiguidade do discurso progressista, higienista e nos modelos extremamente tradicionais, estendendo-se certamente às mulheres privadas de liberdade (CHACHAM; MAIA, 2009)

Segundo Colombaroli (2011), o princípio da igualdade é, inúmeras vezes, simplesmente ignorado, notadamente sob o falso argumento de proteção da mulher custodiada contra abusos sexuais ou sua exposição, mesmo quando se refere ao exercício da livre disposição da própria sexualidade. Assim, é impossível seu controle por meio da reclusão. O processo é contraditório na busca da ressocialização da mulher encarcerada, ao mesmo tempo em que se ignora a questão sexual, acreditando que ela não merece atenção especial. É evidente a existência do protecionismo discriminatório ao se tratar a sexualidade feminina.

A maioria das mulheres, ao serem presas, são abandonadas pelos companheiros e maridos, o que leva a uma carência afetiva. Então, como forma de lidar com essa carência, a relação homoafetiva é vista como possível solução para o problema (FREIRE, 2012). A mulher detenta terá que fortalecer o sentido de atratividade, de aceitação social, a capacidade de dar e receber afeto, a maneira como percebe a si e ao outro, e, principalmente, a aptidão para estabelecer e manter vínculos amorosos dentro e fora da prisão (LIMA; RODRIGUES, 2008).

Em toda a história e em todo o mundo, a homossexualidade tem sido um componente a considerar na vida humana, e nesse sentido, não pode ser considerada antinatural ou anormal. Ela é e sempre foi menos comum do que a heterossexualidade, no entanto, é uma característica real da espécie humana (LIMA; RODRIGUES, 2008).

Para Giordani (2000) e Giordani e Bueno (2001a), a existência de exigências impostas de forma muito rígida pelo sistema, para a mulher presa no exercício e desempenho da sua sexualidade, podem explicar a baixa procura e a falta de interesse pela visita íntima, mas significa também o abandono e a descoberta de uma nova forma de vivenciar a sexualidade ou, porque não dizer, uma conformação. Em uma penitenciária feminina, muitas mulheres que lá dentro têm parceiras, não haviam tido experiências homossexuais antes de entrar nesse sistema.

Nos ambientes prisionais de um modo geral, é comum a prática do homossexualismo, de forma eventual ou frequente, concedido ou forçado, entre parceiras fixas ou não e exclusivamente sem proteção. Não podemos nos esquecer que essa situação de confinamento leva à convivência obrigatória com pessoas desconhecidas e isso inclui mulheres heterossexuais, homossexuais, e, independentemente de quem seja a parceira ou parceiro sexual, não devem ser excluídas nessa convivência as mulheres que estão contaminadas pelo vírus da aids ou pelas DST (GIORDANI; BUENO, 2000a). Segundo as autoras, os casos de suicídios e homicídios no interior de uma prisão são muito frequentes, invisíveis nos levantamentos estatísticos e na aglomeração dentro das celas, eles acabam favorecendo o consumo de drogas, o fenômeno da transmissão do HIV e de outras doenças infectocontagiosas, fazendo com que elas se tornem, no cárcere, extremamente vulneráveis ao contágio.

O homossexualismo feminino está inserido no sistema penitenciário e é fato na história da humanidade. Nas classes sociais, em todos os contextos e atividades, e até nesse momento, ele independe do nível socioeconômico ou de questões relacionadas a raça e cor. A sociedade como um todo tem sérios problemas em aceitar ou admitir certos comportamentos julgados incomuns. Normalmente, esses comportamentos deflagram comentários depreciativos, sem qualquer fundamento seguro ou mesmo verdadeiro, destituindo o feminino, portanto, de qualquer direito de cidadania. Pesquisas passadas revelam que mulheres que igualmente fazem sexo com mulheres ou que se identificam como lésbicas têm menos acesso preventivo e cuidado de saúde que outras mulheres (KERKER *et al.*, 2006).

Sobre esta questão, Barbosa e Koyama (2006) advertem que, com a complexidade da epidemia de aids, observa-se uma crescente preocupação com a sexualidade, principalmente com a homossexualidade masculina. A homossexualidade feminina e sua relação com a saúde mantiveram-se marginalizadas a todo esse processo. Se, internacionalmente, os estudos sobre saúde e homossexualidade feminina ainda não conseguiram um adensamento capaz de esclarecer a existência de demandas e riscos específicos com relação à saúde nesse grupo populacional, os dados disponíveis para o Brasil são ainda mais escassos, pois foram localizados apenas cinco estudos de natureza quantitativa que investigam, com base em amostras de conveniência, a relação entre saúde e homossexualidade feminina. Esses estudos também dizem respeito à variação das parcerias sexuais e do seu padrão de ocorrência durante a vida.

De acordo com as autoras, uma mulher pode ter relações com outra (s) mulher (es) de forma eventual ou regular, variando esse padrão ao longo do tempo. Pode ainda, ter relações

com parceiras de comportamento exclusivamente homossexual ou com parceiras que tenham relações com homens, de forma esporádica ou regular. Essa mesma mulher pode, ela própria, ter relações com homens de forma esporádica ou regular.

Por vezes, as chamadas instituições de controle social, como é o caso das penitenciárias femininas, reproduzem a construção social do universo feminino, onde a mulher ainda tem lugar desprivilegiado em relação ao homem na direção da sua sexualidade. Se uma mulher opta em receber a visita íntima, ela revela o desejo de ter vida sexual e, assim, acaba tendo uma conotação de privilégio e isso não é bem visto aos olhos da sociedade. A privação das relações sexuais nos cárceres só pode acarretar consequências negativas diversas, propiciando a perversão da personalidade feminina que ingressa no sistema penal. A realidade da abstinência sexual resulta em consequências graves no comportamento de quem está recluso, fato que não deixa de fora a mulher encarcerada, e a escassez da atividade sexual nas prisões é, portanto, consequência direta das condições objetivas da forma de vida carcerária que não contempla e nem tampouco estimula a vida sexual (HOWARD, 2006; KIM *et al.*, 2009).

Algumas experiências na construção de espaços separados ou “próprios” para os homossexuais já estão sendo testadas de forma pioneira e em caráter experimental em unidades prisionais masculinas e femininas de Minas Gerais e Recife. O objetivo é evitar as humilhações e o preconceito protagonizado pelos (as) companheiros (as) na prisão. O que se observa é que as próprias entidades que defendem os direitos dos *gays* e *lésbicas* ficam em cima do muro quando o assunto é separar os homossexuais dos outros presos. Após realizar uma pesquisa em duas unidades prisionais pernambucanas, no entanto, a ONG Leões do Norte começou a enxergar a experiência ou a ideia com bons olhos (SANTOS, 2009).

3.9 A saúde sexual da mulher e a sua vulnerabilidade no encarceramento

A ideia de saúde sexual incorpora o exercício autônomo e seguro da sexualidade, sem culpas, ameaças, intimidações ou riscos à saúde. A Plataforma do Cairo vem reforçar a importância da saúde sexual, e tem como objetivo o desenvolvimento da vida e das relações pessoais, não somente no que diz respeito às doenças sexualmente transmissíveis. Isso inclui a garantia de acesso a serviços de saúde de boa qualidade. A atenção às DST inclui o manejo das doenças, bem como a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e também o aconselhamento

e a orientação quanto ao direito de exercer a sexualidade de modo seguro (VILLELA; PINTO, 2010).

Um conjunto complexo de processos culturais, sociais, históricos e, por que não dizer, biológicos produz ou reflete a experiência sexual humana, como qualquer outra experiência humana. Em todas as suas dimensões e linguagens, o uso do próprio corpo acaba refletindo exatamente as expectativas de um determinado contexto histórico e cultural. O exercício da sexualidade na sua liberdade, recreativa ou reprodutiva, as decisões pessoais respeitadas em torno da sua preferência sexual, o livre exercício da orientação sexual e a liberdade de escolher o (a) parceiro (a), companheiro (a) sexual, bem como as atividades sexuais de sua preferência, são atitudes importantes e decisivas para a mulher dentro e fora da prisão. O que todas elas necessitam é de orientação e de conhecimento (CHACHAM; MAIA, 2009).

O direito da mulher detenta à vida se traduz em condições de subsistência física, psicológica e social para conseguir a manutenção do equilíbrio biológico, na direção do exercício de todos os demais direitos. Viver com segurança é viver sem violência, e isto não é contemplado pelo sistema prisional brasileiro, tampouco pela sociedade no seu entorno. E as mulheres dessa sociedade não percebem que agora estão mais expostas a violências, especialmente nos relacionamentos familiares (CARRASCO, 2012).

Condições de saúde precárias e acesso restrito à cuidados médicos, estão entre os problemas mais sérios e difundidos que as mulheres enfrentam nas penitenciárias e cadeias brasileiras. Chega a ser alarmante e desproporcional a crise na assistência à saúde da mulher detenta que tem mais problemas de saúde e requer mais cuidados que os presos homens. A legislação internacional de direitos humanos estabelece firmemente que nenhuma pessoa presa dever perder seu direito à saúde enquanto estiver na prisão (HOWARD, 2006).

Segundo Costa e Silvestre (2009), a concepção de políticas públicas para as saúde da mulher detenta, tem avançado no cenário internacional, estimulada, fundamentalmente, pelas conferências convocadas pela Organização das Nações Unidas (ONU), bem como pelos agravos decorrentes da prática sexual e da Aids, que no Brasil apresentam dados preocupantes, mesmo com um programa desenvolvido pelo Ministério da Saúde.

A ausência de atendimento às necessidades específicas de gênero, como a consulta ginecológica, a escassez de medicamentos, a falta de equipamentos e de instalações adequadas à saúde, tendo em vista mulheres grávidas e mães recentes, a inexistência de assistência especializada e as dificuldades rotineiras com a presença da escolta policial e o tratamento ambulatorial deficitário para as mulheres soropositivas são apontados como grandes obstáculos para o atendimento adequado à saúde da mulher encarcerada, aumentando

a vulnerabilidade às doenças infecciosas e sexualmente transmissíveis (HOWARD, 2006; MIRANDA *et al.*, 2004; ROSINSKY *et al.*, 2006; REIS; BERNARDES, 2011).

A realidade prisional do Brasil, marcada pela superlotação e principalmente pela falta de acesso à saúde, está muito longe de se parecer com as condições carcerárias proclamadas pela ONU, pela Constituição Federal, pela Lei de Execução Penal e pelos inúmeros tratados internacionais com os quais o Brasil assumiu compromissos, no que se refere ao tratamento dos presidiários. Quando se volta o foco para as mulheres detentas, a distância entre teoria e prática chega a ser desumana, potencializando os agravos à sua saúde (HOWARD, 2006; LIMA, 2006; MIRANDA *et al.*, 2004).

Entender as diferenças entre a saúde da mulher e a do homem exige um certo enquadramento que integra as diferenças biológicas e culturais entre um e outro, e esta condição não é contemplada pelo sistema prisional brasileiro. As diferenças relacionadas à saúde reprodutiva da mulher detenta explicam as diferenças na vulnerabilidade a algumas doenças, no adoecimento, na mortalidade, nos sintomas, e na resposta ao tratamento e ao prognóstico. Essas diferenças não são levadas em conta na assistência à saúde da mulher detenta no Brasil, embora este tipo de atendimento esteja previsto em legislação (CARRASCO, 2012).

O Sistema Único de Saúde (SUS), denominando o sistema público de saúde brasileiro e instituído pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, efetiva o mandamento constitucional do direito à saúde como um “direito de todos” e “dever do Estado” regulado pela Lei nº. 8.080/1990, a qual operacionaliza o atendimento público da saúde, dispondo, entre outras situações, o acesso da população carcerária às ações e serviços de saúde, incluindo a saúde da mulher em liberdade ou em situação de prisão (BRASIL, 2005).

No contexto da mulher detenta, a discussão sobre a saúde nas prisões brasileiras ainda é negligenciada e esquecida. Visando minimizar esse descaso e a desatenção do sistema prisional brasileiro, e isto inclui a saúde da mulher detenta, ocorreu a institucionalização do PNSSP, através da Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003. Esse plano prevê a inclusão da população penitenciária no SUS, garantindo que o direito à cidadania seja efetivado na perspectiva dos direitos humanos. As ações e os serviços de atenção básica em saúde serão organizados nas unidades prisionais e realizados por equipes interdisciplinares de saúde (BRASIL, 2005), mas é sabido que essa iniciativa ainda não é a realidade brasileira. O sistema prisional brasileiro é o único órgão público não contemplado pelo Sistema Único de Saúde (COLOMBAROLI, 2001; BRASIL, 2005; PCB, 2012).

A prisão não pode ser considerada apenas como um lugar para afastar o indivíduo infrator da sociedade, nem somente para punição. A condição de reabilitação deveria estar agregada como objetivo. As condições adversas contribuem para uma maior exposição, principalmente no que se refere às doenças infecciosas. A vulnerabilidade dessas mulheres a doenças infecciosas requer a atenção dos profissionais de saúde. O confinamento é de característica heterogênea e é, reconhecidamente, um local de alto risco para a transmissão de doenças infecciosas, como aids e hepatite C, e o desenvolvimento de comportamentos que facilitam a infecção pelo HIV e pelo HCV (STRAZZA *et al.*, 2006).

Atualmente, a incidência da aids no Brasil, também caracterizada pelo aumento de casos entre as mulheres, é chamada de “feminilização da aids”. Procurando compreender esta vulnerabilidade, escolheu-se uma população com alto risco de infectar-se pelo HIV, ou seja, mulheres institucionalizadas e detentas. Cerca de 70% delas usavam alguma droga ilícita, principalmente maconha, cocaína e *crack*. Em torno de 10% usavam drogas injetáveis e muitas já haviam compartilhado seringas. Nenhuma detenta usava camisinha de modo regular (STRAZZA *et al.*, 2005).

De acordo com Pinese (2008), várias doenças dominam o ambiente prisional e acometem a saúde da mulher detenta. É no seu corpo que ela percebe alterações importantes, tais como a perda de peso repentina, causada por depressão, ansiedade, ou estimulada de forma não muito saudável através de medicações, jejuns prolongados, ou o aumento descontrolado de peso, valendo dizer que, na prisão, há um grande problema com obesidade, excessos na alimentação e falta de atividade física. Dessa forma, a mulher manifesta como está a relação dela com as outras mulheres, companheiras ou não, mas todas com a mesma realidade, ou seja o isolamento social que predomina no interior das muralhas das penitenciárias femininas brasileiras.

Os trabalhos apresentados no Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem (2011) relataram que a omissão da sexualidade coloca a mulher detenta longe da prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, da orientação específica e necessária para as relações sexuais, bem como da realidade no momento de exames ginecológicos realizados somente quando a detenta os solicita, o que agrava ainda mais o quadro da sua saúde. As mulheres permanecem sob o risco constante de infecção pelo HIV pelo compartilhamento de agulhas e seringas, pelo sexo sem preservativo, pela prostituição e pela vivência de situações de violência.

Outra situação extrema, não menos importante relatada no evento foi a falta de absorvente ou a utilização de meios nem sempre seguros e saudáveis para conter o fluxo

menstrual. O uso de miolo de pão acaba refletindo diretamente na questão da privacidade, na relação com as outras detentas e com o próprio corpo, devido à superlotação das celas.

Pinese (2008), em seu estudo sobre depressão em mulheres no sistema prisional, refere que, em relação à atividade sexual praticada pelas detentas, há a possibilidade de a homossexualidade ser omitida dentro de uma unidade prisional feminina e se houver cuidado com o rol de visitas íntimas, os dados apurados sobre a prática sexual podem não representar a realidade. Diante disso e do tempo que terá que ser cumprido dentro do sistema penal, entende-se que tal omissão compromete, de forma importante, a saúde da mulher encarcerada tendo em vista a importância da prática sexual segura. Isso demonstra um verdadeiro descaso pelos gestores prisionais quanto à utilização de medidas de proteção e à vulnerabilidade feminina para a aquisição do HIV.

Segundo dados da Coordenadoria de Saúde da Secretaria da Administração Penitenciária, a contaminação por Aids entre as detentas beira os 20%, as doenças mentais acometem 10% das presidiárias paulistas, há também a tuberculose, as doenças crônicas e as infectocontagiosas, para as quais o tratamento é precário e, praticamente, sem medidas preventivas. Segundo as pesquisas científicas, no Brasil, os índices de infectados pelo vírus podem chegar a 20% da população carcerária, percentual muito maior do que o da incidência da doença sobre a população que se encontra em liberdade (DINIZ, 2002; REIS; BERNARDES, 2011; STRAZZA *et al.*, 2007)

Mapear o perfil de detentas portadoras do vírus HIV e da atenção à saúde oferecida em uma penitenciária estadual foi objetivo de um estudo em que a idade média das mulheres era de 31,0 anos em um intervalo de idade de 18 a 65 anos. A média das idades foi considerada razoavelmente compatível, demonstrando que o convívio de mulheres detentas jovens com mulheres maduras no cárcere não interfere na vulnerabilidade e no conhecimento em relação ao HIV (CAMARGO, *et al.*, 2012).

O estudo revelou também, segundo as autoras, que as detentas pesquisadas chegaram ao presídio portando a doença e nenhuma delas contraiu o HIV no âmbito prisional, que as infecções ocorreram com o uso de drogas ilícitas pela via injetável, e prevaleceu a forma de contaminação pelo sexo sem preservativo. As pesquisadoras relataram que esse fenômeno é compreendido pela mudança na disponibilidade das drogas ilícitas e pelas políticas de prevenção, e que, dependendo da localidade, pode haver redução do uso de drogas injetáveis como via de infecção.

Nicolau *et al.*(2011), em um estudo quantitativo que pretendia investigar o perfil socioeconômico e sexual de mulheres detentas, revelaram que a maioria das jovens brasileiras,

reclusas por tráfico de drogas, era solteira, com baixa escolaridade e renda familiar mensal. Apontaram a menarca precoce, a estabilidade e a pouca variedade de parceiros sexuais. O uso de drogas e as tatuagens/*piercings* representaram aspectos comuns às participantes e suas parcerias, enquanto que a homo/bissexualidade e a prostituição estiveram fortemente presentes.

Nesse estudo as DST antes ou após a prisão apresentaram pouca expressividade. A garantia da visita íntima, bem como a realização do exame preventivo, ainda enfrenta grandes entraves, aumentando a vulnerabilidade carcerária. Como a grande maioria das pesquisas realizadas na área, concluiu-se que as estratégias de promoção da saúde sexual em ambiente prisional devem englobar a complexidade das peculiaridades vivenciadas pelas presidiárias.

Ressalta-se que o ambiente prisional oferece altos riscos, pois a heterogeneidade dos indivíduos confinados proporciona maior exposição aos riscos físicos e psicológicos e à transmissão de doenças infecciosas. Aliadas a esses fatores, as características biológicas inerentes à mulher tornam-nas, sobretudo, suscetíveis às DST/ HIV, sendo um fato a maior vulnerabilidade das presidiárias quando comparadas à população masculina. Essa realidade torna ainda mais desafiadora a busca pela promoção da saúde da população privada de liberdade. É preciso privilegiar medidas preventivas e de promoção, transformando os fatores que colocam a coletividade em situação de iniquidade e vulnerabilidade. Destarte, é indispensável maior atenção à promoção da saúde da mulher presidiária, não só pelos maiores riscos presentes no ambiente prisional, mas também pela carência de ações preventivas oferecidas pelo sistema de saúde carcerário (CAMARGO *et al.*, 2012).

A incompetência burocrática e as falhas sistêmicas fazem com que muitas mulheres estejam presas irregularmente, passem anos em prisão provisória ou permaneçam ali após o término do respectivo período, perdendo o direito de acesso ao processo, de atenção à saúde e, principalmente, de remissão da pena, aumentando a sua vulnerabilidade em consequência da violência sofrida de toda a espécie. A mobilização de movimentos sociais específicos, que pressionaram por políticas públicas, conseguiram que a violência institucional passasse a incorporar a violência contra a mulher institucionalizada, encarcerada no âmbito de violência doméstica e sexual, ganhando assim maior visibilidade (DONINI; GODOI, 2010).

De acordo com Donini e Godoi (2010), inovações importantes foram introduzidas no ordenamento jurídico de modo a dispensar algumas medidas de tratamento especial às mulheres em situação de privação de liberdade e a coibir os casos de violência na direção do aumento de penas ou até mesmo pela facilitação das condições para que a mulher possa prestar queixas necessárias. Esse tratamento a ser dado às mulheres inclui estabelecimentos penais adequados à sua condição, locais específicos a elas destinados para o cumprimento da

pena, o recolhimento da mulher e do maior de 60 anos a estabelecimentos próprios à sua condição pessoal e, por último, exigência de berçários para a amamentação dos filhos.

Diferentes agentes podem ser transmitidos de um (a) parceiro (a) a outro (a) durante a relação sexual e causar infecção. O uso do preservativo representa uma estratégia importante, mas não é a única para a prevenção das diversas DST. Outras doenças que também são transmitidas pela relação sexual, como as infecções pelo HPV, pelo HBV e pelo HSV, não recebem esta simbologia. A falta de conhecimento da doença e a baixa escolaridade nas prisões femininas favorecem a transmissão sexual. Não pode ser esquecido que as mulheres tendem a ter menor poder de negociação ou escolha de quando, como e com quem quer ter as suas relações sexuais nas unidades prisionais. Isso posto, é necessário o desenvolvimento de ações educativas locais e continuadas para essa população específica na direção da prevenção (SANTA RITA, 2008; STRAZZA, 2005; VILLELA ; PINTO, 2010).

Discutir a gravidez e a maternidade da mulher detenta leva à questão dos direitos sexuais e reprodutivos e da garantia de acesso aos serviços de saúde da mulher.

Segundo Giordani e Bueno (2001b, 2002b) e Santa Rita (2008), a prisão, como já foi dito, viola tanto os direitos humanos de homens presos quanto os de mulheres presas, embora com as mulheres haja um agravante, considerando-se a lógica normatizadora de uma instituição prisional que pensa sob a ótica masculina, uma vez que entende o crime como algo do masculino, não levando em conta, as particularidades femininas existentes contexto da maternidade.

No caso específico do seu estudo, Santa Rita (2008) observou as tendências desse tipo de violência, entre elas, a indivisibilidade, ou seja, o lado oculto das ações institucionais voltadas à mãe presa com criança em ambiente prisional.

Essa situação vem na esteira das relações de gênero, como a falta de unidades prisionais específicas para as mulheres, e em função de regime penal; a ausência de espaços apropriados para o atendimento infantil, os riscos de contaminação por doenças infecciosas e sexualmente transmissíveis durante e após a gestação, a inexistência de políticas específicas voltadas à maternidade como um todo, o direito da criança à convivência familiar e comunitária, entre outros.

Acredita-se que a atenção à maternidade e à infância deve levar em consideração todos os aspectos relacionados à saúde. Assim, questiona-se a pouca (ou nenhuma) discussão do PNSSP perante algumas questões específicas da maternidade, como o aleitamento materno e o atendimento infantil. O direito à maternidade nesse contexto fica restrito a várias normas, regras e regulamentos institucionais disciplinares, que não levam em conta as particularidades femininas e a situação de encarceramento (VILLELA; PINTO, 2010).

Com certeza, para que toda esta tarefa seja cumprida, é essencial a superação de alguns desafios, como o rompimento de tabus e preconceitos relativos à sexualidade da mulher detenta, e, para isso, é fundamental admitir que o sexo é uma prática universal e multifacetada, e que a atividade sexual sem a orientação devida pode trazer agravos à saúde. Essa situação ainda é desconhecida e uma área pouco abordada pelos estudos científicos. Também é necessária a desmistificação de paradigmas, a abertura de um novo campo de estudo e atuação profissional e o respeito aos princípios do SUS por parte do sistema público de saúde (SANTA RITA, 2008; ROSINSKI *et al.* 2006).

