**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

NÁDIA VICÊNCIA DO NASCIMENTO MARTINS

**VULNERABILIDADES ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS DE MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE EM
SANTARÉM-PARÁ**

**SÃO PAULO - SP
2018**

NÁDIA VICÊNCIA DO NASCIMENTO MARTINS

**VULNERABILIDADES ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS DE MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE EM
SANTARÉM-PARÁ**

Versão corrigida da Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof. Dra. Lucia Yasuko Izumi Nichiata.

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

**SÃO PAULO - SP
2018**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE DE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data _____/_____/_____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Martins, Nádia Vicência do Nascimento.

Vulnerabilidades às Infecções Sexualmente Transmissíveis de mulheres privadas de liberdade em Santarém-Pará. Nádia Vicência do Nascimento Martins – São Paulo, 2018. 161 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof. Dra. Lucia Yasuko Izumi Nichiata.

1. Enfermagem 2. Infecções Sexualmente Transmissíveis 3. População privada de liberdade 4. Saúde da Mulher. 5. Vulnerabilidade em saúde.

Nome: Nádia Vicência do Nascimento Martins

Título: Vulnerabilidades às Infecções Sexualmente Transmissíveis de mulheres privadas de liberdade em Santarém-Pará

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Orientada por: Profa. Dra. Lucia Yasuko Izumi Nichiata

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese...

A meu pai *Everaldo de Souza Martins* (in memorian) por ser meu maior exemplo de ser humano e profissional de saúde, comprometido com o bem da população amazônica e minha fonte de inspiração.

A minha cunhada *Maria Selma Corrêa de Araújo* (in memorian) que durante esta jornada partiu de forma inesperada, nos deixando um exemplo de força, de alegria e de orgulho em lutar por seus ideais. Seu tempo entre nós nos pareceu curto, mas, sem dúvida, foi o suficiente para cumprir a sua missão de fé e de vida.

As *mulheres privadas de liberdade*, fonte da minha inspiração para pesquisa nesta jornada, com as quais vivi e dividi momentos de dor, solidão, fé, saudade e esperança, em um processo de partilha e construção de saber, mesmo que em ambiente prisional.

AGRADECIMENTOS

Enfim, é chegada a hora de escrever estas últimas linhas, é hora de prestar os devidos agradecimentos, a todos e a todas, que me acompanharam nesta jornada acadêmica de 4 anos, do processo de doutoramento. A felicidade é contagiante, por encerrar mais um ciclo da minha vida acadêmica, com a certeza de dever cumprido, e do muito que tenho a contribuir com a minha Região Norte, com o meu Estado do Pará e com a minha amada cidade de Santarém. Desta feita, inicio meus agradecimentos.

Agradecimento acadêmicos

A *Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, pela ciência, pela história, pela oferta de uma universidade pública de qualidade, mesmo com todas as adversidades vivenciadas nos dias atuais, pela sua grandiosidade, muito obrigada.

A todos os *professores* seja da EEUSP e de todas as disciplinas cursadas em outros programas (e não foram poucas) no processo de doutoramento, pelos ensinamentos, direcionamentos valiosos, para a realização da pesquisa e para a vida acadêmica, docente e de pesquisadora, obrigada pela disponibilidade, tolerância, empenho em cada etapa desta trajetória.

A *Universidade do Estado do Pará*, Departamento de Saúde Integrada, Campus XII Santarém, Curso de Medicina, obrigada pelo incentivo e apoio financeiro por meio do programa de liberação docente, que permitiu meu afastamento integral durante todo o período do doutoramento, com bolsa de estudos, possibilitando o aproveitamento integral e de maior qualidade de toda a estrutura fornecida pelo Programa de Doutorado ora concluído.

A *Lucia Yasuko Izumi Nchiata*, minha professora e orientadora, obrigada pela forma com que me conduziu durante esse processo e pela expressiva e essencial contribuição em minha vida profissional, acadêmica e pessoal. Sua postura sempre ética e correta, é um espelho que reflete um exemplo a ser seguido, obrigada pelos valiosos ensinamentos, pela confiança, pelas horas e horas dedicadas a esta pesquisa, pelo respeito, simplicidade e generosidade em

partilhar conhecimentos. És sem dúvida muito especial para todos e todas que te tens como orientadora. Fica a amizade, o respeito, a admiração e meu muito obrigada.

*Aos **professores*** examinadores na banca no Exame de Qualificação e na Defesa da tese, obrigada pelas contribuições valiosas para o enriquecimento desta pesquisa.

Agradecimento institucionais

A ***Superintendência do Sistema Penitenciário do Estado do Pará*** (SUSIPE) pela autorização e liberação para realização da pesquisa, na pessoa do então Superintendente Sr. ***André Luiz de Almeida e Cunha***, e na pessoa da então Diretora do Biopsicossocial do Departamento de Atenção Básica Sra. ***Ivone Rocha Santana***.

A todos os funcionários do Complexo Penitenciário de Santarém, especificamente no momento da pesquisa do Centro de Recuperação Agrícola Silvio Hall de Moura (CRASHM) na pessoa do então diretor Major ***João Carlos Costa***, e da Coordenadora do Biopsicossocial Enfermeira ***Ana Karolina Lopes***, por terem aberto as grades da prisão para meu projeto de pesquisa e abraçado a causa, favorecendo a construção do conhecimento em favor da prevenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis.

A ***Prefeitura Municipal de Santarém***, por meio da ***Secretaria Municipal de Saúde de Santarém - SEMSA***, pelo apoio institucional na liberação profissional para cursar as disciplinas e viagens de orientação da Tese.

A todas as ***mulheres privadas de liberdade*** que aceitaram participar da pesquisa e que contribuíram de forma essencial e rica. Desejo que o período de reclusão seja breve ou mesmo que longo, ao término possam retornar as suas famílias, com conhecimentos acerca de prevenção as IST e com saúde.

Agradecimentos pessoais

Agradeço primeiramente a ***Deus***, por todas as graças e bênçãos sobre mim derramadas em todos os anos de minha vida, por me dar oportunidade de estar onde estou, por fazer o

impossível virar possível em minha vida, por tudo que me proporciona viver e por todos e todas com quem posso conviver, pela oportunidade de amar e ser amada, de poder contar esta história, pela escolha em traçar este caminho árduo, mas tão recompensador. Obrigada, por me dar discernimento em todas as etapas do doutoramento, por me iluminar e me capacitar.

Agradeço as duas pessoas humanamente responsáveis pela minha existência, que disseram sim para a minha vida e que a cada vitória ou derrota se encontram incontestavelmente ao meu lado, “**meus pais**”, **Maria Cícera Gomes do Nascimento**, mulher forte, temente a Deus, que aos 29 anos de idade se encontrou sozinha na vida, com 5 filhos para criar e segurou essa responsabilidade para si e venceu. **Everaldo de Souza Martins** (in memoriam) meu pai, meu maior exemplo de ser humano, meu guia espiritual, que me acompanha em todas as minhas batalhas. Obrigada por sempre acreditarem em mim e na minha capacidade de chegar.

Ao meu amado esposo **Silas Corrêa**, que sempre me apoiou, me incentivou, que ao meu lado nesta trajetória enfrentou as dificuldades e me auxiliou a levantar e encarar cada uma delas, mostrando-me que vale a pena avançar sempre de cabeça erguida em direção ao nosso objetivo, aquele que me ama, me apoia e me compreende.

Aos meus filhos “**Debora Carolina, Leonardo Silas, Airon Samuel e André Luís Martins Corrêa**”, razões do meu viver, obrigada por todo amor, carinho, compreensão, por serem minhas fontes de inspiração, minha base, meu suporte e meu estímulo diário na busca por essa conquista.

A minha ontem mãe, hoje filha do coração “**Maria da Conceição da Mota – Dindinha**” que do alto de seus 92 anos traz alegria e paz a minha família.

Aos meus *irmãos e irmãs, sobrinhos e sobrinhas, tios e tias, primos e primas, cunhadas e cunhados*, por se fazerem presentes em todos os momentos.

Ao casal de amigos **Maria Rita e Francisco França** pelas longas e valiosas conversas, pela construção de trabalhos de excelência para a região Oeste do Estado do Pará, por meio do Núcleo de Medicina Tropical (NUMETROP). A parceria acadêmica continua, vocês são meus

exemplos, obrigada pela acolhida, pelo respeito, pela amizade e pelo compromisso com o amazônica.

A amiga e assistente de pesquisa, *Alzemira Moraes Costa*, obrigada pela amizade sincera, pelo apoio incondicional sempre e pelo primoroso auxílio durante a coleta de dados desta pesquisa.

A *Lívia de Aguiar Valentim*, Enfermeira, docente e amiga, que mesmo com sua jornada de doutoramento iniciada, não mediu esforços para me auxiliar na análise estatística, muito obrigada.

Aos *amigos e amigas* que ao longo da jornada acadêmica estiveram junto a mim trilhando este caminho árduo, ou mesmo aqueles que contribuíram com palavras de incentivo, risos, descontração, tudo seria mais difícil sem a verdadeira amizade.

“...a prisão pode ser definida como um instituto de privações, não só da liberdade locomotiva dos homens e mulheres que a ela são submetidos, como também a identidade, a dignidade, a cidadania, é, sobretudo, uma instituição de invisibilidade, pois seus muros são as fronteiras entre os que estão ali detidos e simultaneamente, são invisíveis para os de fora”.

Luiz Antônio Bogo Chies

RESUMO

Martins NVN. Vulnerabilidades às Infecções Sexualmente Transmissíveis de mulheres privadas de liberdade em Santarém-Pará [tese]. São Paulo; Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2018.

Introdução: As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) estão entre um dos problemas de saúde mais comuns em todo o mundo e ainda se desconhece sua magnitude, pois do vasto elenco de infecções, apenas a sífilis e a aids são organizadas e contabilizadas estatisticamente, por isso compreender a vulnerabilidade de mulheres em situação de cárcere às IST requer examinar a temática pela lente do estudo de vulnerabilidade em saúde, em intersecção com o direito. **Objetivo:** analisar a vulnerabilidade às IST de mulheres privadas de liberdade em Santarém-Pará. **Método:** Esta pesquisa é caracterizada como estudo de caso, exploratório, descritivo, com corte transversal, com abordagem quantitativa e qualitativa. Foi realizada no Complexo Prisional de Santarém, Pará, com 62 mulheres, por meio da aplicação de questionários, entrevistas semiestruturadas, realização de testes rápidos para HIV, Hepatite B e C, Sífilis e exames citopatológicos, no período de setembro de 2016 a fevereiro de 2017. Os dados quantitativos foram analisados por meio do programa SPSS, com teste qui quadrado e correlação de Pearson e os dados qualitativos foram organizados com auxílio do software Nvivo, e analisados pelo método de Análise de Conteúdo, tendo sido identificadas três categorias: 1 - Conhecimento das mulheres sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis; 2 – Identificação das Infecções Sexualmente Transmissíveis como problema no sistema prisional; 3 - Atenção em saúde no Sistema Prisional. Propôs-se uma matriz de análise para o objeto do estudo com base no conceito de vulnerabilidade em saúde, elencando os marcadores de vulnerabilidade extraídos dos resultados. **Resultados:** Nesta perspectiva, os resultados evidenciam que 56,5% das mulheres têm baixa escolaridade, 91,9% se autodeclararam pardas e negras, 59,7% encontram-se na faixa etária de 21 a 40 anos, 71% estão presas por tráfico de drogas, 45,2% afirmam que o direito a saúde não lhes é assegurado, 40,3% não usam preservativo por dificuldade de uso com o parceiro. As mulheres têm conhecimentos acertados sobre as IST, suas formas de transmissão e prevenção, reforçam a importância da não discriminação aos portadores de IST, dividem opiniões quanto a IST ser um problema no sistema penal, destacam que os atendimentos em saúde são realizados de forma pontual por meio de ações de prevenção e proteção, por instituições em parceria com o sistema penal e, que não acontecem de forma programática. A partir dos dados empíricos, outros marcadores de vulnerabilidade às IST foram agregados em uma matriz de análise e divididos nas três dimensões de vulnerabilidade, com destaque, àqueles que tratam do direito das mulheres privadas de liberdade. **Conclusão:** Constatou-se que as mulheres privadas de liberdade estão vulneráveis nas três dimensões e que as condições físicas que são oferecidas no complexo prisional não são aquelas determinadas pela Constituição Federal e pela Lei de Execução Penal, violando assim o princípio da dignidade da pessoa humana. Faz-se necessário reconhecer as mulheres em privação de liberdade como sujeito de direito. E para tal, é fundamental que elas tenham condições dignas e oportunidades de promoção e proteção da saúde, bem como atendimento dentro dos princípios garantidos pelas políticas públicas, de acessibilidade, integralidade, resolutividade e humanização da assistência em saúde.

Palavras-Chave: Enfermagem. Infecções Sexualmente Transmissíveis. População privada de liberdade. Saúde da Mulher. Vulnerabilidade em saúde.

ABSTRACT

Martins NVN. Vulnerabilities to Sexually Transmitted Infections of Women Deprived of Liberty in Santarém-Pará [thesis]. Sao Paulo; School of Nursing, University of São Paulo; 2018.

Introduction: Sexually transmitted infections (STI) are among the most common health problems worldwide and its magnitude is still unknown, because of the vast array of infections, only syphilis and aids are organized and statistically recorded, so understanding the vulnerability of women in prison to STI requires examining the theme through the lens of the health vulnerability study, intersecting with the law. **Objective:** to analyze the vulnerability to STI of women deprived of liberty in Santarém-Pará. **Method:** This research is characterized as a case study, exploratory, descriptive, with cross-section, with quantitative and qualitative approach. Was carried out in the Prison Complex of Santarém, Pará, Brazil, with 62 women, through the application of questionnaires, semi-structured interviews, rapid tests for HIV, Hepatitis B and C, syphilis and cytopathological exams from September 2016 to February 2017. The quantitative data were analyzed through the SPSS program, with chi-square test and Pearson's correlation, and the qualitative data were organized using the software Nvivo, and analyzed by the Content Analysis method, and three categories were identified: 1 - Women's knowledge of Sexually Transmitted Infections; 2 - Identification of Sexually Transmitted Infections as a problem in the prison system; 3 - Health care in the Prison System. An analysis matrix was proposed for the study object based on the concept of vulnerability in health, listing the vulnerability markers extracted from the results. **Results:** In this perspective, the results show that 56.5% of the women have low levels of schooling, 91.9% they declared themselves brown and black, 59.7% are between the ages of 21 and 40, 71% are arrested for drug trafficking, 45.2% say that the right to health is not guaranteed, 40.3% do not use condoms because of difficulties in using their partner. Women have a good knowledge of STI, their forms of transmission and prevention, they reinforce the importance of non-discrimination to STI patients, they share opinions about STI being a problem in the penal system, they point out that health care is carried out in a timely manner by means of preventive and protective actions, by institutions in partnership with the penal system, which do not happen in a programmatic way. From the empirical data, other STI vulnerability markers were aggregated into an analysis matrix and divided into the three dimensions of vulnerability, in particular, those who deal with the right of women deprived of their liberty. **Conclusion:** It was found that women deprived of liberty are vulnerable in all three dimensions and that the physical conditions that are offered in the prison complex are not those determined by the Federal Constitution and the Criminal Execution Law, thus violating the principle of the dignity of the human person. It is necessary to recognize women in deprivation of liberty as a subject of rights. And for this, it is fundamental that they have decent conditions and opportunities for health promotion and protection, as well as care within the principles guaranteed by public policies, accessibility, comprehensiveness, resolution and humanization of health care.

Keywords: Nursing. Sexually Transmitted Infections. Population deprived of liberty. Women's Health. Vulnerability in health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Mapa de Localização do município de Santarém, Estado do Pará...	56
Figura 2 -	Unidades prisionais por região no Estado do Pará.....	59
Figura 3 -	Nuvem de palavras – Infecções Sexualmente Transmissíveis mais conhecidas e citadas pelas mulheres privadas de liberdade nas entrevistas realizadas em Santarém, Pará.....	82

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Elementos para o embasamento de análise de vulnerabilidade nas três dimensões.....	52
Quadro 2 -	Contextos que contribuem para a vulnerabilidade de mulheres privadas de liberdade, sintetizados a partir da literatura.....	53
Quadro 3 -	Interpretação dos resultados segundo aplicação do coeficiente de correlação de Pearson.....	65
Quadro 4 -	Descrição das Categorias de análise da pesquisa.....	66
Quadro 5 -	Matriz de análise e marcadores de vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis de mulheres privadas de liberdade em Santarém, Pará. 2018.....	91

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Perfil sociodemográfico e motivo da sentença das mulheres privadas de liberdade, segundo distribuição, frequência e teste Qui quadrado. Santarém, Pará. 2017.....	71
Tabela 2 -	Conhecimento de mulheres privadas de liberdade, sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), segundo distribuição, frequência e teste Qui quadrado. Santarém, Pará. 2017.....	73
Tabela 3 -	Contextos de práticas sexuais de mulheres privadas de liberdade, segundo distribuição, frequência e teste Qui quadrado. Santarém, Pará. 2017.....	74
Tabela 4 -	Contextos de vulnerabilidade de mulheres privadas de liberdade, às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), segundo distribuição, frequência e teste Qui quadrado. Santarém, Pará. 2017.....	76
Tabela 5 -	Distribuição das Infecções Sexualmente Transmissíveis auto referidas, suspeitas e confirmadas por meio de diagnóstico laboratorial, segundo distribuição, frequência e teste Qui quadrado. Santarém, Pará. 2017.....	77
Tabela 6 -	Correlação entre saber ou não saber o que são IST, usar ou não usar preservativo, segundo coeficiente de correlação de Pearson (r). 2017....	79
Tabela 7 -	Correlação do motivo de não usar preservativo nas relações sexuais e raça/etnia, faixa etária e escolaridade, segundo coeficiente de correlação de Pearson (r). 2017.....	79

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Aids – Síndrome da imunodeficiência adquirida

APS – Atenção Primária em Saúde

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CFB – Constituição Federal Brasileira

CF – Constituição Federal

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CTMS – Central de Triagem Masculina de Santarém

CRF – Centro de Recuperação Feminino

CRASHM – Centro de Recuperação Agrícola Sílvia Hall de Moura

CRSM – Centro de Referência em Saúde da Mulher

CPB – Código Penal Brasileiro

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento

DST - Doença Sexualmente Transmissível

DUDH – Declaração Universal dos Direitos Humanos

et al – e colaboradores

FIT - Faculdades Integradas do Tapajós

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

HSIL - Lesão Intraepitelial de Algo Grau

HPV - Papilomavírus Humano

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA - Instituto Nacional de Câncer

INFOPEN - Informações estatísticas do sistema penitenciário

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

LEP – Lei de Execução Penal

LSIL - Lesão Intraepitelial de Baixo Grau

LOS - Lei Orgânica de Saúde

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PA - Pará

PCCU - Preventivo de Câncer de Colo Uterino

PNSSP - Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

PNAISP - Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da População Privada de Liberdade no Sistema Prisional

PNAMPE – Política de Atenção às mulheres em situação de privação de liberdade e egressas do Sistema Penal

PVHA – Pessoas Vivendo com HIV/aids

SAE – Serviço de Atenção Especializada

SEMSA - Secretaria Municipal de Saúde

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SUSIPE - Superintendência do Sistema Penitenciário do Estado do Pará

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TR – Teste Rápido

UBS - Unidade Básica de Saúde

UBSp - Unidade Básica Saúde Prisional

UEPA - Universidade do Estado do Pará

UFPA – Universidade Federal do Pará

UNAIDS - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids

USP - Universidade de São Paulo

URES – Unidade de Referência Especializada em Saúde

UP – Unidade Prisional

VDRL – Venereal disease research laboratory

VE – Vigilância Epidemiológica

VHB – Vírus da Hepatite B

VHC - Vírus da Hepatite C

LISTA DE SIMBOLOS

% - Porcentagem

χ^2 – Qui quadrado

r – Correlação de Pearson

n – Frequência

nº - Número

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	25
1.1	AS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST) NO MUNDO E NO BRASIL.....	26
1.2	PERSPECTIVA HISTÓRICA DE PRIVAÇÃO DE LIBERDADE NO BRASIL, MARCOS LEGAIS E POLÍTICOS DO SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO.....	30
1.3	UNIVERSO FEMININO EM PRIVAÇÃO DE LIBERDADE, VULNERABILIDADES AMPLIADAS E VULNERABILIDADE DE GÊNERO.....	34
2	OBJETIVOS.....	43
2.1	OBJETIVO GERAL.....	44
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	44
3	MATERIAL E MÉTODOS.....	45
3.1	REFERENCIAL TEÓRICO – CONCEITUAL.....	46
3.1.1	Direito à Saúde e Vulnerabilidade em saúde.....	46
3.2	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	54
3.3	CENÁRIO DO ESTUDO.....	55
3.3.1	Local do Estudo: O Sistema Prisional no Pará.....	57
3.4	POPULAÇÃO DO ESTUDO (CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO)	59
3.5	FONTE DE DADOS E INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	60

3.6	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	61
3.6.1	Etapas da coleta de dados quantitativos e qualitativos.....	62
3.7	ANÁLISE DE DADOS.....	65
3.8	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	67
4	RESULTADOS	70
4.1	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE, CONHECIMENTO SOBRE IST, PRÁTICAS SEXUAIS E PREVENTIVAS.....	71
4.2	CATEGORIAS DE ANÁLISE.....	80
4.2.1	Conhecimento das mulheres sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis.....	80
4.2.2	Identificação das Infecções Sexualmente Transmissíveis como problema no Sistema Prisional.....	85
4.2.3	Atenção à saúde no Sistema Prisional.....	88
4.3	MARCADORES DE VULNERABILIDADE.....	91
4.3.1	As mulheres privadas de liberdade e os marcadores de vulnerabilidade individual, programática e social.....	91
5	DISCUSSÃO.....	93
5.1	DIMENSÃO INDIVIDUAL DA VULNERABILIDADE ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS.....	94
5.2	DIMENSÃO PROGRAMÁTICA DA VULNERABILIDADE ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS.....	99
5.3	DIMENSÃO SOCIAL DA VULNERABILIDADE ÀS	

	INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS.....	102
5.4	O DIREITO À SAÚDE, À EDUCAÇÃO E AO TRABALHO NO SISTEMA PRISIONAL.....	106
5.4.1	O direito a saúde.....	106
5.4.2	O direito a educação.....	115
5.4.3	O direito ao trabalho.....	117
	CONCLUSÃO.....	120
	REFERÊNCIAS.....	125
	APÊNDICES.....	138
	APÊNDICE A: Questionário de Pesquisa.....	
	APÊNDICE B: Roteiro de Entrevista.....	
	APÊNDICE C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	
	ANEXOS.....	149
	ANEXO A: Formulário padrão para resultado de teste rápido.....	
	ANEXO B: Requisição de Exame Citopatológico - Colo de Útero.....	
	ANEXO C: Parecer Consubstanciado do CEP.....	
	ANEXO D: Carta de Autorização da Superintendência do Sistema Penitenciário do Estado do Pará.....	
	ANEXO E: Comprovante de Submissão de Artigos Científicos.....	

APRESENTAÇÃO

Ingressei no Sistema de Saúde como auxiliar de enfermagem trabalhando num posto de saúde da zona rural do município de Santarém, no período de 1998 a 2003. Graduada enfermeira em dezembro de 2003 nas Faculdades Integradas do Tapajós, fui convidada por meus professores a compor o quadro docente da instituição, onde permaneci no Curso de Enfermagem por 11 anos. Trabalhei concomitantemente como enfermeira assistencial em Unidades Básicas de Saúde e coordenei a Atenção Básica de 2005 a 2008. Em agosto de 2008 atuei como professora convidada na Universidade do Estado do Pará (UEPA), um ano depois fui aprovada em primeiro lugar no concurso para o cargo de Docente no curso de Medicina.

Em novembro de 2010, iniciei o mestrado no Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical da Universidade Federal do Pará (UFPA) em convênio com a UEPA. Minha dissertação versou sobre identificação de espécies e distribuição geográfica dos casos de Leishmaniose Tegumentar Americana, atendidos em Santarém, Pará.

Em 2013, tomei contato com o Núcleo de Medicina Tropical da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), projeto em coparceria com a UEPA, acompanhando alunos de medicina e enfermagem da USP. Desta experiência suscitou meu interesse e ingresso no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem no curso de doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo em 2014. Paralelamente, em agosto de 2014 graduei-me como farmacêutica no Instituto Esperança de Ensino Superior.