Porém, para que se atinja estes comportamentos, necessita-se de reflexões importantes na direção de facilitar o enfrentamento, diante da realidade atual do sistema prisional brasileiro em relação à saúde sexual e à sexualidade da mulher detenta. Nessa vertente, entretanto, acredita-se que há uma forma para que o sistema de saúde brasileiro e os seus profissionais possam contemplar um atendimento compartilhado, favorecendo a Educação para a Saúde e adequando as suas práticas a esta população específica.

Segundo Almeida (2011) favorecer a educação para a saúde é imprescindível para que novas práticas possam ser pensadas e repensadas, e mudanças de paradigmas possam ocorrer, apoiadas na interface entre a educação e a saúde. Visando, assim, melhor compreensão da vida da mulher detenta e a identificação de possíveis lacunas existentes nas práticas profissionais de saúde durante o encarceramento feminino.

Isto posto, é imprescindível a revisão sistemática da literatura brasileira sobre o assunto em foco, sendo possível buscar as necessidades ainda não identificadas nas práticas profissionais, da enfermagem com relação à saúde no sistema prisional feminino brasileiro. Para tal, faz-se necessário evidenciar as situações-limites referentes à contribuição da enfermagem na saúde sexual e na sexualidade da mulher encarcerada, presentes nos estudos por meio de uma revisão sistemática e qualitativa.

3.10 A importância da interface em educação para a saúde.

Os debates sobre a educação remontam a um processo histórico que, do ponto de vista da própria história, ainda é esquecido. Contudo, o que se pode apresentar sobre a educação na prisão, além das poucas pesquisas em nível de mestrado e doutorado, pode ser encontrado nas bibliotecas de algumas universidades brasileiras (NEVES, 2011).

Segundo Paranaguá e Bezerra (2008), a multiprofissionalidade é um conjunto de ações integradas por diversos profissionais que buscam alcançar um estado de equilíbrio na compreensão da totalidade. A integralidade do cuidado é um somatório de pequenos cuidados prestados ao paciente, que se complementam de maneira mais ou menos consciente, e são negociados entre os vários cuidadores que transitam nas instituições de atenção à saúde. As práticas integrativas nos serviços de atenção à saúde prescindem de uma visão de integralidade dos profissionais desses serviços e passam necessariamente pelo aperfeiçoamento do trabalho de equipe, como temática a ser trabalhada pelo gestor

Neste aspecto, a adoção dessas práticas na assistência à saúde pode alcançar melhores resultados no que diz respeito ao processo saúde-doença (PARANAGUÁ; BEZERRA, 2008).

Por sua vez, Morgado *et al.* (2009) concordam que deve-se ressaltar a importância da representação do corpo na relação com a vida. Ela faz parte do bem-estar humano e da integridade física e se há qualquer distúrbio em sua imagem, surgem as fragilidades e os desequilíbrios que propiciando a desarmonia com o mundo. A mulher principalmente a detenta, tem sempre sua imagem desconstruída pela situação enfrentada no confinamento, resultando em severos conflitos de identidade e demandando atenção especial dos profissionais da saúde.

Bittencourt *et al.* (2002) afirmam o reconhecimento do papel da enfermagem em prol da saúde coletiva. O enfermeiro pode atuar como mediador entre a comunidade e o sistema de saúde local, onde quer que ele esteja inserido, tendo como objetivo a educação em saúde. As autoras relatam que os programas de educação são baseados nas orientações recomendadas nos consensos e devem ser aplicados associados ao atendimento médico, e adaptados às características socioeconômicas e culturais da população alvo. A condução desses programas é multidisciplinar e pode ser realizada por médicos, fisioterapeutas e enfermeiros.

Pinto e Hirdes (2006) afirmam que as relações que se estabelecem entre saúde e educação física são perceptíveis ao se considerar a similaridade dos objetos de conhecimentos envolvidos e relevantes em ambas as abordagens, capacitando os profissionais da saúde e da educação para uma proposta de educação para a saúde, no cotidiano emocional, espacial e temporal desse contingente feminino em reclusão.

Bittencourt *et.al* (2002) e Coscrato (2010) concordam que a atuação da enfermagem é descrita em vários programas de educação para a saúde, com a responsabilidade de educar os pacientes e sua família. Salientam ainda, a importância da padronização de aplicação da educação que leve à racionalização dos itens abordados, facilitando, assim, o reconhecimento das dificuldades dos pacientes, a melhoria na transferência de conhecimento pelo profissional

e a racionalização das intervenções necessárias, considerando as limitações do meio e dos pacientes. Dessa forma, deve-se orientar as ações conjuntas possíveis afins, para realizar um controle ambiental adequado, agilizando o atendimento e tornando o programa fácil de reproduzir.

O contexto da educação para a saúde, enquanto campo de estudo, nas últimas décadas, passa por uma reorientação crescente de reflexões teóricas e metodológicas. Essas reflexões buscam cada vez mais a contextualização da educação para a saúde, e visam a superação do paradigma de atenção à saúde para a doença, pautado em uma visão profissional biologistica. A autora afirma, que a enfermagem, enquanto profissão do cuidado, está situada nas grandes áreas: da educação, por ter intrínseca a função de educador, e da área da saúde, por prestar a assistência, ou o cuidado em si, confirmando a inserção tanto no contexto da atenção à saúde quanto no do ensino (COSCRATO, 2010).

A educação para a saúde, como já foi dito, pode ser entendida como uma possibilidade de dotar as pessoas de ações positivas na direção do conhecimento, das atitudes e dos valores, fazendo melhores opções e tomando decisões mais adequadas na promoção da saúde e do bem-estar físico, social e mental (OMS , 1986).

As ações e serviços relacionados à educação e à saúde em todo território brasileiro são regulamentados e norteados por normas jurídicas, instituídas por processos próprios. Tanto o Ministério da Saúde como o da Justiça, considerando as recomendações da Comissão Interministerial, criada pela Portaria Interministerial MS/MJ nº 2.035, de 8 de novembro de 2001, com a atribuição de formular propostas destinadas a viabilizar a atenção integral à saúde da população carcerária, entre outras resoluções, resolvem aprovar o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), elaborado a partir de uma perspectiva pautada na assistência e na inclusão das pessoas presas e respaldado em princípios básicos, que, através de repasses de incentivos e recursos financeiros aos gestores da saúde, visa à eficácia das ações de promoção, prevenção e atenção integral da saúde da mulher detenta (BRASIL, 2005).

Com a finalidade de ampliar e qualificar a oferta de educação nos estabelecimentos penais, foi instituído o Plano Estadual de Educação para o Sistema Prisional (PEESP), que tem como uma das diretrizes a. promoção da reintegração social da pessoa em privação de liberdade por meio da educação. Para isso, poderão ser firmados convênios, acordos de cooperação, ajustes ou instrumentos congêneres com órgãos e entidades da administração pública federal, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, com consórcios públicos ou com entidades privadas (BRASIL, 2011). Essa proposta teve início somente em 2013.

A construção compartilhada do conhecimento na educação para a saúde com foco na prevenção de doenças e na promoção da saúde advém da influência da teoria da educação libertadora e conscientizadora de Paulo Freire (1997), integrando o saber popular e o senso comum ao científico. Philbert (2009) considera fundamental a articulação entre as áreas da saúde e da educação para a conscientização coletiva e individual, em todas as esferas da vida das pessoas, como as sociais, culturais, econômicas, políticas e esportivas.

De acordo com Perseghina *et.al* (2009), aliar as distintas formas de conhecimento possibilita saber como este conhecimento é organizado com o uso de teorias e leis, como o uso da sensibilidade, da experiência, da integralidade e do código moral da enfermagem, associadas ao padrão sociopolítico. Nenhum padrão pode ser utilizado de forma isolada, pois são inter-relacionados e interdependentes. Dessa forma os enfermeiros, ao utilizarem os distintos padrões de conhecimento de enfermagem, acabam atribuindo valor à prática, a partir de uma perspectiva ampliada na solução de problemas durante a efetivação do cuidado significativo em qualquer instituição de saúde, ou de prestação de serviços de saúde. Uma das funções inerentes ao enfermeiro é o papel de educador, sendo este papel de grande importância para a promoção da saúde dos indivíduos.

O enfermeiro, segundo Lima e Almeida (1999), ao realizar o seu trabalho em qualquer serviço de saúde ou no sistema prisional, tem papel coordenador das atividades dos demais componentes da equipe de saúde. Ele articula, supervisiona e controla ações que são desenvolvidas parceladamente pelos trabalhadores da saúde, tanto referentes ao pessoal de enfermagem, como aos procedimentos voltados para o diagnóstico e tratamento, fazendo, assim, a interligação do trabalho médico ao trabalho de enfermagem. É preciso estabelecer a articulação da enfermagem com os demais trabalhos que configuram o processo de trabalho em penitenciárias, inclusive com ações e atividades desenvolvidas pela área da Educação física, no desenvolvimento de uma possível ação educativa conjunta.

Com relação a esses aspectos, pode-se dizer que a inadequação dos espaços tanto para o confinamento quanto para a realização de atividades físicas em penitenciárias, aliada à uma alimentação inadequada, acaba estimulando a inatividade física. A análise do sistema prisional entende a população encarcerada brasileira como se fosse homogênea, e desconsidera as diferenças de acesso, de prática e de oportunidades, contribuindo para o aumento de diversos agravos na saúde dessa população específica, como as doenças sexualmente transmissíveis (DST) (SOUZA ; PASSOS, 2008). Pitanga (2004) afirma que a relação existente entre epidemiologia, atividade física, saúde e qualidade de vida retrata

evidências de componentes de ordem biopsicossocial, comportamentais e ambientais quando da prática sistemática de atividades físicas.

A atividade física influencia na melhoria da eficiência do sistema imunológico, fato que pode reduzir a incidência de câncer e melhorar a resistência de pacientes com Aids. Algumas dessas mulheres em situação de prisão nunca se apresentaram a serviços de saúde. Não é raro encontrar, entre as recentemente encarceradas, a presença de tuberculose e hipertensão arterial não diagnosticadas e/ou não tratadas, bem como de infecção pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST) em iguais condições (MIRANDA *et al.*, 2004).

A adoção de um estilo de vida fisicamente ativo, segundo Pitanga (2004), proporciona mudança de comportamento nas pessoas, contribuindo para a redução de diversos agravos à saúde. 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, advertem as autoras.

Para agravar a situação, o cumprimento do direito de presos e presas à educação não apenas escapa dos reclamos cotidianos do que se convencionou chamar de opinião pública, como muitas vezes conta com sua desaprovação. Em termos históricos, esse cenário tem sido confrontado a partir de práticas pouco sistematizadas, que em geral dependem da iniciativa e das idiossincrasias da direção do estabelecimento prisional (BRASIL, 2007).

É cientificamente, comprovado, que a adoção de um estilo de vida não sedentário reduz o risco de um indivíduo desenvolver boa parte das doenças crônico-degenerativas e promove o seu bem-estar geral. Nesse sentido, em um ambiente prisional, é necessário que a enfermagem se comprometa a promover o autocuidado e aprimorar a qualidade de vida desses pacientes, por meio da educação em saúde. A atividade física pode atuar como uma terapêutica para as várias dimensões que compõem o indivíduo: física, emocional, social, profissional, intelectual e espiritual. Entende-se que todos esses aspectos da vida humana estão interligados e podem ser trabalhados de forma sincronizada, podendo ser usados como instrumento de trabalho (MARTINS *et al.*, 2005).

Dentro dessas considerações, é importante que se pesquise e se debruce reflexivamente na literatura existente sobre o contexto do encarceramento feminino, buscando a compreensão e fundamentação diante do que pode ser apresentado sobre a mulher em condição de prisão, além das poucas pesquisas em termos de mestrado e doutorado disponíveis em bibliotecas de algumas universidades brasileiras. Portanto, a ampliação dos

referenciais teóricos e práticos existentes a respeito da temática central justifica o presente estudo.

Dessa forma este estudo se definiu, acreditando que por meio da busca na literatura pode-se reunir conteúdos disponíveis e importantes sobre a temática central, ajudando na compreensão dos fenômenos e na ampliação do conhecimento que favoreça a tomada de decisão e a construção compartilhada de práticas importantes e de políticas na área da saúde. Sob essa perspectiva, revisões sistemáticas com metassínteses podem ampliar a visibilidade e o impacto de várias pesquisas qualitativas na área da Enfermagem, bem como da Educação e da Educação Física.

3.11 As ações educativas e os direitos humanos na prisão

Há de se considerar que a prisão, por si só, é um ambiente que favorece a violação de direitos. Tanto o homem quanto a mulher não devem cumprir, seja quantitativa, ou qualitativamente, pena diversa daquela que lhe foi aplicada pela sentença. Os direitos que foram restringidos a eles devem estar diretamente expressos na sentença de condenação, fazendo com que todos os outros direitos inerentes à dignidade humana permaneçam intactos (COLOMBAROLI, 2011).

A presença da mulher detenta no sistema penitenciário, brasileiro, apresenta sérios problemas no referido sistema, especialmente aqueles voltados à especificidade da sua saúde, como a saúde física, sexual, emocional e espiritual. Em face da dura realidade das unidades prisionais femininas, os profissionais das equipes de saúde, como os da Enfermagem, ao conviver com as mulheres privadas de liberdade, têm o desafio de interferir no cotidiano da desassistência, tendo por base padrões humanos e humanizantes que se traduzem em ações tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas (BRASIL, 2005; PINESE, 2008).

Importantes instituições brasileiras do Governo Federal admitem a existência de fatores estruturais como superlotação, confinamento excessivo, espaços inadequados, saneamento precário, falta de higiene, aliados a torturas e violências cotidianas, a inexistência ou mesmo a insipiência de atividades laborais, e a ausência de bens e serviços voltados à educação e ao lazer (BRASIL, 2007). Outro grande problema administrativo presente nas unidades prisionais femininas, são decisões e apreciações pessoais dos gestores locais com

relação ao direito à visita íntima. A má alimentação e o uso excessivo de drogas lícitas ou ilícitas fazem com que a detenta saia de lá acometida por uma doença ou com a resistência física e saúde fragilizadas. Acredita-se que o direito à saúde, como direito legítimo de cidadania, pode induzir mudanças significativas no sistema prisional feminino brasileiro.

Estudos feitos por Giordani (2000) e Lopes *et al.* (2001) observaram a completa ausência de atividades educativas, com objetivos de prevenção ou mesmo de preparação das detentas para melhor enfrentamento das diversas situações cotidianas tanto dentro como fora da cadeia, por exemplo, a alfabetização de muitas que não sabem escrever ou mesmo ler corretamente e a prevenção de doenças como as DST e a Aids. A qualidade de vida da mulher encarcerada pode ser melhorada diante da preocupação com o diagnóstico precoce de infecções, bem como com a implantação de um programa de rastreamento e monitoramento de problemas de saúde e com o investimento em sua educação continuada.

Oliveira *et al.* (2009) afirmam que, dentre as atividades de educação em saúde coletiva, encontra-se o trabalho com grupos, que forma uma rede social no espaço informal e flexível de troca de experiências e construção de conhecimentos comuns. Um grupo é um conjunto de pessoas, como um organismo vivo, com características próprias, interagindo, integrando-se e em constante transformação. A Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM) (2007) constatou que a grande maioria das mulheres em situação de prisão no Brasil é jovem e não tem acesso à oferta educacional. Tal situação não causa maiores espantos, porque no sistema prisional a educação é tratada como uma benesse e não como um direito, e é causa de indignação, pois ela é garantida na Constituição Federal do Brasil (BRASIL, 2007).

Segundo Howard (2006) e Colombaroli (2011), para cumprir suas obrigações internacionais e eliminar a discriminação contra as mulheres, o Estado brasileiro deve assegurar que as condições de detenção para presos atendam aos padrões internacionais firmados. Potencializar um tratamento igual a pessoas encarceradas, tanto homem quanto mulher, torna-se insuficiente quando os direitos humanos de ambos não são respeitados.

Em qualquer discurso sobre os direitos humanos, o acesso à educação, à saúde e ao conhecimento inclui todos, absolutamente todos os seres humanos, e isso não depende de sexo, idade, condição civil, ou tipo de domicílio a que pertençam, inclusive as pessoas em situação de privação de liberdade. Todos devem se desenvolver integralmente como pessoas livres, responsáveis, conscientes, sociáveis e afetivas, conseguindo, assim, todos os recursos para viver com dignidade neste país (CARRASCO, 2012). Para a mulher detenta, estar cuidada representa a dignidade, a satisfação das necessidades físico-biológicas e afetivas do seu corpo e, porque não, de relacionamento, que é obrigatório no cárcere, adverte a autora.

De acordo com estudos brasileiros sobre os direitos humanos e as mulheres encarceradas, uma série de fatores impede que as mulheres presas tenham acesso à assistência médica básica. Dentre esses fatores, estão os seguintes: a ausência de profissionais de saúde, o acesso à assistência ginecológica e a programas de assistência de saúde à mulher, a escassez de medicamentos, as precárias instalações de assistência à saúde, a falta de assistência especializada e a presença obrigatória da escolta policial para consultas no sistema de saúde público (HOWARD, 2006; COLOMBAROLI, 2011).

Há necessidade premente da implementação de atividades educativas, preventivas e terapêuticas durante o encarceramento, uma vez que, estatisticamente, o detento tem mais problemas de saúde do que a população geral, e este momento pode representar oportunidade para a quebra de preconceitos e considerar novas estratégias de abordagem dessa população, implementando políticas de assistência à saúde mais adequadas (MIRANDA *et al.* 2004; REIS; BERNARDES, 2011; ROSINSKI, 2006).

De forma generalizada e de longa data, pesquisas sobre a população carcerária brasileira, têm sido realizadas, sem, no entanto, contemplar as peculiaridades das mulheres no cárcere, visto que, elas formam um quantitativo prática e teoricamente inexpressivo. Em 2003, a Subcomissão de Promoção e Proteção dos Direitos Humanos da ONU também iniciou um estudo geral sobre a problemática das mulheres encarceradas, incluindo a questão relativa aos filhos dessas mulheres, e publicou o primeiro documento de trabalho sobre o assunto em junho de 2004.

Instrumentos internacionais de direitos humanos surgidos no âmbito da ONU e aplicáveis ao tratamento de presas no Brasil formaram a base, e, além dos instrumentos internacionais e da jurisprudência das Comissões da ONU, existem diretrizes e documentos sobre princípios voltados para o tratamento de presos que, de forma adicional, normatizam a maneira como o Brasil deve cumprir suas obrigações legais internacionais (HOWARD, 2006; LIMA, 2006; PCB, 2012).

Na história da Saúde Pública, a atenção à saúde da mulher tem sido considerada uma área prioritária e muito discutida da assistência, pois pensando na mulher que goza de liberdade física e jurídica e desconhecendo a realidade de mulheres detentas, não pode excluir nenhuma pessoa, adverte Graciano(2005).

Do pouco que se conhece das atividades educativas nas penitenciárias, a precariedade e a ausência total de institucionalidade são preocupantes, pois para driblar o conflito de horário entre a escola e as oficinas de trabalho, as detentas deixam de jantar ou de tomar banho quente para buscar as salas de aula, e se justificam: estudar, na cadeia, é uma alternativa para se manter vivas, pensar, sonhar. Há quem imagine que elas não o fazem porque não gostam de estudar, porque

preferem trabalhar ou, até mesmo, porque não querem fazer nada (GRACIANO, 2005), afinal, a legislação que regula a execução penal prevê que a educação é um direito de presos e presas, além de ser indicada como um importante mecanismo de “ressocialização”. Mas a realidade segundo a autora, não é bem esta, pois há uma total incapacidade do Estado brasileiro de formular uma política penitenciária que inclua os processos educativos, especialmente quando se trata de integrar a elevação de escolaridade com a profissionalização.

3.12 A atuação da enfermagem no contexto prisional feminino

Segundo Oliveira e Alessi (2003), a prática da enfermagem é historicamente estruturada, ou seja, ela existe ao longo da história da humanidade. É constituída por diferentes maneiras de cuidar, que, por sua vez, são determinadas pelas relações sociais de cada momento histórico. Atualmente, o trabalho de enfermagem é integrante do trabalho coletivo em saúde, sendo especializado, dividido e hierarquizado entre auxiliares, técnicos e enfermeiros, de acordo com a complexidade de concepção e execução.

As equipes de saúde do Sistema Penitenciário Brasileiro devem ser submetidas a programas de educação permanente para maior qualidade e eficácia da atenção prestada à mulher em todas as áreas da saúde básica (BRASIL, 2007).

Partindo do princípio de que cuidar do corpo humano exige, necessariamente um olhar para a dimensão total do indivíduo, inclusive para sua essência existencial compreendida como dimensão ontológica daqueles que precisam de cuidados para se sentir mais confortados, seguros e amparados, torna-se imprescindível aos profissionais de enfermagem maior conscientização acerca do importante papel que desempenham ao interferir no espaço de privacidade das pessoas dependentes das intervenções por eles realizadas, como as mulheres privadas de liberdade e em situação de prisão (GONÇALVES, 2010).

De acordo com Souza e Passos (2008), para o atendimento das necessidades de saúde da população carcerária, o sistema prisional brasileiro dispõe de profissionais de saúde nas unidades hospitalares prisionais.

Dada a importância da atenção à saúde desse grupo específico, há que se valorizar e interligar outras áreas de conhecimento nesse contexto. O trabalho do enfermeiro é baseado principalmente em atividades educativas que necessitam, entretanto, envolver a interdisciplinaridade (PARANAGUÁ; BEZERRA, 2008).

Ferreira e Moraes (2008) relatam que, através de uma visão generalista, a atuação da enfermagem pode minimizar os danos trazidos pelo confinamento à mulher detenta e à sua saúde, buscando a melhoria dessa assistência de forma eficaz e humanizada, pois todo cidadão, por maior que tenha sido seu deslize, tem o direito de reconstruir o seu futuro. A assistência à essa mulher constitui-se numa excelente oportunidade para a orientação à sua saúde em geral o cuidado enquanto essência da assistência da enfermagem vem, há tempos, tendo sua prática incorporada à saúde da mulher, apesar das diversas conotações que variam desde a abordagem puramente tecnicista até aquela que envolve uma prática individualizada e humanizada, centrada na totalidade do ser humano, a partir de suas necessidades biofisiológicas e psicossociais.

Acredita-se que as motivações de enfermeiros que trabalham em ambientes prisionais passam pela capacitação e pela especialização, tendo em vista a situação peculiar de atuação, como o ambiente, os espaços disponíveis e as características da população atendida, uma vez que esses componentes físicos e estruturais são alguns entre os que integram o processo de institucionalização (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

De acordo com Bueno (1998), os profissionais da saúde sentem-se comprometidos com a integridade física e mental das pessoas e, particularmente, das mulheres, buscando e compreendendo o respeito aos direitos humanos universais.

A enfermagem, por sua vez, no decorrer dos anos, está cada vez mais integrada e vem conquistando muitos espaços na área de saúde, trazendo para si novas possibilidades e assumindo novos cargos, novos intercâmbios e conseqüentemente, maiores responsabilidades desde os seus primórdios (FERREIRA *et al.*, 2010). As reflexões de Rodrigues e Lima (2004) também apontam que as atividades e responsabilidades assumidas pelos enfermeiros modificam-se conforme o cenário em que o profissional se insere e, para a análise dessas atividades, devem ser considerados aspectos importantes, como o tamanho da instituição, a capacidade de leitos e a complexidade dos serviços prestados.

De acordo com Pinese (2008), a enfermagem desempenha papel importante na promoção da saúde dentro do sistema prisional. O trabalho é árduo e representa uma missão e um desafio profissional. Diante de tantas dificuldades e num ambiente hostil e de periculosidade, acredita-se que é possível implementar o cuidado humanizado de enfermagem e melhorar a qualidade de vida das pessoas, inclusive a da mulher detenta.

De acordo com o ambiente prisional, suas características, sua rotina e suas normas, Goffman (2007) aponta o cotidiano é vivido em um espaço físico definido como instituição total, fechada, e com os muros extremamente altos. Esse ambiente é visto como local de residência e de trabalho de um grande número de indivíduos, mulheres ou homens, em

situação semelhante, separados da sociedade mais ampla, sob um sistema disciplinar altamente rígido e por considerável período de tempo, que levam vida fechada, confinada e formalmente administrada, potencializando a invisibilidade às necessidades e aos atendimentos básicos de saúde.

Souza e Passos (2008) descrevem que as instituições criam barreiras entre a mulher detenta e o seu mundo exterior, e apontam a primeira “mutilação do eu”. Essa mutilação é criada pelas tensões entre a vida e a rotina na instituição e a vida fora da prisão, adquirindo importante significado no próprio processo de admissão e no encarceramento, momento em que ela recebe roupas padronizadas um número de identificação, além de ser pesada, fotografada e de ter suas impressões digitais coletadas.

Acredita-se que profissionais das equipes de saúde, como os da enfermagem, ao conviver com estas mulheres privadas de liberdade, possam quebrar paradigmas importantes, e, assim, sejam capazes de entender as representações sociais da doença, podendo induzir mudanças significativas no encarceramento brasileiro (SOUZA *et al.*, 2013).

Abordando a educação em saúde, como um método que estabelece esta junção de circunstâncias e possibilita a promoção e a manutenção da saúde para que essas mulheres possam realizar escolhas que favoreçam seu autocuidado, Oliveira *et al.* (2009) ressaltam que essa promoção da saúde deve ser entendida como um processo participativo de toda a população no contexto da vida cotidiana, e não apenas das pessoas sob risco de adoecer. Quando evidenciam a obtenção das condições de vida da população, abrangem, entre outros propósitos, excluir ou minimizar a ocorrência dinâmica de morbidades decorrentes da ausência destas condições ou, pelo menos, se ocorrerem, que isso se dê de forma menos grave ou mais branda.

França (2007) refere que a consulta de enfermagem tem papel fundamental na aproximação da cliente, pois, durante a sua realização, ela adquire confiança e segurança, o que facilita a troca de informações importantes para a detecção de problemas que afetam a saúde e a qualidade de vida, uma vez que os agravos são revelados durante o procedimento.

Nesse campo de atuação, Persegona *et al.* (2009) relatam que as ações se concretizam no cuidar, no qual se percebe a necessidade de romper, no sentido de extrapolar, o modelo biomédico e reconhecer a exigência da inclusão da representação da integralidade no cuidado. Elas entendem que o enfermeiro articula em suas atividades o conhecimento teórico-conceitual às situações concretas vivenciadas, demonstrando habilidades e competências, unindo as funções assistencial, educacional e gerencial nas ações de cuidado, com facilidade e

de forma conjunta, e transitando com competência na atenção primária, secundária e terciária à saúde das pessoas.

Vale destacar a importância de o enfermeiro ter a sensibilidade e o conhecimento para respeitar e cuidar, de forma singular, no complexo campo de conhecimentos, da intervenção e da responsabilidade social, que constituem sua identidade profissional em relação à comunidade e às outras profissões, afirmam as autoras.

3.13 Contribuição de Freire na busca das situações limites do estudo

As situações limites para Freire (1997) são entendidas como as de opressão e autoritarismo, constituídas de impedimentos para o processo de humanização e libertação dos seres humanos, que precisam ser ultrapassadas, e exigem transformação no contexto local, por dificultarem a concretização dos sonhos, desejos e necessidades coletivas das populações. Assim, a importância do reconhecimento do contexto está na possibilidade de transformá-lo. Quando se percebe que existe algo de errado, fica difícil negar a mudança.

As situações limites dão início a todas as possibilidades, e, muitas vezes, apresentam-se aos homens e mulheres como esmagadoras, opressoras, restando-lhes nada mais do que se adaptar. É importante entender os homens na sua realidade, e a investigação temática se faz, assim, num esforço comum de consciência e autoconsciência, que a inscreve como ponto de partida no processo educativo (FREIRE, 1997; BUENO, 2009).

Na etapa da investigação temática, há necessidade de buscar os temas que fazem parte da realidade dos indivíduos, investigando os principais termos e os assuntos da realidade que vão constituir os “temas geradores”. Eles formam a realidade do universo dos participantes, problematizado pelo diálogo, o que facilita evidenciar as contradições e as situações concretas vividas no momento (FREIRE, 1997).

Neste estudo será utilizada a situação limite com o intuito de demonstrar a trajetória e os caminhos para a superação das questões relacionadas à saúde sexual e a sexualidade da mulher detenta, diante da contribuição da enfermagem.

Com base nesses pressupostos, os fundamentos da elaboração metodológica da investigação realizada para o presente estudo serão descritos na sequência.

METODOLOGIA

4 METODOLOGIA

As diversas profissões da saúde, especialmente a enfermagem, transitam de forma predominante nas relações interpessoais e de assistência à saúde e doença. Muito tem-se observado também, que uma quantidade expressiva de estudos qualitativos tem sido realizados na área da saúde e o grande desafio é a utilização dos resultados desses estudos, justamente, nos cuidados à saúde e na melhoria da prestação de serviços e da qualidade de vida (SANDELOWSKI, 2004).

A revisão sistemática da literatura, assim como outros tipos de estudo de revisão, é uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados, a literatura sobre determinado assunto (MANCINI; SAMPAIO, 2007). Fazendo-se mister tal procedimento, à busca de melhor compreensão sobre as questões que nos provoca inquietações.

Sendo assim, este estudo trata-se de uma revisão com abordagem qualitativa e que procurou-se trabalhar com o universo dos significados, da motivação, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes, o que corresponde ao universo mais profundo das relações humanas, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (LOPES; FRACOLLI, 2008).

Uma revisão sistemática sobre determinado tema segundo Minayo (2004) possui o critério de seleção explícito, de forma que outros pesquisadores podem avaliar a qualidade da revisão e/ou executá-la novamente.

Neste sentido Almeida (2011) ressalta que a revisão sistemática é entendida como uma técnica científica objetiva, eficiente e reprodutível. Assim, de forma clara e explícita, essa revisão viabiliza resumo de todos os estudos sobre determinada intervenção, permitindo incorporar um espectro maior de resultados relevantes, ao invés de limitar as nossas conclusões à leitura de somente alguns artigos (LOPES ; FRACOLLI, 2008).

4.1 Tipo de pesquisa

A proposta desta investigação é a realização de uma revisão sistemática da literatura brasileira, que neste caso, é baseada em estudo descritivo, analítico e documental, apropriando-se da abordagem qualitativa.

Para a realização de uma revisão sistemática, o principal recurso solicitado do pesquisador acaba sendo o seu próprio tempo. E a quantidade necessária desse tempo vai depender do assunto, uma vez que a escolha da temática, ao despertar o interesse dos pesquisadores, pode facilitar a trajetória da revisão. Enfim, entender quais são as tarefas e o tempo necessário para cada uma delas, pode ajudar muito os pesquisadores a fazerem esta estimativa (CLARKE; OXMAN apud CASTRO, 2001).

Segundo Galvão *et al.* (2004), para que uma revisão sistemática possa ser realizada com rigor científico, a elaboração do protocolo é a primeira fase do processo. Esse processo apresenta os seguintes componentes: a definição da pergunta da revisão, os critérios de inclusão e exclusão mencionados no protocolo e que definirão os estudos a serem selecionados, as estratégias para fazer buscas das pesquisas, a avaliação crítica dos estudos, a coleta e a síntese dos dados.

Diante disso, o nosso trabalho tem como intuito, reunir, organizar, sintetizar e compartilhar os conhecimentos referentes à contribuição da enfermagem nas temáticas da saúde sexual e na sexualidade da mulher detenta. Tais esforços se justificam para que, cada vez mais, haja uma assistência de qualidade à saúde da mulher, enquanto direito humano, mesmo que em regime de detenção, quando para nós a questão maior é a manutenção da saúde e da qualidade de vida.

4.1.1 Etapas do processo de revisão sistemática

Para melhor compreensão da trajetória percorrida, citamos abaixo as fases do processo na elaboração desta revisão sistemática, tendo como referência os estudos encontrados na revisão da literatura brasileira.

4.1.2 Definição da questão norteadora

Uma revisão sistemática de qualidade é baseada primeiramente na formulação adequada da pergunta que guiará a direção dos estudos serão incluídos, as estratégias a serem adotadas na identificação dos estudos, bem como os dados a serem coletados (GALVÃO *et al.*, 2004).

Para a efetivação inicial de nossa pesquisa foi necessária, a elaboração de uma questão norteadora, a qual se utilizou da estratégia PICO (THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE – (JBI), 2011). Definiu-se, “P” como a enfermagem, “I” como o fenômeno de interesse, que no presente estudo refere-se à contribuição da enfermagem na saúde sexual e na sexualidade da mulher detenta no Brasil, e, “Co” como o desfecho, o resultado que esperamos encontrar. A seguir, estão as definições:

P= Enfermagem – Nesta pesquisa, define-se como enfermagem todos os profissionais dessa área, como enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem, mediante o livre exercício da profissão em todo o território nacional, de acordo com os Art.1 e Art.2 da Lei nº 7.498/86 (BRASIL, 1986).

I= Contribuição da enfermagem – Em nosso estudo, a contribuição do profissional de enfermagem está relacionada à saúde sexual e à sexualidade da mulher detenta no Brasil.

Co= É o resultado da contribuição da prática assistencial da enfermagem, nas questões sobre a saúde sexual e a sexualidade da mulher detenta no Brasil.

Assim, a questão norteadora da nossa busca é:

Qual a contribuição da enfermagem na saúde sexual e na sexualidade da mulher detenta no Brasil?

4.1.3 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão determinados pelo pesquisador devem refletir diretamente a pergunta elaborada para a revisão sistemática, bem como assegurar que todos os artigos selecionados possam ter algum impacto na conclusão da revisão.

Os tipos de participantes incluídos nesta revisão foram os profissionais de enfermagem: enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem.

Esta revisão considerou estudos qualitativos brasileiros de pesquisa primária. Efaz parte das políticas de ações e serviços relacionados à educação e à saúde em todo território brasileiro são regulamentados e norteados com a criação de normas jurídicas, instituídas por processos próprios. O Sistema Único de Saúde (SUS), denominado Sistema Público de Saúde brasileiro, instituído pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, regulado pela Lei nº. 8.080/1990, operacionaliza o atendimento público da saúde e dispõe, entre outras situações, o acesso da população carcerária à ações e serviços de saúde (BRASIL, 2005).

Nesse contexto, decidiu-se incluir os trabalhos publicados no período de novembro de 1990 a abril de 2013.

4.1.4 Critérios de exclusão

Segundo Galvão *et al.* (2004), os critérios de exclusão devem estar descritos de forma clara e registrados. .

Também foram excluídos os artigos que, no título, não continham, os descritores, as palavras-chave e ou termos livres que indicassem a potencialidade de encontrar a contribuição da enfermagem na saúde sexual e na sexualidade da mulher detenta no Brasil.

Foi adotada como forma de exclusão o norteamento de Barroso *et al.* (2003), o qual diz que, após a leitura do título, o próximo passo é realizar a leitura do resumo, e, em seguida, a literatura do texto na íntegra. Assim, foram eliminados os artigos que não evidenciavam, no seu resumo e no texto completo, os resultados referentes à contribuição da enfermagem na saúde sexual e na sexualidade da mulher detenta.

4.1.5 Fenômeno de interesse

Foram considerados nesta revisão, os estudos que visavam à contribuição da enfermagem relacionada à saúde sexual e à sexualidade da mulher detenta no Brasil.

4.1.6 Definição dos locais de busca

Com o intuito de alcançar o objetivo e recuperar documentos que tratem a contribuição da enfermagem e levando-se em consideração a saúde sexual e a sexualidade da mulher detenta, acredita-se na probabilidade de encontrar tais documentos nas bases de dados bibliográficas – (BDB), ou base de referências bibliográficas, que podem ser operacionalizadas através de palavras de linguagem natural ou palavras-chave e descritores (ORTEGA, 2002).

Considerando as limitações diante dos recursos das bases de dados, a opção neste estudo foi de concentrar a atenção sobre artigos científicos de abordagem qualitativa produzidos entre novembro de 1990 a abril de 2013, frente à institucionalização e regulamentação do SUS no Brasil.

Realizamos as buscas no portal Public Medical-PubMed e nas seguintes bases de dados: Web of Science, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde-LILACS, Base de Dados de Enfermagem-BDENF.

A PubMed representa cerca de 1.888.000 citações de artigos como base de dados bibliográficos internacionais da área médica e biomédica. Ela indexa, além dos periódicos selecionados, outros títulos que publicam assuntos do interesse das ciências da saúde (MALERBO, 2011).

A Web of Science é uma base de dados do Institute for Scientific Information (ISI), que permite a recuperação de trabalhos publicados nos mais importantes periódicos internacionais, apresentando as referências bibliográficas contidas neles e informando sobre os trabalhos em que foram citados com referências a outros trabalhos. O período de abrangência supracitado inclui os conteúdos das bases "Century of Science" e "Century of Social Science".

O LILACS foi utilizado atendendo o objetivo de representar um índice bibliográfico da produção científica e técnica em saúde. Essa base de dados indexa outros tipos de literatura científica como teses, monografias, livros e capítulos de livros, trabalhos apresentados em congresso ou conferências, relatórios, publicações governamentais e de organismos internacionais regionais. Seus registros são também, indexados no Google da WEB e no Google acadêmico. Atingiu, em 2011, 541.710 mil registros bibliográficos de artigos publicados em 825 periódicos em ciências da saúde (MALERBO, 2011 apud PACKER; TARDELLI; CASTRO, 2007).

A BDENF é uma fonte de informação composta por referências bibliográficas da literatura técnico-científica brasileira em enfermagem. Ela foi projetada pela equipe da biblioteca J. Baeta Viana da UFMG e teve, em 1992, seu primeiro número impresso, com 2.610 registros inseridos (MALERBO, 2011).

4.1.7 Escolha dos descritores

As buscas foram realizadas no DeCS através da BVS e dos MeSH por meio do National Center for Biotechnology Information (NCBI), sob a orientação da bibliotecária,

especialista em base de dados, Angela Lucato Aguilar, lotada na Biblioteca Central da USP/Ribeirão Preto-SP. As palavras-chave e os termos livres foram incluídos no decorrer da pesquisa, a cada leitura de título, do resumo e dos descritores. Isso possibilitou incluir ou excluir determinado grupo de trabalhos. Exemplo de como pode-se trabalhar neste sentido:

Quadro X - DeCS, MeSH, palavras-chave e/ou termos livres utilizados nas estratégias de busca nas bases de dados e portal

BASE DE DADOS	DeCS, MeSH, palavras-chave e/ou termos livres	Total dos achados
LILACS 1	mulher\$ AND (prisoas Or carcere\$ OR presídio\$ OR penitenciária\$) ...	...
LILACS 2...	> mulher\$ AND (prisoas Or carcere\$ OR presídio\$ OR penitenciária\$)...	...
...	...	...

4.1.8 Coleta de dados: (procedimento)

- Levantamento dos estudos indexados nas bases de dados, para evitar repetições.
- Procura-se uma base de dados por vez.
- Ao cadastrar, exclui-se as citações repetidas.
- Realiza-se as verificações periódicas para a garantia da ausência de repetições.
- Por fim os resultados que alcançaram os critérios de inclusão, anteriormente definidos, devem ser adicionados na amostra bibliográfica.
- Para o aprofundamento das buscas, devem ser realizadas novas buscas, utilizando-se os descritores presentes em cada artigo selecionado, e que não tenham sido utilizados nas buscas iniciais.
- O passo seguinte deve-se analisar, as referências utilizadas na elaboração dos estudos primários selecionados.
- Para se assegurar uma busca ampla na pesquisa, é possível optar pela utilização de palavras-chave; como por exemplo no presente estudo optamos em utilizar feminino e prisioneiras.
- Após essa nova busca, pode-se encontrar novos artigos.

Para o processo de seleção da amostra bibliográfica, é possível utilizar a proposta de Barroso *et al.* (2003), tal como aplicada na nesta pesquisa, sugerindo a seleção por leitura do título, seguido do *abstract* e, por fim, do texto na íntegra, o que resulta nos trabalhos pertinentes para o estudo em questão..

O resultado quantitativo das buscas pode ser visualizado em quadro, como por exemplo:

Quadro Y – Quantidade de artigos selecionados

BASE DE DADOS	LEITURA DO TÍTULO	SELEÇÃO DO TÍTULO	ARTIGOS BRASILEIROS	SELEÇÃO POR RESUMO	EXCLUSÃO DOS DUPLICADOS (Estratégia/Bases)	LEITURA NA ÍNTEGRA	APLICAÇÃO DO QARI	AMOSTRA FINAL
LILACS	...		...	...	...	...	...	...
PubMed		...	...			...		...

Na análise crítica dos estudos selecionados, avalia-se a qualidade dos estudos selecionados através do Teste de Confiabilidade JBI QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive & Critical Research (JBI, 2011) (ANEXO)A), o qual possui 10 perguntas que investigam se há congruência entre a metodologia da pesquisa e os objetivos, os métodos de coleta e de análise dos dados, a metodologia e a interpretação dos dados, se as vozes dos participantes estão adequadamente apresentadas, se os preceitos éticos de pesquisa com seres humanos foram seguidos e destacados, entre outros, e deve ser assinalada uma das três opções de resposta: Yes, No, Unclear.

4.1.9 Seleção pela leitura do título

Após a realização da busca criteriosa dos trabalhos, seleciona-os artigos como prováveis integrantes da amostra.

Os artigos encontrados nas bases de dados devem ser salvos, por ordem de aparecimento, em um documento por exemplo, produzido no software Microsoft Office Excel 2007, contendo título, autoria, dados da publicação, resumo e descritores, o que facilita o próximo passo do processo.

4.1.10 Seleção pela leitura do resumo

Com o término da utilização das estratégias de buscas em todas as bases de dados e a organização das listas de resumo, o pesquisador (principal) e um segundo pesquisador, realizam a leitura individualmente, dos resumos. Daqui, exclui-se os artigos que não se enquadram nos critérios da pesquisa em foco. Após a análise comparativa dos resumos, elimina-se os duplicados, identificando-os como prováveis integrantes da amostra.

4.1.11 Seleção pela leitura do artigo na íntegra

Levando em consideração os riscos de seleção dos artigos nesta pesquisa optou-se por adotar limites mais precisos par a seleção da amostra final.. Por exemplo na presente pesquisa foi utilizado um instrumento de avaliação da qualidade dos estudos, ou seja, eles foram selecionados através do Teste de Confiabilidade JBI QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive & Critical Research (JBI, 2011), configurando-se uma nova etapa no processo de seleção da amostra final.

Uma vez definidos os artigos da amostra inicia-se uma leitura de forma mais crítica, com o intuito de evidenciar as **situações limites** referentes à contribuição para o estudo em apreço. Por exemplo no nosso estudo as situações limites foram identificadas em relação a enfermagem, a saúde sexual e a sexualidade da mulher detenta.

4.2 Fases da análise dos artigos pertinentes ao estudo

4.2.1 Análise qualitativa dos dados

Para a análise e interpretação dos dados, podem-se ser utilizados os pressupostos da análise temática (categorias) preconizados por Freire (1997), e adaptados por Bueno (2001). O desenvolvimento desse estudo pressupõe seguintes os passos .

4.2.2 Levantamento das situações limites

A investigação das situações limites é fundamental para a identificação dos temas geradores mais complexos, seguindo para a problematização, o que resulta na ação, pois, essas situações-limites, referem-se à descrição e interpretação das situações evidenciadas nos artigos selecionados (BUENO, 2001; 2009). Segundo Freire (1997), essas situações limites dão início a todas as possibilidades e muitas vezes, se apresentam às pessoas como esmagadoras, opressoras, restando assim, somente a adaptação, devendo essa situação deve ser superada para captar o que está, aparentemente, oculto. O processo seguinte é o da codificação das situações , que é o processo que funciona como desafio aos grupos.

Assim, em nosso estudo, tem como ponto de partida a possibilidade de delinear caminhos pertinentes de grande vulnerabilidade na área da saúde, como a saúde sexual e a sexualidade da mulher detenta, considera-se a probabilidade de apontar temas geradores.

4.2.3 Levantamento dos temas geradores

Nesta fase de busca pode-se encontrar resultados extremamente significativos para os estudos. Os temas geradores são o alicerce da proposta metodológica (BUENO, 2009). Isto não só ocorre pelas relações que travam, mas pela busca da temática do pensamento dos homens, pensamento esse que se encontra somente, no meio deles FREIRE, 1992). Nessa perspectiva, visa-se buscar, temas que sejam os mais relevantes sobre a temática, uma vez que eles são os sujeitos do estudo (em nosso estudo, a contribuição do profissionais de enfermagem).

4.2.4 Organização do material coletado

O conteúdo registrado é resultado da emissão dos significados e do pensamento referente à contribuição do estudo. Por exemplo para nós é o da enfermagem relacionada à saúde sexual e à sexualidade da mulher detenta. Isso ocorre por meio da contribuição do

profissional enfermeiro nesta temática, encontrada nos artigos selecionados, o que possibilita a interpretação e seleção dos assuntos centrais (BUENO 2009 ; FREIRE, 1992).

Processa-se a leitura detalhada de todo o artigo, evidenciando as frases que trazem a contribuição Do estudo, particularmente da enfermagem relacionada da à saúde sexual e a sexualidade da mulher detenta. Nessa fase, faz-se um recorte do texto, selecionando frases identificadas que evidenciam essa visão, descobrindo-se os núcleos de sentido que compõem a comunicação e a presença ou frequência em que aparecem, o que pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido (MINAYO *et al.*, 2008), o que torna possível juntar pensamentos para a próxima fase.

4.2.5 Seleção e codificação das frases identificadas nos artigos

Seleciona-se frases identificadas em ordem definida para que possam ser agrupadas pela riqueza temática, codificando-se os temas geradores (BUENO, 2001; 2009).

4.2.6 Síntese das frases selecionadas

Seleciona-se e codifica-se os temas geradores, agrupando-se as palavras e frases selecionadas ao tema gerador, reunindo-se grandes temas, podendo engendrar grandes possibilidades de análise e interpretação dos achados, conforme são apresentados, por exemplo nos resultados e discussões do presente estudo (BUENO, 2001; 2009).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este espaço está destinado à apresentação dos resultados, bem como a análise dos achados desta pesquisa. Esses obedecerão a ordem estabelecida no estudo, visando a uma melhor compreensão dos pressupostos da revisão sistemática da literatura conforme revelam as discussões e quadros que se seguem.

Ao identificar a questão norteadora do presente estudo definida como **Qual é a contribuição da enfermagem na saúde sexual e na sexualidade da mulher detenta no Brasil?** Foi traçado um direcionamento que permitiu a utilização da estratégia PICO, conforme descrito anteriormente. P=enfermagem; I=contribuição da enfermagem e Co= como a enfermagem contribui nesse processo. Portanto, os participantes desse estudo foram os profissionais de enfermagem: enfermeiros, auxiliares e técnicos no território brasileiro, considerando estudos qualitativos de pesquisa primária, mas não limitadas a projetos como etnografia, fenomenologia, análise narrativa e pesquisa-ação.