Esta Tese trata da Vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) em mulheres privadas de liberdade, num presídio de Santarém, Pará. Meu primeiro contato com o sistema penitenciário no estado foi em 2010, quando participei de um treinamento em serviço para aplicação e leitura do Teste de Derivado Proteico Purificado (PPD) no sistema prisional de Marituba, na ocasião atuando como enfermeira assistencial na Secretaria Municipal da Saúde de Santarém, no Centro de Testagem e Aconselhamento/Serviço de Atenção Especializada de Santarém. Trabalhar nestes serviços de referência em IST foi a primeira aproximação ao tema.

O presídio era masculino e suas condições eram degradantes de tal forma que na ocasião pensei que não retornaria a um presídio. No entanto, em 2014, já como docente na UEPA, voltei em várias oportunidades ao Sistema Penitenciário no município de Santarém, Pará, para uma ação de extensão universitária. A penitenciária era para homens e mulheres e os alunos de medicina e enfermagem realizaram teste de glicemia, aferição de medidas antropométricas, medidas de sinais vitais e consultas de enfermagem e médicas. A experiência vivenciada

suscitou a necessidade de realização de pesquisa no sistema prisional, aproximando com a Iniciação Científica, estudando a prevalência de IST em mulheres privadas de liberdade, por meio de prontuários, tendo identificado sífilis, gonorreia e HIV. Este foi o ponto de partida para o aprofundamento sobre a vulnerabilidade às IST das mulheres privadas de liberdade na cidade de Santarém. Durante a coleta de dados fui convidada a atuar como enfermeira assistencial na Unidade Básica Saúde Prisional, tendo aceitado após sua conclusão, em abril de 2017, permanecendo até agosto de 2018.

Este recorte de minha trajetória dá uma ideia de que busco conhecimento em todos os lugares em que passei e, espero poder deixar nestes lugares e pessoas com que dividi as experiências, novas possibilidades de busca por conhecimento.

1 INTRODUÇÃO

1.1 AS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST) NO MUNDO E NO BRASIL

Em diferentes países, as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) historicamente antigas permanecem presentes, como a sífilis, a gonorreia, a donovanose, o herpes genital e o Papilomavírus Humano (HPV), somadas na década de 1980, ao surgimento da epidemia da aids e ao reconhecimento da importância da hepatite B como IST (NAUD, 1993; BUCHALLA, 1995; DALLABETTA, LAGA e LAMPTEY, 1997; REIS, BERNARDES, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (2013) estimou cerca de 500 milhões de casos novos de IST curáveis, acometendo homens e mulheres entre 15 e 49 anos, desses, cerca de 10 a 12 milhões de casos ocorrem no Brasil (WHO, 2013; BRASIL, 2015). As IST estão entre um dos problemas de saúde mais comuns em todo o mundo e ainda se desconhece sua magnitude, dado que, do conjunto de infecções, poucas são informadas de forma sistematizada e; quando estão minimamente organizados os dados, estes se referem somente à sífilis e à aids que são as doenças mais contabilizadas estatisticamente.

Apesar da falta de informações mais precisas sobre a extensão das IST, no Brasil, considera-se alta sua incidência e prevalência e com consequências que extrapolam a intimidade da vida sexual privada, com repercussões biológicas e psicossociais tanto do indivíduo, do coletivo e da idade, configurando um grave problema de Saúde Pública (BELDA JR, SHIRATSU, PINTO, 2009; BRASIL, 2015).

As IST têm mais de 30 agentes etiológicos entre vírus, fungos, protozoários e bactérias, e suas formas de transmissão são bem conhecidas sendo: de pessoa a pessoa por meio do contato sexual e, eventualmente, por via sanguínea, contato com sangue e secreções ou de mãe para o filho durante a gravidez. Em princípio, todos os indivíduos estão expostos ao risco de infecção, mas em algumas situações e condições tornam-se mais ou menos vulneráveis (BRASIL, 2015).

Em 2017, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que mais de 1 milhão de novos casos de IST são adquiridas diariamente em todo o mundo. As ITS como um problema de Saúde Pública global, tem seu manejo muitas vezes bloqueado pela diversidade de agentes patogênicos, pelo estigma social e por sinais e sintomas comumente leves ou mesmo inexistentes.

As IST, mesmo que por vezes de forma mais discreta apresentem sequelas proeminentes como em casos de mulheres grávidas infectadas com sífilis, em que cerca de um terço tem

resultados adversos durante o parto, incluindo natimorto; ou em casos de infecção por HPV que registram cerca de 266 mil mortes por câncer cervical por ano, podem apresentar como seqüela a Doença Inflamatória Pélvica (DIP); a infertilidade feminina; o parto prematuro e recém-nascidos com baixo peso ao nascer (OMS, 2016).

Estudos realizados nos últimos 30 anos mostram que a partir do advento da epidemia da aids as consequências foram devastadoras para a população em geral, sendo configurado como um dos maiores desafios para a Saúde Pública. Estima-se que mais de 7.000 pessoas são infectadas com o HIV diariamente, e que uma (01) pessoa morre a cada 20 segundos por uma doença relacionada à aids (as chamadas doenças oportunistas). A aids é considerada como a 5ª causa de morte entre adultos e a principal causa de morte entre as mulheres com idade entre 15 e 49 anos (UNAIDS, 2013; MARTINS, et al. 2014; MOME, WIYEH, KONGNYUY, 2018).

É comum existir algum grau de desconhecimento da situação epidemiológica das IST, mesmo nos países mais desenvolvidos, pois geralmente há subnotificação. Fato relevante, visto que nem toda a população tem acesso aos serviços públicos de saúde e que uma proporção considerável dessas doenças se desenvolve de maneira assintomática ou ainda devido à ausência de notificação ou de notificações com preenchimento insatisfatório, principalmente, em casos de serviços privados, onde são atendidas muitas pessoas com IST (BRASIL, 2008).

Destaca-se que a presença de uma IST aumenta a susceptibilidade ao HIV, e que existem várias intervenções para a prevenção tanto do HIV como de outras IST, e, embora o preservativo masculino seja eficaz na redução da transmissão das IST, no que tange a negociação ao uso do preservativo masculino com seus parceiros em muitos países, para as mulheres, especialmente na África Subsaariana esta negociação torna-se muito difícil, sendo apontado como um elemento que agrava a situação de vulnerabilidade das mulheres ao adoecimento (MOME, WIYEH, KONGNYUY, 2018).

Em outras regiões do mundo, as taxas de prevalência de HIV entre mulheres, especificamente as declaradas profissionais do sexo, variam de taxas menores que 1% como destacado em estudos de Abdelrahim, 2010; Mahfoud, 2010; Khan, 2011, e de taxas maiores que 5% como elencado em estudos de Johnston, et al. 2012; Medhi, 2012; Praseeda, 2013.

A Organização das Nações Unidas (ONU), assim como descrito em estudos relacionados à epidemiologia do HIV/aids, apontam que a região da África subsaariana se destaca como a mais atingida, com cerca de 60% da população vivendo com HIV/aids no mundo, na qual as mulheres configuram 58% deste total, já no Caribe, no Leste europeu e na

Ásia Central, a prevalência chega a 1% da população em geral, configurando uma área fortemente afetada pela epidemia.

Um estudo de De Boni, Veloso, Grinsztejn (2014) destaca que a epidemiologia na América Latina e no Caribe apresenta um aspecto de epidemia concentrada nesta região. Na população local em geral a prevalência de HIV na América Latina está em níveis considerados estáveis (0,2 - 0,7%), enquanto que o Caribe está entre as mais altas taxas de prevalência (<0,1 - 3%).

Há segmentos populacionais que merecem atenção especial, as conhecidas “populações-chave”, pois podem apresentar fragilidades que os tornem mais vulneráveis ao HIV/aids; independentemente do tipo de epidemia. Estas inclui: homens que fazem sexo com homens, pessoas que usam álcool e outras drogas, pessoas privadas de liberdade, trabalhadores do sexo e transexuais destaca-se que mulheres autodeclaradas como profissionais do sexo têm até 12 vezes mais chances de contrair o HIV quando comparadas com mulheres em geral as populações-chave podem estar frequentemente em contextos de vulnerabilidades individuais e sociais que podem remeter tanto ao impacto quanto à transmissão do HIV e demais IST. É necessário avaliar e diminuir se houver as possíveis barreiras de acesso aos programas de testagem e tratamento devido ao estigma e discriminação (DE BONI, VELOSO, GRINSZTEJN, 2014; OPAS, 2017).

As pessoas que vivem com HIV/aids têm direito ao tratamento antirretroviral, porém, esta afirmativa é quase sempre desigual, a depender da implementação de políticas de saúde que alcancem a prevenção, diagnóstico precoce, adesão ao tratamento e controle dos casos, particularmente, as maiores dificuldades são encontradas em países caracterizados com perfil de populações-chave em situação de vulnerabilidade (ONU; UNAIDS, 2013).

Em muitos países, incluindo o Brasil, pessoas que vivem com o HIV perdem seus empregos, suas moradias e o acesso aos cuidados de saúde e serviços públicos essenciais a uma vida digna. A epidemia de HIV no mundo continua a ser devastadora especialmente em mulheres, homens e transgêneros.

Além de impactar a saúde, a epidemia de HIV/aids funciona como uma lente de aumento, para visualização dos males da sociedade e as deficiências representadas nos sistemas sociais. Desta forma, a implantação e implementação de políticas públicas voltadas em resposta a epidemia podem proporcionar o fortalecimento dos sistemas sociais, como a justiça social e reforçar a prestação de serviços considerados essenciais aos segmentos mais vulneráveis da sociedade.

Destaca-se a necessidade em se obter equilíbrio entre a intensificação de respostas as políticas públicas em países com as maiores taxas de incidência e prevalência, assim como a identificação de situação de vulnerabilidade em outros contextos sociais como: em grandes centros urbanos, áreas de aglomeração de pessoas, em que o impacto do HIV está afetando comunidades específicas a exemplo, homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, pessoas usuárias de drogas e ainda indivíduos em contexto de privação de liberdade (UNAIDS; 2010; UNAIDS/ONUSIDA, 2015).

A política nacional de combate e prevenção do HIV instituída no Brasil, garante o acesso universal e gratuito ao tratamento, por meio do fornecimento da Terapia Antirretroviral (TARV), ampliação da cobertura ao diagnóstico e prevenção do HIV/aids, assim como garante o controle social por meio do relacionamento direto com a sociedade civil organizada e a população Brasileira (BRASIL, 2011b).

De acordo com a Unaid (2016b) as pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) em terapia antirretroviral aumentaram cerca de um terço, atingindo 17,0 milhões de pessoas no mundo. Desde o primeiro alvo de tratamento global fixado em 2003, as mortes anuais relacionadas com a aids diminuíram 43%. No entanto, em 2015 havia 2,1 milhões de novas infecções pelo HIV no mundo, somando um total de 36,7 milhões de pessoas que vivem com essa afecção.

Estima-se que 70 % das pessoas vivendo com HIV conhecem seu status sorológico. Para atingir as metas 90-90-90, mais 7,5 milhões de pessoas precisam ter acesso aos serviços de testagem para HIV. Em meados de 2017, 20,9 milhões de pessoas que vivem com HIV estavam recebendo a terapia antirretroviral, em todo o mundo. Entre 2000 e 2016, o número de novas infecções por HIV caíram 39% e as mortes relacionadas ao HIV caíram em um terço, com 13,1 milhões de vidas salvas devido à terapia antirretroviral no mesmo período.

Essa conquista foi o resultado de grandes esforços dos programas nacionais de HIV, apoiados pela sociedade civil e por uma série de parcerias institucionais e comunitárias (OPAS, 2017)

Em conformidade as iniciativas provenientes do Departamento Nacional de DST, HIV/aids e Hepatites Virais, o portador de HIV/aids foi reconhecido como um cidadão com direitos igualitários, com estes direitos regulamentados por legislações que visam a proteção e a garantia de prevenção, diagnóstico e tratamento adequado. Dessa forma, é possível destacar a Lei nº 9.313/ 96 que garante o acesso universal aos medicamentos, a criação de serviços específicos, como os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e os Serviços de Assistência Especializada (SAE), e ainda o controle rigoroso da transmissão

por transfusão sanguínea e hemoderivados por meio da implantação do controle sorológico e nos centros de hemoterapia do país (BRASIL, 2015b).

Apesar de iniciativas satisfatórias por parte do Ministério da Saúde e de Programas de prevenção, tanto de autarquias estaduais, quanto municipais para a redução da vulnerabilidade na infecção pelo HIV e outras IST, destaca-se que o medo da infecção pelo vírus não é suficiente para prevenir a infecção, a população deve modificar suas práticas sexuais, pois práticas sexuais desprotegidas favorecem o aumento na transmissão das IST e consequentemente o número de notificações, principalmente, em grupos populacionais alvos, tais como os jovens e as mulheres.

De acordo com a Política Nacional de controle do HIV/aids, o aconselhamento é parte integrante nas ações de saúde voltadas ao diagnóstico e tratamento ao portador do HIV/aids e outras IST. Dessa forma, a prática de aconselhar instituída por profissionais de saúde capacitados é destinada a despertar a atenção do indivíduo sobre si mesmo, com o intuito de promover o autocuidado e melhorar a qualidade de vida, por meio de mobilização de esforços visando a redução da vulnerabilidade a essas infecções.

No Departamento Nacional de DST/aids, a atividade de aconselhamento é definida como “um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no cliente”. Que necessita do estabelecimento de uma relação de confiança entre o que fala e o que ouve (interlocutores), com o intuito de permitir ao indivíduo o auto reconhecimento de seu estado de saúde e da necessidade de transformação para a recuperação de sua saúde (BRASIL, 2013a, 2015a).

Todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem estar preparadas para a identificação das IST e para o atendimento de indivíduos diagnosticados com qualquer IST e de seus parceiros sexuais, para tanto, é necessário que os profissionais da Atenção Primária em Saúde (APS) estejam capacitados e preparados para realizar o acolhimento, o aconselhamento, o diagnóstico e o tratamento de forma imediata, com atividades e ações em saúde direcionadas para a prevenção, promoção e proteção da saúde, desenvolvidas por uma equipe multiprofissional de forma interdisciplinar, a fim de promover o bem estar da população, a redução de danos e consequentemente da vulnerabilidade às IST (SILVA, VAL e NICHITA, 2010).

1.2 PERSPECTIVA HISTÓRICA DE PRIVAÇÃO DE LIBERDADE NO BRASIL E NO ESTADO DO PARÁ, MARCOS LEGAIS E POLÍTICOS DO SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO

A prisão, enquanto “privação de liberdade”, é muito antiga buscando em seu histórico, é anterior à sua utilização pelo sistema penal moderno. É constituído fora do aparato judiciário quando é acordada a separação dos indivíduos para fixá-los, distribuí-los e extrair destes o máximo de força de trabalho sob observação contínua, com o intuito de torná-los ocupados, úteis e dóceis por meio de um trabalho, antes que a lei definisse como pena (FOUCAULT, 2010).

De acordo com Pedroso (1997), a prisão, vista por uma ótica de um aparelho com o poder de reformar e reformular indivíduos, chamou atenção do poder judiciário, que preocupados com a elaboração de modelos de bom gerenciamento da sociedade, registrados nas formas da lei e de decretos, que permitissem verificar como a estrutura foi fundamentada em práticas de dominação, na medida em que foram estabelecidas relações de força, de poder e de violência.

O encarceramento não deve ser visto apenas como privação de liberdade para o indivíduo que comete um delito, deveria ser um mecanismo diferenciado, quando se trata de um indivíduo indiciado, de um condenado ou até mesmo de um contraventor e um criminoso.

A cadeia, como casa de correção, deve em princípio diferenciar e não apenas aplicar castigos em distintos graus de intensidade, como também tendo os seus objetivos diversificados, visando o seu fim maior que é a reintegração do indivíduo de volta na sociedade extramuros (FOUCAULT, 2010).

A prisão deve ter um caráter educativo, fazendo com o que o indivíduo que ali se encontra possa se sentir útil, havendo mecanismos para que os indivíduos não acabe reincidindo no crime cometido e por sua vez retornando ao isolamento, não podendo permitir que o preso se sinta injustiçado pelo sistema, pois ele acaba se fechando para tudo que o cerca.

Para Siqueira (2001), a prisão está associada à criminalidade, assim, deve ser percebida como “instrumento de coerção” e “mecanismos do controle social da violência” e a criminalidade como “manifestação da reprodução das relações sociais de produção da sociedade burguesa”, em que “o capital se sobrepõe à força de trabalho tornando-a mercadoria”. Nesta visão, a prisão desempenha um papel econômico dentro da sociedade, protegendo bens da classe privilegiada. A prisão tem o papel de punir a pessoa pelo seu delito, e funciona como um desestímulo a atos criminosos para aqueles que, por temê-la, nunca virão a praticar delito algum.

Segundo a organização não governamental “*International Center for Prison Studies*”, situado em Londres, responsável por divulgar os números de encarceramento em todo o mundo,

o Brasil tem a 4º maior população de presos no mundo, ficando atrás somente dos Estados Unidos, China e Rússia, que assumem 1ª, 2ª e 3ª colocação respectivamente, na escala mundial. Quando relacionada à América do Sul, o Brasil assume a 1ª colocação em maior população carcerária.

Em 23 anos, a população carcerária do Brasil teve um crescimento de 507%, sendo que no mesmo período, de 1990 a 2013, a população nacional teve crescimento de 36%, de acordo com o Departamento Penitenciário Nacional, até junho de 2013, a taxa de presos foi de 300,96 por 100.000 habitantes (INFOPEN, 2015).

A declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, artigo 1, dispõe que os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos, são dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade.

A Constituição Federal Brasileira (CFB) de 1988 descreve, em seu artigo 1º, a dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos do Estado democrático de direito. A proteção aos direitos fundamentais designa-se à observância ao princípio da dignidade, tendo como consequência, a limitação da ação do Estado em relação ao indivíduo. Os direitos humanos das pessoas privadas de liberdade encontram-se descritos em documentos internacionais que vedam a tortura, o tratamento desumano e degradante, além de determinar a separação entre processados e condenados.

O conjunto de normas legais nacionais e internacionais tem se revelado um instrumento importante na garantia de direitos humanos. As leis estabelecidas democraticamente constituem proposições públicas que envolvem obrigações para com os outros e garantias pessoais contra descumprimentos (FRANÇA JR, AYRES, 2003).

De acordo com Piovesan, Pirotta (2003) as diretrizes internacionais de direitos humanos se revelam importantes e capazes de influir positivamente nas leis e jurisprudências dos países.

As instâncias internacionais de direitos humanos, há décadas, incluem a revisão e a reforma das legislações nacionais, como componente central no enfrentamento de questões de saúde, como, por exemplo, a garantia de igualdade entre os gêneros, a autonomia reprodutiva das mulheres, a descriminalização do aborto como favorável à redução da morte materna, entre outras (ONU, 2014).

Os Direitos Humanos podem ser carregados de significações ideológicas e políticas. Para uns de forma positiva, expresso na medida em que venha a corresponder a um ideal de humanidade, com objetivos que merecem ser perseguidos, como a luta pela igualdade essencial entre as pessoas, o respeito pela vida e dignidade da pessoa humana. Para outros, de forma

negativa, estabelecem associações equivocadas, em defesa do crime, em cumplicidade ao criminoso, ao desprezo pelas instituições de segurança e seus representantes, à promoção da impunidade (WHO, 2001).

A realidade do sistema penitenciário segundo dados do Departamento Penitenciário Nacional/Ministério da Justiça, de dezembro de 2012, destaca que a população carcerária brasileira era de 548.003 presos para 310.687 vagas, custodiados em 1478 estabelecimentos prisionais disponíveis no território nacional. Esses dados representam um dos principais problemas do Sistema Penitenciário Brasileiro, que é a superpopulação carcerária, que segundo as observações de Melo, et al. (2014), proporciona um ambiente insalubre para o desenvolvimento físico, mental e social que leva a gerar agressividade, violência e insensibilidade afetivo-emocional.

Segundo dados do Núcleo de Administração Penitenciária da Susipe, de 29 de junho de 2018, o Estado do Pará acompanha a mesma realidade nacional, pois, dispõe de 8.662 vagas para um quantitativo populacional de 16.505 presos, distribuídos em 47 unidades prisionais, isto representa um excedente populacional de 52,48% incluindo toda a população carcerária do Estado. Porém, quando se analisa separadamente as unidades localizadas na Capital/Região Metropolitana e Interior do Estado, tem-se respectivamente 38,66% e 65,66% de excedente populacional, dados estes noticiadores de que as condições de custódia para os presos das unidades dos interiores são piores que as da capital/área metropolitana.

Destaca-se que o Sistema Penitenciário tem como preocupação maior o aumento de vagas, a construção de novas unidades prisionais, bem como atender as demandas do encarceramento quanto às providências de recursos materiais, como algemas, alimentação, viaturas para atender audiências judiciais.

Cumprir esclarecer que os crescentes índices de criminalidade, bem como o da reincidência criminal no Brasil demonstram que as ações dentro das unidades prisionais são explicitamente ineficazes, devido a muitos problemas, que vão desde a infraestrutura inadequada até o que diz respeito ao número de servidores em quantidade insuficiente e com precária formação profissional.

A partir deste contexto, na atual conjuntura do sistema penitenciário, idealizar a prisão como uma instituição de reinserção social passa a ser uma utopia, pois como constatado, a realidade a prisão se configura como um espaço de neutralização dos criminosos da sociedade, de total segregação social (SALLA, 2006).

Sendo assim, a situação descrita acima revela uma realidade existente no Brasil, o Estado sem poder de controle sobre a população carcerária, a prisão sendo comandada pelos próprios presos, os quais, internamente, definem ordens e meios de convivência, distribuem tarefas entre si, cometem novos crimes, etc. É o que Thompson (2002) chama de *“irrecuperação penitenciária”*.

1.3 UNIVERSO FEMININO EM PRIVAÇÃO DE LIBERDADE, VULNERABILIDADES AMPLIADAS E VULNERABILIDADE DE GÊNERO

Pode-se evidenciar, a partir das estatísticas penais brasileiras consolidadas em 2007 e, disponibilizados pelo Ministério da Justiça, por meio de Informações Estatísticas do Sistema Penitenciário (INFOPEN), que é imensamente menor a população carcerária feminina em relação à masculina, revelando desta forma que existem fatores peculiares de gênero entre a motivação do homem que comete atos delituosos, em relação às mulheres que são encarceradas.

Segundo dados do Ministério da Justiça e do Departamento Penitenciário Nacional, em dezembro de 2007 haviam 396.760 homens presos e 25.830 mulheres, perfazendo um total de 422.590 pessoas custodiadas, demonstrando a diferença quantitativa entre homens e mulheres.

Apesar de estarem expostos aos mesmos fatores sociais que atingem a população encarcerada, as mulheres ainda sofrem, além dos fatores culturais característicos do gênero, como maus tratos e abuso sexual, sofridos muitas vezes ainda durante a infância e adolescência, a violência doméstica por parte de seus companheiros, a gravidez precoce, dentre outros.

De acordo com Soares (2002) mais de 95% das mulheres encarceradas foram vítimas de violência em algumas dessas situações: na infância, por parte de seus responsáveis; na vida adulta, por parte dos maridos e quando presas por parte de policiais e funcionários do sistema penitenciário.

Dentre os crimes que mais aprisionam atualmente as mulheres, os relacionados às drogas disparam nas ocorrências, como observa Espinoza (2004) “o crime de maior incidência entre as mulheres presas é o tráfico de entorpecentes”, de fato, como uma avalanche desenfreada as drogas tomaram conta de parte da vida dos brasileiros, sejam eles usuários ou traficantes, vítimas ou expectadores, policiais ou presidiários.

A prisão de mulheres, devido ao tráfico de entorpecentes está ligada ao fato de ficarem em posições de menor importância, mais expostas à ação policial, Soares (2002) destaca que as mulheres ocupam posições de subalternas ou na periferia da estrutura do tráfico de drogas,

restando pouco ou nenhum recurso para negociar sua liberdade quando no ato da prisão e dificilmente se intitulam como chefes do tráfico.

De acordo com o relatório final da Secretaria de Políticas para as mulheres do Ministério da Justiça (2008), o perfil da mulher encarcerada brasileira pode ser descrito como jovem, não branca, condenada direta ou indiretamente por tráfico de drogas, e que não ocupa lugar de liderança na cadeia criminosa do tráfico de drogas.

Um fator de suma importância, que diferencia a mulher do homem preso é a questão da sensibilidade, das emoções, sendo ela [mulher] mais vulnerável ao cárcere, a emoção é definida como um estado de ânimo ou de consciência caracterizado por uma viva excitação do sentimento e tem um papel importante na vivência do cárcere feminino (NUCCI, 2011).

A mulher tende a sofrer mais com a ausência dos filhos e familiares, a distância dos filhos ocasionada pela prisão é mais sentida, devido à aproximação decorrente de sua natureza fisiológica materna.

De acordo com o relatório final, elaborado pelo grupo de trabalho interministerial (2008), há mulheres que optam em permanecer em estabelecimentos carcerários provisórios, insalubres, com superlotação, onde não possuem acesso a direitos, no entanto, ficam mais perto de seus familiares, pois as penitenciárias mais estruturadas, com possibilidades de trabalho, educação e remição de pena, são mais distante geograficamente, o que dificulta o acesso a visita de familiares.

Para a mulher a preocupação com o universo fora das grades é maior, ela tende a priorizar o companheiro e a família enquanto que o homem encarcerado recebe o apoio incondicional de sua mulher, sempre não medindo esforços pessoais para facilitar a vida de seu homem enquanto preso.

De acordo com Amaral (2005), a mulher sofre mais discriminação familiar por estar presa, recebe menos visita e tende a perder seu relacionamento amoroso por estar longe de seu companheiro, na situação inversa ocorre o contrário, pois a mulher não costuma abandonar ou esquecer de seu homem preso, cuida dos filhos, mantém financeiramente a casa e cultiva seu afeto, e de seus filhos pelo pai, até a volta para a liberdade.

Evidencia-se, frequentemente que a mulher encarcerada sofreu influências masculinas diretas ou indiretas que a levaram à prisão. Como quando estes a induzem ao cometimento ou participação do crime ou então a assumir a culpa sozinha para livrá-lo do cárcere, servindo como escudo contra a ação policial e outra vez vítima de sua própria natureza (GRUPO DE TRABALHO INTERMINISTERIAL, 2008).

No cárcere existem pessoas com vidas diferentes passando pela mesma experiência, vivenciando uma intimidade forjada, enclausurada pelas grades de ferro e paredes, e essas, se pudessem falar teriam muitas histórias de violência, paixão, medo, dor e sofrimento para contar. Neste universo é que se encontram as mulheres encarceradas, cada qual com seu relato de vida. Algumas estão ali pela primeira vez, outras, estão acostumadas na prática delituosa.

Segundo a Lei de Execuções Penais (LEP), o estabelecimento penitenciário feminino deve ser individualizado, ou seja, a mulher presa não pode ser mantida em estabelecimento que abrigue indivíduos homens, se for o caso de estarem no mesmo estabelecimento, deve ser em alas diferentes e sem comunicação entre as mesmas. São formas de proteção que demonstram a preocupação com a mulher e sua dignidade. No entanto, a maioria dos estabelecimentos penitenciários femininos não possuem diferenças relacionadas ao estabelecimento prisional masculino, salvo alguns estabelecimentos prisionais femininos no país apresentam condições necessárias à adequação dos direitos do gênero feminino (ESPINOZA, 2004).

As penas privativas de liberdade são de três espécies: reclusão, detenção e prisão simples. Conforme dispõe a LEP, a penitenciária destina-se ao condenado à pena de reclusão, a Colônia Agrícola, Industrial ou similar destina-se ao cumprimento da pena em regime semiaberto, a Casa do Albergado ao cumprimento de pena privativa de liberdade em regime aberto e da pena de limitação do fim de semana, o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico destinam-se aos inimputáveis e semi-imputáveis e a Cadeia Pública ao recolhimento de presos provisórios.

Em todos os Estados existem políticas para viabilizar a estrutura carcerária feminina, contudo, percebe-se que nos locais com maior lotação diminui-se a qualidade de vida no estabelecimento e aumentam-se as dificuldades de implantação de melhorias. De acordo com os dados do Plano Diretor, são inúmeros os estabelecimentos que cumprem parcialmente a aplicação das disposições na Lei de Execução Penal, evidencia-se que em alguns existem berçários e creches, contudo não há trabalho ou estudo. Ou então, quando se fornece acesso à saúde não são disponibilizados lazer ou cultura, ou seja, em alguns se tem quase tudo e em outros nem mesmo o básico.

Muito tem se discutido sobre a mulher em situação de cárcere, a sociedade de classe, bem como os governos estaduais e federais buscam soluções para o problema. A Secretária Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, em conjunto com o Ministério da Justiça e vários outros ministérios, secretarias e instituições que formam o grupo de trabalho interministerial que formulou o relatório final de 2008 sobre a reorganização e

reformulação do sistema prisional feminino, onde estão indicadas as necessidades dos estabelecimentos prisionais femininos e os principais problemas enfrentados pelas presas, visando a elaboração de propostas para a solução dos mesmos. A maioria delas visava na época, a utilização de órgãos públicos como canais de interligação com Instituições e Organizações Não Governamentais.

Salientam-se algumas propostas descritas no Relatório: construção de diagnóstico detalhado de todas as unidades; criação de uma base de dados atualizada periodicamente; observância da legislação nacional e de tratados internacionais; implantação de berçários e creches; reestruturação da infraestrutura nos moldes a permitir a execução de direitos ainda hoje suprimidos, como saúde, trabalho, lazer, visitas íntimas, cultura, conhecimento de sua situação processual; qualificação dos servidores e reciclagem periódica, e muitos outros.

Existem no Brasil muitos programas e ações que são voltados para os direitos femininos dentro e fora das prisões, contudo a dificuldade na implantação e abrangência dessas atitudes não permite que se percebam os resultados significativos aos olhos críticos da sociedade. Tais programas estão beneficiando muitas mulheres e essas sabem o quão importante essas ações foram em suas vidas, portanto é necessário aumentá-los para que cada vez mais possam ajudar as mulheres vítimas do encarceramento desumano.

Pode-se inferir que a mulher encarcerada ainda sofre preconceitos, abusos e violências, afinal, demonstra-se o quão desatento à dignidade feminina estão os órgãos públicos responsáveis por garantir a correta aplicação das determinações legais.

Constata-se que as mulheres sofrem abusos sexuais, tem a sua dignidade ferida, são tratadas tal como animais sem direito a uma gestação tranquila, são vítimas de violência dentro do cárcere por parte de funcionários ou ainda colocadas em celas com homens, o que fere os seus direitos físicos e morais.

Muitas dessas mulheres não têm direito à educação, trabalho, lazer e visitas íntimas, não possuem espaço suficiente para suas necessidades básicas como dormir e se alimentar, estão à mercê de drogas e doenças infecciosas.

Diante de tal realidade, verifica-se que há uma urgente necessidade de amparo por parte dos administradores públicos num âmbito geral: aumentando o número de vagas; espaços amplos que possibilitem às mulheres presas o acesso à educação; ao trabalho e a criação de estabelecimentos da Secretaria de Segurança Pública com celas reservadas às presas conforme a lei em vigor; utilização dos espaços já existentes implantando cursos profissionalizantes e educacionais; criação de berçários e creches; atenção médica e odontológica, entre outros.

Contudo, também se verifica estabelecimentos femininos que tentam se adequar às normas por meio de iniciativas que proporcionam o respeito, a dignidade e a reeducação às encarceradas. Neles, a liberdade que foi cerceada é compensada com ações de profissionalização, educação, cultura, recreação, proporcionando o aumento da confiança e da credibilidade em uma vida melhor. Com recursos próprios ou através de parcerias com a iniciativa privada e organizações não governamentais, demonstrando que a segurança pública é dever do Estado, mas também é responsabilidade de todos.

Portanto, mesmo em um país que preceitua a igualdade e dignidade da pessoa humana, a realidade é bem diferente. As leis não modificam as atitudes do seu povo sozinhas, é preciso muito mais que leis para se obter o respeito à mulher.

E assim, partindo do pressuposto que se consiga melhorar essas condições, pode-se então acreditar na possível ressocialização, na reeducação, na prevenção da criminalidade pela pena e na conversão dos estabelecimentos penais em centros de formação de seres humanos que serão reinseridos dignamente na sociedade.

Os Direitos de mulheres privadas de liberdade quando comparados ao sentido idealista dos direitos fundamentais de todo cidadão, instituído na Declaração Universal dos Direitos Humanos, efetivamente, não são respeitados em sua integralidade. A situação de desigualdade em que estas se encontram dá-se pela dificuldade de poder exercer os seus direitos já assegurados legalmente e porque muitas das suas necessidades não foram traduzidas em termos de direitos. Por exemplo, a maternidade e a reprodução ainda têm sido utilizadas para definir a função da mulher e negar seu desempenho em outros papéis na sociedade (FIDALGO, 2015).

Bastos, Passos e Tiburcio (2002) afirmam que é necessário reconhecer especificidades étnicas e culturais, as diferenças existentes na condição humana, inclusive biológica, de gerar, parir, amamentar, entre outras, sem perder de vista os direitos de todo ser humano.

Neste contexto, é inadmissível que a saúde sexual e reprodutiva da mulher privada de liberdade não faça parte das ações necessárias ao atendimento integral à saúde, o que poderá garantir-lhe o fornecimento de produtos de higiene e de preservativos femininos como medida preventiva; dentre outras ações preventivas.

Esta iniciativa necessita ser aliada à estruturação e disponibilização de cursos e educação em saúde sobre IST e educação sexual, abrangendo “direitos sexuais e reprodutivos” e a “liberdade de opção sexual”. Entretanto, estes cursos não devem ser ministrados apenas às mulheres encarceradas, mas também às suas famílias e demais envolvidos/as em sua história de

vida; bem como aos agentes penitenciários e equipe de saúde do sistema penitenciário (ASSUNÇÃO, 2011).

A saúde da população privada de liberdade no Sistema Prisional Brasileiro é diretamente influenciada por condições próprias do sistema, graças a situações como: superpopulação, violência, iluminação e ventilação natural insuficientes, exposição às condições climáticas extremas de calor e frio, falta ou condições inadequadas de higiene pessoal, de alimentação adequada, acesso à água potável, de lazer e de trabalho, assim como aos serviços de saúde, favorecem a vulnerabilidade da população privada de liberdade a um conjunto de agravos à saúde, com destaque ao HIV/aids, a tuberculose, as hepatites virais, a hanseníase, dentre outros (POMPILIO, 2011).

As características biológicas femininas aliadas à combinação entre desigualdade de gênero, estigma e discriminação, aumentam a vulnerabilidade das mulheres privadas de liberdade às IST. Ademais, a maioria é proveniente de grupos socialmente marginalizados e apresentam maior probabilidade de ter sofrido violência de gênero ou ter histórico de comportamento sexual sem proteção (MILLAY, et al. 2009; ONU, 2009).

A população privada de liberdade e, em particular a feminina vive contextos que as tornam vulneráveis às IST, sendo consideradas duas vezes mais propensas que os homens de contrair o HIV por meio de relações sexuais. Estudos norte-americanos realizados em 1995, entre mulheres que ingressaram no sistema prisional, mostraram que 27% estavam infectadas por clamídia e 8% infectados por gonorreia. Em 1996, 17% dos casos de aids notificados neste país eram oriundos do sistema prisional. Em 1997, foi estimado que 8.900 presos tivessem aids e 35 a 47 mil eram portadores do HIV (SKOLNICK, 1998).

Adjei, et al. (2008) em um estudo multicêntrico realizado em Gana, África, intitulado “Correlatos de HIV, Hepatite B (HBV), Hepatite C (HCV) e Sífilis entre presos e funcionários”, descrevem que, entre os presos, a soroprevalência para o HIV foi de 5,9%, para a sífilis de 16,5% e para HBsAg de 25,5% e entre os funcionários, a soroprevalência para o HIV foi de 4,9%, para o HCV 8,7%, para a sífilis 7,9% e para HBsAg de 11,7%. Neste estudo, chama atenção a análise dos determinantes independentes para infecções HIV, HBV e sífilis entre os presos, os quais foram: idade entre 17 e 46 anos, solteiro, analfabeto, sexo feminino, maior tempo de confinamento (acima do tempo médio de 36 meses), história de homossexualidade, uso de drogas injetáveis, prostituição e histórico de IST.

O Manual de Políticas para Mulheres Presas, elaborado em 2008 pela United Nations, destaca que, na Rússia, cerca de 1/3 das mulheres chegam às prisões com IST, em particular a

sífilis e, em média, 5% são HIV positivas. Uma pesquisa realizada na Austrália detectou que 68% das mães em cárcere estavam infectadas com hepatite C. Nos EUA, em 2004, a prevalência de HIV entre mulheres presas foi de 2,4% enquanto que, entre os homens, foi de 1,7% (UNITED NATIONS, 2008).

Estudos epidemiológicos de Fazel e Baillargeon (2011), realizados em 75 países, destacam que a população carcerária tem taxas de infecção por HIV que excedem as da população em geral e que as mulheres presas têm geralmente maior percentual de infecção quando comparadas aos presos do sexo masculino.

Desde 1991, quando o governo dos Estados Unidos começou a registrar os dados referentes ao número de casos de HIV nas prisões, a prevalência global variou de 2 a 5% em 1992, e de 1 a 5% em 2007/2008. Em outros países, como na Itália, a prevalência do HIV entre encarcerados varia de 5 a 7%, enquanto que na Dinamarca a prevalência é de 0%. Nos EUA, as evidências sugerem que a concentração da doença em prisioneiros diminuiu desde as fases iniciais da epidemia. Em análise do fluxo da população dentro e fora das prisões observou-se um decréscimo de 29% na participação proporcional de infecção pelo HIV na população encarcerada entre 1997 e 2006 (FAZEL e BAILLARGEON, 2011).

Recentemente, um estudo realizado na Bósnia e Herzegovina por Ravlija, et al. (2014), sobre comportamento de risco de presos em relação ao HIV/IST, foi destacado que as prisões são lugares de maior prevalência de infecções transmitidas pelo sangue e via sexual, em comparação com a comunidade em geral, por duas razões principais: em primeiro lugar, muitas pessoas que cumprem pena são ou foram usuárias de drogas injetáveis, dessa forma, estão mais suscetíveis às IST. Em segundo lugar, a falta ou insuficiência de medidas preventivas para o combate e controle das IST e uso de drogas nas prisões, combinada com as condições sociais extremas. Neste estudo foram testados 588 presos, com nenhum resultado reagente para HIV, reagente para HCV 14,3%, reagente para VHB 1,5% e reagente para sífilis 0,5%.

Silva e Ribeiro (2013) afirmam a necessidade de investigação no sistema carcerário brasileiro, sobretudo no que se refere à saúde da mulher. Ressaltam que apesar da criação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) em 2003, encontram-se grandes desafios para atender as necessidades de saúde da população confinada. No Brasil, estudos sobre incidência, prevalência e outros aspectos epidemiológicos relacionados às IST/HIV/aids e formas de prevenção na população prisional, em particular, a população feminina, vem sendo realizados em diferentes estados da federação.

Em 2001, um estudo realizado por Lopes e colaboradores, em penitenciárias femininas de São Paulo, identificou a prevalência de IST entre encarceradas, destacando 14,5% para HIV, 5,7% para sífilis e 19,1% para HPV. No relatório preliminar “O HIV e a Sífilis no sistema prisional feminino do Estado de São Paulo”, realizado em 17 unidades prisionais com 8.914 privadas de liberdade, levantou-se uma proporção de mulheres com resultado de teste rápido reagente para HIV de 2,8% e com resultado de teste rápido reagente para Sífilis de 7,0% (BRASIL, 2013).

Outra pesquisa realizada na penitenciária feminina de São Paulo, estudando a vulnerabilidade às IST/aids em privadas de liberdade, por meio da técnica de identificação sorológica, avaliou 290 mulheres privadas de liberdade, tendo detectado uma prevalência de 13,9% para HIV e 22,8% para sífilis (STRAZZA, 2003). Relacionado à sífilis, um estudo se propôs a retratar a realidade socioeconômica e sexual de 155 mulheres na penitenciária feminina do Estado do Ceará, apresentou dados relacionados à manifestação de IST antes do encarceramento. Dentre as IST, a sífilis foi a mais frequente 47,6%, seguida de HPV 19,0% e Gonorreia 4,8% e, após o encarceramento, foram citadas a sífilis com 22,2% e HIV com 11,1% (Nicolau, et al. 2012),

Em um estudo realizado no estado do Espírito Santo encontrou-se maiores taxas de prevalência de doenças infecciosas e maior ocorrência de comportamentos de risco para IST entre presidiárias do que na população em geral, sendo destacados, como principais fatores de risco que favorecem a disseminação de IST, a multiplicidade de parceiros e abuso sexual, atividades bi/homossexuais, a superlotação de celas, o uso de drogas, as tatuagens, o baixo uso de preservativos no intercuro sexual, a prostituição e o histórico de IST (MIRANDA, et al. 2004).

No Estado da Bahia, analisando a vulnerabilidade às IST de 11 mulheres presidiárias, evidenciou-se que, na oportunidade da visita íntima, não há uso do preservativo durante as relações sexuais. Dentre os motivos, foram relatadas a falta do insumo e a discordância do parceiro para o uso, a despeito da consciência que a mulher privada de liberdade possui sobre a vulnerabilidade e os riscos no ambiente prisional (DORFEY, et al. 2008).

Em mulheres do sistema prisional de uma capital nordestina, um estudo apontou que, de 131 privadas de liberdade, 25,2% tiveram resultado reagente para o teste rápido da sífilis (ARAÚJO, ARAÚJO FILHO e FEITOSA, 2013). A alta prevalência da sífilis nos estudos elencados corrobora a tendência observada no cenário brasileiro, o que reforça a necessidade

de implementação de estratégias de promoção de saúde voltadas para a prevenção das IST/HIV/aids.

Considerando que o número de mulheres reclusas vem aumentando significativamente, passando de 5% no ano 2000 a 12% no ano de 2010 (REIS e BERNARDES, 2011) e que o ambiente prisional é uma condição que de partida denota situação de vulnerabilidade social, destaca-se como fundamental a realização de estudos que possam abordar a temática “Saúde da Mulher no sistema prisional, no que diz respeito à vulnerabilidade às IST e seu direito à saúde”, preservando sua integridade física, psíquica, sexual.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

✓ Analisar a vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis de mulheres privadas de liberdade em Santarém-Pará.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico das mulheres;
- ✓ Descrever conhecimentos e práticas das mulheres sobre prevenção das IST;
- ✓ Estimar a prevalência de IST auto referidas;
- ✓ Identificar casos suspeitos e confirmados de sífilis, HIV, hepatite B e C e HPV;
- ✓ Analisar o contexto de atenção às IST na unidade prisional;
- ✓ Analisar o contexto social das mulheres na unidade prisional.

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 REFERENCIAL TEÓRICO – CONCEITUAL

3.1.1 Direito à Saúde e Vulnerabilidade em saúde

O objeto em estudo, a vulnerabilidade de mulheres em situação de cárcere exige necessariamente a intersecção dos Direitos Humanos e a Saúde. Um marco na história dos direitos humanos é a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU) em Paris, em 10 de dezembro de 1948.

O documento enfatiza a dignidade humana e a igualdade nos direitos humanos. Na definição de Ricardo Castilho, a dignidade humana “está fundada no conjunto de direitos inerentes à personalidade da pessoa (liberdade e igualdade)” e também “no conjunto de direitos estabelecidos para a coletividade (sociais, econômicos e culturais)”. Por isso mesmo, a dignidade da pessoa não admite discriminação, seja de nascimento, sexo, idade, opiniões ou crenças, classe social e outras (CASTILHO, 2011).

Alguns artigos em destaque da Declaração Universal dos Direitos Humanos:

Artigo 1: “Todos os homens nascem livres e iguais em dignidade e direitos”.

Artigo 3: “Todo homem tem direito a vida, a liberdade e a segurança pessoal”.

Artigo 5: “Ninguém será submetido a tortura, nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante”.

Artigo 21: “(II) Todo homem tem igual direito de acesso ao serviço público de seu país”.

O artigo 22 faz referência à sociedade e ao Estado:

Todo homem, como membro da sociedade, tem direito a segurança social e a realização, pelo esforço nacional, pela cooperação internacional e de acordo com a organização e recursos de cada Estado dos direitos econômicos, sociais e culturais indispensáveis à sua dignidade e ao livre desenvolvimento da sua personalidade...

O reconhecimento dos direitos políticos e civis, assegurados pela implementação de condições para que o ser humano esteja apto a desfrutar de seus direitos, sejam eles sociais, econômicos, civis e políticos está inscrito nos Pactos Internacionais “ dos Direitos Políticos e Civis” e “dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais” (Direitos humanos: documentos internacionais, 2006), descrito nos artigos elencados a seguir:

Artigo 9: “Os Estados signatários do presente pacto reconhecem a toda pessoa o direito à segurança social, inclusive ao seguro social”.

Artigo 3: 1 “Os Estados signatários do presente pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais alto nível de saúde física, mental e social”.

2 “Entre as medidas que deverão ser adotadas pelos Estados Signatários do Pacto, a fim de assegurar a plena efetividade deste direito, figurarão as necessidades para:

c) A prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e de outro tipo, e a luta contra elas.

d) A criação de condições que garantam a todos assistência médica e serviços médicos em caso de doenças”.

E relacionada ao “Direito Humano à Saúde” conforme descrito nos artigos que seguem (Direitos humanos: documentos internacionais, 2006):

Artigo 6: 1 “O direito à vida é inerente a pessoa humana. Este direito deverá ser protegido por lei. Ninguém poderá ser arbitrariamente privado de sua vida”.

Artigo 10: 1 “Toda pessoa privada de sua liberdade deverá ser tratada com humanidade e respeito à dignidade inerente à pessoa humana”.

2 a) “As pessoas processadas deverão ser separadas, salvo em circunstâncias excepcionais, das pessoas condenadas e receber tratamento distinto, condizente com sua condição de pessoa não-condenada”.

b) “As pessoas processadas, jovens, deverão ser separadas das adultas e julgadas o mais rápido possível”.

Artigo 26: “Todas as pessoas são iguais perante a lei e tem direito, sem discriminação alguma, a igual proteção da lei. A este respeito, a lei deverá proibir qualquer forma de discriminação e garantir a todas as pessoas proteção igual e eficaz contra qualquer discriminação por motivo de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, situação econômica, nascimento ou qualquer outra situação”.

O principal objetivo da DUDH foi promover entre os Estados-membros da ONU a adoção de políticas públicas e legislações nacionais que tivessem como parâmetros normativos os artigos nela contidos. É possível identificar na Constituição Federal do Brasil de 1988 sua influência em vários de seus artigos (PIOVESAN, 2005).

Na Constituição, o direito à Seguridade Social e nele a Saúde está definido a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem

à redução do risco de doença, outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, de tal forma a saúde como direito fundamental a todo e qualquer cidadão brasileiro (BRASIL, 1988).

Na perspectiva da Saúde Coletiva, a Constituição Federal de 1988 é fruto das lutas de classes e nela foi possível estabelecer bases legais para buscar garantir a saúde como direito fundamental e universal (SEVALHO, 2018).

Não poderia ser diferente à população privada de liberdade. Algumas balizas normativas são encontradas na Lei de Execuções Penais (LEP), que normatizam os serviços destinados à população privada de liberdade, em seu artigo 14, da seção III, destaca a “assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico” (BRASIL, 1984).

Por conseguinte, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), instituído em 2003, pela portaria interministerial nº 1777, vem consolidar o acesso aos serviços de saúde instituídos pelo SUS à população privada de liberdade (Brasil, 2004a). Ressalta-se que o PNSSP veio atender as necessidades em saúde da população em privação de liberdade, com prestação de assistência em saúde de forma integral, de qualidade e contínua, resultando na redução de agravos de saúde no sistema penitenciário brasileiro.

Com embasamento de diversas leis como: LEP, PNSSP, Lei 8.080/90, 8.142/90, Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), dentre outras, ocorreu o processo de construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Privada de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída em 2014 e em vigência, a PNAISP traz em seus princípios “o respeito aos direitos humanos e justiça social; integralidade de atenção à saúde da população privada de liberdade; equidade; promoção de iniciativas com vistas à garantia de proteção dos direitos das pessoas; corresponsabilidade Inter federativa; participação comunitária e controle social” (BRASIL, 2014c).