Com a utilização das mais variadas estratégias de buscas, direcionou-se para 762 artigos nas quatro bases de dados selecionadas. A lista completa dos DeCS, MeSH, palavras-chave e termos livres está apresentada a seguir:

Quadro 01 – DeCS, MeSH, palavras-chave e/ou termos livres utilizados nas estratégias de busca nas bases de dados e portal

BASE DE DADOS	DeCS, MeSH, palavras-chave e/ou termos livres	Total dos achados
LILACS 1	mulher\$ AND (prisoos Or carcere\$ OR presidio\$ OR penitenciaria\$) AND enferm\$	62
LILACS 2	> mulher\$ AND (prisoos Or carcere\$ OR presidio\$ OR penitenciaria\$) AND enferm\$	43
LILACS 3	mulher\$ AND (prisoos Or carcere\$ OR presidio\$ OR penitenciaria\$) AND enferm\$ AND sexu\$	23
LILACS 4	mulher\$ AND (prisoos Or carcere\$ OR presidio\$ OR penitenciaria\$) AND enferm\$ AND sexu\$	38
PubMed 1	Search (((("Women"[Mesh]) AND "Prisons"[Mesh]) AND "Nursing"[Mesh])	320
PubMed 2	Search women and prisons and nursing	63
PubMed 3	Search (((("Women"[Mesh]) AND "Prisons"[Mesh]) AND "Nursing"[Mesh]) AND "Sexuality"[Mesh])	128
PubMed 4	Search women and prisons and nursing and sexuality	07
BDENF 1	Mulher\$ and (prisoos or carcere\$ or presidio\$ or penitenciaria\$) [Palavras] and enferm\$ [Palavras]	04
BDENF 2	Mulher\$ [Descritor de assunto] and (prisões or carcere\$ or presidio\$ or penitenciaria\$) [Descritor de assunto] and enferm\$ [Descritor de assunto]	02
BDENF 3	Mulher\$ [Palavras] and (prisoos or carcere\$ or presidio\$ or penitenciaria\$) [Palavras] and enferm\$ and sexu\$ [Palavras]	00

BDENF 4	Mulher\$ [Descritor de assunto] and (prisoos or carcere\$ or presídio\$ or penitenciária\$) [Descritor de assunto] and (enferm\$ and sexu\$) [Descritor de assunto]	00
Web of Science 1	Notes: (Women and prisons and nurs*)	35
Web of Science 2	Notes: (women) AND Topic=(prisons) AND Topic=(nurs*)	35
Web of Science 3	Notes: (women and nurs* and sexuality and prisons)	01
Web of Science 4	Notes: (women) AND Topic=(prisons) AND Topic=(nursing and sexuality)	01

Após levantamento dos estudos indexados nas bases de dados, para evitar repetições, buscou-se uma base de dados por vez. Ao cadastrar, foram excluídas as citações repetidas. Foram realizadas verificações periódicas para garantir a ausência de repetições. Por fim, os resultados que alcançaram os critérios de inclusão, anteriormente definidos, foram adicionados na amostra bibliográfica. Então, para aprofundar as buscas, foram realizadas novas buscas, utilizando-se os descritores presentes em cada artigo selecionado, e que não tinham sido utilizados nas buscas iniciais. O passo seguinte foi analisar, também, as referências utilizadas na elaboração dos estudos primários selecionados. Assim, para assegurar uma busca ampla na pesquisa, optou-se pela utilização das seguintes palavras-chaves: feminino e prisioneiras. Após essa nova busca, foram encontrados mais **630** artigos, dos quais foram **08** incluídos na amostra do presente estudo, de acordo com os critérios anteriormente já definidos.

Para o processo de seleção da amostra bibliográfica, utilizou-se a proposta de Barroso *et al.* (2003), a qual sugere a seleção por leitura do título, seguido do *abstract* e, por fim, do texto na íntegra, o que resultou nos trabalhos pertinentes para o estudo proposto. Lopes e Fracoli (2008) corroboram com esta proposta de seleção, escrevendo que o sistema de busca sistemática de triagem e seleção por etapas – título, *abstract*, e artigo na íntegra, é de extrema relevância, pois auxilia o pesquisador a ter uma aproximação gradual do denso conteúdo, diminuindo o risco de possíveis enganos pelos próprios pesquisadores e eliminando ou incluindo artigos do presente estudo. O resultado quantitativo das buscas pode ser visualizado no quadro a seguir

Quadro 02 – Quantidade de artigos selecionados

BASE DE DADOS	LEITURA DO TÍTULO	SELEÇÃO DO TÍTULO	ARTIGOS BRASILEIROS	SELEÇÃO POR RESUMO	EXCLUSÃO DOS DUPLICADOS (Estratégia/Bases)	LEITURA NA ÍNTEGRA	APLICAÇÃO DO QARI	AMOSTRA FINAL
LILACS	166	135	90	50	17 / 16	16	13	13
PubMed	518	172	00	00	00 / 00	00	00	00
BDENF	06	05	05	05	01 / 01	01	01	01
Web of Science	72	17	08	00	00 / 00	00	00	00
Total	762	329	103	55	18 / 17	17	14	14

Após a realização da busca criteriosa dos trabalhos, resultaram **762 artigos**, e destes, foram selecionados 329 artigos como prováveis integrantes da amostra.

Os artigos encontrados nas bases de dados (LILACS, BDENF, PUBMed, WEB OF SCIENCE) foram salvos, por ordem de aparecimento, em um documento produzido no software Microsoft Office Excel 2007, contendo título, autoria, dados da publicação, resumo e descritores, o que facilitou o próximo passo do processo.

Em seguida, com o término da utilização das estratégias de buscas em todas as bases de dados e a organização das listas de resumo, o pesquisador (principal) e um segundo pesquisador, neste caso a orientadora desta pesquisa, realizaram a leitura, individualmente dos resumos.

Restaram da leitura do título **103 artigos**. Foi, então, realizada a leitura de todos os resumos. No decorrer dessa etapa, foram excluídos os artigos que não eram de resultados de pesquisas desenvolvidas no Brasil e que não abordavam a contribuição do profissional de enfermagem, levando em consideração a saúde sexual e a sexualidade da mulher detenta no Brasil.

Após a leitura de todos os resumos, restaram **55 artigos**. Desses, após a comparação, foram eliminados os duplicados, resultando em **17 artigos** identificados como prováveis integrantes da amostra.

Nesta fase, os **17 artigos** foram impressos e lidos separadamente pelos dois pesquisadores considerando a eventual possibilidade de aparecerem, ainda, estudos que evidenciassem a contribuição da enfermagem, tendo em vista a saúde sexual e a sexualidade da mulher detenta.

Levando em consideração os riscos de seleção dos artigos nesta pesquisa, optou-se por adotar limites mais precisos para a seleção da amostra final. Por isso, foi utilizado um instrumento de avaliação da qualidade dos estudos, ou seja, eles foram selecionados através do Teste de Confiabilidade JBI QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive & Critical Research (JBI, 2011), configurando-se uma nova etapa no processo de seleção da amostra final.

Após esta etapa, já com os artigos definitivos da amostra conforme o Quadro nº3, iniciou-se uma leitura mais crítica, com o intuito de evidenciar as situações limites referentes à contribuição da enfermagem à saúde sexual e à sexualidade da mulher detenta.

Quadro 03 – Artigos de periódicos encontrados na revisão sistemática da literatura brasileira sobre a contribuição da enfermagem à saúde sexual e à sexualidade da mulher detenta no Brasil

FONTE	REFERÊNCIAS	DESCRIPTORES E PALAVRAS-CHAVE	ANO	ID
01 BDENF	ROSINSKI,T.C.,CORDEIRO,C.G., MONTICELLI,M.,SANTOS,E.K.A. Nascimento atrás das grades: uma prática de cuidado direcionada a gestantes, puérperas e recém-nascidos em privação de liberdade. Ciênc. cuid. saúde . 5(2): 212-219, maio-ago. 2006.	<ul style="list-style-type: none"> • Humanos • Feminino • Recém-nascido • Prisões • Autocuidado • Enfermagem • Gestantes 	2006	BD01
02 LILACS	GIORDANI,A.T;BUENO,S.M.V. Direitos humanos de mulheres detentas em situação de vulnerabilidade às DST - aids DST– j. bras. doenças sex. transm. 14(2): 12-15, 2002.	<ul style="list-style-type: none"> • Humanos • Feminino • Adulto • Prisioneiros • Direitos Humanos • Doenças sexualmente transmissíveis *DSTs • Síndrome de imunodeficiência adquirida *Aids 	2002	LL02
03 LILACS	GIORDANI,A.T;BUENO,S.M.V. A violência, a mulher detenta e a vulnerabilidade às DST/aids .DST– j. bras. doenças sex. transm. 11(6): 17-25, 1999.	<ul style="list-style-type: none"> • Humanos • Feminino • Adulto • DST • Aids • Violência • Prisioneiros • Mulheres maltratadas • Educação 	1999	LL03

04 LILACS	GIORDANI,A.T; BUENO,S.M.V Tatuagens e a vulnerabilidade às DST-aids em mulheres detentas. DST- j. bras. doenças sex. transm. 14(5): 4-10, 2002.	<ul style="list-style-type: none"> • Humanos • Feminino • Adulto • DST • Aids • Saúde da mulher • Prisioneiros • Educação 	2002	LL04
05 LILACS	GIORDANI,A.T; BUENO,S.M.V. Sexualidade, DST/aids e Drogas com Mulheres em Sistema Penitenciário Brasileiro. DST- j. bras. doenças sex. transm. 10(6): 4-19, 1998.	<ul style="list-style-type: none"> • Humanos • Feminino • DST • Conhecimentos, • Atitudes e prática • em saúde • Transtornos • relacionados • ao uso de • substâncias • Aids • Sexualidade 	1998	LL05
06 LILACS	LOPES,F; LATORRE,M.R.D.O; PIGNATARI,A.C.C; BUCHALLA,A.C.M. Prevalência de HIV, HPV e sífilis na Penitenciária Feminina da Capital, São Paulo, 1997-1998. Cad. Saúde Pública , Rio de Janeiro, 17(6):1473-1480, nov-dez, 2001.	<ul style="list-style-type: none"> • Humanos • Feminino • Aids • Sífilis • Prisões • Prevalência 	2001	LL06
07 LILACS	GIORDANI,A.T; BUENO,S.M.V A maternidade para mulheres detentas e a transmissão vertical das DST/aids. DST- j. bras. doenças sex. transm. 13(6): 12-24, 2001.	<ul style="list-style-type: none"> • Humanos • Feminino • Gravidez • Adulto • Doenças • Mães • Prisioneiros • DST • Aids • Transmissão de • doença infecciosa 	2001	LL07
08 LILACS	GIORDANI,A.T; BUENO,S.M.V. Mulheres detentas, prevenção às DST-aids e gravidez no contexto de uma sociedade patriarcalista. DST- j. bras. doenças sex. transm. 13(5): 36-42, 2001.	<ul style="list-style-type: none"> • Feminino • Adulto • Humanos • DST • Prisioneiros • Educação • Aids 	2001	LL08
09 LILACS	GIORDANI,A.T; BUENO,S.M.V; KANTORSKI,L.P. Normas, punições, castigos e a vulnerabilidade às DST-aids no cotidiano de mulheres detentas. DST- j. bras. doenças sex. transm. 14(2): 16-21, 2002.	<ul style="list-style-type: none"> • Humanos • Feminino • Adulto • DST • Aids • Prisioneiros • Adolescente 	2002	LL09

10 LILACS	GIORDANI,A.T;BUENO,S.M.V - Cicatrizes corporais em mulheres detentas vítimas de violência física e a vulnerabilidade às DST-aids. DST- j. bras. doenças sex. transm. 14(4): 13-17, 2002.	<ul style="list-style-type: none"> • Humanos • Feminino • Adulto • DST • Mulheres maltratadas • Violência • Prisioneiros • Aids 	2002	LL10
11 LILACS	GIORDANI,A.T;BUENO,S.M.V. A vulnerabilidade às DST-aids em mulheres detentas vítimas de violência sexual. DST- j. bras.doenças sex. transm. 15(1): 30-39, 2003.	<ul style="list-style-type: none"> • Humanos • Feminino • Gravidez • Adulto • DST • Prisioneiros • Educação • Aids 	2003	LL11
12 LILACS	REIS,C.B; BERNARDES,E.B. O que acontece atrás das grades: estratégias de prevenção desenvolvidas nas delegacias civis contra HIV/aids e outras doenças sexualmente transmissíveis. Ciênc. saúde coletiva. 16(7): 3331-3338, jul. 2011.	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescente • Idoso • Feminino • Humanos • Masculino • Meia-Idade • Adulto • Jovem • Infecções • Gravidez • Adulto • DST • Prisioneiros • HIV 	2011	LL12
13 LILACS	GIORDANI,A.T; BUENO,S.M.V. Sexuality, STD-aids and drugs and women in prison. DST- j. bras. doenças sex. transm. 12(6): 8-16, 2000.	<ul style="list-style-type: none"> • Humanos • Feminino • Adulto • Sexualidade • DST • Aids • Abuso de substâncias por intravenosa • Prisioneiros • Educação 	2000	LL13

14 LILACS	GIORDANI,A.T.; BUENO,S.M.V. Prática do homonossexualismo entre mulheres detentas e a vulnerabilidade as DST aids. DST- j. bras. doenças sex. transm. 13(5): 23-35, 2001.	<ul style="list-style-type: none"> • Humanos • Feminino • Adulto • Homossexualidade • feminina • Prisioneiros • DST • Aids 	2001	LL14
--------------	---	--	------	------

Obs- A identificação (ID) foi elaborada da seguinte forma: foram utilizadas as duas primeiras letras, que se referem à base de dados onde o artigo foi recuperado, e os dois dígitos finais, que correspondem ao número conforme indicado. *Na busca dos descritores/palavras –chave é usado o termo por extenso. Para operacionalização desses termos, inclusive para contenção de espaços estamos abreviando :DSTs e Aids.

As muitas buscas nos direcionaram a um resultado de 14 artigos. Contudo, faz-se mister salientar que o percurso metodológico permitiu que se encontrassem estudos que abordavam a contribuição da enfermagem na saúde sexual e na sexualidade através da comutação bibliográfica nos planos nacional e internacional, que permite ao usuário a obtenção de cópias de artigos científicos não existentes no acervo da biblioteca. A solicitação é realizada através de sistema *on-line* e não pôde ser incluída nesta amostra. Dessa forma, embora bastante relevantes, elas não atendiam aos critérios de inclusão propostos para este estudo.

Após definidos os artigos desta amostra, foram extraídas e sintetizadas as situações limites, evidenciadas na contribuição dos profissionais da enfermagem. Para a organização das sínteses das situações limite, a proposta de análise foi a categorização destas situações limites a partir do referencial teórico de Freire (1997) adaptado por Bueno (2001), que permitiu a classificação dos termos. Assim, as situações limites encontradas nos artigos selecionados foram denominadas como categorias e subcategorias, como consta no quadro a seguir.

Quadro 04 – Ideias centrais, situação limites e categorias referentes à contribuição da enfermagem na saúde sexual e na sexualidade da mulher detenta.

FONTE VER NO QUADRO 3	IDEIAS CENTRAIS REFERENTES À CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM	SITUAÇÕES LIMITES NA CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM	*CATEGORIAS
BD01	<p>...desenvolver uma prática de cuidado reflexiva e direcionada às mulheres em regime de privação de liberdade que vivenciam o processo de nascimento, na direção do reconhecimento pessoal como agente de autocuidado e cuidado ao recém-nascido.</p> <p>...guiar todas as ações do processo de cuidar em enfermagem, evitando atitudes de julgamento ou qualquer grau de estigma, por parte destes profissionais.</p>	<p>Falta de conhecimento acerca da situação da mulher detenta e necessidade de cooperação entre os órgãos de saúde pública e o sistema penitenciário visando produzir resultados eficientes</p> <p>Reconhecimento da necessidade de desmistificação, de mudança de paradigmas e de abertura de um novo campo de estudo e atuação profissional da enfermagem.</p> <p>Falha da aplicabilidade e efetivação da legislação, violação dos direitos humanos, bem como, a utilização de equipamentos sociais decadentes .</p> <p>Construção histórico-cultural de práticas sexuais de risco anteriores ao processo de encarceramento, vulnerabilizando às DST e Aids e a contaminação do HIV e à uma possível gravidez nestas condições</p>	<p>CAT01</p> <p>CAT02</p> <p>CAT03</p> <p>CAT04</p>
LL07	<p>...propor orientações segundo a percepção das mulheres detentas, em relação à vulnerabilidade das DST e aids, correlacionando práticas sexuais de maior risco na contaminação do HIV, transmitidos à mulher e a seus filhos durante a gravidez.</p> <p>...estimular as mulheres detentas a se tornarem agentes multiplicadores de conhecimentos e comportamentos mais adequados à prática sexual .</p>	<p>Falha de aplicabilidade e efetivação da legislação, violação dos direitos humanos, bem como utilização de equipamentos sociais decadentes .</p> <p>Construção histórico-cultural de práticas sexuais de risco anteriores ao processo de encarceramento, vulnerabilizando as DST e aids e a contaminação do HIV em uma possível gravidez nestas condições.</p> <p>Omissão e subestima do Estado na implantação de ações educativas e preventivas voltadas à saúde sexual da mulher detenta e riscos de contaminação. Ausência de assistência e de acompanhamento médico local adequada.</p>	<p>CAT03</p> <p>CAT04</p> <p>CAT05</p>
LL08	<p>...desenvolver um trabalho de educação preventiva em DST/aids e drogas, levando em conta relações de gênero e poder de decisão dentro e fora da prisão, promovendo o entendimento da detentas por sexualidade ,condições e fatores atrelados à aids, Gravidez em suas relações afetivas e sexuais.</p> <p>...correlacionar a sexualidade sob a influência das referências de gênero e sua prevenção às DST/aids, a prática do bissexualismo e a reincidência ao crime e a prisão como trânsito de doenças.Incentivo às mulheres detentas a se</p>	<p>Falha de aplicabilidade e efetivação da legislação, violação dos direitos humanos, bem como utilização de equipamentos sociais decadentes .</p> <p>Construção histórico-cultural de práticas sexuais de risco anteriores ao processo de encarceramento, vulnerabilizando as DST e aids e a contaminação do HIV em uma possível</p>	<p>CAT03</p> <p>CAT04</p>

	tornarem agentes multiplicadores de conhecimentos e comportamentos mais adequados.	gravidez nestas condições	
LL02	...oportunizar uma reflexão entre as autoridades no sistema prisional sobre as suas práticas. Os direitos humanos e o entendimento das suas consequências na saúde da mulher detenta, identificando aspectos da realidade vigente relacionados à qualidade de vida.	Falha de aplicabilidade e efetivação da legislação, violação dos direitos humanos, bem como utilização de equipamentos sociais decadentes.	CAT03
LL09	... realização de oficinas pedagógicas no local, através da identificação das ações punitivas e normativas pelo Estado, no cotidiano de mulheres detentas, possibilitando reflexão sobre seus direitos, a sua vulnerabilidade às DST-aids decorrente de violência sexual, e outras formas de violências físicas, morais e psíquicas extra e intracarcere.	Falha de aplicabilidade e efetivação da legislação, violação dos direitos humanos, bem como a utilização de equipamentos sociais decadentes. Construção histórico-cultural de práticas sexuais de risco anteriores ao processo de encarceramento, vulnerabilizando as DST e aids e a contaminação do HIV em uma possível gravidez nestas condições.	CAT03 CAT04
LL03	...realização de intervenções através de oficinas pedagógicas no local, segundo levantamento da percepção das mulheres detentas sobre a violência e consequentes riscos de infecção pelo HIV- aids na situação de violência.	Falha de aplicabilidade e efetivação da legislação, violação dos direitos humanos, bem como utilização de equipamentos sociais decadentes. . Construção histórico-cultural de práticas sexuais de risco anteriores ao processo de encarceramento, vulnerabilizando as DST e aids e a contaminação do HIV em uma possível gravidez nestas condições	CAT03 CAT04
LL04	...,multiplicar conhecimentos dentro e fora da prisão, através de ações educativas e preventivas, correlacionando práticas inadequadas na confecção de tatuagens à transmissão do HIV, e na direção da autoproteção e da prevenção contra DST-aids.	Construção histórico-cultural de práticas sexuais de risco anteriores ao processo de encarceramento, vulnerabilizando as DST e aids e a contaminação do HIV em uma possível gravidez nestas condições. Omissão e subestima do Estado na implantação de ações educativas e preventivas voltadas à saúde sexual da mulher detenta e riscos de contaminação. Ausência de assistência e de acompanhamento médico local adequado.	CAT04 CAT05
LL10	...propor orientação das mulheres detentas quanto à vulnerabilidade e à prevenção DST-aids, da gravidez não planejada em detrimento da violência sexual fora ou dentro do ambiente prisional, através da percepção das detentas sobre a violência em geral, as sequelas no mundo do crime e o aprofundamento dos conhecimentos pessoais dos pesquisadores em foco, sobre essa temática.	Falha de aplicabilidade e efetivação da legislação, violação dos direitos humanos, bem como utilização de equipamentos sociais decadentes.	CAT03
LL05	...desenvolver um programa educativo transprofissional sobre a temática na construção de conhecimentos e habilidades na área, através da identificação dos maiores problemas das mulheres detentas em relação à sexualidade, DST/Aids e drogas ...incentivar e oportunizar as mulheres detentas a se tornarem agentes multiplicadores de conhecimentos.	Omissão e subestima do Estado na implantação de ações educativas e preventivas voltadas à saúde sexual da mulher detenta e riscos de contaminação. Ausência de assistência e de acompanhamento médico local adequado. Construção histórico-cultural de práticas sexuais de risco anteriores ao processo de encarceramento, vulnerabilizando as DST e aids e a	CAT05 CAT04

		contaminação do HIV em uma possível gravidez nestas condições.	
LL14	<p>...orientar quanto à vulnerabilidade à aids e as DST, pela prática do homossexualismo na prisão, correlacionando também práticas bissexuais ao contágio do HIV e agentes causadores de DST em períodos de liberdade.</p> <p>...incentivar e oportunizar as mulheres detentas a se tornarem agentes multiplicadores de conhecimentos, despojadas de qualquer postura discriminatória.</p>	<p>Construção histórico-cultural de práticas sexuais de risco anteriores ao processo de encarceramento, vulnerabilizando as DST e aids e a contaminação do HIV em uma possível gravidez nestas condições.</p> <p>.Falha de aplicabilidade e efetivação da legislação, violação dos direitos humanos, bem como utilização de equipamentos sociais decadentes .</p> <p>Reconhecimento da necessidade da desmistificação, de mudança de paradigmas e de abertura de um novo campo de ação educativa e de atuação profissional da enfermagem.</p>	<p>CA04</p> <p>CAT03</p> <p>CA02</p>
LL11	<p>...investigar o conhecimento e a vivência pessoal das mulheres detentas .em relação a violência sexual, resgatando a conscientização sobre a violência doméstica, social e institucional de gênero e sua relação com a sexualidade humana, as DST aids e drogas em detrimento da vulnerabilidade ao HIV</p>	<p>Omissão e subestima do Estado na implantação de ações educativas e preventivas voltadas à saúde sexual da mulher detenta e riscos de contaminação. Ausência de assistência e de acompanhamento médico local adequado.</p> <p>Falha de aplicabilidade e efetivação da legislação, violação dos direitos humanos, bem como utilização de equipamentos sociais decadentes.</p>	<p>CAT05</p> <p>CAT03</p>
LL06	<p>...sensibilização e intervenção educativa por meio de oficinas semanais de trabalho em grupo e consulta individual sobre interesse na realização de exames, conhecimento da prevalência para infecção por HIV, sífilis e HPV entre as mulheres detentas .</p> <p>... estimular uma resposta do serviço de saúde e de prevenção prestado a essa população, especialmente por estar em adoção de regime de visita íntima.</p>	<p>Falha de aplicabilidade e efetivação da legislação, violação dos direitos humanos, bem como utilização de equipamentos sociais decadentes .</p> <p>Falta de conhecimento acerca da situação da mulher detenta. e necessidade de cooperação entre os órgãos de saúde pública e o sistema penitenciário visando produzir resultados eficientes.</p> <p>Omissão e subestima do Estado na implantação de ações educativas e preventivas voltadas à saúde sexual da mulher detenta e riscos de contaminação. Ausência de assistência e de acompanhamento médico local adequado.</p> <p>Construção histórico-cultural de práticas sexuais de risco anteriores ao processo de encarceramento, vulnerabilizando as DST e aids e a contaminação do HIV em uma possível gravidez nestas condições.</p>	<p>CAT03</p> <p>CAT01</p> <p>CAT05</p> <p>CAT04</p>

LL12	...elaborar novas ações e estratégias que garantam o direito à saúde no sistema prisional através do levantamento do conhecimento e das estratégias desenvolvidas para prevenir a infecção e a disseminação do HIV/aids e outras DST.	<p>Falha de aplicabilidade e efetivação da legislação, violação dos direitos humanos, bem como utilização de equipamentos sociais decadentes.</p> <p>Omissão e subestima do Estado na implantação de ações educativas e preventivas voltadas à saúde sexual da mulher detenta e riscos de contaminação. Ausência de assistência e de acompanhamento médico local adequado.</p> <p>Construção histórico-cultural de práticas sexuais de risco anteriores ao processo de encarceramento, vulnerabilizando as DST e aids e a contaminação do HIV em uma possível gravidez nestas condições.</p> <p>Falta de conhecimento acerca da situação da mulher detenta e necessidade de cooperação entre os órgãos de saúde pública e o sistema penitenciário visando produzir resultados eficientes.</p>	<p>CAT03</p> <p>CAT05</p> <p>CAT04</p> <p>CAT01</p>
LL13	...desenvolver um programa educativo e a elaboração de material educativo com as detentas sobre problemas relativos à sexualidade, DST, aids, drogas, objetivando conhecimentos e habilidades nesta área, tornando-as agentes multiplicadores.	Falha de aplicabilidade e efetivação da legislação, violação dos direitos humanos, bem como, utilização de equipamentos sociais decadentes .	CAT03

*CAT01 (CATEGORIA 1), CAT02 (CATEGORIA 2), CAT03 (CATEGORIA 3) ,CAT04 (CATEGORIA 4), CAT05 (CATEGORIA 5).