No direito internacional, o princípio de igualdade e não discriminação é caracterizada como valor essencial baseado nos direitos humanos (GÁRATE; CORTE, 2007). Dessa forma, a ideia de vulnerabilidade se efetiva “do indivíduo ao coletivo”, em que o Estado é responsável pela promoção de ações que favoreçam a inserção e a reinserção social. Estas referências legais apresentadas apóiam o presente estudo.

E como referência conceitual-teórica na análise da saúde da população carcerária, no foco das IST, toma-se o conceito de Vulnerabilidade. Referencial este que nasce na área dos Direitos Humanos, desenvolvido nos estudos de HIV/aids (MANN, TARANTOLA e

NETTER, 1993).

O conceito de vulnerabilidade designa um conjunto de aspectos individuais e coletivos, relacionados à maior suscetibilidade de indivíduos e comunidades a um adoecimento ou agravo e, de modo inseparável, a menor disponibilidade de recursos para sua proteção (AYRES, et al. 2006A; AYRES, et al. 2006B; MANN e TARANTOLA, 1996; MANN, TARANTOLA e NETTER, 1992).

Institui-se progressivamente no campo da Saúde Coletiva, seja no âmbito da pesquisa, da intervenção, com destaque ao enfrentamento resolutivo da epidemia da aids. No entanto, o conceito de vulnerabilidade não visa distinguir a probabilidade de qualquer indivíduo se expor à aids, mas introduz outras dimensões de análise, considerando aspectos coletivos que determinam a produção da doença e epidemia, para além da dimensão individual, com aporte no âmbito coletivo (SANCHES e BERTOLOZZI, 2007).

Segundo pontua Ayres, et al. (2006), tomar os direitos humanos como critério fundamental possibilita a identificação e o enfrentamento das diversas vulnerabilidades.

Mann, et al. (1992) desenvolveram o conceito de vulnerabilidade, estabelecendo padrões de referência para avaliar a exposição à infecção pelo HIV e de determinação para apreensão de maior ou de menor vulnerabilidade do indivíduo e da coletividade, definidos por três dimensões interdependentes.

A Dimensão Individual (cognitiva e comportamento pessoal) designa as condições de ordem cognitiva, está relacionada ao grau de informação, conscientização, ideias e crenças, acerca do enfrentamento do problema e ainda aspectos da história de vida e da singularidade dos indivíduos.

Está diretamente ligada aos comportamentos que favorecem a infecção ou o adoecimento, porém, depende de vários fatores como o grau de consciência dos danos inerentes ao agravo, o grau e a qualidade da informação veiculada, a capacidade de elaboração e incorporação dessas informações e as possibilidades concretas de transformação de suas práticas cotidianas (MANN, TARANTOLA e NETTER, 1993; AYRES, et al. 1999).

Portanto, para se avaliar a vulnerabilidade individual será necessário avaliar: o acesso às informações acerca de um problema, de elaborá-las e incorporá-las ao cotidiano, com o intuito de transformar preocupações em práticas protetoras. Assim, pessoas como sujeitos de seus cotidianos, mesmo que lidando diariamente com discursos e valores conflitantes ou valores pessoais que, por vezes, são dependentes das condições locais de proteção e realização de direitos; depende do grau e da qualidade da informação que cada indivíduo dispõe sobre as

IST/HIV/aids, e da capacidade de elaboração e aplicação das informações, na sua vida prática (AYRES, et al. 2003).

Na Dimensão Programática encontram-se as condições que remetem aos compromissos e esforços programáticos, locais e globais, de cidades, estados e países acerca dos recursos, das mais diversas ordens que devem ser engendrados para as ações que promovam, protejam e garantam os direitos (direito à saúde, por exemplo, os recursos múltiplos e necessários à prevenção e ao cuidado).

Os serviços de saúde estão proporcionando a construção de respostas capazes de problematizar e superar essas relações? São questões como esta que a análise da vulnerabilidade programática procura responder. Relaciona-se às ações que o poder público, iniciativa privada e organizações da sociedade civil empreendem, ou não, no sentido de diminuir as chances de ocorrência das enfermidades, assim como se refere ao grau e à qualidade de compromisso das instituições, dos recursos, da gerência e do monitoramento dos programas nos diferentes níveis de Atenção à Saúde.

Assim, pode-se afirmar que a vulnerabilidade individual traz em seu contexto, íntima ligação com as vulnerabilidades programática e social, haja vista a influência que o sistema como um todo exerce sobre cada indivíduo, estando associados às informações sobre a doença, à percepção de risco, os valores e crenças que determinarão as formas de prevenir a infecção, e a possibilidade de execução de práticas seguras (AYRES, et al. 2003).

Para Valadão (2008), a mudança de comportamento não é compreendida como decorrência imediata da vontade do indivíduo, tendo conhecimento e comportamento; significado e repercussões transformadoras na vida de cada pessoa e dependem de uma combinação, sempre singular, de características individuais, contextos de vida e relações interpessoais que se estabelecem no dia a dia.

Por conta disso, não é possível dizer que uma pessoa “é vulnerável a um agravo”, pode-se apenas dizer que uma pessoa “está vulnerável” a um determinado problema ou agravo, em um determinado momento de sua vida.

Como afirmam Ayres, et al. (1999), o plano programático da vulnerabilidade é importante porque é uma espécie de elo entre os planos individual e social; ele deve ser um caminho concreto de construção de projetos emancipatórios, justamente por ser um aglutinador de informações, recursos materiais, suporte de várias ordens e um catalisador/amplificador das necessidades e contradições socialmente postas.

A dimensão programática da vulnerabilidade analisa quanto e como os governos

respeitam, protegem e promovem o direito à saúde. Os serviços de saúde como participantes da construção da realidade local de uma cidade, estado ou país devem estar atentos às relações entre os contextos sociais e à dinâmica do processo saúde doença, observados em seu território.

Leva em conta o acesso aos serviços de saúde, a forma de organização dos serviços, o vínculo que os usuários dos serviços possuem com o profissional, o acolhimento do usuário pelo serviço, as ações preconizadas para a prevenção e o controle do agravo e os recursos sociais existentes, na área de abrangência do serviço de saúde.

Para Ayres, et al. (2009), a vulnerabilidade provém de uma síntese teórica de determinação complexa, se encaixa como conceito mediador, abrange e fortalece ações e mecanismos de enfrentamento dos riscos, orientando intervenções a partir da representação de cenários e das relações entre elementos de natureza diversa.

A dimensão Social engloba as condições contextuais dos indivíduos, que os colocam em menor ou maior poder de negociação e de acesso a um conjunto de bens e condições, relacionadas ao exercício do direito.

Está diretamente ligada ao acesso à saúde, educação, trabalho, recursos materiais, bem como o exercício em maior ou menor grau da liberdade e da autonomia (conforme o gênero, classe social, etnia, orientação sexual, geração, dentre outros), contrapostas às vivências de coerções e violências diversas (MANN, TARANTOLA e NETTER, 1993).

Ayres, et al. (1999) reafirmam a definição de vulnerabilidade social a partir da obtenção das informações, o acesso aos meios de comunicação, à disponibilidade de recursos cognitivos e materiais, o poder de participar de decisões políticas e em instituições. Deve fazer parte deste nível o acesso aos serviços de saúde, as questões de gênero e a estrutura sócio-política. Para o desenvolvimento deste nível seriam necessárias ações nas unidades de saúde da família e na comunidade, criação de uma cultura de prevenção que vá além da doença e ações que diminuam as desigualdades de gênero, educacionais, sociais e econômicas.

De acordo com Valadão (2008), para mensurar as dimensões da vulnerabilidade social, se faz necessário “conhecer a situação de vida das coletividades, sendo tanto maior a vulnerabilidade, quanto menor a possibilidade de interferir nas instâncias de tomada de decisão”. Portanto, a dimensão social de vulnerabilidade é definida pela análise das relações sociais, dos marcos da organização da cidadania e o cenário cultural.

O componente social remete à obtenção da informação, às possibilidades de transformá-las e incorporá-las a mudanças práticas, porém, não depende apenas do indivíduo, mas de aspectos como acesso aos meios de comunicação, escolarização, recursos materiais,

enfrentamento de barreiras materiais, estar livres de coerções violentas e defender-se delas, devendo todos esses aspectos serem incorporados à análise de vulnerabilidade social, que diz respeito a um conjunto de fatores sociais que determinam o acesso às informações, serviços, bens culturais, às restrições ao exercício da cidadania, exposição à violência, grau de prioridade política ou de investimentos dados à saúde e condições de moradia, educação e trabalho.

A análise da vulnerabilidade permite-nos entender as diferenças individuais, grupais e como cada um vivencia e enfrenta o processo saúde-doença. Assim sendo, a construção de marcadores é empregada para analisar as condições de vida e saúde da população e, para auxiliar na intervenção orientada para os determinantes do estado de vulnerabilidade (NICHATA, et al. 2008).

Em 2006, Ayres e colaboradores propuseram a avaliação de Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da Saúde, disposto como elementos para o embasamento de análise de vulnerabilidade nas três dimensões apresentados no quadro 1.

Quadro 1: Elementos para o embasamento de análise de vulnerabilidade nas três dimensões.

DIMENSÃO INDIVIDUAL	DIMENSÃO PROGRAMÁTICA	DIMENSÃO SOCIAL
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Valores; ✓ Interesses; ✓ Crenças; ✓ Credos; ✓ Desejos; ✓ Conhecimentos; ✓ Atitudes; ✓ Comportamentos; ✓ Relações familiares; ✓ Relações de amizade; ✓ Relações afetivo/sexual; ✓ Relações profissionais; ✓ Situação maternal; ✓ Situação psicoemocional; ✓ Situação física; ✓ Redes e suportes sociais. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Compromisso político dos governos; ✓ Definição de políticas específicas; ✓ Planejamento e avaliação das políticas; ✓ Participação social no planejamento e avaliação; ✓ Governabilidade; ✓ Controle social; ✓ Sustentabilidade política, institucional e material da política; ✓ Articulação multisetorial das ações; ✓ Atividades intersetoriais; ✓ Organização do setor saúde; ✓ Acesso aos serviços; ✓ Integralidade da atenção; ✓ Qualidade dos serviços; ✓ Equidade das ações; ✓ Equipes multidisciplinares; ✓ Enfoque interdisciplinar; ✓ Integração entre prevenção, promoção e assistência; ✓ Preparo técnico-científico dos profissionais e equipes; ✓ Compromisso e responsabilidade dos profissionais; ✓ Respeito, proteção e promoção dos direitos humanos; ✓ Participação comunitária na gestão dos serviços; ✓ Planejamento, supervisão e avaliação dos serviços; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Normas sociais; ✓ Referências culturais; ✓ Relações de gênero; ✓ Relações de raça e etnia; ✓ Relações entre gerações; ✓ Normas e crenças religiosas; ✓ Estigmas e discriminação; ✓ Emprego; ✓ Salário; ✓ Suporte social; ✓ Acesso à saúde; ✓ Acesso à educação; ✓ Acesso à justiça; ✓ Acesso à mídia; ✓ Acesso à cultura, lazer e esportes; ✓ Liberdade de pensamento e expressão; ✓ Participação política; ✓ Cidadania.

	✓ Responsabilidade social e jurídica dos serviços.	
--	--	--

Fonte: Tratado de Saúde Coletiva – Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da Saúde. Ayres, et al. (2006).

Deste modo, é possível inferir que as ações baseadas no conceito de risco, que valorizam as informações e as mudanças de comportamento individual, não sejam suficientes para conter a epidemia da aids, assim como de outras IST e agravos em saúde.

É necessário conhecer quais vulnerabilidades estão implicadas no processo saúde-doença da população, com particular atenção às mulheres em situação de cárcere, para identificar suas necessidades e desenvolver meios que lhes favoreçam maior produção de conhecimento acerca dos direitos à saúde da mulher, acesso aos serviços e proteção de sua saúde física, mental, social e reprodutiva.

Paiva (2006) afirma que a identificação de situações de vulnerabilidade assim como de grupos populacionais marcados pela violação dos direitos, reflete como um guia para o planejamento de ações direcionadas com o intuito de superá-las. Compreender as pessoas privadas de liberdade como sujeitos de direito é um dos desafios, outro é efetivar as ações do Estado, no que diz respeito à regulamentação, proteção, respeito e efetivação dos direitos.

Com base na literatura científica apresentada na introdução elaborou-se um quadro de vulnerabilidade às IST das mulheres privadas de liberdade (Quadro 2), inspirado no que foi proposto por Ayres (2006) e Takahashi (2006).

Quadro 2 – Contextos que contribuem para a vulnerabilidades às IST de mulheres privadas de liberdade sintetizados a partir da literatura.

Dimensão Individual	Dimensão Programática	Dimensão Social
✓ Escolaridade (acesso às informações sobre o IST deficitário).	✓ Disponibilidade de recursos para a prevenção, diagnóstico e tratamento de IST.	✓ Condições de vida e de saúde.
✓ Parceira conjugal e sexual.	✓ Divulgação da importância da prevenção de IST.	✓ Direito à saúde.
✓ Conhecimento sobre IST e formas de transmissão.	✓ Fluxo para a realização dos exames laboratoriais.	✓ Visita íntima.
✓ A vulnerabilidade às IST no sistema penal.	✓ Ausência de orientação e encaminhamento para serviço especializado, após uma possível detecção de IST	✓ Acesso a informações e aos serviços de saúde.
✓ Infecção anterior (ou não); acompanhamento do diagnóstico e tratamento de pessoa conhecida com IST.	✓ Instituição tardia da terapêutica medicamentosa devido à descoberta tardia das IST.	✓ Ações em saúde realizadas por meio de parceiras externas com pouca regularidade.
✓ Envolvimento no tráfico de drogas.	✓ Diferença entre a linguagem do profissional e do usuário.	✓ Preconceito e discriminação (gênero, raça/etnia).

✓ Não ter suporte (familiar, amigos e social) para um possível enfrentamento das IST	✓ Ausência de espaço para que o usuário compartilhe seus sentimentos (Desvalorização da escuta).	✓ Não desenvolver atividade laboral no Sistema Penal.
--	--	---

Na presente investigação optou-se pelo uso do termo marcador de vulnerabilidade ao invés de elementos, no sentido de que não são exatamente indicadores, mas são alertas, marcas que chamam a atenção, sendo apresentado nos resultados no quadro 5 em uma matriz de análise e marcadores de vulnerabilidade de mulheres privadas de liberdade em Santarém, Pará.

Este termo foi utilizado por Takahashi (2006) na tentativa de adequar estratégias que permitissem a superação de restrição conferida pela magnitude conceitual de vulnerabilidade (NICHATA, et al. 2011).

Os marcadores seguem uma sistematização com fins didáticos, mas que devem ser analisados, considerando-se a sua inter-relação. Desta forma, os marcadores de dimensão individual são: “conhecimentos e significados atribuídos ao processo saúde-doença”; “características pessoais e relacionais”; “impacto do diagnóstico”; “recursos disponíveis (pessoais e experiências que interferem no enfrentamento)” e “modo de enfrentamento (práticas e comportamentos)”.

Os marcadores da dimensão programática são: “estrutura e dinâmica de organização dos serviços de saúde” e “operacionalização das ações”.

Já os marcadores da dimensão social estão relacionados às “condições materiais de existência do indivíduo”; ao “aparato jurídico- político”; às “organizações sociais, governamentais ou não”; à “ideologia e cultura das populações”.

3.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Estudo de caso, do tipo exploratório, descritivo, com corte transversal e de abordagem quantitativa e qualitativa.

A pesquisa exploratória partiu da análise de exemplos que estimularam a compreensão sobre o fenômeno em estudo. Buscou desenvolver e esclarecer conceitos e ideias, para a formulação de abordagens posteriores (GIL, 2008).

Em relação à pesquisa descritiva, este estudo traz descrições detalhadas dos fenômenos existentes, utilizando os dados para justificar e avaliar condições e práticas correntes, tendo

como principal objetivo, descrever as características da população privada de liberdade (FIGUEIREDO, 2004; LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

O corte transversal representou o período de 29 de setembro de 2016 a 27 de fevereiro de 2017, um desenho do estudo, no qual a produção do dado ou observação do fenômeno foi realizada em um único momento no tempo, ou seja, um “corte no fluxo histórico do fenômeno, evidenciando, suas características e correlações” (ALMEIDA FILHO, ROUQUAYROL, 2006).

A abordagem de pesquisa quantitativa é uma classificação do método científico que utiliza diferentes técnicas estatísticas para quantificar opiniões e informações para um determinado estudo. A pesquisa qualitativa é um método de investigação científica que se foca no caráter subjetivo do objeto analisado, corresponde a profundidade de significados, estudando as suas particularidades e experiências individuais (MINAYO, 2010).

3.3 CENÁRIO DO ESTUDO

O Estado do Pará ocupa a segunda posição no que tange à extensão territorial do Brasil. Situa-se no centro da região Norte, tendo como limites o Suriname e o Estado Brasileiro do Amapá a norte, o oceano Atlântico a nordeste, o Estado do Maranhão a leste, Tocantins a sudeste, Mato Grosso ao sul, Amazonas a oeste e o Estado de Roraima e a Guiana a noroeste. Possui 144 municípios, distribuídos em uma área total de 1.247.689,515 km² e uma estimativa populacional segundo o IBGE (2015) de 8.175.113 habitantes.

De acordo com dados do Ipeadata, o Estado do Pará, contava com um Produto Interno Bruto anual de R\$130, 883 bilhões (2015), uma renda per capita de R\$ 16,009 (2015) e um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) 0.646 médio (2010), suas principais atividades econômicas concentram-se na área da agricultura, da pecuária, do extrativismo e da mineração.

Santarém é um dos 144 municípios do Estado do Pará, situado na Mesorregião do Baixo Amazonas, na microrregião de Santarém, à margem direita do rio Tapajós, na sua confluência com o rio Amazonas, que em linha reta está a 807 km da capital do Estado, Belém do Pará. Santarém é caracterizada como o centro polarizador da Região Oeste do Estado, por oferecer melhor infraestrutura econômica e social (escolas, hospitais, universidades, estradas, portos, aeroporto, meios de comunicação, indústria, comércio e etc.) e com setor de serviços mais desenvolvido da região.

O município de Santarém é dividido em seis distritos rurais, a saber: distrito do Lago Grande do Curuai, Tapajós, Rio Arapiuns, Rio Amazonas (várzea), Rio Curuá-una e distrito do Eixo Forte. Nestes estão distribuídas 472 comunidades rurais das quais 260 localizam-se nas regiões de rios e várzea, 212 estão na zona de planalto, já a área urbana possui 48 bairros (SEMMA; CIAM, 2013; PMS, 2015).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2010 a população estimada para 2018 foi de 302.667 habitantes.

Figura 1 - Mapa da localização do município de Santarém Estado do Pará.
Fonte: Nogueira, 2012.

Em Santarém, encontra-se a sede do 9º Centro Regional de Saúde (CRS), que atende 20 municípios do Estado (Alenquer, Almeirim, Aveiro, Belterra, Curuá, Faro, Itaituba, Jacareacanga, Juruti, Mojuí dos Campos, Monte Alegre, Novo Progresso, Óbidos, Oriximiná, Placas, Prainha, Rurópolis, Santarém, Terra Santa e Trairão). A área de cobertura deste centro é de 527.956 km², equivalente a 42,09% do Estado do Pará (SEMMA; CIAM, 2013).

Na área da saúde, Santarém é referência para o atendimento de média e alta complexidade, para os 20 municípios da região, trabalhando com sistema de Programação Pactuada Integrada (PPI) e Serviço de Regulação (SR) para serviço de internação hospitalar, consultas e procedimentos especializados, norteados pelos princípios do SUS.

A Atenção Primária em Saúde (APS) em Santarém é constituída por Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Estratégia Saúde da Família (UESF), Unidade Saúde da Família Fluvial, Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e Unidade Básica de Saúde

Prisional (UBSp), já os serviços de média complexidade contam com Centros de Referência (Saúde da Mulher, Criança, Idoso, Trabalhador, Testagem e Aconselhamento), Vigilância em Saúde, Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA), Hospital e Pronto Socorro Municipal e um (01) Hospital Regional do Baixo Amazonas, que atende as demandas de Alta Complexidade.

Em Santarém o enfrentamento da epidemia de aids é prioridade, tendo sido implantado o programa municipal de DST/HIV/aids em 1998, simultaneamente à implantação do Centro de Testagem e Aconselhamento/Serviço de Atenção Especializada (CTA/SAE). A equipe de trabalho é composta por uma coordenação municipal e uma equipe multiprofissional (Médicos infectologistas, enfermeiros, farmacêutico/bioquímico, biomédico, psicólogo, assistente social, técnicos de enfermagem e de laboratório, além da equipe de Auxiliares administrativos e de limpeza).

Destaca-se como proposta do município a realização de ações voltadas à diminuição da vulnerabilidade da população em relação às IST/HIV/aids e hepatites virais, à melhoria da qualidade de vida das pessoas infectadas e a redução do preconceito, da discriminação e dos demais impactos sociais negativos relacionados às IST/HIV/aids e hepatite virais, por meio de Políticas Públicas, pautadas pela ética e compromisso com a promoção da saúde e da cidadania, em consonância com os princípios do SUS (PMS, 2015).

3.3.1 Local do Estudo: O Sistema Prisional no Pará

O crescimento da população carcerária em todo o país é uma realidade e segundo dados do INFOPEN (2016) a população carcerária brasileira quase triplicou no intervalo de 09 anos, passando de 261.402 em dezembro de 2005 a 622.202 em dezembro de 2014.

O Estado do Pará acompanha este crescimento. Em 1995, o estado registrava uma população carcerária de 1.153 detentos, distribuída em 07 unidades prisionais por todo o estado, passando em novembro de 2017 a 16.280 detentos, distribuídos em 46 unidades prisionais, por todo o Estado (INFOPEN, 2016).

A caracterização da população carcerária no estado do Pará em 2016, segundo o INFOPEN, mostra maior concentração de jovens entre 18 a 29 anos (63,6%), sexo masculino (16.340 homens e 970 mulheres), com escolaridade Ensino Fundamental incompleto (53,3%) e maior percentual de pardos (62,8%).

De acordo com Infopen (2017), a situação jurídica está caracterizada em 6.068 internos em regime provisório, 9.191 custodiados são sentenciados, 1.948 são provisório/sentenciado e 103 em medida de segurança.

Por tipificação criminal a lista de classificação descreve mais de 30 crimes, em que são enquadrados os delitos, assim, se destaca que 22,0 % dos homens presos foram enquadrados no crime de roubo qualificado (artigo 157, parágrafo 2º) seguido de 15,4% dos homens, presos por tráfico de entorpecentes (artigo 12 da lei 6.368/76 e artigo 33 da lei 11.343/06); Já no caso das mulheres em situação de prisão, 42,0 % foram enquadradas no crime de tráfico de entorpecentes (artigo 12 da lei 6.368/76 e artigo 33 da lei 11343/06), seguido de 10,0 % mulheres presas por roubo qualificado (artigo 157, parágrafo 2º) (INFOPEN, 2017).

A Superintendência do Sistema Penitenciário do Estado do Pará (SUSIPE) é vinculada à Secretaria de Estado de Segurança Pública, regida pela Lei nº 6.688, de 13 de setembro de 2004, e suas alterações. Com autonomia administrativa e financeira, dispondo de dotação orçamentária própria, tem por finalidade a execução penal, efetivando as disposições de sentença ou decisão criminal, custodiando o interno. E por Missão Institucional “Possibilitar tratamento humano aos que cumprem pena em estabelecimentos prisionais; bem como tratamento adequado ao condenado, buscando, nesse sentido, a efetiva política de proteção à vida e de prevenção ao crime”.

A SUSIPE é responsável pela administração de 46 unidades prisionais, distribuídas em 12 regiões por todo o Estado do Pará. Destas, 04 unidades prisionais tem a inserção de mulheres em sua população, sendo estas: Centro de Reeducação Feminino de Ananindeua, Marabá e Marituba e o Centro de Recuperação Agrícola Sílvia Hall de Moura, unidade mista em Santarém que mantém em custódia tanto homem como mulher.

No município de Santarém no período da coleta de dados desta pesquisa, contava com 02 Unidades Prisionais (UP), localizadas na região 07 - Baixo Amazonas (Figura 2). A Central de Triagem Masculina de Santarém (CTMS) destinada a custodiar aqueles que cometeram delitos e aguardam julgamento e sentença judicial e o Centro de Recuperação Agrícola Sílvia Hall de Moura “CRASHM” destinado para custodiar aqueles que já foram julgados e sentenciados judicialmente, das duas UP citadas o CRASHM, é a única que tem sob sua custódia mulheres, por conta disso foi escolhido como local de estudo para esta pesquisa.

O CRASHM foi inaugurado no ano de 1996 e está localizado na comunidade de Cucurunã, zona rural do município de Santarém, região oeste do Estado do Pará, tem a

capacidade de lotação de 24 vagas femininas e 526 masculinas, já a CTMS foi inaugurada em 2014 e tem a capacidade de lotação de 316 vagas masculinas (INFOPEN, 2017).

Figura 2 - Unidades prisionais por região no Estado do Pará.
Fonte: INFOPEN/dezembro / 2017.

Nesta descrição, destacam-se as dependências do CRASHM para os atendimentos de saúde, onde o município de Santarém, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, aderiu a PNAISP em 2014 e, no ano de 2016, instituiu uma Unidade Básica de Saúde (UBS), credenciada e custeada pela PNAISP, esta UBS prisional (UBSp) conta com uma estrutura física de consultórios: médicos, de enfermagem; farmácia; enfermaria; sala de pronto atendimento; sala de observação; consultório odontológico e consultório multiprofissional e, para o desenvolvimento das atividades contam em seu quadro de profissionais com médicos, enfermeiros, psicólogos, assistente social, odontólogos, técnicos de enfermagem, técnico em saúde bucal, aliado a um corpo técnico da equipe de segurança e demais profissionais (portaria, motoristas e auxiliares administrativos e etc.).

O CRASHM conta com a direção local no município de Santarém que reporta as demandas a SUSIPE em Belém, Pará.

3.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO (CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO)

Foram convidadas a participar da pesquisa mulheres privadas de liberdade, em qualquer idade e que no período da coleta de dados cumpriram medidas restritivas no CRASHM, seja em regime fechado, semiaberto ou provisório.

Os critérios de exclusão adotados para esta pesquisa foram: mulheres privadas de liberdade que declararam qualquer dificuldade cognitiva, visual ou auditiva no momento da aplicação dos formulários e da realização das entrevistas e aquelas que por determinação judicial estivessem impedidas da participação em quaisquer atividades, sejam por medidas restritivas e ou disciplinares. Não houve situação de exclusão.

No momento de apresentação da pesquisa, a população efetiva feminina do CRASHM, em 29 de setembro de 2016, era de 71 mulheres, este número sofreu variações por mudança de regime jurídico, ou seja, havia mulheres em situação de prisão provisória e que passaram à condição de sentenciada ou que tiveram alvará de soltura decretado (liberdade).

Ao término da coleta de dados datada de 26 de fevereiro de 2017, atingiu-se a totalidade da população de 62 mulheres em privação de liberdade para este dia, sendo 62 o número de questionários aplicados e de entrevistas realizadas.

3.5 FONTE DE DADOS E INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Foram utilizados dois instrumentos para a captação dos dados, procurando abranger variáveis referentes ao perfil e conhecimento acerca da temática das participantes da pesquisa, assim como da organização dos serviços de saúde no Sistema Penitenciário de Santarém, Pará.

O primeiro instrumento (Apêndice A) foi utilizado para compor um conjunto de dados a serem analisados de forma quantitativa, este questionário foi elaborado a partir da orientação de estrutura e organização de dados, proposta em Dal Pogetto (2010) e de Silva, et al. (2008). Foi estruturado com respostas fechadas e que enfocam a caracterização das participantes em termos socioeconômicos e demográficos, dos conhecimentos sobre IST, dos antecedentes ginecológicos, das práticas sexuais e preventivas e das situações que representam garantia (ou não) dos direitos sexuais e de saúde da mulher privada de liberdade.

O segundo instrumento (Apêndice B) foi utilizado para a coleta dos dados qualitativos, um roteiro de entrevistas foi elaborado com o objetivo de aprofundar a investigação acerca dos saberes, práticas preventivas e as dimensões de vulnerabilidades às IST, em que se buscaram os significados extraídos das falas destas mulheres. Para o registro das falas foi utilizado um gravador de voz portátil.

Para arquivo e posterior tabulação dos dados e composição dos resultados para análise da Estimativa de Prevalência de Infecções Sexualmente Transmissíveis foi providenciado cópia dos laudos, que permanece sob a guarda da pesquisadora, conforme critérios éticos para pesquisa envolvendo seres humanos.

3.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Após a apresentação da proposta de pesquisa à Superintendência do Sistema Penitenciário (SUSIPE) e ao Centro de Recuperação Agrícola Silvio Hall de Moura (CRASHM) para a aquisição da devida autorização formal para o desenvolvimento da pesquisa, foi realizada uma visita à UP, com o intuito de apresentar a proposta de pesquisa ao corpo administrativo e assistencial, na qual foi apresentado o planejamento das ações por meio de um cronograma de atividades.

Precedendo a coleta de dados propriamente dita, foi realizada uma etapa de sensibilização da equipe multiprofissional, em formato de capacitação, com a temática “Abordagem Síndrômica das Infecções Sexualmente Transmissíveis”, destinada aos profissionais da equipe multiprofissional de saúde carcerária (Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Psicólogos, Odontólogos, Assistentes Sociais, Técnicos em Saúde Bucal) que desenvolvem atividades laborais no CRASHM, no município de Santarém, Estado do Pará.

A participação destes profissionais de saúde foi definida a partir do planejamento com a coordenação da equipe de saúde carcerária. As atividades foram realizadas nas dependências da Universidade do Estado do Pará (UEPA), em sala reservada, em um tempo médio de 4 horas/dia, nos turnos da manhã e tarde, com uma carga horária total de 15 horas, sempre no horário oposto ao horário de trabalho, em dias previamente definidos no planejamento das atividades em que estiveram envolvidos: o diretor local, o responsável técnico pela equipe de saúde, a pesquisadora, assim como os facilitadores e voluntários envolvidos nas atividades.

A partir da sensibilização da equipe multiprofissional sobre a temática, assim como a exposição dos objetivos e etapas do projeto de pesquisa, o cronograma de visitas ao CRASHM foi definido, inicialmente, para duas vezes por semana, no período da tarde e, posteriormente, conforme o avanço na coleta de dados foi ampliado para três vezes por semana, em horários alternados pela manhã e à tarde.

No dia 23 de setembro de 2016 foi realizada a primeira visita para sensibilização dos potenciais participantes da pesquisa, acompanhada pela coordenação da equipe de saúde e de agentes prisionais, a pesquisadora foi conduzida à ala feminina do CRASHM.

Foi apresentado o projeto, seus objetivos, as etapas a serem realizadas e o convite formal para participação, na oportunidade, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C) e foi esclarecido que em dias e horários oportunos as que aceitassem de livre vontade participar da pesquisa seriam convidadas a comparecer à Unidade Básica de Saúde, e assim, os dias de coleta foram acontecendo, pelos próximos 05 meses, conforme descritos nas etapas a seguir:

3.6.1 Etapas da coleta de dados quantitativos e qualitativos

1ª Etapa: Caracterização do perfil socioeconômico e demográfico, identificação de conhecimento e práticas preventivas das IST.

Antecedendo a apresentação desta etapa, vale destacar as dificuldades encontradas, e que estas dizem respeito ao quantitativo insuficiente de agentes prisionais femininos, para realizar a condução e escolta das mulheres até a Unidade Básica de Saúde Prisional (UBSp), durante todo o processo seja: da aplicação do questionário ou da realização da entrevista. Por vezes, a rotina diária do sistema prisional interferiu no planejamento diário das atividades como: a realização de revista nas celas, as saídas externas para audiências e ou para procedimentos como: consultas ou exames, que levava a redução ainda maior, do número de agentes prisionais femininos, necessitando de adequação no planejamento e retorno em outro dia.

Nesta etapa, aplicou-se o questionário (Apêndice A) elaborado e aplicado pela pesquisadora, face a face com a participante.

Ao se construir o projeto de execução desta pesquisa e, levando em consideração as medidas de segurança e as normas do CRASHM, foi idealizado o ambiente para aplicação do questionário e realização das entrevistas, em duas salas (enfermaria e consultório de enfermagem), estas salas, por sua vez, são separadas por um vidro, onde de um lado ficaria a mulher a ser entrevistada e de outro a pesquisadora.

No entanto, ao se iniciar esta etapa, optou-se por utilizar apenas o consultório de enfermagem, desta forma, as mulheres eram conduzidas algemadas e escoltadas por uma agente prisional feminino, uma de cada vez até o consultório e a depender de seu histórico e bom

comportamento, as algemas foram retiradas, a agente prisional permaneceu do lado de fora da sala, durante todo o processo de aplicação do questionário e entrevista, o que garantiu à privacidade das mulheres e o sigilo das informações prestadas, evitando constrangimento no momento das respostas.

Em sequência a aplicação do questionário, as participantes foram convidadas a responder o roteiro de entrevista, que contou com auxílio de um gravador de voz portátil.

Este roteiro, continha questões abertas, das quais foi possível extrair os significados contidos na análise das falas de mulheres privadas de liberdade, acerca da temática, o processo de aplicação do questionário e realização da entrevista durou em torno de 30 minutos.

Esta etapa ocorreu de 26 de setembro de 2016 a 09 de dezembro de 2016, neste período foram aplicados 62 questionários e realizadas 62 entrevistas com mulheres em privação de liberdade em Santarém, Pará.

2ª Etapa: Estimativa de Prevalência auto referida de Infecções Sexualmente Transmissíveis, identificação de casos suspeitos e confirmados de sífilis, HIV, hepatite B e C e HPV

A Unidade de Referência Especializada em Saúde (URES) é um serviço de referência, existente no município de Santarém, para o atendimento de casos de média e alta complexidade, oriundos das Unidades Básicas de Saúde de Santarém, assim como de outros municípios da região, por meio do serviço de referência.

A URES foi a unidade de saúde responsável pela realização dos exames e, confecção dos laudos. No dia 15 de dezembro de 2016, conforme planejamento previsto no projeto de pesquisa, a equipe multiprofissional da URES compareceu à UBSp para realizar o rastreamento por meio de Teste Rápido (TR) de HIV, sífilis, hepatite B (HBV) e hepatite C (HCV), e, em casos de TR reagente para sífilis, foram solicitados o exame laboratorial de VDRL quantitativo, para a determinação do estado sorológico.

Na pesquisa, foram utilizados TR da marca registrada ALERE, distribuídos pela Secretaria de Saúde do Estado do Pará, os resultados foram registrados em formulário padrão do serviço de saúde da URES (Anexo A), participaram desta etapa 61 mulheres, com registro de 01 recusa em realizar os testes, após algumas tentativas de oferta.

Os TR foram realizados na ala feminina do CRASHM, em uma área coberta, adaptada para garantia de privacidade no aconselhamento pré-teste, no entanto, mesmo tendo o resultado em 30 minutos, estes, foram entregues posteriormente, durante as consultas de enfermagem.

Além dos TR, foi ofertada às mulheres a realização de exames citopatológicos (Preventivo do Câncer de Colo Uterino-PCCU). Os exames preventivos foram realizados em sala adequada e reservada (consultório ginecológico da UBSp), no período de 12 de dezembro de 2016 a 13 de janeiro de 2017, em dias e horários previamente agendados, foram coletados 55 exames preventivos, pela própria pesquisadora e 01 profissional Enfermeira que auxiliou nesta etapa da pesquisa, as informações foram registradas em formulário próprio do Programa Preventivo do Câncer de Colo Uterino e Sistema de Informação do Câncer de Colo Uterino (SisColo) (Anexo B).

Após a coleta e fixação em lâmina, as amostras biológicas foram enviadas à URES para análise e posterior liberação dos laudos com respectivos resultados.

Após a liberação dos laudos tanto dos testes rápidos, quanto dos Preventivos do Câncer de Colo Uterino, foram agendadas consultas médicas e de enfermagem no período de 15 de janeiro de 2017 a 26 de fevereiro de 2017 para entrega dos respectivos resultados as participantes da pesquisa.

Os resultados não reagentes às IST pesquisadas pelo TR e os resultados negativos para inflamação pelo PCCU, foram entregues durante as consultas e na oportunidade, as mulheres foram orientadas quanto ao resultado, aos cuidados quanto à manutenção de medidas preventivas a saúde, quanto ao uso de preservativos e a realização de exames preventivos periodicamente.

Os resultados reagentes para IST, identificados nos TR e os resultados sugestivos de inflamação e ou infecção por microrganismos identificados no PCCU, foram entregues durante as consultas e, na oportunidade, as mulheres foram orientadas quanto ao tratamento específico para patologia identificada, à importância de adesão ao tratamento, e o encaminhamento para avaliação psicológica e da assistente social.

Os casos sugestivos de HPV foram encaminhados para uma reavaliação, por uma equipe médica especializada, para isso, a direção do CRASHM, juntamente com a pesquisadora, solicitou o agendamento de consultas especializadas, via central de regulação de consultas, para URES ou Centro de Referência em Saúde da Mulher (CRS Mulher) mantidos pela 9ª Centro Regional de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde de Santarém, respectivamente, para continuidade do tratamento específico. A pesquisadora acompanhou o processo, até o encerramento do caso.

Para arquivo e posterior tabulação dos dados, foi providenciado a cópia dos laudos, que permanece sob guarda da pesquisadora, conforme critérios éticos para pesquisa envolvendo seres humanos.

3.7 ANÁLISE DE DADOS

Os dados obtidos no questionário sobre o perfil socioeconômico e demográfico das mulheres, conhecimentos e práticas das mulheres sobre prevenção das IST, que caracterizam os dados quantitativos foram tabulados em uma planilha eletrônica do programa Microsoft Excel 2013, processados e analisados com o auxílio do programa computacional para análise estatística “*Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 21.0”.

Os resultados foram apresentados por meio da estatística descritiva em forma de tabelas, contendo frequência absoluta (n°), frequência relativa (%) e valor-p obtido por meio da aplicação do teste qui-quadrado (X^2).

O valor-p mostra o nível de significância da diferença entre os resultados, que neste estudo significou identificar a probabilidade da diferença, entre as mulheres pesquisadas e, as diferenças detectadas em menor que 5%, sendo seu valor-p significativo quando $p < 0,05$ assumindo um risco baixo de erro.

Para avaliar o grau de relacionamento entre duas variáveis, sendo possível descobrir com precisão, o quanto uma variável interfere no resultado de outra, foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson (r) ou r de Pearson, que mede o grau da correlação linear entre duas variáveis quantitativas. É um índice adimensional com valores situados entre -1,0 e 1.0 inclusive, que reflete a intensidade de uma relação linear entre dois conjuntos de dados.

Este coeficiente, normalmente representado pela letra “ r ” assume apenas valores entre -1 e 1. Conforme interpretação dos resultados no quadro 3.

Quadro 3 – Interpretação dos resultados segundo aplicação do Coeficiente de correlação de Pearson

Correlação de Pearson (r)	Interpretação do Resultado da Correlação
$r = 1$	Correlação perfeita positiva, diretamente proporcional entre as duas variáveis, ou seja, se movem juntas na mesma direção quando, uma aumenta a outra também aumenta;
$r = -1$	Correlação negativa perfeita, inversamente proporcional entre as duas variáveis, as duas variáveis se movem em direções opostas, enquanto uma aumenta a outra diminui;
$r = 0$	As duas variáveis não dependem linearmente uma da outra.

Os dados caracterizados como qualitativos foram obtidos por meio de entrevistas, que foram transcritas manualmente e digitadas integralmente no programa Word Microsoft 2013.

Seguiu-se, a Análise de Conteúdo segundo Bardin (2011), foram feitas várias leituras para se obter as significações e inferências necessárias, para a obtenção das informações contidas.

Quando se trabalha na perspectiva da análise de conteúdo, propõe-se descobrir os núcleos de sentido, cuja frequência de aparição pode significar algo para o objeto de estudo escolhido (BARDIN, 2011).

Para organizar e operacionalizar a análise temática dos dados obtidos utilizou-se criteriosamente, três (03) polos cronológicos descritos a seguir (BARDIN, 2011).

1 - A pré - análise consistiu na organização do material propriamente dito, as entrevistas foram transcritas uma a uma, do gravador de voz portátil para o programa Word da Microsoft 2010, em seguida, a leitura flutuante “das entrevistas” possibilitou a compreensão das falas, para posterior operacionalização e sistematização das opiniões iniciais.

Dessa forma, os documentos foram submetidos à primeira análise, levando ao surgimento de hipóteses e questionamentos, na qual emergiram informações acerca da vulnerabilidade de mulheres privadas de liberdade, às Infecções Sexualmente Transmissíveis, constituindo assim um corpus de investigação, na qual a pesquisadora concentrou sua atenção para a elaboração de critérios que fundamentaram a interpretação final;

2 - A exploração do material “as entrevistas” transcorreu na aplicação das decisões tomadas pela pesquisadora e, consistiram na codificação (criação dos nós), decomposição e classificação dos temas.

Esta etapa foi realizada com auxílio do software Nvivo 11 pro student. A codificação resultou na criação de três nós, utilizados neste estudo como base para apresentação dos resultados qualitativos, expostos no quadro 4.

Quadro 4 – Descrição das Categorias de análise da pesquisa.

Categorias =Nós (codificação)
1 - Conhecimento das mulheres sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis.
2 - Identificação das Infecções Sexualmente Transmissíveis como problema no Sistema Prisional.
3 - Atenção em saúde no Sistema Prisional.

Fonte: Análise das entrevistas a partir do *software* Nvivo 11 pro student. 2018.

3 - O tratamento e a interpretação dos resultados obtidos consistiram de maneira significativa e válida, na definição de inferências e interpretações dos objetivos previstos, sendo apresentados sob a forma de contextualização e, ferramentas disponíveis no *software* Nvivo 11

pro *student*, como nuvem de palavras e contagem de palavras.

Para a criação das categorias de análise, que emanam das falas, foi utilizado o software Nvivo 11 pro student, que auxilia na organização e processo de codificação das falas, que servem de base para a criação das categorias (criação do nó).

Como codificação, com intuito de manter o sigilo e evitar a identificação das participantes, foi utilizado um sistema alfanumérico, no qual cada participante recebeu a letra “M” em referência a palavra “MULHER”, seguido do número de ordem da ocorrência das entrevistas, isto é, de “1 a 62”, a exemplo: “M1” trata-se da primeira mulher entrevistada na pesquisa.

A partir da análise dos resultados quantitativos e qualitativos foi reelaborado o quadro síntese da vulnerabilidade às IST das mulheres privadas de liberdade em Santarém, Pará. A dimensão individual contém a análise sobre o perfil socioeconômico e demográfico das mulheres, a estimativa da prevalência de IST auto referida e os casos suspeitos e confirmados de sífilis, HIV, hepatite B e C e HPV. Nas dimensões programática e social, a partir das falas das mulheres, analisaram-se a condição social e os contextos de atenção às IST na unidade prisional.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Na execução desta pesquisa foram obedecidas às normas éticas para pesquisas envolvendo seres humanos, descritas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo executada somente após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob o parecer 1.725.469 (Anexo C), liberada no dia 13 de setembro de 2016.

As participantes da pesquisa foram informadas a respeito dos objetivos, da metodologia e outros esclarecimentos, que porventura se fizeram necessários, assim como foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C) e disponibilizado uma via de igual teor, devidamente rubricada em todas as páginas pelas pesquisadoras.

Quanto aos riscos, inerentes em aceitar participar da pesquisa: a coleta de material biológico foi realizada somente após a autorização prévia das mulheres privadas de liberdade, mediante a assinatura do TCLE.

O risco de ter revelado sua identidade existiu, no entanto, foi minimizado por meio da utilização de código (alfanuméricos) para identificação, preservando, com isso, a

confidencialidade das informações que, é um direito das participantes da pesquisa. Sendo assim, seus nomes, e dos profissionais envolvidos na pesquisa não estão mencionados em publicações, nem estão acessíveis.

Do mesmo modo, nenhuma pessoa ligada à pesquisa poderá divulgar informações obtidas, seja por qualquer meio, sem a autorização prévia da coordenação da pesquisa.

Casos de constrangimento ou desconforto seja durante a coleta de informações pertinente a entrevista (devido a perguntas relacionadas à atividade sexual, número de parceiros, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), etc.) ou na coleta de amostras biológicas (dor, tontura, desmaio, hematoma (a pele roxa no local da coleta) mal estar, nervosismo, medo e vergonha), poderiam ocorrer, entretanto, tais situações foram minimizadas, com o suporte da UBSp nas dependências do CRASHM, que dispõe de consultórios climatizados, salas de procedimentos e uma equipe multiprofissional (treinados para a abordagem da participante de forma adequada na realização dos procedimentos) estes profissionais, auxiliaram na resolução das demandas referentes à realização dos exames e, entrega dos resultados durante todo o período de realização da pesquisa.

Em caso de persistência e, necessidade de avaliação por uma equipe médica especializada, a direção do CRASHM, juntamente com a pesquisadora, viabilizaram o agendamento de consultas especializadas via central de regulação de consultas, para a Unidade de Referência Especializada em Saúde (URES) e Centro de Referência em Saúde da Mulher, ou mesmo, se necessário fosse, à previsão de encaminhamento imediato para o serviço de Pronto Socorro Municipal.

Aos pesquisadores e técnicos, os riscos associados relacionaram-se quanto à aplicação dos questionários, entrevistas e a coleta de materiais biológicos (secreção vaginal, sangue). Contudo, estes riscos foram minimizados pela cautela e preparo técnico, tanto na abordagem qualitativa ou quantitativa, como no levantamento das variáveis necessárias.

Para a sociedade, os riscos foram de caráter informativo, visto que os dados obtidos na pesquisa se mostram passíveis de manipulação. Entretanto, como a equipe de pesquisadores preza também pela imparcialidade, exclui-se qualquer forma de manipulação tendenciosa.

Com a finalidade de impedir ou minimizar os riscos já citados, toda a equipe de pesquisadores e equipe técnica envolvida na execução da pesquisa, empenhou-se, comprometendo-se a respeitar todos os preceitos éticos estabelecidos para pesquisas envolvendo seres humanos, armazenando os documentos referentes à pesquisa em local seguro e sigiloso, por um período de 05 anos, mantendo sob a proteção a identificação das

participantes, de forma a respeitar a integridade, privacidade e o sigilo das informações sobre os indivíduos, durante todo o período da pesquisa e, posteriormente ao prazo estabelecido, incinerar e ou deletar todo e qualquer documento que possa identificá-lo.

Vale ressaltar que as informações obtidas no decorrer desta pesquisa não serão utilizadas para outro fim, que não a produção desta tese de doutorado, assim como a produção de resumos e artigos com o intuito de divulgação dos resultados obtidos em eventos e publicação em revistas científicas.

Como benefícios, a presente pesquisa possibilita analisar a magnitude das Infecções Sexualmente Transmissíveis, em mulheres privadas de liberdade e, as dimensões de vulnerabilidade relacionadas, no município de Santarém, Pará.

Assim como caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico de mulheres privadas de liberdade; descrever conhecimentos, atitudes e práticas sobre a prevenção primária de IST destas mulheres; estimar a prevalência auto referida e avaliada de IST, por meio de Teste Rápido e sorologia para diagnóstico de IST; descrever o padrão de atenção à saúde, instituído no sistema prisional da unidade em estudo, relacionado às IST e voltado às mulheres; caracterizar as dimensões de vulnerabilidade individual, social e programática associada às IST em mulheres privadas de liberdade em uma perspectiva integradora.

4 RESULTADOS E ANÁLISE

4.1 PERFIL SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE, CONHECIMENTO SOBRE IST, PRÁTICAS SEXUAIS E PREVENTIVAS

Responderam ao questionário, 62 mulheres que no período da coleta de dados cumpriam medidas restritivas de liberdade no CRASHM, seja em regime fechado, semiaberto ou provisório.

A Tabela 1, mostra o perfil socioeconômico, demográfico e motivo da sentença das mulheres privadas de liberdade, segundo distribuição, frequência e teste Qui quadrado, onde, 47 (75,8%) autodeclararam-se pardas, 35 (56,5%) concluíram o Ensino Fundamental, 37 (59,7%) encontravam-se na faixa etária de 21 a 40 anos, com a mediana de 26,50 anos, idade mínima de 18 anos e idade máxima de 57 anos. A maioria, 47 (75,8%) informou não exercer atividade remunerada no sistema penal. Antes da situação de cárcere, 24 (38,7%) das mulheres relataram renda familiar entre 2 a 3 salários mínimos vigente no país (R\$ 880,00 reais) e, que em média de 3 a 5 pessoas eram dependentes desta renda.