Obs.– A identificação foi elaborada da seguinte forma: foram utilizadas as duas primeiras letras, que se referem à base de dados onde o artigo foi recuperado, e os dois dígitos finais, que correspondem ao número conforme indicado.

As situações limites identificadas nas contribuições da enfermagem à saúde sexual e à sexualidade da mulher detenta estão relacionadas às experiências e às expectativas desses profissionais, ou seja, às suas vivências com as mulheres detentas e, de forma mais expressiva, no âmbito do encarceramento.

Nesse sentido, ao desvelar as experiências e percepções acerca da saúde sexual e da sexualidade da mulher detenta no Brasil, bem como as implicações dos referenciais práticos durante esse processo, é possível evidenciar e identificar as representações e preocupações mais recorrentes que serão discutidas nas categorias que estão no quadro a seguir.

Quadro 05 – Síntese das categorias e respectivos artigos

CATEGORIAS	SITUAÇÕES LÍMITES	IDENTIFICAÇÃO
(CAT01).	Falta de conhecimento acerca da situação da mulher detenta e necessidade de cooperação entre os órgãos de saúde pública e o sistema penitenciário visando produzir resultados eficientes.	BD01, LL06, LL12
(CAT02)	Reconhecimento da necessidade de desmistificação, de mudança de paradigmas e de abertura de um novo campo de estudo e atuação profissional da enfermagem.	BD01, LL14
(CAT03).	Falha de aplicabilidade e efetivação da legislação, violação dos direitos humanos, bem como a utilização de equipamentos sociais decadentes.	BD01, LL07, LL08, LI02, LL09, LL10, LL14, LL11, LL06, LL12, LL13
(CAT04).	Construção histórico-cultural de práticas sexuais de risco anteriores ao processo de encarceramento, vulnerabilizando as DST e aids, e a contaminação do HIV em uma possível gravidez nestas condições.	BD01, LL07, LL08, LL09, LL14, L06, LL12, LL03
(CAT05).	Omissão e subestima do Estado na implantação de ações educativas e preventivas voltadas à saúde sexual da mulher detenta e riscos de contaminação. Ausência de assistência e de acompanhamento médico local adequado.	LL07, LL04, L05, LL14, LL11, LL06, LL12, LL09

Obs.– CAT (Categoria seguida do número correspondente ao artigo)

A fase de elaboração dos resultados e discussões inicia-se com a categoria que segue.

Categoria 1 – Falta de conhecimento acerca da situação da mulher detenta e necessidade de cooperação entre os órgãos de saúde pública e o sistema penitenciário visando produzir resultados eficientes (BD01, LL06, LL12).

Durante muito tempo, o estudo da mulher criminosa não foi explicado, pois partia-se do princípio de que os dados relacionados à criminalidade feminina se associavam aos dados da criminalidade masculina e, dessa forma, não recebiam um tratamento distinto dos homens que cometiam crimes (KIM, *et al.*, 2009).

Para reflexões e discussões sobre a realidade da mulher detenta no Brasil, há necessidade de um entendimento a respeito das estruturas hierárquicas dos órgãos públicos e seguimentos que estão envolvidos na aplicabilidade da legislação e no gerenciamento público das unidades prisionais femininas brasileiras. Para maior visibilidade do encarceramento feminino, essa realidade torna-se um complicador, na medida em que, os trâmites exigidos pelo próprio sistema acabam por dificultar a dedicação de pesquisadores à essa temática que é silenciada e não pautada de forma efetiva na agenda pública brasileira (SANTA RITA, 2008).

Isso fica evidenciado no recorte abaixo:

“...antes de iniciar o projeto que daria base à prática assistencial realizamos várias visitas prévias à instituição penal. Nesses encontros conversamos com os profissionais da direção e administração, com a finalidade de conhecer os procedimentos pertinentes ao direito da assistência em saúde ali vigente...” BD01.

Santa Rita (2008) relata que as ações institucionais vêm se desenvolvendo sem a articulação com outros setores de serviços públicos e da sociedade civil, o que acarreta ações sem nenhum planejamento pontual que leve em consideração a humanização da execução penal. Essas ações são precárias, isoladas, pontuais e têm contribuído para a degradação e violação do direito a uma vida digna da mulher encarcerada. Essa situação está expressa nos recortes abaixo:

“...durante o planejamento das ações e no decorrer do cuidado de enfermagem propriamente dito, algumas vezes desempenhávamos o processo utilizando os recursos internos da profissão e em outros momentos buscávamos interlocução com os demais profissionais e instituições de saúde...” BD01.

“...as Cadeias Públicas, como já mencionado, não são contempladas pelo Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, gerando uma dúvida em quem seriam os responsáveis pela prestação de atendimento à população recolhida neste estabelecimento...” LL12.

As condições difíceis das prisões femininas brasileiras se potencializam para de maior vulnerabilidade, a exemplo das detentas grávidas que acabam tendo seus filhos nos pátios e bebês que morrem na prisão por não receberem atendimento necessário, como é o caso de mães soropositivas, de doentes, de idosas, de portadoras de deficiência mental, de indígenas, de estrangeiras que, por causa do idioma, não conseguem se comunicar e de vítimas de violência sexual (FERRARI, 2010). O recorte abaixo retrata essas condições mencionadas acima:

“...vivenciamos também diversas situações em que detectamos quanto a reclusão limitava ou condicionava o engajamento das mulheres em suas ações de autocuidado propostas, uma vez que dependiam das condições que o meio prisional lhes oferece...” BD01.

A situação da mulher detenta no Brasil está longe de receber atenção adequada e digna, compatível com a vida social e democrática, o que a torna mais exposta a riscos e agravos à sua saúde. Há necessidade de conhecer a prevalência, entre outras, da infecção por HIV, sífilis e HPV entre essas mulheres (LOPES *et al.*, 2001; STRAZZA *et al.*, 2007). Essa visão é expressa na seguinte afirmação:

“...o caráter voluntário do estudo e as constantes flutuações da população encarcerada explicam a diferença na frequência de participação em cada uma das etapas das pesquisas...” LL06.

De acordo com Lopes *et al.* (2001), esta situação acaba comprometendo o andamento, os dados e as conclusões de qualquer pesquisa na direção da situação de saúde da mulher detenta.

As mulheres privadas de liberdade apresentam problemas de saúde, dependências e transtornos mentais, que são gradualmente agravados pela precariedade das condições de confinamento e pela falta de informação em que elas se encontram (RODRIGUES, *et al.*, 2012). A situação de falta de informação nesse setor apresenta-se nos recortes abaixo:

“...no Brasil existem poucos dados sobre a incidência, prevalência e outros aspectos epidemiológicos relacionados às DST-HIV/aids na população prisional, em particular no efetivo feminino...” LL06.

“...quando procurou-se, através desta pesquisa, abordar esta temática com a população feminina, houve uma certa limitação de dados, mostrando ser necessário aprofundar a discussão em torno de ações que visem sensibilizar a importância da assistência preventiva nas cadeias públicas...”. LL12.

A partir da prática demonstrada ao longo dos anos, o sistema prisional, no molde em que está colocado na maioria das instituições penitenciárias brasileiras, não tem como pretender a melhoria da situação da mulher detenta em todos os seus setores (WOUTERS, 2012). Segundo Ferrari (2010), a sociedade brasileira participa deste processo quando permite que essas mulheres permaneçam na condição de invisibilidade sintomática e legitimadora da desigualdade e violência de gênero e com dificuldades oriundas, dentre outros motivos, da superpopulação e do estado de solidão dos que lá se encontram.

Para a população e/ou uma sociedade inteira, é fundamental ver que também ela é prejudicada com a precariedade de nosso sistema penitenciário, na medida em que as prisões superlotadas, em vez de ressocializarem o condenado, dessocializam-no, atuando assim como fator que leva ao crime, o que inevitavelmente tem como efeito o aumento da criminalidade (COSCRATO, 2012).

Alguns municípios e estados brasileiros, de acordo com Reis e Bernardes (2011), já realizaram em suas delegacias e/ou unidades prisionais programas de aconselhamento e de educação continuada para a saúde. Esses programas são desenvolvidos em parceria com as unidades de saúde locais, e são considerados uma estratégia que serve de modelo para que outros municípios não deixem a saúde de seus cidadãos à mercê da própria sorte. Como todas

as pessoas, a população privada de liberdade tem direito à saúde e à atenção, de acordo com o que a cidade pode oferecer, incluindo medidas preventivas.

Categoria 2 – Reconhecimento da necessidade de desmistificação, de mudança de paradigmas e de abertura de um novo campo de estudo e atuação profissional da enfermagem (BD01, LL14).

Um conjunto significativo de pesquisadores vem se dedicando a estudos sobre a problemática da violência e da criminalidade, mas, de acordo com Santa Rita (2008), poucos estudos, porém, são voltados especificamente para o sistema penitenciário, menos ainda com a prisão de mulheres. No contexto do encarceramento feminino quase inexistem estudos sobre a situação da mulher detenta, das detentas gestantes e das mães com crianças atrás das grades: *“...tínhamos sempre em mente que essas mulheres possuíam mundos de significados que poderiam ser diferentes dos nossos..”* BD01.

No Brasil poucos profissionais se interessam em realizar pesquisas nessa área, porém, de forma sutil, está crescendo um novo olhar para a maternidade no contexto prisional (COSTA *et al.*, 2011). De acordo com Stella (2009), no que diz respeito a pesquisas nesta área, há uma quantidade pequena de trabalhos publicados nos últimos tempos, porém vem crescendo o interesse de profissionais e pesquisadores sobre o assunto, talvez pelo aumento do número de homens e mulheres presos, especialmente nos EUA, país de onde provém grande parte da literatura sobre o tema.

Constata-se a necessidade de mudança de paradigmas pelos profissionais de saúde e de abertura de um novo campo de estudo e atuação profissional interdisciplinar e multiprofissional, bem como, voltadas à saúde da mulher detenta e à sua sexualidade (FERRARI, 2010 ; ROSINSKI, 2006;). A questão relativa à mudança é expressa no recorte a seguir: *“...ao fim da prática pudemos nos apropriar do papel de “enfermeiras”, nos reconhecendo como guias no processo do cuidar. Compreendemos que nossas ações consistiam principalmente em mostrar o caminho, pois em todas as situações o potencial para o desenvolvimento do cuidado estava presente nas mulheres detentas...”* BD01.

O profissional de saúde , especificamente o da enfermagem, segundo Pinese (2005, 2008), desempenha papel muito importante no contexto prisional, uma vez que a maioria dos atendimentos são feitos por ele, na promoção da saúde no contexto prisional. Sabe-se que é um trabalho árduo e representa uma missão e um grande desafio profissional, diante de tantas dificuldades e de um ambiente de periculosidade. Acredita-se na necessidade de quebrar

alguns paradigmas importantes na ampliação da ação profissional e implementar o cuidado de enfermagem humanizado e, assim, melhorar a qualidade de vida dessa população específica. O recorte abaixo expressa esta possibilidade:

“...do início da prática propriamente dita, nossa primeira providência foi desenvolver algumas atividades interativas com as detentas, para conhecê-las e nos deixar conhecer. Acreditamos que dessa maneira, mantendo uma maior proximidade física, estimulamos as mulheres a interagir e participar integralmente desses encontros coletivos, trocando experiências e saberes, o trabalho em grupo e realizadas as respectivas apresentações, visando ao estreitamento dos laços de confiança entre as mulheres, os funcionários da instituição, as supervisoras e as acadêmicas...” BD01.

Uma das realidades encontradas nos ambientes prisionais pelos profissionais de enfermagem, de modo geral, é a prática do homossexualismo que necessita vencer preconceitos. De forma eventual ou frequente, com consentimento ou como uma prática forçada, a homossexualidade é fato nas cadeias femininas, e que sem proteção acaba expondo a mulher detenta à transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, segundo Giordani e Bueno (2001a). O recorte abaixo evidencia a possibilidade de quebrar preconceitos no atendimento:

“...ao abrirmos à fala das detentas pesquisadas, observou-se que houve uma centralização em torno da temática estudada, com abordagens voltadas ao aconselhamento para a prevenção contra as DST/aids; fidelidade com a parceira; importância da aprovação da família quanto a mudança de comportamento de hetero para homossexual na cadeia...” LL14.

A população feminina encarcerada na sua maioria tende a ser jovem, de baixo nível socioeconômico e educacional, com história de prostituição e uso abusivo de drogas ilícitas e álcool. Essas características constituem o entorno de uma população difícil de ser identificada, abordada e tratada em sua comunidade de origem. Há necessidade de se considerar que algumas dessas mulheres nunca se apresentaram a serviços de saúde (MIRANDA *et al.*, 2004). Isso posto, o encarceramento parece apresentar uma oportunidade singular para os profissionais de enfermagem: a compreensão da sexualidade dessas mulheres da homossexualidade presente nas relações no cárcere, na implementação de programas terapêuticos, medidas preventivas e ações educativas específicas para as detentas usuárias e dependentes de álcool e outras drogas. Essa visão destaca-se nos recortes abaixo:

“...estas questões dirigidas a esta faceta da sexualidade humana têm demarcado espaço cada vez maior nas diversas áreas do conhecimento com diferentes enfoques teórico-metodológicos, seja para explicar suas causas, sua história, ou até mesmo para censurá-la. A homossexualidade é um aspecto da sexualidade de cada um...” LL14.

“...durante a consulta procurávamos interagir, ressaltando que as informações ali obtidas não seriam levadas para fora do consultório. Percebíamos que esta atitude as deixava mais tranquilas e livres para expressar seus desejos e anseios...” BD01.

Para o planejamento de programas educacionais efetivos de prevenção às doenças, direcionados às encarceradas, é vital que os educadores e os profissionais da saúde tenham um entendimento da situação de vida dessas mulheres fora da prisão e dos fatores sociais que contribuem para o encarceramento, bem como os recursos e as ferramentas que seriam necessários para promover mudanças de comportamento. As práticas educativas em saúde no contexto da enfermagem vêm sendo uma realidade cada vez mais efetivada devido à mudança de paradigmas de atenção à saúde, partindo do modelo biomédico falido para a implantação do conceito da promoção da saúde humana (LOPES *et al.*, 2009; MIRANDA, *et al.*, 2004).

De acordo com Braunstein (2008), há necessidade de modelos novos e alternativos ao aprisionamento, ao encarceramento. Para isso, é necessário que as constatações das pesquisas científicas gerem impactos e permeiem as políticas públicas, as práticas e os fazeres institucionais, principalmente das instituições totais, que, nesse caso, são aquelas voltadas ao atendimento e punibilidade das mulheres, assim como da sua sexualidade. Dessa forma, pensar na importância do rompimento do ciclo, da reprodução da vulnerabilidade ao encarceramento e a reincidência penal, passa a ser pauta do agendamento público e civil.

Giordani e Bueno (2001b) escrevem que a presença da mulher no sistema prisional e a expressão da sua sexualidade passam a questionar determinados aspectos destas instituições, eminentemente masculinas, e apontam que a sexualidade não é pauta de atendimento prisional, mas sim de repressão, potencializando a vulnerabilidade desta mulher às DST/aids : *“...as detentas entrevistadas, que mantiveram ou mantêm relações sexuais, alegaram nunca terem feito uso de práticas sexuais seguras contra as DST/aids .Em relação as informações recebidas de estudos epidemiológicos relativos à infecção por HIV em lésbicas, resta muito a ser esclarecido...”* LL14

Categoria 3 – Falha de aplicabilidade e efetivação da legislação, violação dos direitos humanos, bem como utilização de equipamentos sociais decadentes (BD01, LL07, LL08, LL02, LI02, LL09, LL10, LL14, LL11, LL06, LL12, LL13).

No Brasil, o número de presos e detidos em regime de prisão provisória cresce rapidamente e há um entendimento generalizado de que instrumentos públicos da Lei, como a justiça criminal e o sistema penal vigente, são disfuncionais principalmente no que se refere à situação da mulher detenta.

O Conselho Nacional de Justiça anunciou que, em novembro de 2009, uma revisão de casos realizada até então detectou que um em cada cinco presos provisoriamente estava encarcerado de

forma irregular e que esta realidade inclui também a mulher detenta. Essa situação sugere que o problema é extremamente sério em todo o país, além do desrespeito e da violação das próprias leis brasileiras e das disposições constitucionais de proteção dos direitos humanos (INTERNACIONAL BAR ASSOCIATION (IBA) 2010; CERNEKA, *et al.*, 2012).

A situação de descaso, de despreparo em relação à especificidade da mulher detenta, e do descumprimento de um ordenamento jurídico por parte de seguimentos envolvidos no atendimento à mulher detenta é a realidade apresentada e vivenciada no sistema prisional brasileiro: “...após um levantamento preliminar percebemos que a grande maioria das mulheres detentas estava atrasada no acompanhamento pré-natal, assim como os neonatos, que apresentavam um importante atraso no esquema de imunização e triagem neonatal. A aplicabilidade da legislação e de políticas públicas de saúde já existentes se configuraria como elementar...” BD01.

“...o Direito Penal tem perspectivas genuinamente masculinas e o Estado não oferece estrutura institucional em prol do vínculo mãe-filho. O protecionismo, discriminatório da sexualidade feminina, é observado pelo difícil acesso à visita íntima e quanto à assistência a saúde especialmente em níveis, mais preventivos, é precária ou inexistente...” LL07.

De acordo com a Defensoria Pública do Estado de São Paulo (DPSP) [2010-2011], o sistema carcerário foi pensado por homens e para homens, sendo uma proposta recente em relação à legislação que propõe a construção de estabelecimentos prisionais que possam atender as especificidades da mulher presa. Em relação à visita íntima, as mulheres detentas têm direito a ela ao menos uma vez por mês, uma vez que a privação de liberdade não pode ter como consequência a restrição da sexualidade, mesmo que algumas unidades prisionais a entendam como um benefício. O recorte abaixo explicita uma situação recorrente do sistema, indo no caminho contrário da dignidade humana:

“...enquanto em muitas cadeias e presídios masculinos do Brasil, a “visita íntima” ocorre; no caso das mulheres detentas, dificilmente ela é concedida. A prática do homossexualismo na cadeia não é permitida pela carceragem e delegado. As práticas acontecem com discrição na cela, um espaço denominado quieto, e consistem na colocação de um lençol como cortina ao lado da cama de cimento e colchão, impedindo a visão das outras colegas e também da carceragem. O desconhecimento que integra as relações sociais dentro da cadeia aumenta a vulnerabilidade às DST/aids, seja pela prática do homossexualismo sem proteção, seja pelo compartilhamento de seringas na prática do uso velado de drogas injetáveis...” LL14.

No sistema prisional feminino, percebe-se que não há favorecimento ou preocupação da recuperação de saúde mental e física das mulheres detentas e muito menos com a

sexualidade e com a preparação para a reinserção social, o que impõe sobre elas uma condição estigmatizada, tirando sua identidade como pessoa e atribuindo uma identidade de criminalidade, de delinquência, pois vivem em uma realidade na qual são submetidas a condições violentas de poder, como se merecessem ser maltratadas (COSTA *et al.*, 2011).

A condição histórica das relações de poder sobre a mulher, de subordinação e de submissão feminina também é levada ao ambiente prisional:

“...especificamente, com relação a mulheres detentas no Brasil, afirmamos que há sua condição de inferioridade e opressão, tendo profundas raízes nas relações de gênero e implicitamente de poder, que reforçam determinados critérios rígidos de inclusão e exclusão da mulher em nossa sociedade, predominantemente patriarcal. A médio ou longo prazo, ações educativas nesta área favorecem mudanças de comportamento de risco às DST e aids, ao considerarmos as fortes influências de gênero e na tomada de decisão para o sexo seguro, aumentando a autoestima da mulher detenta...” LL08.

Definitivamente que a garantia de direitos iguais está longe de tratar homens e mulheres em situação de privação de liberdade sempre da mesma forma:

“...quanto a aplicabilidade dos direitos humanos em estabelecimentos prisionais, além de evidenciar certas contradições e divergências de opiniões, direcionou-nos ao fato de que mulheres delituosas “acolhidas” pelo sistema penitenciário brasileiro falido vivenciam situações contraditórias e reais no que tange o cumprimento integral da Lei de Execução Penal pelo Estado...” LL02.

Nas várias áreas e setores da sociedade brasileira, há necessidade de desconstruir preconceitos e paradigmas no intuito de reafirmar o respeito aos direitos humanos e à qualidade de vida de todas as pessoas, sejam elas quem forem:

“...a qualidade de vida do(a) detento(a) em nosso país é ruim, denominando-a “vida subumana”, agravada pelas más administrações dos presídios superlotados e com precárias condições de higiene. Um paralelo é traçado na tentativa de reafirmar essas más condições encontradas, chamando atenção para o fato de que a maioria da população brasileira livre, ou seja, que não cumpre pena, já sobrevive em condições desumanas, e seria demais esperar que o Estado oferecesse qualidade de vida dentro das prisões...” LL02.

Mesmo que as penitenciárias e cadeias públicas femininas brasileiras ofereçam políticas de visitas generosas para crianças, permitindo um número ilimitado de entrada delas, as mulheres detentas experimentam e passam por uma série de restrições indiretas também relativas aos direitos de visita de seus filhos (HOWARD, 2006).

Nas cadeias administradas pela polícia, é muito comum as mulheres presas declararem que as condições são ruins e que há falta de uma área separada para as visitas. Diante disto, entende-se que as prisões são inadequadas, configurando um ambiente assustador para seus filhos pequenos, comprometendo também, o direito à manutenção do vínculo familiar e vulnerabilizando as doenças mentais e sexualmente transmissíveis (COLOMBAROLLI, 2011; HOWARD, 2006)

Os direitos humanos na sua realidade não são integralmente respeitados, a mulher detenta ainda não é tratada como ser humano e a percepção violação dos seus direitos a torna mais vulnerável:

“...sendo as DST-aids comuns nas instituições penais brasileiras, as sugestões e o domínio de procedimentos adequados e voltados ao encaminhamento e a atenção à saúde da mulher detenta com Aids, denotaram despreparo, insegurança e medo dos sujeitos agentes da Lei..” LL02

Uma vez que o sistema prisional brasileiro é norteado por punições, castigos e violações de direitos, as mulheres, além de carregarem toda a pesada carga cultural de estereótipos e papéis preestabelecidos, são relegadas ao segundo ou último plano no âmbito social e político, no cumprimento de sua pena privativa de liberdade. Nesse momento, as mulheres encarceradas veem-se, novamente, às voltas com todos os estereótipos, responsáveis pela sua dor na punição. O afastamento dos filhos acaba por ampliar esse sentimento tornando-as mais vulneráveis dentro do sistema (LEAL, 2012). Os recortes abaixo expressam essas ações punitivas peculiares ao sistema prisional feminino:

“...uma vez envolvida em práticas delituosas, a mulher parece se tornar alvo ainda maior de atitudes naturalizadas de violência institucional, vivenciando direta ou indiretamente agressões de caráter repressivo-punitivo sob a égide da disciplinarização e o ordenamento, cujos protagonistas são os agentes da Lei. Neste contexto, uma vez envolvidas na criminalidade, estas mulheres são mais vulneráveis às DST-aids, devido à violência sexual...” LL09.

“...o seu cotidiano na marginalidade e no crime, mostra que as mulheres têm sua existência marcada por episódios constantes de violência, estando efetivamente vulneráveis às DST-aids e inseridas num contexto marginal dominado pelo poder da autoridade masculina nos ambientes públicos e privados...” LL10.

A criminalidade feminina tem sido amplamente estudada por vários autores, e têm observado que, em números absolutos, ela é significativamente menor em comparação à masculina. Atribuem isso ao fato de que a maior parte dos crimes cometidos pelas mulheres

acontece em ambientes privados ou domésticos (SALMASSO, 2004). Alguns estudos ainda sugerem que mulheres são mais suscetíveis a se engajar no crime graças à influência dos seus companheiros.

Por terem entre 18 e 35 anos de idade, encontrarem-se no sistema prisional brasileiro, oriundas de camadas menos privilegiadas da sociedade, com baixa escolaridade e poucas possibilidades de investimento cultural, as mulheres desses segmentos carregam na sua história uma construção ideológica, que possui raízes patriarcais, e enfrentam maiores obstáculos para romper com qualquer forma de opressão. Percebe-se a total ausência do Estado na efetivação de políticas públicas específicas para essa população, ou a utilização de equipamentos sociais totalmente decadentes (KIM *et al.* 2009).

Geralmente, essas mulheres são os centros financeiros da casa, e a manutenção dessa casa só depende delas. A falta delas desestrutura a vida da casa, as principais necessidades vêm à tona, e, ao bater o desespero, elas praticam a prostituição e os atos criminosos, principalmente tráfico, furtos, roubos; a partir desse momento, as drogas e a violência, que, até então, não eram percebidas, passam a ser rotineiras, deixando cicatrizes físicas e emocionais (COLOMBAROLI, 2011; KIM *et al.*, 2009). Os recortes abaixo apresentam a ineficiência dos equipamentos sociais durante a vida dessas mulheres:

“...as marcas identificadas em diferentes partes dos seus corpos denunciam a existência não só de traumas físicos, mas de profundas sequelas psíquicas, denotadas em suas expressões e falas, traduzidas sobretudo por seus sentimentos de revolta e humilhação, decorrentes das agressões em diferentes situações e fases de sua vida. A mulher marginal em detenção tem sofrido humilhações, abuso e assédio sexual envolvendo ora funcionários, ora as próprias colegas de prisão. Neste contexto, elas se encontram expostas, inclusive, à infecção pelo HIV-aids e DST. As intervenções, favoreceram sua orientação, possibilitando-lhes análise e reflexão para lidarem com este problema, visando a prevenção às DTS-aids...” LL10.

“...a violência contra a mulher em nosso país tem sido retratada através de inúmeros casos de maus-tratos, estupro, assédio e abuso sexual, tendo como cenário, além do ambiente doméstico, o interior do próprio sistema prisional brasileiro. Isso sugere que a violência contra a mulher também é reproduzida pelo Estado. Apresentam-se, portanto, mais vulneráveis ao contágio das DST-aids e a gravidez enquanto produto de vitimização sexual. Detectamos a necessária implantação de ações educativas preventivas neste campo, que permitam o esclarecimento de questões interligadas à violência contra a mulher...” LL11.

“...as baixas condições socioeconômicas foram importantes marcadores de risco para as DST-HIV/aids, refletindo o quadro de desigualdades estabelecido fora das prisões e confirmando a necessidade da implementação de programas de atenção primária à saúde que sejam adequados às diferentes realidades. As autoridades penitenciárias devem se empenhar em oferecer testes sorológicos para as mulheres ingressantes, de forma a contribuir para a melhora de qualidade de vida no ambiente prisional, para a segurança e prevenção...”LL06.

A realidade da execução penal brasileira, segundo Coscrato (2012) mostra-se em verdadeiro descompasso com o Estado Democrático de Direito, instaurado pela Constituição Federal de 1988, em que a dignidade da pessoa humana foi alcançada a um valor máximo do ordenamento jurídico nacional. Essa realidade acaba violando a Constituição, a legislação infraconstitucional e muitos documentos internacionais.

Por certo, não há como sustentar a ideia de ressocialização da punição em um ambiente onde as instituições de ordem, polícia, tribunais e prisões adquirem legitimidade somente quando atuam de forma repressora, ineficiente, violenta e destrutiva (PASTANA, 2012). A situação carcerária da mulher não faz parte de suas preocupações ou prioridades, nem tampouco, ocupa seus pensamentos. É a verdadeira naturalização da violência, das punições e dos castigos:

“...as cadeias dispõe de normas e rotinas rígidas, que uma vez infringidas acarretam punições disciplinares, sendo o isolamento, a mais utilizada e geralmente em situações das mais piores possíveis e o tempo de permanência depende do grau da indisciplina. Há outros castigos como: a proibição de receber visitas, a suspensão do recebimento de correspondências que habitualmente são violadas antes de serem entregues às detentas e postadas, a perda do direito da remição, as transferências para outras unidades prisionais, a proibição de banhos de sol...” LL09.

A violência, o sexo promíscuo e o uso de drogas ilícitas permeiam a maior parte da vida e a maioria das relações afetivas das mulheres em privação de liberdade, com os seus companheiros, parceiros e familiares, que, por vezes, também já foram presos ou ainda estão em regime de detenção.

As mulheres não são as protagonistas principais no tráfico de drogas, porém, o uso delas se configura como a porta de entrada para o delito e para o ingresso em um universo masculino, como o da criminalidade e o do encarceramento. Nesse contexto, se estabelece a sua condição de vulnerabilidade: *“...estas enfrentam grau de vulnerabilidade a contaminação pelas DST-aids, seja pelo sexo ou drogas ou a associação de ambos. Isto se torna mais*

complexo ainda se já passaram ou passam em seu cotidiano, envolvidas com o mundo da violência associada à marginalidade, ao crime, à prostituição e à promiscuidade...” LL13.

Apesar de muitas vezes demonstrarem conhecimento das DST e do conhecimento da aids, elas acabam não desenvolvendo a consciência para a mudança de comportamentos de risco. Vítimas de epidemias, as pessoas que compõem os grupos que estão submetidos ao sistema prisional brasileiro, dado as suas características, apresentam maior risco de infecção (GIORDANI; BUENO, 2000a; STRAZZA *et al.*, 2007). A prisão é considerada um lugar de alto risco, principalmente pela heterogeneidade da população confinada no mesmo espaço, por longo tempo, vivendo regras próprias, tendo como consequência maior exposição a riscos físicos, psicológicos, a transmissão de doenças infecciosas, que tanto podem ser trazidas para dentro da prisão como serem adquiridas dentro dela, advertem as autoras.

Além da percepção do risco e do comportamento de risco de serem infectadas pelo HIV, ou pelo uso de drogas injetáveis, elas passam também pela questão da dominação e submissão ao parceiro ou à parceira que são resistentes ao uso da proteção, e muitas vezes já adquiriram as doenças. A implementação de estratégias de educação e de controle, segundo Strazza *et al.* (2007), nessa população se faz necessária e com alta prioridade pelo Estado. O tratamento e o controle dessas infecções durante o período de encarceramento feminino, como parte de uma estratégia de controle, contribuiriam com a redução de suas disseminações, tanto dentro como fora da prisão. Os recortes abaixo apresentam essa preocupação com essas questões:

“...estas mulheres não têm preparo para lidarem com a sua sexualidade e contra as DST-aids e drogas. Portanto, trabalhamos com elas programas educativos sobre estas questões, preparando-as também para serem agentes multiplicadores na prisão..” LL13.

“...quando se procura abordar esta temática com a população, há uma certa limitação de dados, mostrando ser necessário aprofundar a discussão em torno de ações que visem sensibilizar a importância da assistência preventiva à saúde dos presos nas cadeias públicas brasileiras. É notória a falta de orientação das detentas em relação à prevenção das DST/aids, e a precária assistência à sua saúde, relacionada principalmente ao preconceito e à discriminação da sociedade, mesmo com os seus direitos garantidos por Leis...” LL12.

A política de saúde preventiva brasileira tem realizado importantes estratégias de combate a disseminação do HIV/aids, mas existem pessoas que teoricamente não fazem parte ou não integram a sociedade e que são receptores e transmissores de doenças, interagindo com a comunidade, com os seus familiares, com os funcionários das unidades prisionais e com os

vários casos de reincidências. Essas pessoas são as encarceradas (REIS; BERNARDES, 2011).

Categoria 4 – Construção histórico-cultural de práticas sexuais de risco anteriores ao processo de encarceramento, vulnerabilizando as DST e aids e a contaminação do HIV em uma possível gravidez nestas condições (BD01, LL07, LL08, LL09, LL14, LL03, LL06, LL12,).

Em se tratando de ambiente prisional, estima-se que mais de 10 milhões de pessoas cumprem pena em prisões no mundo todo. Em prisões, fatores adicionais de risco podem incluir o compartilhamento de material usado em tatuagens, *piercings* lâminas, e lixas, além da esterilização inadequada ou reutilização de instrumentos médicos ou odontológicos (CAMARGO, *et al.* 2006). Conhecer a realidade peculiar do sistema prisional e das mulheres detentas e/ou portadoras do vírus HIV é um passo fundamental aos gestores da saúde para o planejamento de políticas públicas voltadas a essa população, tendo em vista o perfil socioeconômico e epidemiológico da mulher presidiária, advertem os autores.

Diante das vulnerabilidades encontradas no sistema prisional, em uma pesquisa sobre o a realidade socioeconômica de mulheres detentas, conclui-se que as estratégias de promoção da saúde sexual e preventiva neste ambiente devem englobar a complexidade das peculiaridades vivenciadas pelas presidiárias. A rigor não se conhece o número de pessoas infectadas pelo HIV nos sistemas prisionais, mas os dados disponíveis permitem afirmar que são altas as taxas e esta alta prevalência está relacionada à infecção por sexo sem preservativo, tendo em vista que ele não é adotado facilmente nas relações sexuais entre homens e mulheres (CAMARGO *et al.*, 2012; NICOLAU *et al.*, 2012).

Os autores ainda relatam que há grande dificuldade na negociação do uso de preservativos de forma geral. As mulheres não conseguem negociar um sexo seguro, diante da dificuldade para a visita íntima. O fator que mais contribui para a infecção das mulheres detentas é o sexo sem preservativo.

No aspecto socioeconômico, as detentas possuíam baixo nível de escolaridade e, conseqüentemente, desenvolviam atividades profissionais com baixa remuneração. Conclui-se que, a baixa escolaridade e a falta de perspectiva futura fazem com que essas mulheres tenham comportamentos por vezes relapsos com relação à sua saúde. Sobre essa realidade, o recorte abaixo confirma:

“...a maioria está detida por tráfico de drogas e são das mais diversas localidades, até mesmo de outro país. Pertencem a classe de baixa renda e possuem baixa escolaridade. O preservativo masculino é popularmente conhecido. Já o feminino ainda é pouco difundido, mas elas sabem que existem, porém muitas nunca viram ou nunca usaram...” LL12.

Uma observação etnográfica da homossexualidade realizada entre 2003 e 2006, com trinta mulheres de 18 a 45 anos, mostrou recorrentes representações que associam DST à homens e a atribuição de um caráter protetor ou de ausência de risco no contato entre mulheres. Essa condição é levada para dentro do sistema prisional feminino, à medida que, na análise da percepção de riscos e das necessidades de cuidado associados às DST/HIV, evidenciou a noção de que a aids não é transmitida na relação entre mulheres ou que é algo não preocupa (NICOLAU; PINHEIRO, 2012). O recorte abaixo expõe essa representação masculina:

“...em nossa sociedade patriarcal, a sexualidade mostra-se enquadrada na pauta das relações de gênero, onde o homem geralmente comanda, tomando a iniciativa e determinado condutas, sem considerar a saúde da parceira e dos filhos. Os parceiros são dominantes na relação sexual e a maioria das mulheres detentas nunca se preveniu contra as DST/aids. Isto se torna mais sério e complexo ainda, quando podemos afirmar que o cotidiano das mulheres detentas do Brasil é composto por violência associada à marginalidade, ao crime, à prostituição e à promiscuidade. A grande maioria tem baixa escolaridade, oriunda de famílias pobres e desestruturadas e a sua condenação é por uso e tráfico de drogas, na maioria das vezes incentivada pelos parceiros...” LL08.

Quando, o preservativo é utilizado, raramente é por iniciativa da companheira ou da detenta ou ele é trazido junto com os pertences do detento assim que a prisão é decretada. As poucas mulheres que tiveram a iniciativa de levar o preservativo para as visitas íntimas acabaram desistindo por vergonha na hora da revista realizada pelos agentes penitenciários. Os detentos ainda argumentam que se eles propuserem o uso da camisinha para suas parceiras, elas desconfiariam de sua fidelidade, sem perceber que isso compromete as reincidências. É importante observar a falta de conhecimento e de atitude, uma vez que eles já estiveram em situação de privação de liberdade, que vulnerabiliza a saúde da mulher e de seu parceiro à contaminação por doenças sexualmente transmissíveis (REIS; BERNARDES; 2011; NICOLAU *et al.*, 2012). O recorte abaixo vai de encontro a essa situação:

“...quase a totalidade das mulheres detentas é mãe e a reincidência no crime e na detenção, favorece a transmissão e a troca de parceiros. Muitos de seus futuros casos também compartilharão o uso de drogas injetáveis, serão parceiros(as) no tráfico e em

outros crimes, reforçando a vulnerabilidade destas mulheres DST,HIV-aids transmitidas pelas vias sanguíneas e sexual. Alguns fatores favorecem a disseminação, entre eles, a falta de conhecimento, a informação inadequada, a repressão, o desconhecimento de si e do outro ,associados às crendices populares, aos tabus e preconceitos...” LL14.

No contingente feminino prisional, há que se considerar uma situação extremamente relevante que são as mulheres detentas vivenciando o processo reprodutivo e as que ainda mantém relações sexuais durante esse processo:

“...as dificuldades mais comuns da instituição prisional dizem respeito ao acesso externo das mulheres para traslados à maternidade e às demais unidades de saúde e a ausência de berçários, uma vez que são improvisados em celas destinadas às gestantes ou puérperas e seus recém-nascidos, configurando-se em mais uma violência contra a mulher detenta. Situações como o consumo excessivo de tabaco, o processo inadequado de amamentação do recém-nascido, o risco de doença hipertensiva específica da gestação, bem como, as sexualmente transmissíveis pelas práticas anteriores e atuais sem proteção...” BD01.

“...no Brasil, a grande maioria das mulheres que atualmente vive em regime de reclusão no sistema penal, condenada e que aguarda julgamento das sentenças, é mãe, católica com baixa escolaridade, em idade reprodutiva, com histórico de aborto, agressividade, rebeldia, pobreza, espancamento e condenada à separação brusca de seus filhos de tempo, em função da vida no cárcere..” .LL07.

Por meio de relatos vivenciais de algumas mulheres que engravidam e têm o filho na prisão, os quais permanecem por um período de tempo muito curto com a mãe, nota-se que, não há uma norma geral para todas as prisões brasileiras. A sociedade acaba muitas vezes fazendo julgamentos preconceituosos sobre a maternidade de mulheres encarceradas, estigmatizando-as como mães más, desastrosas que não amam seus filhos. Percebe-se que a falta de espaço e ambiente acolhedor que possibilite que elas falem de seus sentimentos dolorosos, deixam-nas cada vez mais abatidas, até a própria hierarquia existente dentro da prisão as obriga a camuflarem seus sentimentos. Muitas vezes, diante desse quadro, essas mulheres acabam perdendo a autoestima e se entregam às situações de alta vulnerabilidade, comprometendo a sua saúde sexual (COSTA *et al.*, 2011).

Giordani e Bueno (2001b) relatam a presença de um protecionismo de característica discriminatória da sexualidade feminina, que acontece diante da dificuldade de acesso da mulher detenta à visita íntima, apesar de prevista em Lei, e da falta de assistência médica específica, seja preventiva ou curativa.

Os dados revelam que o confinamento das mulheres provoca sérios abalos na sua estrutura familiar, principalmente por elas serem provedoras da casa, e o filho desamparado pelo aprisionamento materno tem muitas chances de ingressar na chamada “carreira do crime”. Acredita-se, que, ao discorrer sobre a maternidade no sistema prisional, há necessidade de se compreender como se dá a vivência da mãe no processo do desenvolvimento psicológico de seus descendentes e inferir quanto fica prejudicada a relação da mãe com seus filhos por conta desta realidade situacional da prisão (STELLA, 2009).

Na trajetória de vida da mulher detenta, sabe-se que os fatores socioeconômicos familiares e culturais inadequados e altamente deficitários, a situação de violência doméstica, o uso de drogas e o abuso sexual se traduzem em condições apropriadas à entrada e à permanência das mulheres no mundo do crime. A situação seguinte é o flagrante, seguido do aprisionamento até o julgamento e depois a condenação, sem saber ou imaginar que o pior ainda está por vir com o cumprimento da pena:

“... a mulher detenta, não apenas experiência a imposição de normas rígidas institucionais, como também é submetida a castigos e punições extrajudiciais pelo Aparelho Estatal. Apoiado na Justiça Criminal, instrumento de defesa e controle social, o Estado sustenta uma postura punitiva, defendendo a ideia de que o encarceramento corrige os infratores da Lei...” LL09. Os estabelecimentos mais lotados são, geralmente, as delegacias de Polícia Civil. Em vez de serem usadas para a detenção de suspeitos logo após sua prisão e por curto espaço de tempo, elas mantêm detentos por longos períodos, até mesmo anos. Os estabelecimentos prisionais mistos, destinados originariamente para homens, por força do aumento do aprisionamento de mulheres, têm de se adequar para recebê-las. Essa situação coloca em risco a integridade e a saúde física, emocional e sexual da mulher detenta, diante das recorrentes possibilidades de estupro e abuso sexual no cárcere, tornando-se vulneráveis à infecção pelo HIV e pelas DST (COLOMBAROLI, 2011; REIS; BERNARDES, 2011). As questões relacionadas ao histórico de violência, medo e traumas referendados ao ato de estupro pela mulher detenta e a vulnerabilidade às doenças podem ser observadas nos recortes abaixo:

“...as opiniões dadas por todas as mulheres detentas sobre a violência em geral, porém, com maior repúdio relacionado ao estupro em si e ao seu agressor, com ênfase ao trauma psíquico subsequente à agressão, entendendo que ao responsável deveria ser imputado pena condenatória...” LL03.

“...as DST/HIV constituem grave problemas de saúde no sistema penitenciário brasileiro, justificando medidas preventivas urgentes, considerando ainda a rápida

disseminação de DST em grupos de menor poder aquisitivo, caracterizada em populações confinadas...” LL06

Categoria 5 – Omissão e subestima do Estado na implantação de ações educativas e preventivas voltadas à saúde sexual da mulher detenta e riscos de contaminação. Ausência de assistência e de acompanhamento médico local adequado (LL07, LL04, L05, LL14, LL11, LL06, LL12, LL09).

O surgimento da prisão há pouco mais de dois séculos assume uma posição de destaque em nossa sociedade, entendida quase que de forma universal como meio possível de castigo, produzindo sérios problemas sociais, totalmente ineficiente em sua proposta de saneamento social e encontra na reincidência um dos problemas mais graves. Dentre as formas de violência que perpetua, estão, as ameaças, as impossibilidades físicas, e a violência psicológica que expõe a pessoa encarcerada ao que chamamos de despersonalização do eu, uma verdadeira massificação dos indivíduos. O campo de conhecimento sobre a presença da mulher no sistema prisional começou a ser desbravado na realidade brasileira. Acredita-se que o desafio poderia encaminhar-se para o desenvolvimento de propostas e estratégias envolvendo essa mulher encarcerada, profissionais de várias áreas e administradores, na tentativa de minimizar ou reduzir os impactos potencialmente perversos do encarceramento feminino na saúde da mulher detenta e na dignidade humana (STELLA, 2009).

Autores como SILVA *et al.* (2013) corroboram com esta abordagem ao afirmarem que o desafio se torna então emergente, uma vez, que os dados epidemiológicos mostram que a saúde das mulheres privadas de liberdade ainda está pouco visível nos contextos das práticas, sobretudo nas políticas de saúde, ainda que se tenham, no Brasil, políticas como Atenção Integral à Saúde da Mulher e o Plano Nacional da Saúde no Sistema Penitenciário.

A redução dos impactos na situação da mulher em situação de privação de liberdade passa pelo descaso e omissão do Estado e de organismos públicos a ele vinculados:

“...programas federais destinados a fornecer informações e a elaborar ações de prevenção admitem que não foi dada atenção necessária à população carcerária. Devido às condições precárias dos sistemas prisionais, não somente com relação à saúde, mas também aos processos penais demasiadamente demorados, estrutura física, alimentação, habitação e profissionalização; resta ao interno poucas opções, de forma que a aids, e outras doenças infecciosas de alta morbidade sejam conclusões antecipadas de sua condenação...” LL12.

“...mulheres encarceradas constituem um grupo especialmente vulnerável a infecções e não pode esquecer a presença das mulheres idosas no sistema prisional. A inexistência de programas oficiais de diagnóstico precoce, tratamento e prevenção contribuem para o aumento da incidência e prevalência de doenças, sobretudo as transmitidas sexualmente. Um número elevado de mulheres fez uso de drogas, sendo comum a associação de mais de uma delas..”.LL06.

Estudos realizados em grupos de mulheres HIV-positivas mostram a alta prevalência de infecções virais e fúngicas em seu trato genital, com destaque para a infecção por HPV e *Candida* sp. No que se refere à identificação das mulheres internas do sistema penitenciário brasileiro, trata-se de uma população eminentemente feminina e jovem, mas o sistema também computa a presença de mulheres idosas. As mulheres soropositivas mais velhas mostraram-se mais infectadas por HPV de baixo risco (LOPES *et al.* 2001; REIS; BERNARDES, 2011).

Em um estudo sobre condições de sofrimento, desassistência e privações no mundo das mulheres presidiárias, foi possível perceber que as estratégias de enfrentamento dos obstáculos pela população feminina, é dirigida ao amor pelos filhos, à família, ao parceiro, enfim, à vida, entre outros. Em nosso país, a mulher que se encontra em confinamento, necessita de ações e políticas públicas verdadeiramente inclusivas, por possuir maior risco de doenças, que podem surgir ou evoluir mais rapidamente influenciadas pela condição insalubre de vida e pelo seu cotidiano no cárcere. Esse ambiente totalmente hostil, a falta de confiança entre as companheiras, a escassez de atividades físicas e laborais, a ausência de terapias ocupacionais e a falta de uma equipe de saúde são apontados como os grandes obstáculos na vida encarcerada (LIMA *et al.*, 2005).