A maioria, 44 (71,0%), respondia ao Artigo 33 e 35 que de acordo com o Código Penal Brasileiro, corresponde a “Tráfico de Entorpecentes”.

Na análise estatística dos dados apresentadas na Tabela 1, por meio do teste Qui quadrado (X^2), as variáveis socioeconômicas e demográficas demonstram que as diferenças percentuais entre as opções são estatisticamente significativas (*p menor ou igual a 0,05*), com exceção da variável faixa etária.

Tabela 1 – Perfil socioeconômico e demográfico e motivo da sentença das mulheres privadas de liberdade, segundo distribuição, frequência e teste Qui quadrado. Santarém, Pará. 2017.

Perfil sociodemográfico	FREQUÊNCIA	(%)	X^2
RAÇA (n=62)			p=<0,001
Branca	5	8,1	
Negra	10	16,1	
Parda	47	75,8	
Total	62	100,0	
ESCOLARIDADE (n=62)			p=<0,001
Nenhuma	1	1,6	
Ensino Fundamental completo	35	56,5	
Ensino Médio completo	25	40,3	
Ensino Superior incompleto	1	1,6	
Total	62	100,0	

Tabela 1 – Perfil socioeconômico e demográfico e motivo da sentença das mulheres privadas de liberdade, segundo distribuição, frequência e teste Qui quadrado. Santarém, Pará. 2017.

(continuação)

FAIXA ETÁRIA (n=62)		p=0,003
18 – 20 anos	14	22,6
21 – 30 anos	22	35,5
31 – 40 anos	15	24,2
41 – 50 anos	6	9,6
51 – 60 anos	5	8,1
Total	62	100,0
EXERCE TRABALHO REMUNERADO (n=62)		p=<0,001
Não	47	75,8
Sim	15	24,2
Total	62	100,0
REMUNERAÇÃO (n=62)		p=<0,001
Nenhuma	48	77,4
Menos de 1 Salário Mínimo	8	12,9
Não informado	6	9,7
Total	62	100,0
RENDA FAMILIAR (n=62)		p=<0,001
Nenhuma	3	4,8
Até 1 Salário Mínimo	10	16,1
De 2 a 3 Salário Mínimo	24	38,7
De 3 a 4 Salário Mínimo	3	4,8
Mais de 4 Salário Mínimo	2	3,2
Não informada	20	32,3
Total	62	100,0
NÚMERO DE PESSOAS NA FAMÍLIA (n=62)		p=<0,001
De 0 a 2 pessoas	10	16,1
De 3 a 5 pessoas	28	45,2
De 6 a mais pessoas	22	35,5
Não informado	2	3,2
Total	62	100,0
TIPIFICAÇÃO CRIMINAL (de acordo com o Código Penal Brasileiro) (n=62)		p=<0,001
Tráfico de Entorpecentes	44	71,0
Roubo	07	11,3
Homicídio	05	8,1
Associação Criminosa	02	3,2
Receptação	02	3,2
Furto	01	1,6
Estelionato	01	1,6
Total	62	100,0

(conclusão)

*Valor do salário Mínimo no Brasil em 2016 = R\$ 880,00 – Decreto: 8.616/2015.

* Teste χ^2 - Qui quadrado; p= valor de “p”.

Na Tabela 2 apresenta-se o conhecimento das mulheres sobre as IST, sendo possível verificar que a maioria, 58 (93,5%), disse saber o que é Infecção Sexualmente Transmissível (IST); 33 (53, 2%) referiu ter ouvido falar sobre [IST] com a equipe de saúde, 21 (33,9%) pelos meios de comunicação e, 15 (24,2%) por meio da família. A maioria, 55 (88,7%), disse saber como se adquire uma IST, e, 61 (98,4%) afirmou saber para que “serve” o preservativo. As diferenças percentuais entre as opções mostraram ser estatisticamente significativas.

A maioria das mulheres, 33 (53,2%) disse conversar sobre o assunto [IST] com outras mulheres que convivem na mesma cela, 46 (74,2%) com profissionais da equipe saúde (enfermeiro, médico, psicólogo) e, 22 (35,5%) com alguém da família ou com um amigo. Nesta questão, as diferenças entre as opções em cada variável mostraram ser estatisticamente significativas.

Tabela 2 – Conhecimento de mulheres privadas de liberdade, sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), segundo distribuição, frequência e teste Qui quadrado. Santarém, Pará, 2017.

CONHECIMENTO SOBRE IST	FREQUÊNCIA	(%)	X^2
Sabe o que é IST (n=62)			p= <0,001
Não	4	6,5	
Sim	58	93,5	
Total	62	100,0	
Se sim, onde ouviu falar sobre IST (n=58)			p=<0,001
Com os familiares	15	24,2	
Com a equipe de saúde	33	53,2	
Na escola	5	8,1	
Nos meios de comunicação	21	33,9	
Outros (agentes prisionais, companheiras de cela)	8	12,9	
Sabe como ‘pega’ uma IST (n=62)			p= <0,001
Não	7	11,3	
Sim	55	88,7	
Total	62	100,0	
Sabe para que serve um preservativo (n=62)			p= <0,001
Não	1	1,6	
Sim	61	98,4	
Total	62	100,0	
Com quem conversa sobre IST? n= (62)			
Pessoas que convivem na cela comigo	33 - Sim	53,2	p=0,703
	29 - Não	46,8	
Profissional da equipe saúde (enfermeiro, médico, psicólogo...)	46 - Sim	74,2	p=<0,001
	16 - Não	25,8	
Alguém da sua família ou amigo	22 - Sim	35,5	p=0,030
	40 - Não	64,5	

* Teste X^2 - Qui quadrado; p= valor de “p”.

Relacionado ao contexto de práticas sexuais das mulheres (Tabela 3), 37 (59,7%) informaram não usar preservativo, 25 (40,3%) indicando como principal “motivo” o fato de não conseguir negociar com o parceiro. A maioria das mulheres, 39 (62,9%), informou ter parceiro fixo e, 26 (41,9%) relatou envolvimento com mais de 10 parceiros durante sua vida sexual. A maioria, 52 (83,9%), informou ter relações sexuais com diferentes pessoas com uso eventual de preservativo. Vinte e quatro (38,7%) informaram relações sexuais com dois parceiros sexuais nos últimos seis meses. Para cinquenta e duas (83,9%) das mulheres prevaleceram as relações heterossexuais e sete (11,3%) eram lésbicas. Para a maioria, 54 (87,1%), as práticas sexuais mais comuns eram vaginais.

Sobre o exame Preventivo do Câncer de Colo Uterino (PCCU), 46 (74,2%) informaram ter realizado o exame pelo menos uma vez na vida e, para 16 (25,8%) mulheres esta foi a primeira vez.

A análise estatística das variáveis que representam os contextos de práticas sexuais mostrou diferença estatística significativa entre as opções. No entanto, entre algumas variáveis como motivo de não usar preservativo e não ter parceiro sexual fixo, não houve diferença estatística.

Tabela 3 – Contextos de práticas sexuais de mulheres privadas de liberdade, segundo distribuição, frequência e teste Qui quadrado. Santarém, Pará. 2017.

PRÁTICAS SEXUAIS	FREQUÊNCIA	(%)	χ^2
Usa preservativo com parceiro fixo (n=62)			p=<0,001
Não	37	59,7	
Sim	24	38,7	
Não informado	1	1,6	
Total	62	100,0	
Se não, qual o motivo? (n=37)			p=0,107
Não gosta	14	22,6	
Não consegue negociar com o parceiro	25	40,3	
Outro motivo não informado	27	43,5	
Tem parceiro sexual fixo? n= (62)			p=0,056
Não	23	37,1	
Sim	39	62,9	
Total	62	100,0	
Número de parceiros sexuais durante a sua vida (n=62)			p= <0,001
Único	3	4,8	
De 2 a 3	14	22,6	
De 4 a 6	11	17,8	
De 7 a 10	8	12,9	
Mais de 10	26	41,9	
Total	62	100,0	
Número de parceiros nos últimos 06 meses			p=<0,001
Nenhum parceiro	14	22,6	
01 parceiro	18	29,0	
02 parceiros	24	38,7	
03 parceiros	01	1,6	
04 parceiros	1	1,6	
05 parceiros	1	1,6	
06 ou mais parceiros	2	3,2	
Não informado	1	1,6	
Total	62	100,0	
Manteve relações sexuais nos últimos 6 meses (n=62)			p= <0,001
Não	7	11,3	
Sim	55	88,7	
Total	62	100,0	
Relações sexuais somente com homens			p=<0,001
Não	10	16,1	
Sim	52	83,9	
Total	62	100,0	
Relações sexuais somente com mulheres			p=<0,001
Não	55	88,7	
Sim	7	11,3	
Total	62	100,0	

Tabela 3 – Contextos de práticas sexuais de mulheres privadas de liberdade, segundo distribuição, frequência e teste Qui quadrado. Santarém, Pará. 2017.

<i>(continuação)</i>		
Relações sexuais com homens e mulheres		
		p=<0,001
Não	52	83,9
Sim	10	16,1
Total	62	100,0
Características das relações sexuais		
		p=0,002
Prática sexual vaginal	54	87,1
Prática sexual oral	30	48,4
Prática sexual anal	27	43,5
Ocorrência de situações		
		p=<0,001
Em todas as relações sexuais, usei camisinha.	4	6,5
Só transei com pessoas conhecidas e limpas, por isso não usei camisinhas.	5	8,1
Tive relações sexuais com pessoas diferentes.	52	83,9
Com algumas usei camisinha e com outras não		
Não passei por nenhuma dessas situações.	1	1,6
Total	62	100,0
Realização de Preventivo do Câncer de Colo Uterino (PCCU)?		
		p=<0,001
Sim	46	74,2
Não	16	25,8
Se sim. Em que ano foi o último?		
		p= 0,017
2008 a 2010	3	4,8
2011 a 2013	5	7,0
2014	12	19,4
2015	10	16,1
2016	16	25,8
Total	46	74,2

(conclusão)

* Teste χ^2 - Qui quadrado; p= valor de “p”.

Os contextos de vulnerabilidade às IST das mulheres privadas de liberdade em Santarém, Pará (Tabela 4) puderam ser identificados, quando se observou que 35 (56,5%) informaram não haver educação em saúde no sistema penal. Vinte e cinco (40,3%) reconhecem que há ação neste sentido, mas 18 (72,0%) consideram não ser suficiente.

Quanto ao cumprimento do direito à saúde da mulher em situação de cárcere, para 28 (45,2%) delas, não é assegurado, em contraposição a opinião de 27 (43,5%) mulheres. Pois, trinta (48,4%) mulheres, afirmaram que em casos de problemas de saúde é possível acionar o serviço de saúde, por meio das agentes prisionais, que avaliavam (mesmo não tendo preparo técnico para esta atividade) e realizavam a condução das internas, até a unidade de saúde.

Pertinente a necessidade de prevenção ou queixa associada às IST, 50 (80,6%) das mulheres, relataram que até o momento, não procuraram à unidade de saúde por este motivo.

Relacionado à visita íntima, segundo 43 (69,4%) mulheres, esse direito é assegurado somente para quem tem parceiro conjugal, desde antes da situação de cárcere, comprovado por meio de certidão de casamento ou declaração de união estável (declaração de convivência) emitido pelo serviço social e autenticado em cartório.

No que tange ao acesso ao preservativo masculino, 35 (56,5%) afirmou que o acesso acontece nos dias de visita íntima a cada 15 dias e no caso de preservativo feminino não há acesso a este insumo de prevenção no sistema penal feminino da localidade do estudo.

As diferenças dos percentuais das opções das variáveis mostraram ser estatisticamente significativas. A exceção foi a variável “considera a educação em saúde suficiente no sistema prisional”.

Tabela 4 – Contextos de vulnerabilidade de mulheres privadas de liberdade, às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), segundo distribuição do número, frequência e teste Qui quadrado. Santarém, Pará. 2017.

GARANTIA DE DIREITOS	FREQUÊNCIA	(%)	X²
Há Educação em Saúde sobre IST no Sistema Prisional n= (62)			p=<0,001
Não	35	56,5	
Sim	25	40,3	
Não informado	2	3,2	
Total	62	100,0	
Se sim, considera suficiente? (n=25)			p=0,045
Não	18	72,0	
Sim	07	28,0	
Total	25	100,0	
O direito a saúde é assegurado às mulheres no Sistema Prisional? (n=62)			p=<0,001
Não	28	45,2	
Sim	27	43,5	
Em parte	06	9,7	
Não sabe informar	01	1,6	
Total	62	100,0	
O que faz, quando tem um problema de saúde? n= (62)			p=<0,001
Avisa o agente prisional	13	21,0	
Chama o serviço de saúde	30	48,4	
Espera passar	10	16,1	
Chama as companheiras de cela	08	12,9	
Não informado	01	1,6	
Total	62	100,0	
Já procurou o serviço de saúde prisional para prevenir ou tratar alguma IST? n= (62)			p=<0,001
Não	50	80,6	
Sim	10	16,1	
Sim, mas não fui atendida	02	3,2	
Total	62	100,0	
É assegurado o direito à visita íntima para as mulheres neste sistema prisional? n= (62)			p=<0,001
Não	18	29,0	
Sim	43	69,4	
Não informado	01	1,6	
Total	62	100,0	
Como tem acesso a preservativo masculino ou feminino dentro deste sistema prisional? n (62)			p=<0,001
Por meio de compra	02	3,2	
Na Unidade Básica de Saúde Prisional	18	29,0	
Recebo no dia de visita	06	9,7	
Não tem acesso	35	56,5	
Não informado	01	1,6	
Total	62	100,0	

* Teste X² - Qui quadrado; p= valor de “p”.

Na Tabela 5, em que se fez a distribuição das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) auto referidas e confirmadas por meio de diagnóstico laboratorial, segundo distribuição, frequência e teste Qui quadrado, obteve-se a diferença estatisticamente significativa entre as opções de resposta de cada variável, dezesseis (25,8%) mulheres informaram terem tido alguma IST, 12 (19,4%) indicaram a sífilis.

Nesta pesquisa, não houve resultados reagentes para HIV, hepatites virais B e C, porém, 14 (22,6%) tiveram resultado reagente ao Teste Rápido (TR) para sífilis. Estas mulheres realizaram o VDRL quantitativo para identificar se a infecção estava ativa ou se tratava de cicatriz sorológica e a partir disto, resultou em 4 (28,6%) reagentes, foram tratadas conforme protocolo do Ministério da Saúde para tratamento de sífilis, nas dependências da UBSp.

Das 55 mulheres que aceitaram realizar o PCCU, 21 (36,84%) tiveram resultado sugestivo para *Gardnerella vaginalis* e 4 (7,02%) apresentaram resultado sugestivo para HPV. Estas foram encaminhadas para o Serviço de Referência de Média Complexidade do município de Santarém, para consulta médica especializada e realização do exame de colposcopia para a confirmação do resultado e tratamento específico.

Tabela 5 – Distribuição de mulheres segundo Infecções Sexualmente Transmissíveis auto referidas, suspeitas e confirmadas por meio de diagnóstico laboratorial. Santarém, Pará. 2017.

IST	FREQUÊNCIA	(%)	χ^2
Já teve alguma doença transmitida através das relações sexuais (doença venérea, doença de rua)? (n=62)			
Não	44	71,0	p=<0,001
Sim	16	25,8	
Não informado	02	3,2	
Total	62	100,0	
Qual doença transmitida através das relações sexuais já teve?			
Sífilis	12	19,4	p=<0,001
Gonorréia	02	3,2	
Não sabe informar	02	3,2	
Não informado	02	3,2	
Não teve	44	71,0	
Total	62	100,0	
Infecções Sexualmente Transmissíveis confirmadas por meio de teste rápido.			
SÍFILIS			
Reagente	14	22,6	p=<0,001
Não reagente	47	75,8	
Recusa em realiza	01	1,6	
VDRL quantitativo realizado (exame confirmatório de doença ativa) n = (14).			
Reagente	04	28,6	
Exame citopatológico – PCCU – Resultados sugestivos – n = (57)			
HPV	04	7,02	p=0,001
<i>Lactobacillus sp</i>	09	15,79	
<i>Bacilos (Gardnerella)</i>	21	36,84	
<i>Flora Mista</i>	19	33,33	
<i>Cocos, Bacilos</i>	04	7,02	

* Teste χ^2 - Qui quadrado; p= valor de "p".

Na Tabela 6, o “conhecimento sobre IST” segundo faixa etária, raça e escolaridade, mostrou que em todos houve correlação. As que disseram conhecer IST segundo faixa etária resultou em ($r = 0,69$) indicando uma correlação de Pearson moderada perfeita, diretamente proporcional, isto é, a idade interfere no fato das mulheres relatarem “saber o que são IST”, levando a concluir que quanto maior a idade da mulher, menor pode ser o conhecimento acerca das IST.

Na correlação entre “sabe o que são IST” e raça encontrou-se ($r = 0,22$) uma relação positiva fraca, diretamente proporcional, levando a concluir que há interferência, mesmo que menor da raça, no que se refere ao conhecimento acerca das IST.

Sobre “sabe o que são IST” e escolaridade, o resultado ($r = 0,36$) indica que a correlação foi positiva fraca, ou seja, há interferência, mesmo que menor da variável escolaridade, diretamente no fato de saber o que são IST. Conclui-se que quanto maior a escolaridade da mulher, maior será o conhecimento acerca das IST.

A correlação entre o número de mulheres que não conhecem o que são IST, e faixa etária, raça e escolaridade, demonstrou não haver apresentação de dados semelhantes para a correlação de Pearson.

Continuando na Tabela 6, avaliou-se a correlação entre “uso preservativo” a idade, raça e escolaridade.

As mulheres que disseram usar preservativos quando correlacionado à idade, apresentou ($r = 0,49$), o que indica uma correlação moderada perfeita, diretamente proporcional, isto é, a idade interfere no uso de preservativos pelas mulheres, levando a concluir que quanto maior a idade da mulher, menor pode ser a adesão ao uso do preservativo.

Entretanto, a correlação “usa preservativo” e raça, encontrou ($r = 0,09$), que indica uma correlação positiva fraca, isto é, há interferência, mesmo que menor da variável raça, diretamente no fato de usar preservativo, indicando que a variável raça interfere diretamente na adesão ao uso do preservativo.

Na correlação “usa preservativo” e escolaridade, o resultado apresentado foi ($r = 0,24$), que indica uma correlação positiva fraca, ou seja, há interferência, mesmo que menor, da escolaridade, levando a concluir que quanto maior a escolaridade da mulher, maior pode ser a adesão ao uso do preservativo.

A correlação entre “usa preservativo” e a idade das mulheres que responderam “Não usar preservativo” encontrou-se ($r = 0,87$) o que indica uma correlação positiva perfeita,

diretamente proporcional, levando a concluir que quanto maior idade da mulher, maior o número de mulheres que não usam preservativos.

Na correlação entre “usa preservativo” e raça de mulheres que responderam “Não usar preservativos” encontra-se ($r = 0,76$) o que indica uma correlação positiva perfeita, diretamente proporcional, levando a concluir que há interferência da raça na decisão de não usar preservativo.

Na correlação as mulheres que disseram “Não usar preservativo” e a escolaridade, não houve apresentação de dados semelhante na correlação de Pearson.

Tabela 6 – Correlação entre saber ou não saber o que são IST, usar ou não usar preservativo, segundo coeficiente de correlação de Pearson (r). 2017.

Conhecimento sobre IST	FAIXA ETÁRIA r	RAÇA/COR r	ESCOLARIDADE r
Sim (58)	0,69	0,22	0,36
Não (4)	Não houve correlação	Não houve correlação	Não houve correlação
Usa de Preservativo			
Sim (38)	0,49	0,09	0,24
Não (24)	0,87	0,76	Não houve correlação

Na tabela 7, houve correlação entre “motivo de não usar preservativo e faixa etária”, que se mostrou de fraca a moderada, diretamente proporcional, isto é, a idade interfere diretamente nos “motivos de não usar preservativo”. No entanto, é válido destacar que não foi possível apresentar a correlação com raça e escolaridade, pois não houve ponto comum encontrado na aplicação da correlação.

Dentre os motivos de não usar preservativos, destaca-se “Não consegue negociar com o parceiro ($r=0,24$) e “não gosta de usar” ($r=0,4$).

Tabela 7 - Correlação entre motivo de não usar preservativo nas relações sexuais e raça/etnia, faixa etária e escolaridade, segundo coeficiente de correlação de Pearson (r). 2017

Motivo de não usar preservativo (n=33)						
Faixa etária (anos)	Não consegue negociar com o parceiro (n=8)	r	Não gosta (n=15)	r	*Outros (n=10)	r
18 - 20	02		03		03	
21 - 30	05	0,24	06	0,4	01	0,44
31 - 40	01		05		04	
41 - 50	-		01		01	
51 - 60	-		-		01	

Não houve correlação representativa nas variáveis raça e escolaridade.

* Outros - (Sem é melhor; mora junto; difícil acesso; não sabe usar; acha que não vai pegar doença, desejo de ter filhos, alergia).

*Coeficiente de correlação de Pearson = r

Os resultados apresentados permitem identificar quão vulneráveis são as mulheres privadas de liberdade às IST em Santarém, PA. Sintetizando, 56,5% concluíram até o ensino fundamental; concentração de mulheres jovens entre 21 a 40 anos (59,7%), em idade produtiva e reprodutiva. No sistema prisional, 75,8% não exerce atividade laboral ou ocupacional, 71% responde a pena por tráfico de entorpecentes, proveniente de atividades de comercialização e uso, em muitos casos, compartilhadas por outros membros da família, como pai, mãe, irmãos, marido, filhos dentre outros.

Mais da metade das mulheres (56,5%) relatou não haver atividades de educação em saúde no sistema penal e, 45,2% afirmaram que o direito a saúde não é assegurado. Quanto ao contexto de práticas sexuais, 59,7% informou não usar preservativo, sendo que 40,3% afirmou não conseguir negociar o uso do preservativo com o parceiro.

Levando em consideração a correlação feita entre as variáveis analisadas, é possível inferir que: quanto maior a idade das mulheres, menor é o conhecimento acerca das IST; quanto maior a escolaridade das mulheres, maior é o conhecimento acerca das IST; a raça e a idade interfere diretamente na adesão ao uso ou não de preservativos, e quanto maior a escolaridade, maior pode ser a adesão ao preservativo.

Relacionado ao uso de preservativo, é possível dizer que: quanto maior a idade, menor a adesão ao uso de preservativo, que a raça interfere diretamente no uso ou não de preservativo.

4.2 CATEGORIAS DE ANÁLISE

4.2.1 Conhecimento das mulheres sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis

Na análise desta categoria foi evidenciado o conhecimento que mulheres privadas de liberdade, em Santarém, Pará, têm em relação às IST. A primeira pergunta, que serviu de base para a extração dos significados intrínsecos nas falas, foi ***“O que você sabe sobre IST?”*** e, a partir das respostas foram destacados trechos que contém os significados, não apenas, saber o que são IST, como, suas formas de transmissão e quais são conhecidas por estas mulheres.

Mulheres em situação de cárcere demonstraram conhecer as formas de transmissão, destacando três situações: **“transmissão por relação sexual, transmissão por objetos cortantes e transmissão sem o uso de preservativo”**.

Esta afirmação foi baseada no reconhecimento de que IST são doenças transmitidas por relação sexual, seja por via vaginal, anal ou oral e por compartilhamento de objetos cortantes contaminados, como alicate de unha. As mulheres ressaltaram que o alicate de unha, assim como outros instrumentos cortantes, deve ser de uso pessoal, pois, além de auxiliar na prevenção de doenças, indicam uma boa prática de higiene pessoal.

O uso de objetos cortantes compartilhados, como pinça de sobrancelhas, alicate de unha e aparelho para depilação, configuram formas de transmissão das IST (M2, M9, M35, M36, M46, M48, M49). Todavia, são poucos os relatos de possibilidade de transmissão por estes tipos de objetos, e esses quando citados, são colocados como “risco insignificante para transmissão das IST”.

De 62 mulheres entrevistadas, 23 apontaram corretamente que, uma das formas de transmissão é por meio da relação sexual (M1, M2, M6, M7, M9, M10, M14, M15, M16, M23, M24, M29, M34, M37, M41, M44, M45, M48, M50, M53, M59, M60, M62).