Dentro do amplo contexto de crise do sistema prisional no Brasil, com graves violações de direitos humanos e da dignidade humana, especificidades caracterizam a questão do cárcere feminino. Mesmo sendo um contingente menor em relação ao masculino, apresenta graves problemas de desrespeito aos direitos humanos, quando negligencia as necessidades básicas de saúde, por exemplo, como a falta de absorventes higiênicos, de acompanhamento pré-natal, de parto seguro e de amamentação do recém-nascido (MARTINS ; LEITE, 2012).O recorte abaixo apresenta como o Estado trata as questões relevantes no cárcere feminino:

“...ao ser presa, a mulher é condenada à separação brusca dos filhos e à dissolução da família. Detentas nutrizes ou gestantes perdem o direito ao exercício materno, à sexualidade e à saúde. O Direito penal é baseado em perspectivas masculinas e o Estado não

oferece estrutura institucional em prol do vínculo mãe-filho, especialmente a manutenção do recém-nascido ao lado da mãe detenta para a amamentação e outros cuidados afins...” LL07

“...é comum a prática do homossexualismo sem cuidados preventivos em cadeias femininas favorecendo a vulnerabilidade as DST /aids, circunstancialmente ou não; além disso existe sempre a possibilidade de uso compartilhado de drogas injetáveis e estes fatos aumentam os riscos de contaminação do HIV. Os diferentes estilos de administração da massa carcerária facilitam ou dificultam essa prática ...” LL14.

“...além de ser comum a prática inadequada da confecção de tatuagens no mundo do crime e prisões, esta ocorre muitas vezes, de forma velada, ou seja, longe dos olhares vigilantes dos agentes carcerários, em péssimas condições de higiene e com materiais compartilhados. Tanto as mulheres detentas quanto as outras pessoas, em seus domicílios e nas ruas são leigas sobre o manuseio adequado de objetos perfuro-cortantes na pele e todos os possíveis danos à saúde. A omissão do Estado, aparece quando, diante desta realidade, subestima a importância de ações educativas e preventivas voltadas à DST-aids, que se proponham diminuir os riscos de contaminação do HIV e de outros patógenos, devido a prática inadequada de tatuagem dentro e fora das prisões...” LL04.

No encarceramento brasileiro, outras doenças se fazem presentes e também agravam a saúde da mulher. De acordo com Silva *et al.* (2013) um agravo bastante comum no ambiente carcerário está relacionado à presença da tuberculose. Tal situação ocorre graças às condições sanitárias precárias, ao fenômeno da superlotação, aos fatores socioeconômicos e aos portadores de morbidades como HIV.

Os autores informam que, nas unidades prisionais com mais de 100 presos, a equipe mínima para atenção até 500 presos deverá ser composta por médico, enfermeiro, odontólogo, psicólogo, assistente social, além dos auxiliares de enfermagem e de consultório odontológico, o que não exclui desta obrigatoriedade as unidades prisionais femininas brasileiras, diante da violência e da vulnerabilidade a que é exposta a mulher detenta. Os recortes abaixo apresentam a dinâmica das prisões de pequeno e médio portes em nosso país:

“... há lacunas no sistema prisional brasileiro que não atendem as expectativas desse grupo específico, carecendo, além da implantação de programas especiais educativos, de exames e controle da saúde sexual e reprodutiva da mulher prisioneira, sob a supervisão de profissionais gabaritados...” LL11.

“... as detentas vivem inseridas em uma estrutura penal desumana, a qual além de não oferecer condições de recuperação e reinserção posterior à sociedade, não oferece assistência médica local adequada ou orientação educativa sobre a prevenção das DST-aids,

o que contribui para que elas reproduzam as muitas violências das quais são alvos e se tornem ainda mais vulneráveis às doenças de transmissão sexual... ”LL09.

Os profissionais e serviços de saúde têm um papel crucial ao lidar com a violência contra as mulheres. Na maioria dos países, o sistema de saúde constitui a única instituição que interage com quase toda mulher em algum momento de sua vida. Essa mesma interação deveria ser estendida à mulher detenta, nas raras oportunidades de atendimento à sua saúde, uma vez que a situação de desemprego, de pobreza, de contatos e práticas sexuais, de experiências de violência sexual, espancamento e estupro constituem um histórico de violência contra elas no momento em que ingressam ou ingressaram no sistema penal (PINHEIRO; BARBOSA, 2012). Antes de qualquer julgamento, deve-se percorrer o universo da violência, repleto de dor, sofrimento e frustrações.

Segundo as autoras, o elemento mais importante na vida das mulheres violentadas está relacionado ao medo, que vem acompanhado de ameaças, na maioria das vezes cumpridas. Sentir-se ameaçada é uma das razões que levam à submissão da agredida ao abuso contínuo.

Essa situação, especificamente para a mulher detenta, a acompanha durante todo o processo do encarceramento, que ocorre em um ambiente degradante, de abandono, sem qualquer informação e formação para a vida em todos os aspectos, o que potencializa o descuido com a saúde:

“...na cadeia as mulheres alegam não gostar do ambiente de reclusão e das características do local, descrevendo-o como um lugar de “chateação”, e, entre outros, “a falta de estímulos no meio carcerário”. Os exames de saúde específicos, como o exame Papanicolau, não são nem de rotina nem eventualmente realizados na maioria das cadeias, além de não ser trabalhado o sexo seguro, o uso de drogas e as dúvidas sobre a sexualidade e as doenças sexualmente transmissíveis...” LL05.

Segundo Martins e Leite (2012) as prisões femininas brasileiras são palco das mais variadas situações de desrespeito aos direitos humanos. O sistema prisional feminino e, por consequência, as prisões femininas, têm ganhado maior atenção do governo federal nos últimos anos, com a formulação de políticas públicas voltadas para esta população. Todavia, a implementação dessas políticas enfrentam obstáculos institucionais que impedem a garantia efetiva dos direitos humanos dessas mulheres à educação, à saúde, assim como a todos os demais seres humanos, uma vez, que elas estão previstas nas normas internacionais e na legislação nacional.

No que diz respeito à saúde da mulher encarcerada, a situação é de total ausência de equipes e equipamentos médicos nas cadeias públicas, e de equipes incompletas nas

penitenciárias, embora elas recebam repasse do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Além de muitas presas serem soropositivas, há grande incidência de doenças infectocontagiosas, como tuberculose, entre outras, devido às condições de insalubridade e superpopulação dos estabelecimentos prisionais femininos brasileiros (MARTINS; LEITE, 2012; PINHEIRO; BARBOSA, 2012).

Enquanto este processo de conscientização política se torna incipiente, há necessidade de que se desperte, principalmente nos profissionais de saúde, o interesse e o conceito de cultura no ofício do desenvolvimento da educação em saúde, e na prática do cuidado em enfermagem. Entre os direitos e os deveres, a cidadania é um atributo de qualquer membro do Estado ou país, e essa condição não exclui a mulher detenta. Portanto uma reflexão se faz necessária para o atendimento das necessidades de saúde da população do sistema prisional brasileiro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os trabalhos neste estudo foram incluídos independente da percepção positiva ou negativa dos profissionais de enfermagem com relação à saúde sexual e à sexualidade da mulher detenta. A contribuição dos profissionais de enfermagem referente à sua atuação nessa assistência possibilitou novos estudos, permitindo a elaboração de novos modelos de atuação no atendimento à saúde da mulher encarcerada.

Tendo em vista a importância do presente estudo, depreendemos que :

- Os graves problemas que caracterizam o sistema penitenciário brasileiro fundamentam-se na violação de direitos humanos da pessoa em privação de liberdade.

- Os aspectos importantes que compõem as necessidades básicas do ser humano, como os serviços de saúde, de educação e sociais estão muito distantes do contexto prisional e, quando se refere à mulher detenta, esta distância torna-se muito maior, chegando mesmo à condição da invisibilidade.

- O desafio se torna então emergente, perante a omissão do Estado e diante da complexidade administrativa, como a superlotação, o ambiente insalubre, a falta de assistência médica específica local e de atendimento continuado, a ausência de atividades de educação formalizada, esportivas e laborais. Esse perfil perverso do sistema prisional brasileiro acaba criando na vida da mulher detenta, um distanciamento dela mesma e, por consequência, da sua saúde, da sua sexualidade que já se encontra-se apartada desde o momento do flagrante até o cumprimento da pena nas prisões brasileiras.

- A oportunidade de se conhecer e conviver com estas detentas, ao longo dos anos, por meio da implantação de um programa de atividade física e qualidade de vida em uma penitenciária feminina local até os dias atuais, possibilitou, a partir dos vários achados, a elaboração deste estudo e, neste contexto, são feitas algumas reflexões e considerações importantes acerca das ações de saúde que podem contribuir especificamente na saúde sexual e na sexualidade desse contingente feminino. Mas, para chegar até eles, cumpre destacar que foi trilhado um percurso metodológico criterioso, que direcionou, através dos estudos primários incluídos na amostra, a contribuição da enfermagem na saúde sexual e na sexualidade da mulher detenta no Brasil.

- Depreende-se então, que os resultados encontrados atenderam ao objetivo proposto neste estudo. Após buscas, análises e categorização, foram direcionadas as situações limites, que evidenciaram cinco importantes categorias que nos remetem à problemática

contextualizada nesta investigação: falta de conhecimento acerca da situação da mulher detenta e necessidade de cooperação entre os órgãos de saúde pública e o sistema penitenciário; reconhecimento da necessidade da desmistificação, mudança de paradigmas e abertura de um novo campo de estudo e atuação profissional da enfermagem; falha da aplicabilidade e efetivação da legislação, violação dos direitos humanos, bem como a utilização de equipamentos sociais decadentes; construção histórico-cultural de práticas sexuais de risco anteriores ao processo de encarceramento, vulnerabilizando as DST e aids, a contaminação do HIV e uma possível gravidez nestas condições; omissão e subestima do Estado na implantação de ações educativas e preventivas voltadas à saúde sexual da mulher detenta e riscos de contaminação e ausência de assistência e acompanhamento médico local adequado.

- Observou-se a omissão do Estado diante da necessidade de efetivação de políticas públicas já existentes, como o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, bem como da ocorrência da violação dos direitos humanos no sistema prisional feminino. Uma maior disponibilidade de dados oficiais das instituições responsáveis pelo sistema prisional nacional poderia ampliar o conhecimento da condição da mulher detenta e favoreceria um universo maior de pesquisas sobre o setor.

- De acordo com as reflexões feitas a partir dos achados na literatura, foram encontrados subsídios para compreender a relevância de atendimento digno e de qualidade à saúde sexual e à sexualidade da mulher detenta pautado em princípios legais norteados pelo respeito aos direitos da pessoa humana, de competências na área da saúde e da participação compartilhada de vários setores sociais no desenvolvimento de ações educativas e de prevenção que tenham em foco a mulher detenta, no sentido de minimizar os agravos à sua saúde no encarceramento.

- O estudo empreendido revelou que a contribuição da enfermagem neste contexto ainda é restrito às poucas iniciativas individuais, necessitando mudanças de paradigmas e visando a ampliação da área de trabalho e de estudo. O contexto prisional brasileiro pode ser um campo de conhecimento, com complexidade e especificidade pouco conhecidas, principalmente perante a presença da mulher. Nota-se que há necessidade urgente de ações educativas nestes espaços destinados ao encarceramento feminino e, mais ainda, da continuidade destas ações diante da falta de informação e de formação das detentas, que potencializa a sua vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis.

- Portanto, levando em consideração os achados deste estudo, os quais revelaram limitações na assistência à saúde que dificultam a autonomia do profissional de enfermagem

no desempenho de suas ações, e a incipiência qualitativa na contribuição à saúde sexual e à sexualidade nessa área no Brasil, depreende-se que há necessidade de maior ampliação de espaços de reflexão diante das demandas referentes à situação da mulher encarcerada.

- Mediante o exposto, faz-se mister uma mudança, não só na estrutura física das cadeias e penitenciárias brasileiras, mas também no comprometimento do Estado, enquanto gestor de um quadro permanente de profissionais da saúde. São necessárias ações educativas que promovam a saúde e a prevenção das doenças e uma assistência continuada que possa contribuir para a melhoria da qualidade de vida das mulheres detentas.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ABDO, C. **Sexualidade humana e seus transtornos**. 4ª ed. São Paulo: Leitura Médica; 2012.
- ADAMI, F. *et al.* Aspectos da construção e desenvolvimento da imagem corporal e implicações na Educação Física. **Revista Digital** - Buenos Aires - Ano 10 - Nº 83 - Abril de 2005.
- ALMEIDA, E. C. **Doação de órgãos e visão da família sobre atuação dos profissionais neste processo**: revisão sistemática da literatura brasileira, 2011. Dissertação de mestrado. Ribeirão Preto, EERP-USP.
- ARAÚJO, E. A arte da sedução: sexualidade feminina na Colônia. In: PRIORE, M.D. (Org.). **História das mulheres no Brasil**, 9.ed. São Paulo: Contexto, 2007. cap.2, p.45-47.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10520** : informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002, 2.ed. Revisão ampliada. São Paulo, 2009.
- BARBOSA, R.M.; KOYAMA, M.A.H. Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas alternativas para o Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 22 n.7, p.1.511-1.514, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102...script...> .Acesso em: 3 ago. 2009.
- BARROSO, J; GOLLOP, C.J; SANDELOWSKI, M; MEYNELL; PEARCE, P.F; COLLINS, L.J; The Challenges of Searching for and retrieving qualitative studies. **West J Nurs Res**. v. 25, n. 2, p. 153-78, 2003.
- BASTOS, P.R.S. Criminalidade feminina: estudo do perfil da população carcerária feminina da Penitenciária Professor Ariosvaldo de Campos Pires – Juiz de Fora (MG)/2009. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XIII, n.81, out. 2010. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8444>. Acesso em: 5 abr. 2013.
- BISSOLI, N. **A representação do feminino em *Lucíola* de José de Alencar**. 2009. 87f. Dissertação (Mestrado em Letras) Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora, 2009.
- BITTENCOURT, A. R. *et al.* A temática da imagem corporal na produção científica nacional da enfermagem: um destaque para pacientes com câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, vol. 55 n. 3, p.271-278, 2009. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_55/v03/pdf/75_revisao_literatura2.pdf>. Acesso em: 19 set. 2011.

BITTENCOURT, A.R.C. *et al.* Educação de pacientes com asma: atuação do enfermeiro. **J Pneumol** 2002;28 (4):193-2002.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Falência da pena de prisão:** causas e alternativas. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2011. 210 p.

BRASIL, Decreto nº 94.406/87- Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9. jun. 1987. Seção I – fls. 8.853 a 8.855 Disponível em: <<http://www.portalfen.gov.br/sitenovo/node/4173/>>. Acesso em: 8 mar. 2013.

_____. Decreto nº 7.626, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2011: Institui o **Plano Estratégico de Educação no âmbito do Sistema Prisional**, Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7626.htm->. Acesso em: 5 ago. 2012.

BRASIL, Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Execução Penal.** Brasília: MJ, 2012. Disponível em: <<http://www.mj.gov.br/depen/>>. Acesso em: 26 jun. 2013.

_____. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Mulheres Encarceradas-Diagnóstico Nacional.** Brasília: MJ, 2008. Disponível em: portal.mj.gov.br/services/.../FileDownload.EZTSvc.asp?...840B...
Acesso em: 26 jun. 2013.

_____. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Brasília: MJ, 2003. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br>>. Acesso em: 26 jun. 2013.

_____. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Brasília: 2007. Relatório Final: **Reorganização e Reformulação do Sistema Prisional Feminino.** Disponível em: <<http://www.spm.gov.br>>. Acesso em: 26 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Plano Nacional de Assistência à Saúde no Sistema Penitenciário.** Brasília: MS, 2005. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/.../plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed...>. Acesso em: 8 mar. 2013.

BRAUNSTEIN, H.R. Gênero e prisão: o encarceramento de mulheres no sistema penitenciário brasileiro.. In: II CONGRESSO INTERNACIONAL DE PEDAGOGIA SOCIAL, 2., 2008, São Paulo. **Proceedings online...** Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, Available from<http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arrrte

xt&pid=MSC0000000092008000100007&lng=en&nrm=abn>. Acess on: 26 June 2013.

BRUHNS, H.T. Corpos femininos na relação com a cultura. In: ROMERO,E. (Org.). **Corpo, mulher e sociedade**, 1. ed.Campinas: Papirus,1995. v.1, p. 71-97.

BUENO, S. M. V. *et al.* (org). **Enfermeiro professor e o Ensino Médio em enfermagem**. Ribeirão Preto-SP: USP/UNESP/UFSCAR/FAPESP – Gráfica São Gabriel, 1998.

BUENO,SM.V. **Educação preventiva em sexualidade**, DST, aids, drogas e violência nas escolas. 2001, 260 f.Tese (Livre Docência em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2001.

_____. **Tratado de Educação preventiva em sexualidade**, DST, aids, drogas e violência. Ribeirão Preto: FIERP/EERP-USP,. 2009.

CABRAL,S.V. **Psicomotricidade relacional**: prática clínica e escolar. Rio de Janeiro: Revinter, 2001, 350 p.

CAMARGO, J.P.*et al.*O perfil das detentas HIV positivo de uma penitenciária estadual do Paraná, Brasil, 2012. **J Health Sci Inst.**, 2012; 30(4): 369-76.

CAMARGO,V.Virginia. Realidade do sistema prisional no Brasil. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, IX, n. 33, set. 2006. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=1299>. Acesso em: 9 jul. 2013.

CARLOS,W. População carcerária feminina cresce 252% no Brasil. **Diário da Manhã**, Dezembro, 7, 2012.

CARRASCO,C. **Estáticas sob suspeita**: proposta de novos indicadores com base na experiência das mulheres. São Paulo: SOF, 2012,160 p.

CASTRO,A.A. O que é necessário para fazer uma revisão sistemática. In: Castro, A.A. **Revisão sistemática com e sem metanálise**. São Paulo: AAC, 2001.

CERNEKA,H.A.*et al.***Tecer justiça**: presas e presos provisórios da cidade de São Paulo. São Paulo: ITCC, 2012. 96 p.

CHACHAM, A.S.; MAIA, M.B. Corpo e sexualidade da mulher brasileira. In: VENTURA,G; RECAMÁN,M; OLIVEIRA, S.(Org.).**A mulher brasileira nos espaços público e privado**,

São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2009. p.74-86. CHADAD, J. **A Inquisição e o Brasil**. 2006. Disponível em: <http://www.navegandonahistoria.blogspot.com>>. Acesso em: 28 jun.2009.

CHAGAS, E.P. Corpo feminino do detalhe...uma possibilidade de construção de novos territórios para subjetividade feminina In: ROMERO, E. (Org.). **Corpo, mulher e sociedade** 1. ed. Campinas: Papirus,1995. v.1, p. 125-134.

COLOMBAROLI, A.C.M. **Violação da dignidade da mulher no cárcere**:restrições à visita íntima nas penitenciárias femininas. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.cnpq.br/documents/.../e6cac230-4faa-42f7-a078-8abebaa4e2ec>>. Acesso em: 5 ago. 2012.

CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UFPE, 4., 1996, Recife. **Anais eletrônicos...** Recife: UFPE, 1996. Disponível em: <<http://www.propesq.ufpe.br/anais/anais.htm>>. Acesso em: 9 jul.2013.

COSCRATO, G; BUENO, S. M. V. Pesquisa qualitativa sobre humanização em saúde mediatizada por pesquisa - ação. **Saúde e Transformação**.v.1nº1,2010.

COSCRATO, N.M. **O princípio da humanidade das penas e a execução penal no estado democrático de direito**, 2012, 85 f. (Trabalho de Conclusão de Curso em Direito)- Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo,Ribeirão Preto, 2012.

COSTA, A.M.; SILVESTRE, R.M. Uma reflexão sobre o poder da mulher e saúde. In:VENTURA, G;RECAMÁN, M;OLIVEIRA, S.(Org.). **A mulher brasileira nos espaços público e privado**, São Paulo:Fundação Perseu Abramo, 2009.p. 62-74.

COSTA, J.F. **O vestígio e a aura**: corpo e consumismo na moral do espetáculo. Rio de Janeiro: Garamond, 2004, 242 p.

COSTA, R.W. da.; VIEIRA,R.; PESSINI, M. A. A maternidade da mulher encarcerada. **Akrópolis** Umuarama, v. 19, n. 3, p. 141- 153, jul./set. 2011.

CRÉMIEU, A.; JULIEN. H.**Mulheres livres**: a resistência de 14 mulheres no mundo. São Paulo: Novo Conceito, 2008,156 p.

CROZARA,L.F. *et.al*. Efeito da atividade física na saúde e qualidade de vida de pessoas com transtornos mentais. **EFDeportes.com, Revista Digital**. Buenos Aires, Año 15, nº 149, Octubre de 2010.

DAMÁSIO, A. **O mistério da consciência**. São Paulo : Companhia da Letras, 2000, 474 p.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO .Núcleo Especializado de Situação Carcerária: **Direitos e Deveres das Mulheres Presas**, São Paulo, [2010-2011]. Disponível em: < www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/.../cartilha-mulher-presa.pdf....>. Acesso em: 24 jul. 2013.

D'INCAO, M.A. Mulher e família burguesa In: PRIORE, M. D. (Org.). **História das mulheres no Brasil**. 9. ed., São Paulo: Contexto, 2007. cap. 7, p. 223-240.

DINIZ, M. **Na prisão**. São Paulo, 2002. Disponível em: <<http://alinaunimed.com.br/uafp011203ms.htm>> Acesso em: 23 jan.2009.

DICIONÁRIO HOUAISS da língua portuguesa. São Paulo: Editora Objetiva. Fundação Antônio Houaiss, 2004/2008(revisão ortográfica).

DONINI, A.A.; GODOI, A.M.M. Legislativo e o programa de ação da CIPD (Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento). In: VILLELA, W.V.; SAAR, E. (Org.). **Rumos para Cairo + 20**. Brasília, SPM, 2010. 19-39.

DUARTE, J. **Bruxas, santas e inquisidores**, 2009. Disponível em: <<http://maniadehistoria.wordpress.com/bruxas-santas-e-inquisidores/>> Acesso em: 29 jun. 2009.

EBhA compartilhamento acadêmico: Mulher e criminalidade. São Paulo-SP, 2008. Disponível em: < www.ebah.com.br/content/ABAAAAPiAK/mulher-criminalidade>. Acesso em: 12 jul. 2013.

ENGEL, M. Psiquiatria e feminilidade In: PRIORE, M. D. (Org.). **História das mulheres no Brasil**. 9. ed., São Paulo: Contexto, 2007. cap. 10, p. 322-261.

FERRARI, I. F. Mulheres encarceradas: elas, seus filhos e nossas políticas. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, – Fortaleza, – v. X, – n 4, – p. 1.325-1.352 – dez./2010.

FERREIRA, A. M.; CANDIDO, M. C. F.S.; CANDIDO, M. C. O cuidado de pacientes com feridas e a construção da autonomia do enfermeiro. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2010 out/dez; 18(4):656-60.

FERREIRA, F. L.; MORAIS, I. F. **Maternidade atrás das grades**: as expectativas e as angústias do gerar e conceber de forma humanizada dentro dos presídios femininos. Recife: Grupo Universitário Mauricio de Nassau-GUMN-2008. 49 p.

FONSECA, C. Ser mulher, mãe e pobre In: PRIORE, M. D. (Org.). **História das mulheres no Brasil**. 9. ed., São Paulo: Contexto, 2007. cap. 15, p. 510-553.

FRANÇA, F. M. S. G. A atuação do enfermeiro no incentivo ao retorno das mulheres para buscar o resultado de colpocitologia oncológica. In: **Anais**. Congresso Nacional de Iniciação Científica, 7, Leme, 2007, p.33-39.