As falas denotam que algumas mulheres apresentam certa confusão e até desconhecimento sobre as formas de transmissão de IST. Há mulheres que acreditavam que a transmissão ocorre ao sentar na mesma cadeira de um portador, “a gonorreia você pega, do sentar né? ou fazendo relação. Mas ela tem a cura né? (M42); “É por causa que... eu não sei esse negócio de doença, é por que falam assim que quando a pessoa tá doente, que senta na cadeira, que a doença passa pra gente...não né? (M54).

Merece destaque, as falas que expressam conhecimento referente a situações em que **não** há risco de transmissão, como: aperto de mão, beijo ou abraço, conviver no mesmo ambiente, ressaltando a importância da não discriminação com portadores de IST (M17; M27; M 39; M41; M46; M 48).

As mulheres fizeram referência a doenças causadas por bactérias e vírus, correlacionando a sinais e sintomas como: corrimento, prurido vaginal e presença de desconforto (M2, M25, M46, M48).

Dentre as mais conhecidas, foram evidenciadas o HIV/aids, a sífilis e a gonorreia. Foram citados nomes populares, como: crista de galo, cavalo de cristo em referência ao condiloma. “Conheço a sífilis, o HIV, mas têm várias, tem umas de verrugas... (M12)”; “Sei não...Nunca ouvi falar. Só do HIV e da sífilis (M60)”.

Na nuvem de palavras, usando um recurso do software Nvivo, foram destacadas as palavras mais citadas nas falas, conforme repetição, demonstradas por seu tamanho, ou seja, quanto maior a palavra, mais vezes esta foi citada (Figura 3).

Figura 3 - Nuvem de palavras – IST mais conhecidas e citadas pelas mulheres privadas de liberdade nas entrevistas, realizadas em Santarém, Pará. 2017.

Fonte: Dados das entrevistas analisados por meio do software Nvivo 11 pro student. 2018.

Nas falas foi possível apreender que dentre as IST, a aids é destacada como “doença que não tem cura”, que só tem controle pelo tratamento, e que se ouve falar muito pela televisão (M17), “As IST são perigosas, por muitas vezes pode levar até a morte, M27”. Foi identificado o sentimento de medo, como destacado na fala de M22: “Infecção? Pra mim, eu acho que é uma doença muito feia oh (ligado a imagem corporal, ao sofrimento e as consequências, vivenciadas pelo portador de IST)! Eu acho que [silêncio]...eu tenho é medo disso aí, eu acho que tem que se prevenir né?”

O fato de terem conhecido alguém que tem ou já teve IST, mesmo que fora do sistema prisional, a princípio causou estranheza, medo, preconceito, ao ponto de que a primeira reação foi de negação: “se eu já convivi, eu nunca descobri e graças a Deus, eu nunca peguei (M16)”; “Não!.....ah...já sim, meu filho, ele pegou aquela...“a gonorreia” que chamam né? (M10)”.

Foram descritos casos de diagnóstico de IST em familiares, M9 relata que no momento do diagnóstico, reagiu com surpresa, por acreditar que não seria possível acontecer com alguém tão próximo e ao mesmo tempo sentiu alívio, por se tratar de uma IST curável (gonorreia), este episódio levou ao aprendizado acerca das IST, suas formas de transmissão e tratamento.

No relato de M14, a experiência de conviver com o ex-marido, causou sentimento de pena e preocupação, ao presenciar o sofrimento do pai de seu filho em uma situação terminal, mesmo assim, acolheu seu ex-marido dentro de sua casa e prestou os cuidados até sua morte.

Para M47, saber que seu irmão e sua cunhada eram portadores do HIV, foi um choque para todos na família “a gente nunca imaginava que ia acontecer assim, mas a gente trata com maior amor, carinho, tanto faz ele, como a mulher dele”, o apoio da família no momento do diagnóstico é fundamental para uma boa adesão ao tratamento e melhor qualidade de vida.

Algumas mulheres acrescentaram em suas falas que a transmissão por via sexual, ocorre quando não é usado o preservativo (M1, M6, M13, M20, M23, M24, M27, M38, M39, M46, M53, M56).

Nota-se nas falas de mulheres em privação de liberdade, a importância da prevenção às IST por meio do uso de preservativo, seja masculino ou feminino.

Vale ressaltar que para um grupo de 12 mulheres, a forma de transmissão está relacionada ao fato de não usar preservativo nas relações sexuais (M1, M6, M13, M20, M23, M24, M27, M38, M39, M46, M53, M56).

Mesmo conhecendo sobre as IST, há situações em que a prevenção não é praticada, particularmente quando em associação ao uso de drogas, ilustrando a dupla condição de vulnerabilidade a que estão expostas as mulheres: prostituição sem o uso de proteção para IST e o uso de drogas.

O relato de M20, destaca esta situação “tem gente, que não tá nem aí, depois que inventaram essa droga aí, as pessoas se trocam por droga para consumir o vício, aí lá por 10 reais, tu pega uma aids né?”.

M20, é usuária de droga, foi presa por tráfico de entorpecentes e cumpre pena no regime fechado. No convívio com outras mulheres fora do cárcere, relata que por vezes, há mulheres que se prostituem para financiar o uso de drogas e álcool.

Da mesma forma, o relato de M6 vem despertar atenção para o consumo de drogas entre mulheres, nesse caso específico na situação de “vendedora de droga”, que conhece a condição e o estado debilitado de saúde da usuária como portadora de HIV/aids, expressa um sentimento de pena na situação vivenciada, no entanto, se ver obrigada a vender a droga, para manutenção do comércio e prestação de contas com o fornecedor.

Segundo ela, presenciar a fissura pela droga e ver a situação de desespero que a falta da droga provoca, contrasta com o mal que a própria droga provoca.

Uma usuária de drogas destaca que a transmissão ocorre por contato com sangue, e descreve esta condição de usuários de drogas e IST, presente na fala de M58, que relatou conviver com outros usuários de drogas e portadores de HIV “Já fumei com gente que tem HIV, sempre eu fumo, quando eu tô lá fora. Mas, isso aí não vai dá boca, só se tiver um ferimento numa boca, se tiver um sangramento...aí sim, mas não tem nada a ver, não é porque a pessoa tem aids, que eu vou ter também...”.

Ao término das entrevistas foi solicitado a cada uma das mulheres privadas de liberdade, que deixassem uma mensagem de prevenção relacionada às IST direcionada “a outras

mulheres”, muitas das falas enfatizaram a prevenção, o uso do preservativo nas relações sexuais, mesmo que seja com parceiro fixo, foi destacado que “as pessoas não tem a cultura de usar preservativo”, se expõe, muitas vezes sem conhecer o parceiro e sem usar o preservativo, foi ressaltada a necessidade de cuidar da saúde, seja na rua (em liberdade) ou dentro do cárcere. Como destacado na fala de M4 “Quando for se envolver com uma pessoa, se deve prestar bem atenção, conhecer mais né? Pra poder saber se ela não tem uma doença, pra depois não sofrer as consequências”.

Destaca-se o reconhecimento do perfil de vulnerabilidade, quando na fala de M2 se evidencia “A pessoa é vulnerável a alguma coisa, é fácil”. Hoje em dia, a informação tá aí né? “Porém, o índice está muito alto, apesar de tanta informação, de camisinha, as pessoas, não tem aquela cultura de usar preservativo... A prevenção ela é tudo né? Pra qualquer pessoa, não vem escrito na testa de uma pessoa “eu tenho HIV” aí a pessoa se relaciona, mal se conhece, já vai tendo relação”.

Mesmo que a princípio, algumas mulheres disseram não saber o que são IST e quais as formas de transmissão, quando foi solicitado, que fizessem uma orientação acerca das IST, os resultados foram positivos, como se evidencia nas falas:

“Eu não sei... Quem sou eu pra dar conselho para alguém? Só diria para tomar mais cuidado. O mundo hoje em dia ele tá muito assim [silêncio], o tempo que a gente vive hoje, o tempo das doenças, tem muitas doenças contagiosas entendeu? Tipo HIV, tem gente que tem e não sabe, e às vezes eu posso ter, a senhora pode ter e assim, é um exemplo né? (M24)”. “Então se eu tivesse a oportunidade de dizer pra elas eu diria isso, que elas têm que se preocupar um pouco mais com a saúde delas, procurar mais assistência, deixar a vergonha de lado né? E se tratar, tem pessoas que tem problemas e nem sabe né? Que tem umas doenças que elas não são visíveis, elas aparecem com o tempo, mas elas já estão lá (M57)”.

Em síntese, na primeira categoria se pode inferir que as mulheres privadas de liberdade em Santarém, Pará, de modo geral, têm conhecimentos acertados sobre as IST, suas formas de transmissão e prevenção, assim como, reconhecem situações onde não há risco de infecção e reforçam a importância da não discriminação aos portadores de IST, uma vez que são agravos que produzem reações de medo e preocupação.

Ressalta-se que as IST mais conhecidas por estas mulheres foi o HIV/aids, sífilis e a gonorreia, assim como em suas falas foi enfatizado o uso de drogas, associado a prostituição sem uso de preservativo, como elementos que configuram o contexto de vulnerabilidade destas mulheres em situação de cárcere às IST.

4.2.2 Identificação das Infecções Sexualmente Transmissíveis como problema no Sistema Prisional

Casos de IST entre mulheres no sistema prisional, segundo elas são raros. As mulheres recordam que há um tempo, quando se recebia diagnóstico de HIV, por exemplo, de imediato, era concedido Alvará de Soltura, de tal forma que este não era um problema para elas no presídio.

Na análise das falas foi possível identificar que para um grupo de 15 mulheres, as IST não são um problema no presídio, justificando que não identificam casos de IST entre elas. Dizem ser mais comum ouvir ocorrência de casos entre os homens presos.

Em sua fala M17 destaca “não é um problema, pois os homens não ficam junto com as mulheres entendeu?”, demonstrando que o fato de conviverem somente entre mulheres, não reconhecem a possibilidade de transmissão de IST, portanto não veem como um problema.

Mesmo em situações de não identificar as IST como um problema, M1 reconhece que não é um assunto comum entre elas. Há dúvidas quanto à ocorrência das IST no cárcere “Eu acho que não né? Porque, a gente convive todas juntas entendeu? Mas a gente às vezes não sabe o que uma tem? Pouco a gente conversa, entendeu?”.

As mulheres não se veem vulneráveis às IST pelo fato de estarem em um presídio feminino, e acreditar, que somente quando do envolvimento sexual com homens, pode ocorrer infecção e ainda por não haver registro de casos conhecidos entre mulheres privadas de liberdade.

Para 42 mulheres, as IST são um problema dentro do sistema prisional, sendo algumas vezes referido como “gravíssimo” “seríssimo”, justamente por sofrerem dificuldades para o tratamento no sistema penal “M2, M5, M7, M10, M12, M13, M14, M18, M19, M21, M23, M24, M25, M26, M27, M29, M30, M32, M33, M35, M37, M39, M40, M42, M43, M45, M46, M48, M49, M50, M51, M52, M53, M54, M55, M56, M57, M58, M59, M60, M61, M62”.

Algumas mulheres reconhecem que pode ocorrer infecção no relacionamento sexual entre elas, como destacada nas falas “A gente se envolve umas com as outras, até mesmo pela carência afetiva, acredito que sim, é um tabu para as mulheres aqui, e tem muita interna aí, que é um rostinho bonito, mas falta se tratar, por vergonha de falar (M26)”; “Sim, com certeza [IST] é um problema! Porque pode passar para as outras né? Eu acho, que é isso né? Tipo se eu tiver com uma ferida e pessoa tiver com outra, aí tipo [silêncio]... tem muitas mulheres aí, que se beijam né, tem mulher que gosta também (M27)”.

Há relatos de medo entre as falas, o medo de adoecer dentro do sistema prisional, medo de não ter o tratamento adequado e ocorrer complicações em seu estado de saúde, ressaltaram como situação gravíssima... Além de estar presa, ainda ficar doente, como destacado na fala de M31, “É gravíssima. Além de tá presa aqui, com problema na sociedade, e se arriscar a ponto de adquirir uma.../ um problema desse na saúde, é a última! É sério!”.

Foi lembrado por M32, que as IST são um problema não somente para as mulheres em situação de prisão, mas também, para as mulheres em geral, reforçando a importância da prevenção, pelo uso do preservativo. “Se é um problema? Eu acho que sim né? Não somente aqui, como lá fora também e só prevenindo né? Dando proteção para as meninas que tem visita íntima, dá camisinha, acho que é isso”.

Considerando a necessidade do uso de proteção, M32 reforçou que no sistema prisional, o preservativo deve ser disponibilizado, para as mulheres que tem visita íntima assegurada, o que demonstra certa preocupação e cuidado umas com as outras, com destaque para a expressão “meninas”, forma carinhosa de tratamento, que neste contexto faz referência as mulheres que necessitam de prevenção.

Há mulheres que destacam a importância da prevenção, apontando como a forma ideal para se viver melhor na prisão, para ter uma boa saúde, ter hábitos alimentares e de higiene satisfatório.

Para as mulheres que reconhecem as IST como um problema no sistema penal, a dificuldade no tratamento passa a ser a maior preocupação, citam o fato de não haver medicação adequada como destacado na fala de M5: “Eu acredito que sim, porque não tem tratamento adequado para isso, é sério, porque remédio é muito difícil, quanto mais pra uma doença dessa aí, é mais difícil ainda, então nem tem o tratamento certo, aqui não”.

É perceptível, em um trecho extraído da fala de M21 o descontentamento com o atendimento prestado às mulheres, quando do uso de paracetamol de forma paliativa, chegando a situações que mesmo com necessidade, as mulheres preferem não procurar a enfermaria (aqui na frente) para atendimento e permanecem na cela (lá atrás) esperando a melhora.

Este sentimento de descontentamento é compartilhado com outras internas, ressaltando que quando há necessidade de atendimento, por não saber se pode ser grave ou não, pedem para ir à enfermaria, e por vezes não são atendidas de forma adequada, como destaca M52 em sua fala: “E eles aqui (equipe de saúde), eles não fazem a coisa certa, às vezes a gente grita, grita....quando a gente vem aqui (enfermaria) eles dão uma “piulazinha” e dizem que é normal, não fazem um exame”.

Há mulheres que relacionam IST como um problema sério, agravado pelo convívio em ambiente compartilhado, com pouca higiene, destacam não haver rotina de limpeza adequada, não há disponibilidade suficiente de material de limpeza, além de ser um ambiente pequeno, com pouca ventilação, por vezes é ultrapassada a capacidade de internas por cela, dificultando ainda mais o controle higiênico no ambiente.

As IST como um problema sério são destacadas na fala de M16: “Claro! Um problema sério [IST], seríssimo, porque aqui tem mulheres doentes, tem mulheres que tem infecção, tem corrimento vaginal, eu pelo menos, no vaso eu não encosto, eu tenho medo, ninguém tem nada de...[silêncio]...vamos se dizer assim, um controle, ao menos de cuidar na cela, a gente que dá um jeito, aqui (sistema prisional) é muito parado”.

É importante destacar, que mesmo declarando conhecer as formas de transmissão, o medo de contaminação ao compartilhar o mesmo banheiro, os mesmos objetos pessoais existe, e se torna mais evidente devido à higienização precária, reproduzido na fala de M49: “Problema?... Eu acho que sim, pelo fato da gente tá tudo ali atrás, tá todo mundo junto, se uma tiver, é muito fácil da outra pegar, pelo fato de sentar no mesmo vaso sanitário, a gente vai lá e senta em cima, também colheres, prato, alicate”.

A experiência pessoal de já ter sido diagnosticada com alguma IST ou pelo convívio anterior com pessoas da família ou conhecidos com diagnóstico de IST, inclusive no cárcere, ajudou a sensibilizar para que houvesse melhor aceitação e compreensão de outra mulher na mesma situação “Já tive contato com uma menina que tinha IST, não era uma coisa normal né? Mas a gente não pode ter preconceito com nada, principalmente se parar na mesma cela, sem preconceito nenhum (M19)”; “Eu nunca tive IST, mas morei com uma menina que tinha aids aqui. Quando eu não morava com ela, eu tinha um pouco de receio né? Sei lá, de comer no mesmo prato, usar o mesmo copo, porque a gente tem isso, mesmo sabendo que não transmite, de compartilhar o banheiro, mas depois que eu morei com ela é normal (M2)”.

Em síntese, na segunda categoria se pode inferir que as mulheres privadas de liberdade em Santarém, Pará, de modo geral, dividem opinião quanto à IST ser um problema no sistema penal. Enquanto de um lado um grupo de mulheres acredita não ser um problema, pois os casos entre mulheres são raros e só sabem de ocorrência entre os presos homens e, pelo fato de não conviverem com os homens, não consideram um problema.

Por outro lado, outro grupo de mulheres, considera as IST como um problema gravíssimo, mesmo entre as mulheres, pois estão todas juntas no mesmo ambiente, se relacionam entre si e tem a dificuldade do tratamento específico para IST no sistema prisional.

Destaque para a importância da prevenção, apontada como a forma ideal para se viver melhor na prisão, para ter uma boa saúde, ter hábitos alimentares e de higiene satisfatório.

4.2.3 Atenção à saúde no Sistema Prisional

Relacionado à prevenção e proteção das mulheres às IST no sistema prisional, foi destacado que os atendimentos se restringiam à distribuição de preservativos, palestras e a realização de exames (teste rápido para Hepatites B e C, Sífilis e HIV). Consultas médicas e de enfermagem são realizadas somente na presença de queixas ou de resultados de teste rápido reagente. As ações de prevenção e proteção, não aconteciam de forma programática, na maioria das vezes, eram realizadas de forma pontual, por instituições como: universidades, escolas e movimentos sociais em parceria com o sistema penal. Portanto, não havia atenção organizada pela equipe de saúde da UBSp.

Mesmo com estas ações pontuais, foi lembrado que houve situações de demora na entrega dos laudos de exames e até mesmo do não retorno destes resultados (M9; M16; M24).

Na opinião de 10 mulheres estas ações deveriam ser ampliadas, por meio da implantação de uma rotina de atividades de educação em saúde, acerca de temáticas voltadas a prevenção e proteção da saúde (M5, M6, M7, M8, M10, M12, M13, M26, M49, M57).

A inexistência de suporte terapêutico aos casos com diagnóstico de sífilis é confirmada na fala de M2: “o pessoal que faz aquele exame [teste rápido], vem de 2 em 2 meses, de 3 em 3 meses, aí na pessoa que dá positivo [reagente], ela tem que comprar o remédio, porque no sistema penal, não tem a Benzetacil para sífilis. No caso do HIV, aí eles vão lá e passam a medicação, que tem no sistema”.

Sobre os preservativos, o masculino era o insumo disponibilizado pelo sistema prisional e distribuído com maior frequência. O feminino, era quase inexistente, era disponibilizado somente nas ações esporádicas em parceria com as universidades e movimentos sociais (M1, M4, M11, M24, M36, M58).

Onze mulheres relataram insatisfação com a assistência em saúde prestada na UBSp. Algumas mulheres citaram que a avaliação para o atendimento é realizada pelo agente prisional do plantão, que não é profissional da saúde, chegando a verbalizar “tu não tens nada” “quer ir passear na enfermaria”, destacado por M26 como “falta de respeito”.

Fica evidente a preocupação de que o atendimento deveria ser mais qualificado, há necessidade de “um momento de escuta” para realizar um atendimento mais humanizado e não

simplesmente a dispensação de medicamentos, como destacado na fala “deveria ter um atendimento qualificado né? Porque esse tipo de coisa tem que ter tratamento e aqui a gente não tem. Se tu sentes uma cólica, eles te dão paracetamol, se tu sentes uma dor na barriga, eles te dão paracetamol. Então é bem complicado pra tratar esse tipo de doença [IST] aqui no sistema penal né? (M46).

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a ausência de educação em saúde, mesmo que individual, também fica evidente nas falas analisadas, há relatos que muitas vezes uma simples orientação resolveria, um remédio para dor, uma escuta qualificada, no entanto, destacam-se alguns relatos de insatisfação: “porque pra gente pedir um anti-inflamatório aqui dentro é a maior dificuldade, pra gente conseguir um creme vaginal é maior dificuldade, pra conseguir qualquer coisa aqui, a gente pede e eles não dão (M49)”; “Aqui não tem nenhuma assistência sobre esses tipos de doença, agora que tá vocês, eu estou aqui já tem um ano e um mês né? E agora que eu vejo vocês estarem chamando a gente pra conversar né? E esse um ano e um mês que eu estou aqui, não vi não, entendeu? (M21)”; “A gente não tem nenhuma orientação e nenhum tipo de palestra, nenhum tipo de comunicação educacional sobre isso, nós não temos, eu não tenho. Se existisse, as minhas outras parceiras de cela, elas também comentariam (M25)”.

Para 32 mulheres, cada uma deveria ser responsável pela sua saúde, mantendo hábitos de higiene, realizando exames de rotina, as mulheres devem ter cuidado e preocupação em saber e perceber como está a sua saúde. A partir da preocupação individual, ao perceber qualquer alteração ou problema, se deve acionar a equipe de saúde da UBSp (M4, M7, M10). A fala de M21 exemplifica esta afirmação: “...deve ser da gente mesmo, de si próprio. Por que, se eu não chegar a ter um envolvimento com alguém pra conversar, pra dialogar, fica difícil né? Então a gente tem que ter força de vontade, né? A gente, tem de ir lá com a pessoa e dizer o que sente...”.

Além da responsabilidade individual sobre a saúde no cárcere, lembram que é uma questão coletiva, condiz com atenção e vigilância em saúde, pela direção e equipe de saúde prisional, com a realização de assistência em saúde de qualidade como destacado nas falas: “Na verdade eu acho que é de todos... a responsabilidade pela saúde, pois, tem gente que tem vergonha. Acho que não só a família, o governo, mas de todos, M9”; “Em minha opinião é do conjunto. Todos têm que fazer sua parte, porque tipo assim tem muita interna lá atrás (cela) que tá com problema e não procura realmente, porque não quer que venha à tona, não confia na equipe. E a parte do sistema penal, esse que é nítido mesmo, pois falta muita coisa, falta estrutura, eu acho que falta gente mais capacitada (M26)”.

As mulheres reconhecem como principal responsável pela atenção à saúde da mulher encarcerada, recai exclusivamente sobre o sistema penal, na pessoa do diretor e da equipe de saúde da UBSp. Segundo elas, o sistema penal deve realizar ações de prevenção, proteção e cuidado das mulheres custodiadas, mantendo um serviço de qualidade, com disponibilidade de exames e medicação adequada a cada problema de saúde, promovendo a capacitação da equipe multiprofissional para lidar com as internas, com acesso ao setor de saúde, e agilidade nos atendimentos de saúde.

Uma observação chama atenção, o fato de que a direção do sistema penal local é uma pessoa do sexo masculino, e na opinião de uma interna, para entender e lidar com as mulheres, a direção também deveria ser do sexo feminino, dessa forma, os problemas ditos “de mulher” seriam melhores compreendidos, compartilhados e teriam melhor resolubilidade (M20).

Em síntese, na terceira categoria se pode inferir que as mulheres privadas de liberdade em Santarém, Pará, de modo geral têm acesso a atendimentos em saúde, na maioria das vezes apenas por meio de ações de prevenção e proteção, que não acontecem de forma programática, na maioria das vezes, são realizadas de forma pontual, por instituições em parceria com o sistema penal, como: universidades, escolas e movimentos sociais.

A inexistência de suporte terapêutico aos casos com diagnóstico de sífilis, quanto aos preservativos, o masculino é o insumo disponibilizado pelo sistema prisional e distribuído com maior frequência. O feminino, é quase inexistente, é disponibilizado somente nas ações esporádicas em parceria com as universidades e movimentos sociais.

A maioria das mulheres se identifica como responsável pela sua própria saúde, no que diz respeito a manter hábitos de higiene pessoal, realização de exames de rotina, as mulheres devem ter cuidado e preocupação em saber e perceber como está a sua saúde. A partir da preocupação pessoal e individual, ao perceber qualquer alteração ou problema, deve acionar a equipe de saúde da UBSp, porém reconhecem também, a responsabilidade do sistema penal na proteção e cuidado pela saúde das mulheres custodiadas.

4.3 MARCADORES DE VULNERABILIDADE

4.3.1 As mulheres privadas de liberdade e os marcadores de vulnerabilidade individual, programática e social

A partir da análise dos resultados do perfil socioeconômico e demográfico das mulheres privadas de liberdade; conhecimento sobre IST; práticas sexuais e preventivas; prevalência de IST auto referidas; casos suspeitos e confirmados de sífilis, HIV, hepatite B, C e HPV; análise do contexto de atenção às IST na unidade prisional e do contexto social das mulheres nas unidades prisionais reelaborou-se o quadro de vulnerabilidade inicialmente proposto (Quadro 2).