FREIRE, A. N. M. **Mulher atrás das grades**: estratégias das presas para lidar com o ambiente prisional Disponível em: <http://www.encontro2012.historiaoral.org.br/resources/anais/3/1340389278_ARQUIVO_HistoriaOral_AnaPaulaMonizFreire.pdf>. Acesso em: 9 jul.2013.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 46. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1997.

GALVÃO, C.M.; SAWADA, N. O.; TREVIZAN, M. A. Revisão Sistemática: Recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Ver. Latino-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 549-56, mai-jun. 2004.

GIORDANI, A.T. **Pesquisa-ação com mulheres detentas sobre sexualidade, DST-aids e drogas**. 2000, 172 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2000. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/>>. Acesso em: 3 abr. 2009.

_____. **Violência sexual e a vulnerabilidade às DST-aids em mulheres detentas**. 2003, 568 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/>>. Acesso em: 20 jun.2013.

GIORDANI, A.T.; BUENO, S.M.V.; KANTORSKI, L.P. Normas, punições, castigos e a vulnerabilidade às DST-aids no cotidiano de mulheres detentas. **DST- j. bras. doenças sex. transm.** 14(2): 16-21, 2002.

GIORDANI, A.T.; BUENO, S.M.V. A maternidade para mulheres detentas e a transmissão vertical das DST/AIDS. **Jornal Bras.Doenças Sex.Transm.** 13(6): 12-24, 2001b

_____. A prática do homossexualismo entre mulheres detentas e a vulnerabilidade às DST/aids. **Jornal Bras.Doenças Sex.Transm.** 13(5): 23-35, 2001a.

_____; _____. A violência, a mulher detenta e a vulnerabilidade às DST/aids - **Jornal Bras.Doenças Sex.Transm.** 11(6):17-25, 1999.

_____; _____. A vulnerabilidade às DST-aids em mulheres detentas vítimas de violência sexual. **Jornal Bras.Doenças Sex.Transm.** 15(1): 30-39, 2003a.

_____; _____. Castigos e a vulnerabilidade às DST-Aids no cotidiano de mulheres detentas - **Jornal Bras.Doenças Sex.Transm.** 14(2): 16-21, 2002c.

_____; _____. Cicatrizes corporais em mulheres vítimas de violência física e a vulnerabilidade às DST-aids. **Jornal Bras.Doenças Sex.Transm.** 14(4):13-17, 2002d.

_____; _____. Direitos humanos de mulheres detentas em situação de vulnerabilidade às DST-aids,DST. **Jornal Bras.Doenças Sex.Transm.** 14(2):12-15, 2002b.

_____; _____. Mulheres detentas–prevenção às DST/aids e gravidez no contexto de uma sociedade patriarcalista – **Jornal Bras.Doenças Sex.Transm.** 13(5): 36-42, 2001c.

_____; _____. Sexualidade, DST/aids e drogas com mulheres em sistema penitenciário brasileiro - **Jornal Bras.Doenças Sex.Transm.** 10(6):4-19, 1998.

_____; _____. Sexuality,STD-AIDS and drugs and women in prison - **Jornal Bras.Doenças Sex.Transm.** 12(6): 8-16, 2000b.

_____; _____. Tatuagens e a vulnerabilidade às DST-aids em mulheres detentas - **Jornal Bras.Doenças Sex.Transm.** 14(5): 4-10, 2002^a.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2007, 312 p.

GRACIANO, M. **Situação limite**. Observatório da educação. São Paulo, 2005. Disponível em: < www.observatoriodaeducacao.org.br > Artigos > Artigos >. Acesso em: 20 jun. 2013.

GONÇALVES, A. K. O papel do enfermeiro no cuidar de clientes portadores de deficiência,2010.Portal Zé Moleza - <http://www.zemoleza.com.br/> el Disponível em :www.zemoleza.com.br/.../46937-o-papel-do-enfermeiro-no-cuidar-de-cl...Acesso em:04 ago.2013.

HOUBRE, G. Inocência, saber, experiência: as moças e seu corpo. In: MATTOS, M. I. S.; SOIHET, R(Org.) **O corpo feminino em debate**. 1.ed.,São Paulo:UNESP,2003.cap.6,p.93-106.

HOWARD, C. (Org.).**Direitos humanos e mulheres encarceradas**. São Paulo: Instituto Terra, Trabalho e Cidadania; Pastoral Carcerária do Estado de São Paulo, 2006, 154 p.

ILGENFRITZ, I. **As drogas e o novo perfil das mulheres prisioneiras do Estado do Rio de Janeiro**, 2003. Disponível em: <[http:// www.mamacoca.org/.../ilgenfritz_drogas_mulher_prisioneira_pt.htm](http://www.mamacoca.org/.../ilgenfritz_drogas_mulher_prisioneira_pt.htm)> Acesso em: 18 mar.2007.

INTERNACIONAL BAR ASSOCIATION (IBA). Nas prisões e no sistema de justiça criminal brasileiro, 2010. **The global voice of the legal profession**, 2012. Disponível em: <<http://www.ibanet.org/Document/Default.aspx?DocumentUid=8C4C7D89-06C5-4CAA-939E-332B20927F75>>.Acesso em: 24jul. 2013.

IZUMINO, W. P. **Justiça e violência contra a mulher**. São Paulo: Fapesp, 2004, 277 p.

JB.I. **Reviewers' manual**. Adelaide/Austrália: The Joanna Briggs Institute. 2011. [citado em: 15 abr. 2011]. Disponível em: <http://www.joannabriggs.edu.au/pdf/JBIRReviewManual_CiP11449.pdf>

JORGETTI, G. S. **Imagem corporal**, 2009. Disponível em: <nucleomotin.blogspot.com/.../imagem-corporal.html >. Acesso em: 17.ago. 2009.

KEHL, M. R. **Deslocamentos femininos**.Rio de Janeiro:Imago Editora, 2007,281 p.

KERKER, B.D.;MOSTASHARI,F.; THORPE, L.**Health Care Access and Utilization among Women Who Have Sex with Women: Sexual Behavior and Identity**, 2006.Disponível em < [http:// www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2438586/](http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2438586/)> Acesso em: 09 ago.2009.

KIM, J. E.*et.al*. Criminalidade feminina: uma análise empírica a partir dos dados do presídio feminino de Brasília. **Economia e Desenvolvimento**, Recife (PE), v. 8, n.1, 2009.

LAUS VERAS, A. L. Desenvolvimento e construção da imagem corporal na atualidade: um olhar cognitivo-comportamental. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, 2010, v.6 n.2.

LEAL, J.S. Sobrecarga de planos de opressão e o encarceramento feminino no sul do Rio Grande do Sul. **Revista Latino-americana de Geografia e Gênero**. Ponta Grossa, v. 4, n. 1, p. 36-47, jan. / jul. 2013.

LEAP-BRASIL-LAW ENFORCEMENT AGAINST PROHIBITION, BRASIL. Mulheres encarceradas por “tráfico de drogas”, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em <www.leapbrasil.com.br/noticias/informes?ano=2012&i=65&mes=>. Acesso em: 26 jun. 2013.

LIMA, C.C.; RODRIGUES, H. **História da homossexualidade**, 2008. Disponível em <<http://maniadehistoria.wordpress.com/historia-da-homossexualidade/>> Acesso em: 01 ago. 2009

LIMA, G. M. B. *et al.* Mulheres presidiárias: sobreviventes de um mundo de sofrimento, desassistência e privações. **Temas em Saúde**, 2005. Edição Especial:(1): 44-48.

LIMA, M.A.D.S. ALMEIDA, M.C.P. O trabalho de enfermagem na solução de cuidados de saúde no modelo clínico. *Rev. Gaúcha de Enf.*, Porto Alegre, v. 20, p. 71-86. 1999

LIMA, M de. **Da visita íntima à intimidade da visita: a mulher no sistema prisional**. Tese (Mestrado). Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-24032008-085201/pt-br.php>. Acesso em: 23 out. 2010.

LOPES, A. L. M. ; FRACOLLI, L. A. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre a aplicação na pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 771-8, out-dez; 2008 .

LOPES, E.M ; ANJOS, S. J. B.; PINHEIRO, A.K.B. Tendência das ações de educação em saúde realizadas por enfermeiro no Brasil, 2009. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2009 abr. jun. 17(2):273-7.

LOPES, F. *et al.* Prevalência de HIV, papilomavírus humano e sífilis na Penitenciária Feminina da Capital, São Paulo, 1997-1998. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(6):1473-1480, nov-dez, 2001.

MACHADO, J. **Afetividade, sexualidade e autoestima**. Belo Horizonte, 2010 Luxor Consultoria em Desenvolvimento Humano –Disponível em: <<http://site.juliomachado.com.br/palestras/relacionamento-interpessoal-e-equipes/afetividade-sexualidade-e-auto-estima/>>. Acesso em: 3 jul. 2013.

MALERBO, M. B. **A aprendizagem da busca bibliográfica pelo estudante de graduação em enfermagem.** 2011. 133f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

MARTINS, D. A mulher no sistema carcerário. **Revista Juizes para a Democracia.** Ano 5, n.25, jul./set. 2001.Disponível em: <portal.mj.gov.br/services/.../FileDownload.EZTSvc.asp?...> Acesso em: 14 out. 2012.

MARTINS, F.Z.;BOCK,K.C.;MOSTARDEIRO,A.C.T. Atividade física e qualidade de vida:uma atuação da enfermagem,2005.Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/57cbe/resumos/1006.htm>. Acesso em:04 ago.2013.

MARTINS, T.P.; LEITE, C. K. S.**Políticas Públicas para Mulheres Encarceradas no Brasil:** trajetória de uma agenda governamental travada 2012,VI ENAPEGS-Encontro Nacional de Pesquisadores em Gestão Social-PUC -SP

MATTOS, M.I.S. Delineando corpos: as representações do feminino e do masculino do discurso médico. In:PRIORE,M.D (Org.). **O corpo feminino em debate.** 1.ed., São Paulo: UNESP, 2003. cap. 7, p. 107-127.

MAUERBERG-deCASTRO, E. **Atividade física adaptada.** Ribeirão Preto: Tecmed, 2007,555 p.

MINAYO, C. S.; DESLANDES,S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2008. 80 p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 8.ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Editora Hucitec, 2004. 270p.

MIRANDA, A. E.;VARGAS,P.M.; VIANA,M.C. Saúde sexual e reprodutiva em penitenciária feminina, Espírito Santo, Brasil. São Paulo. **Rev.Saúde Pública**, 2004 :38(2): 255-60.

MISCIASCI, E. Prisão e Sociedade: perfil, crime, tatuagem, alcunha, prisão. Década 70/90.2010.Disponível em: <http://www.eunanet.net/beth/news/topicos/mulheres_no_crime_elizabeth_misciasci.htm>. Acesso em: 19 set. 2011.

MORGADO, F.F.R.*et al.* Análise dos instrumentos de avaliação da imagem corporal. **Fit Perf. J.** São Paulo, vol. 8, n. 2, p. 204-11, 2009. Disponível em: <redalyc.uaemex.mx/pdf/751/75112567007.pdf>. Acesso em: 19 set. 2011.

NEVES. E. S. **A prática da atividade física no sistema prisional brasileiro: algumas iniciativas da educação penitenciária no início do século XX**. São Paulo, 2011. 129 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física). Universidade São Judas Tadeu. São Paulo, 2000. Disponível em: <www.usjt.br/biblioteca/mono_disser/mono_diss/2011/162.pdf>. Acesso em: 19 set.2011.

NICOLAU, A.I.O.; PINHEIRO, A.K.B. Condicionantes sociodemográficos e sexuais do conhecimento, atitude e prática de presidiárias quanto ao uso de preservativos. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, 2012 jul.-set.; 21(3): 581-90.

NICOLAU, A. Z. O. *et al.* Retrato da realidade socioeconômica e sexual de mulheres presidiárias. **Acta Paul Enferm.** 2012; 25(3): 386-92.

NICOLINO, A. S. **Novas e velhas configurações da sexualidade e do corpo feminino: pesquisa-ação na educação com escolares**. 2007. 211 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2007.

NOVINSKY, A.W. **A Inquisição**, 2.ed. São Paulo: Brasiliense, 2007, 103 p.

OLIVEIRA, E. *et al.* **Educação em saúde: uma estratégia da enfermagem para mudanças de comportamento, conceitos e reflexões**, 2009 Disponível em: www.webartigos.com/.../educacao-em-saude-o...enfermeiro.../44521/.. Acesso em: 19 set.2011

OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2003 mai./jun.11(3):333-40. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlaenf>. Acesso em: 19 set.2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Carta de Ottawa**. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 7 ago.2011.

ORTEGA, C. D. Informática documentária: estado da arte, 2002. 259f. Dissertação (Mestrado). Escola de Comunicação e Artes, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

PACKER, A.L.; TARDELLI, A.O.; CASTRO, R.C.F. A distribuição do conhecimento científico público em informação, comunicação e informática em saúde indexado nas bases de dados MEDLINE e LILACS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, jun. 2007 .

Disponível em www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232007000300009&script... >. acessos em 8.ago.2013

PARANAGUÁ, T. T. B.; BEZERRA, A. L.Q. Atuação do enfermeiro em um hospital especializado em práticas integrativas **Rev. enferm. UERJ**,v.16,n.2.**Rio de Janeiro,abr./jun.2008**. Disponível em:<<http://www.facenf.uerj.br/v16n2/v16n2a20.pdf>>. Acesso em:7 nov. 2011.

PASTANA, D.R. Estado punitivo e pós-modernidade. **Soc. e Cult.**, Goiânia, v. 15, n. 1, p. 207-215, jan./jun. 2012.

PASTORAL CARCERÁRIA DO BRASIL (Brasil) **Mulheres presas**: situação das mulheres nas prisões do Brasil, São Paulo,2012 Disponível em: <<http://carceraria.org.br/wp-content/uploads/2012/09/relatorio-mulherese-presas-versaofinal1.pdf>>. Acesso em:10 jul.2013.

PEDROLO, F.T.; ZAGO,M. M. F. **A imagem corporal alterada no laringectomizado**: resignação com a condição, 2000 Disponível em < http://www.inca.gov.br/rbc/n_46/v04/artigo6.html > Acesso em: 14 ago.2009.

PEDROSO, R. C. **Os signos da opressão**: história e violência nas prisões brasileiras. São Paulo: Arquivo do Estado, Imprensa Oficial do Estado,2002.251 p.

PEIXOTO, M. **Da cidadania homogênea ao reconhecimento das diferenças no sistema prisional feminino paulista**, 2001. Disponível em: <<http://www.rizoma.ufsc.br/pdfs/758-of7a-st4.pdf> > Acesso em: 5 ago. 2009.

PERROT, M. Os silêncios do corpo da mulher. In: MATTOS, M. I. S.; SOIHET, R. (Org.). **O corpo feminino em debate**. 1.ed., São Paulo: UNESP, 2003. cap. 1, p. 13-27.

PERROT,M. **Os excluídos da história**: operários, mulheres, prisioneiros. São Paulo: Paz e Terra, 2010. 332 p.

PERSEGONA,K. R. *et al.* O conhecimento político na atuação do enfermeiro.**Esc.Anna Nery Rev.Enferm.** v.13 n.3. São Paulo, jul.-set. 2009.

PHILBERT,L.A.S. **Investigação da formação dos estudantes do curso de licenciatura em enfermagem para a temática sexualidade humana**. 2009, 81 f. Dissertação(Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2009.

PINESE, C.S.V. **Análise do contexto funcional de uma penitenciária feminina com o enfoque nas ações de enfermagem**. 2005, 40 f. Trabalho de conclusão do curso de especialização em enfermagem psiquiátrica e saúde mental. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005.

_____. **Identificação da depressão em mulheres no sistema prisional**. 2008, 63.f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2008.

PINHEIRO, J.C.; BARBOSA, J.H.F. **Violência doméstica contra a mulher: um desafio para enfermeiros da rede básica de saúde**. Equipe Editorial Bibliomed, 2012. Disponível em: <www.bibliomed.com.br/lib/showdoc.cfm?LibDocID=13985>. Acesso em: 26.jul. 2013.

PINSKY, C.B. A era dos modelos rígidos In: PINSKY, C.B.; PEDRO, J.M. (Orgs.). **Nova história das mulheres no Brasil**. 1. ed. São Paulo: Contexto, 2012. cap. 21, p. 469-512

PINTO, G.; HIRDES, A. O processo de institucionalização de detentos: perspectiva de reabilitação e reinserção social. Escola Anna Nery **Revista de Enfermagem**, vol. 10, núm. 4, dezembro, 2006, pp. 678-683.

PITANGA, F.J.G. Teste, medidas e avaliações em educação física e esportes. 3ª ed. São Paulo: Phorte, 2004

PORTELA, L. N. S. **O malleus maleficarum e o discurso cristão ocidental contrário à bruxaria e ao feminino no século XV**. 2012, 122 f. Dissertação (Mestrado em História) Universidade Federal do Espírito Santo, 2012. Disponível em: <dc434.4shared.com/doc/f4987eCC/preview.html> Acesso em: 9 jun. 2013.

PRIORE, M.D. **História das mulheres no Brasil**. 9. ed., São Paulo: Contexto, 2007.

REIS, C.B.; BERNARDES, E. B. O que acontece atrás das grades: estratégias de prevenção desenvolvidas nas delegacias civis contra HIV/aids e outras doenças sexualmente transmissíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**. 16(7): 3331-3338, 2011.

REIS, C.B.; BERNARDES, E. B. O que acontece atrás das grades: estratégias de prevenção desenvolvidas nas delegacias civis contra HIV/aids e outras doenças sexualmente transmissíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**. 16(7): 3331-3338, 2011.

RODRIGUES, B. *et al.* Perfil epidemiológico de uma população carcerária feminina, 2012. **Anais do III Salão de Ensino e de Extensão**, 358 p

RODRIGUES, F .C .P., LIMA, M. A. D. S. A multiplicidade de atividades realizadas pelo enfermeiro em unidades de internação. **Rev.Gaúcha de Enferm.** v.25, n.3, Porto Alegre-RS, dez. 2004.

ROSINSKI, T. C. *et al.* Nascimento atrás das grades:uma prática de cuidado direcionada a gestantes, puérperas e recém-nascidos em privação de liberdade. **Ciência, Cuidado e Saúde.** Maringá, v. 5, n. 2, p. 212-219, maio/ago. 2006.

SALMASSO, R. C. Criminalidade e a condição feminina:estudo de caso das mulheres criminosas e presidiárias de Marília-SP.**Rev.Inic. Científica da FFC**, v.4 n.3, Marília, 2004.

SANDELOWISK, M.; BARROSO, J. **Qualitative metassummary method.** Sandbar Digital Library Project. Chapel Hill (USA): University of north Carolina at Chapel Hill School of Nursin; 2004 [citado em 25 jun. 2011]. Disponível em: <<http://sonweb.unc.edu/sandbar/index.cfm?fuseaction=about#>>.

SANTA RITA, R. P. Mulheres presas com suas crianças. **Revista Zap**, Boletim Informativo, 2008. Disponível em:<revistas.unipar.br/akropolis/article/download/4028/251 >. Acesso em: 30 mai 2013.

SANTOS,C. E. Homossexualismo atrás das grades. **Jornal do Comércio do Recife**,Junho 29, 2009. Disponível em: <lebiscoito.wordpress.com/2009/.../lesbicas-detentas-trocam-cartas-de-am.../>. Acesso em: 12 jul.2013.

SCHILDER, P. **A imagem do corpo:** as energias construtivas da psique. São Paulo: Martins Fontes, 1999. 414 p.

SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM n 16, Campo Grande, 2011. MS: ABEn, 2011, 64 p. Disponível em: <www.abeneventos.com.br/16senpe/senpe-trabalhos/files/0000.pdf>. Acesso em: 15 dez.2012.

SILVA,E.L. **A realidade do sistema penitenciário brasileiro e o princípio da dignidade da pessoa humana**,2013. Disponível em: <<http://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/7926/A-realidade-do-sistema-...>>. Acesso em: 12 jul. 2013.

SILVA, E. M. da; TAVARES, M. C. G. C. F, Basquete sobre rodas. In: TAVARES, M. C. G. F. (Org). O dinamismo da imagem corporal. 1.ed. São Paulo :Ed.Phorte, 2007. Cap. 10, p. 173-181.

SILVA, G. L. **Criminalidade da mulher**: rotina carcerária e análise penitenciária do Presídio de Florianópolis. UFSC. Monografia.(Curso de Direito).Florianópolis, 1998. Disponível em: < site.aasp.org.br/.../>. Acesso em: 19 set. 2011.

SOARES, L. E. **Justiça**: pensando alto sobre violência, crime e castigo. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2006.

SOIHET, R. (Org.). **O corpo feminino em debate**. 1. ed., São Paulo: UNESP, 2003. 10-11

_____. Mulheres pobres e violência no Brasil urbano In: PRIORE, M. D. (Org.). **História das mulheres no Brasil**. 9. ed. São Paulo: Contexto, 2007. Cap. 11, p. 362-400.

SOUSA, M. C. P. *et al.* Atenção à saúde no sistema penitenciário: revisão de literatura. **R. Interd.**, v. 6, n. 2, p. 144-151, abr./maio/jun. 2013.

SOUZA, M. O; PASSOS, J. P. A prática da enfermagem no sistema penal: limites e possibilidades **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** v. 12, n. 3, p. 417-23. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: < www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452008000300004/>. Acesso em: 19 set. 2011.

STELLA, C. **Filhos de mulheres presas**: o papel materno na socialização dos indivíduos. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http:// www.lumiarprojetos.com.br/Texto.aspx?id=58>. Acesso em: 24 jul. 2013.

STRAZZA, L. *et al.* 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.

_____. *et al.* Prevenção do HIV em uma penitenciária-modelo feminina de São Paulo-SP, Brasil **DST – J bras Doenças Sex Transm** 18(4): 235-240, 2006.

_____. Vulnerabilidade à infecção pelo HIV entre mulheres com alto risco de exposição-menores infratoras e detentas do Estado de São Paulo-Brasil **DST – J bras Doenças Sex Transm** 17(2):138-142, 2005

SZASZ, T. S. **A fabricação da loucura**. São Paulo, 1978, 364 p.

TAVARES, M. C. G. C. F. **Imagem corporal:** conceito e desenvolvimento, Barueri, 2003, 147 p.

TOURAINÉ, A. **O mundo das mulheres.** Petrópolis: Vozes, 2007, 207 p.

TOLEDO, C. **Mulheres: o gênero nos une, a classe nos divide,** São Paulo: Sunderman, 2008, 148 p.

VAINFAS, R. Homoerotismo feminino e o Santo Ofício In: PRIORE, M. D. (Org.). **História das mulheres no Brasil.** 9. ed., São Paulo: Contexto, 2007. cap. 4, p. 115- 140.

VILLELA, W. V.; PINTO, V. M., Atenção às DST em mulheres. In: VILLELA, W. V.; SAAR, E. (Org.). **Rumos para Cairo + 20.** Brasília, SPM, 2010. 159-178.

WOUTERS, S. B., SAPO OU BREJO: AS GRADES COMO DIVISÓRIAS . **Revista Participação, Brasília, Ano 12, No 22 , dezembro (2012)**

ANEXO

ANEXO

JBI QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive & Critical Research

Reviewer _____ Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

CRITERIA	YES	NO	UNCLEAR	NOT APPLICABLE
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	☐	☐	☐	☐
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	☐	☐	☐	☐
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	☐	☐	☐	☐
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	☐	☐	☐	☐
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	☐	☐	☐	☐
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	☐	☐	☐	☐
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	☐	☐	☐	☐
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	☐	☐	☐	☐
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	☐	☐	☐	☐
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	☐	☐	☐	☐

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info.
 Comments (Including reasons for exclusion)