A partir dos dados empíricos agregaram-se outros marcadores de vulnerabilidade às IST (Quadro 5), com destaque, em negrito, àqueles que tratam do direito das mulheres privadas de liberdade.

Quadro 5 - Matriz de análise e marcadores de vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) de mulheres privadas de liberdade em Santarém, Pará. 2018.

<i>Marcadores de Vulnerabilidade às IST</i>		
<i>Individual</i>	<i>Programática</i>	<i>Social</i>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Baixa escolaridade; ✓ Concentração de negras e pardas; ✓ Alto percentual de mulheres envolvidas no tráfico de drogas (usuárias e traficantes); ✓ Vivência de situações de preconceito racial; ✓ Múltiplos parceiros sexuais nos últimos 6 meses; ✓ Não usar preservativos por dificuldade de negociação com o parceiro; ✓ Não gostar de usar preservativo; ✓ Não saber o que são IST e como são transmitidas; ✓ Conhecimento incorreto sobre as IST; ✓ Não reconhecer a vulnerabilidade às IST no sistema penal; ✓ Histórico de IST. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ É o agente prisional ou algum membro da equipe de saúde que determina o atendimento e não uma necessidade de saúde expressa; ✓ Ausência de espaço na UBS prisional para a realização da “escuta”; ✓ Oferta de preservativos somente nas visitas íntimas, realizadas a cada 15 dias; ✓ Preconceito e discriminação racial na UBS prisional; ✓ Acesso a visita íntima, somente a quem comprova união conjugal por documentação; ✓ Não há regularidade e quantidade necessária de atividades de educação em saúde no sistema penal; ✓ Ausência de regularidade na realização de exames 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Preconceito e discriminação de negras e pardas perpetrados no sistema penal; ✓ Preconceito e discriminação pelas companheiras de cela, por agentes prisionais, familiares ou mesmo pela equipe de saúde; ✓ As IST não são assunto discutido nas famílias; ✓ Mulheres tem dificuldade de negociação do uso do preservativo com homens; ✓ Mulheres no tráfico de entorpecentes; ✓ Não há oferta de vagas para o trabalho remunerado suficiente; ✓ Celas superlotadas, com pouca ventilação, higienização deficiente e água racionada;

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Não considerar ser assegurado o direito a saúde no sistema penal; ✓ Falta de ocupação no sistema prisional; ✓ Confinamento em aglomerados com quem tem IST; ✓ Falta de acesso a preservativos para lésbicas; ✓ Desconhecimento sobre formas de transmissão e prevenção entre lésbicas. ✓ As IST não são assunto discutido nas famílias. 	<p>laboratoriais e de testes rápidos de diagnósticos;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Não há provisão regular de medicamentos específicos para o tratamento das IST, por exemplo, sífilis; ✓ Linguagem da equipe de saúde nos atendimentos não acessível às mulheres; ✓ As IST são abordadas em UBS fora do sistema prisional; ✓ O atendimento em saúde é pautado em dispensação de medicamentos sintomáticos, sem avaliação da necessidade em saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Não considerar ser assegurado o direito a saúde no sistema penal; ✓ Somente algumas mulheres tem direito a visita íntima no sistema penal; ✓ Dificuldade de acesso a informações e aos serviços de saúde.
--	--	---

Fonte: Adaptado a partir dos Marcadores de Vulnerabilidade proposto por Takahashi (2006).

5 DISCUSSÃO

O presente capítulo discute a vulnerabilidade às IST das mulheres em situação de cárcere com base na matriz de análise dos marcadores, tomando como alicerce as dimensões individual, programática e social apresentadas anteriormente. E é importante considerar que: as mulheres encontram-se vulneráveis às IST por contextos que antecedem a situação de cárcere, por inúmeras condições sociais que serão tratadas ao longo da discussão.

Na perspectiva da vulnerabilidade às IST das mulheres privadas de liberdade considera-se que, esta, expressa condições injustas do ponto de vista dos direitos. Os resultados mostram que 62 mulheres privadas de liberdade em Santarém, Pará não têm o pleno direito assegurado, conforme consta na Lei de Execução Penal. No que diz respeito à saúde, encontram-se desprovidas da garantia plena de prevenção e proteção, exemplarmente quando se tomam as IST.

5.1 DIMENSÃO INDIVIDUAL DA VULNERABILIDADE ÀS IST

A vulnerabilidade em sua dimensão individual diz respeito à ação de um indivíduo relacionada à prevenção diante de uma situação onde há risco de adoecimento. Envolve diretamente aspectos relacionados a características pessoais, emocionais, percepção do risco e atitudes voltadas à adoção de medidas de autoproteção e atitudes em face a sexualidade, bem como de conhecimentos adquiridos ao longo da vida acerca das IST (AYRES, et al. 2003).

Embora, potencialmente, todas as mulheres sejam vulneráveis às IST, existem alguns grupos de mulheres particularmente mais expostos a determinadas condições que as tornam mais vulneráveis e, conseqüentemente, com maiores chances de desenvolver tais infecções.

O marcador raça/etnia é um aspecto da vulnerabilidade das mulheres do estudo, com 91,9% das mulheres pardas e negras, percentual próximo aos presídios femininos do Estado do Pará (89,0%), maior que o percentual encontrado em outros presídios brasileiros, de 62,0%. (INFOPEN-MULHERES, 2018). É preciso lembrar que de certa maneira reflete o perfil geral da população do Estado do Pará e do município de Santarém, que juntos pardos e negros representam 76,7% e 77,7%, respectivamente (IBGE, 2010).

Mais da metade das mulheres pesquisadas 59,7% eram jovens, entre 21 a 40 anos, na faixa etária caracterizada como período produtivo e reprodutivo da vida humana. Comparando este resultado a outras pesquisas realizadas em presídios femininos, com mulheres em faixa

etária mais alargada, de 18 a 45 anos, os resultados mostram percentuais de: 88,0% no estudo de Zaninelli (2015) no Estado do Paraná, 98% no Estado do Pará e 89,0% nos presídios brasileiros registrados no Infopen mulheres (2018).

O envolvimento com as drogas ilícitas é uma condição destacada nesta pesquisa, com 71% das mulheres privadas de liberdade respondendo a pena por tráfico de entorpecentes, proveniente de atividades de comercialização e uso de drogas, em muitos casos, compartilhadas por outros membros da família, como pai, mãe, irmãos, marido, filhos dentre outros; maior percentual do que o perfil nacional 62,0%. O estudo identificou que o envolvimento de mulheres com as drogas, ocorre em sua maioria, por conta da convivência com homens (usuários e/ou traficantes), na condição de companheiro e/ou amigo. São vários os contextos que envolvem o encontro das mulheres com a droga e não é tarefa fácil sua análise. Thomaz, Oliveira e Bispo (2016) analisam que há amplo espectro de elementos de vulnerabilidade para o envolvimento feminino com as drogas e que as colocam na situação de cárcere. Vão desde a influência do companheiro e amigo, a presença de traumas e revoltas da vida, a violência no cotidiano de suas vidas, o sofrimento, as dificuldades financeiras, até a busca de visibilidade e de aquisição de poder que envolve o tráfico de drogas. Neste aspecto, as mulheres encontram-se mais vulneráveis às IST pela associação com o consumo e a comercialização das drogas (MARANGONI e OLIVEIRA, 2013).

Na dimensão individual, o desconhecimento ou conhecimento insuficiente ou incorreto sobre as IST tornam as mulheres vulneráveis a estes agravos (RUFINO, et al. 2016; FONTE, et al. 2018).

O estudo identificou um significativo grupo de mulheres em situação de cárcere com conhecimento incorreto sobre “o que são IST, como se transmite, quais as formas de prevenção e proteção da saúde”.

Os resultados da pesquisa mostram que 58 (93,5%), disse saber o que são IST; porém, esta afirmação vem associada a incerteza sobre o que são IST, durante as entrevistas algumas falas expressaram a necessidade de confirmação, seja de conhecimento verdadeiro ou equivocado, como comprovado no resultado em que 11,3% disse não saber como se pega uma IST, esta percepção da pesquisadora está em conformidade com a pesquisa de Rufino, et al. (2016) realizado em João Pessoa – Paraíba, que destaca o conhecimento de mulheres sobre IST/aids, por expressarem dúvidas sobre o assunto [IST], por não conversarem acerca da temática com profissionais de saúde, seja por vergonha ou por não sentir confiança no profissional.

Contribuindo com este achado, um estudo realizado em uma penitenciária feminina do nordeste brasileiro, por Costa, et al. (2017), afirma que a baixa escolaridade é um elemento que contribui para a falta ou conhecimento incorreto acerca das IST, e este é um dos agravantes da situação de vulnerabilidade para as mulheres em cárcere, ao considerar que por falta de informação, podem acabar se expondo ao risco de infecção. Ainda de acordo com Costa, et al. (2017) 37,9% das participantes acreditam que o uso correto de pílulas prescritas por profissionais médicos, serve como principal fonte de proteção às IST, evidenciando a falta de conhecimento relacionado as formas de prevenção e transmissão das IST.

O conhecimento adequado acerca das IST é essencial para adoção de medidas de prevenção, pois o reconhecimento das IST e suas características respectivas, se efetiva em construção de saberes.

Relacionado ao contexto de práticas sexuais de mulheres privadas de liberdade em Santarém, Pará, destaca-se que 37 (59,7%) informaram não usar preservativo nas relações sexuais, ressaltando que esta escolha, se faz por vários motivos como: não gostar de usar, pelo desejo de ter filhos, por confiar no parceiro, porém, a maioria concentra-se em “não conseguir negociar o uso do preservativo com o parceiro” indicado por 25 (40,3%) das mulheres.

Comparando a outros estudos, como o de Nicolau, et al. (2012) realizado no município de Aquiraz-Ceará, estes achados estão em conformidade com os resultados da atual pesquisa, onde se destacam que 78,7% das mulheres encarceradas não usam preservativos nas relações sexuais, sendo que de 21,3% que informou usar preservativo, 20% disse usar o preservativo masculino e apenas 1,3% disse usar o preservativo feminino.

Entretanto, na pesquisa de Neri, et al. (2011) realizada em Salvador-Bahia, 43,6% das mulheres privadas de liberdade informaram nunca ter usado preservativo e 44,9% que usam preservativo, porém, de forma eventual, corroborando os resultados desta pesquisa onde a maioria 52 (83,9%), informou ter relações sexuais com diferentes pessoas com uso eventual de preservativo, e 24 (38,7%) relatou envolvimento com 2 parceiros sexuais nos últimos 6 meses.

Destaca-se ainda, o estudo de Barbosa, et al. (2017) realizado no estado do Mato Grosso do Sul, onde a maioria das mulheres privadas de liberdade, informou não fazer uso de preservativo, seja masculino ou feminino.

A maioria das mulheres, 39 (62,9%), informou ter parceiro fixo, destacou que o motivo de não usar preservativo está associado a relação de confiança no parceiro, pois vivem uma relação de compromisso e se sentem mais protegidas, desta forma, se pode inferir que estas mulheres ficam impedidas de avaliar os riscos, a exposição e consequentemente a

vulnerabilidade às IST, Nicolau, et al. (2012) assim como Neri, et al. (2011), também fazem este destaque, o fato de não usar preservativo ou fazer uso de forma eventual evidencia a vulnerabilidade de mulheres às IST, assim como a gravidez indesejada, desta forma, vale ressaltar a necessidade de implantação e implementação de atividades de educação em saúde, voltadas a promoção, prevenção e proteção da saúde da mulher, seja dentro ou fora das penitenciárias.

Na pesquisa é importante ressaltar que apesar de 93,5% das mulheres privadas de liberdade em Santarém, ter dito saber o que são IST, há um percentual de 6,5% que relatou não saber o que são IST, este achado mesmo que baixo quando comparado ao resultado de um estudo realizado em uma cadeia pública na cidade de Miracena, Tocantins, por Rocha e Samudio (2015), onde 41,7% informou não saber o que são IST e 91,7% informou não saber se já teve alguma IST alguma vez na vida, é importante ser destacado, para evidenciar a necessidade de estratégias de educação em saúde.

Em contraponto, um estudo realizado por Rufino, et al. (2016) na cidade de João Pessoa na Paraíba, com mulheres da população em liberdade, revela que apenas 50% das participantes referem utilizar métodos contraceptivos, eficazes na prevenção de gravidez, porém não as exime de adquirir qualquer IST, mantendo a vulnerabilidade ao adoecimento.

A construção do saber em saúde e o uso de preservativo em todas as relações sexuais, constitui uma alternativa eficaz na prevenção das IST/HIV/aids. Porém, pelo fato de envolver inúmeros aspectos sociais, culturais e pessoais, a negociação do uso do preservativo com o parceiro ainda é restrita, pois ainda que as mulheres reconheçam sua vulnerabilidade, muitas sabem que o poder de reduzir o risco e decidir o uso do preservativo, é limitado a seu parceiro.

Ressalta-se que o fato de não saber o que são IST está diretamente relacionado a não ter conhecimento acerca do conceito da doença, formas de transmissão, prevenção e proteção, elevando e evidenciando desta forma, a situação de vulnerabilidade das mulheres em situação de cárcere. Evidente também que o conhecimento por si só não é garantia de adoção de medidas preventivas, o conhecimento adequado acerca das IST e o entendimento de vulnerabilidade por meio do desenvolvimento programático de atividades educativas, pode favorecer e estimular a adoção de medidas preventivas, como o uso de preservativo de forma regular. Algumas mulheres privadas de liberdade declararam que raramente são identificados casos de IST entre elas, relatam ser mais comum ouvir ocorrência de casos entre os homens presos, e como não convivem com os homens não reconhecem e não se percebem vulneráveis.

Os cuidados de saúde da mulher, como a realização do Preventivo do Câncer de Colo Uterino (PCCU) mostra que há um percentual de mulheres que o realizam pelo menos uma vez na vida (74,2%), mostrando que de alguma forma estas mulheres têm tido acesso ao exame, quer seja no sistema prisional, quer seja fora dele. Segundo as Diretrizes para o Rastreamento do Câncer de Colo de Útero (2011) o exame preventivo deve ser realizado a cada três anos, após dois resultados negativos com intervalo de um ano, esta recomendação mostra a importância da realização do exame preventivo junto às mulheres que estejam em liberdade ou encarceradas.

Na realização da presente pesquisa foi possível identificar três (3) mulheres com lesão intraepitelial de baixo grau – LSIL - (5,5%) e uma (1) com lesão intraepitelial de alto grau – HSIL (1,8%). Percentual este menor do que o encontrado por Plácido (2012), num estudo realizado nas cidades de Belém e Ananindeua no Estado do Pará, associando população em liberdade 233 mulheres e população carcerária 190 mulheres, identificou uma ocorrência de 46 casos (20,2%) de lesão intraepitelial de baixo grau e quatro (4) casos de lesão intraepitelial de alto grau (1, 2%). Silveira (2016), em sua pesquisa sobre “perfil sociodemográfico e achados citológicos no colo do útero no Estado de São Paulo”, nos anos de 2008/2009 em uma amostra de 1767 privadas de liberdade, demonstrou que 47 (2,66%) dos casos foram de LSIL e 29 (1,64%) foram de HSIL. Das 55 mulheres que aceitaram realizar o Preventivo do Câncer de Colo Uterino (PCCU), 21 (36,84%) tiveram resultado sugestivo para *Gardnerella vaginalis* e 4 (7,02%) apresentaram resultado sugestivo para HPV. Estas foram encaminhadas para o Serviço de Referência de Média Complexidade do município de Santarém, para consulta médica especializada e realização do exame de colposcopia para confirmação do resultado e tratamento específico.

A vulnerabilidade das mulheres no sistema prisional às IST é evidenciada na identificação de IST tendo sido referido por elas em mais de ¼ delas, com afirmação para sífilis, comprovado pelo resultado reagente ao Teste Rápido de 14 delas. Estas mulheres realizaram o VDRL quantitativo para identificar se a infecção estava ativa ou se tratava de cicatriz sorológica, resultando em 4 (28,6%) resultados reagentes, sendo estas, tratadas conforme protocolo do Ministério da Saúde para tratamento de sífilis, nas dependências da UBSp. Este resultado corrobora uma pesquisa realizada por Silva (2013) com mulheres privadas de liberdade na penitenciária do Rio de Janeiro onde 2 (5,0%) tiveram sífilis; e divergem de achados do estudo de Nijhawan (2014) que em seu estudo realizado com mulheres encarceradas

nos Estados Unidos mostrou que 14% apresentou maior prevalência para infecção por *Trichomonas vaginalis*.

Fazendo uma síntese da dimensão individual da vulnerabilidade às IST das mulheres em situação de cárcere em Santarém, Pará, é possível dizer que são marcadores de vulnerabilidade, contextos que envolvem: a baixa escolaridade; o envolvimento com o uso e o comércio de drogas; a vivência de situações de preconceito racial; a dificuldade no uso do preservativo nas relações sexuais; o desconhecimento ou o conhecimento incorreto sobre as IST; o não reconhecimento dos riscos e sua vulnerabilidade social que imprime sua vulnerabilidade individual; o fato de não ter plenamente garantidos os direitos à saúde, educação e trabalho no sistema penal.

5.2 DIMENSÃO PROGRAMÁTICA DA VULNERABILIDADE ÀS IST

Na dimensão programática, quanto à estrutura e dinâmica de organização do serviço de saúde, foram encontrados vários aspectos que participam da vulnerabilidade da mulher em situação de cárcere às IST.

O componente programático da vulnerabilidade compreende a necessidade de investimentos financeiros no setor saúde e educação, em recursos humanos capacitados para a prevenção, diagnóstico e assistência em saúde, desenvolvimento de ações programáticas e políticas públicas intersetoriais, considerando ainda, a mediação entre profissionais da saúde e pacientes, a fim de promover a mobilização da sociedade para o desenvolvimento do potencial de saúde dos indivíduos e a execução dos seus direitos de acesso à saúde em seus mais variados aspectos (AYRES, et al. 2003).

Diante do que foi observado durante a execução da pesquisa, no que se refere à dimensão programática, é possível inferir que se faz necessário a ampliação dos serviços de saúde especializado e a disponibilidade de recursos que viabilizem a intensificação do diagnóstico precoce das IST, com vistas à promoção da qualidade de vida de mulheres privadas de liberdade.

Esta inferência é baseada nos achados a partir da análise dos marcadores de vulnerabilidade programática destacados, como: a desvalorização da escuta, evidenciado nas entrevistas com as mulheres a “ausência de um espaço na Unidade de Saúde para realização da “escuta”, que segundo citado por Rocha e Samudio (2015) deve ser um espaço destinado a para

produção de saúde e qualidade de vida, isto é, uma ambiente de acolhimento, lugar seguro, para a promoção de saúde física e mental.

Na Unidade Básica de Saúde Prisional em Santarém, Pará, a triagem é realizada em espaço inadequado, em um consultório, por vezes utilizado por mais de um profissional ao mesmo tempo, dessa forma, a triagem, ou seja, o momento da chegada da mulher no sistema prisional, o ideal seria que esta fosse acolhida em um espaço adequado, seguro para escuta, Segundo estudo de Bragatto (2013), realizado na unidade básica de saúde da instituição prisional Madre Pelletier em Porto Alegre-RS, muitas vezes a mulher ao ser presa carrega sentimentos de raiva, ansiedade, encontra-se chorosa, desesperada, triste e neste momento, esta mulher deve ser vista com olhar particularizado em termos de necessidades de saúde que devem ser consideradas prioridade no cuidado.

Em Santarém, sempre que a mulher presa tem a necessidade de algum atendimento em saúde, o serviço de saúde é acionado, porém para chegar à UBSp, os agentes prisionais são chamados e algumas vezes dependem da disponibilidade e, segundo elas [mulheres], da boa vontade destes em conduzi-las para atendimento. Na opinião de algumas mulheres, o direito a saúde não é assegurado no sistema penal, corroborando a pesquisa de Mocellin (2015) realizada em Curitiba/PR, que evidenciou que desde um simples atendimento em saúde, a dispensação de medicação ou mesmo a realização de exames e ou procedimentos e a até mesmo um direito previsto em lei como o da “visita íntima”, não respeitado em muitas cadeias “*muitas não têm esse direito*” (MOCELLIN, 2015).

Os dados de uma revisão realizada por Ribeiro e De Deus (2017) descrevem o entendimento de que a população prisional feminina, possui e mantém risco elevado para a infecção pelo HIV/aids e demais IST, necessitando de serviços de saúde adequados, que atuem na promoção, prevenção, tratamento e manutenção da saúde das mulheres presas.

Algumas mulheres destacam a importância da prevenção, apontando como a forma ideal para se viver melhor na prisão, para ter uma boa saúde, é ter bons hábitos alimentares e de higiene; reconhecem as IST como um problema no sistema penal, a dificuldade no tratamento passa a ser a maior preocupação, citam o fato de não haver medicação adequada para o tratamento.

Na “Atenção à saúde no sistema penal” foram elencados marcadores de vulnerabilidade relacionados às ações em saúde realizadas por meio de parceiras externas com pouca regularidade; disponibilidade irregular de recursos para a prevenção, diagnóstico e tratamento de IST; linguagem não acessível nos atendimentos. As ações de prevenção, proteção e

promoção à saúde não acontecem de forma programática, ou seja, como rotina diária, semanal ou mesmo por livre demanda, na maioria das vezes, são realizadas de forma pontual, por instituições como: universidades, escolas e movimentos sociais em parceria com o sistema penal. Portanto, não há atenção organizada pela equipe de saúde da UBSp, como atividade de educação em saúde, triagem sorológica, apenas ocorre a distribuição de preservativo antes das visitas íntimas.

No desenvolvimento da pesquisa, evidenciou-se a necessidade de realização de atividades de educação em saúde para as mulheres em situação de cárcere, utilizando uma linguagem acessível para que se possa atingir o maior percentual de compreensão possível e maior assimilação para construção de conhecimentos acerca não apenas das IST, mas também de outras temáticas sobre saúde, educação e de outras áreas essenciais.

Apesar da implantação do PNAISP, em 2014, considerado um avanço na garantia da assistência à saúde aos privados de liberdade, são muitos os desafios para que de fato possam ser ampliadas formas de cuidado (CARTAXO, et al. 2013). A realidade do cárcere em Santarém não difere da realidade nacional no aspecto que trata das dificuldades no acesso à saúde de forma integral e efetiva. Durante a pesquisa foi constatado que não há regularidade e quantidade necessária de atividades de educação em saúde no sistema penal; não há regularidade na realização de exames laboratoriais, assim como de testes rápidos para identificação de IST como sífilis, HIV, Hepatite B e C; que o tratamento para algumas IST, como a sífilis não é assegurado, somente quando em caso de gestante; a distribuição de preservativos é deficitária, esta ocorre apenas antes das visitas íntimas a cada 15 dias, para àquelas mulheres que tem acesso a estas visitas.

Uma revisão integrativa realizada por Barbosa, et al. (2017) buscou analisar a produção científica referente à assistência à saúde nas prisões brasileiras e destaca a necessidade de melhorias emergenciais na estrutura física das unidades prisionais com o intuito de que os profissionais dos sistema prisional e de saúde possam realizar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da população privada de liberdade.

Desta feita, ressalta-se que além das condições estruturais e assistenciais já apresentadas, foi perceptível a necessidade de educação continuada para os profissionais de saúde prisional, pois a maioria destes ao ingressarem no sistema penitenciário, sequer participaram de uma capacitação específica para atuação na saúde carcerária, o que muitas vezes, isto reflete no atendimento de pouca qualidade a esta população específica. Barbosa et al. (2017) salientam que a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes para o

desenvolvimento das competências esperadas a cada área de atuação profissional no cárcere, necessita ser qualificada e que ainda o cuidado ocorre de modo pouco sistematizado, sem base em evidências que informem práticas.

5.3 DIMENSÃO SOCIAL DA VULNERABILIDADE ÀS IST

A dimensão social compreende um conjunto de características associadas ao contexto político, econômico e sociocultural que caracteriza o risco individual, tornando conhecida e indiscutível a relação entre problemas de saúde e pobreza, baixos salários, educação inadequada, entre outros (AYRES, et al. 2003).

Nesta pesquisa destacaram-se como vulnerabilidade as condições materiais que foram identificadas como condições insuficientes para se ter uma vida saudável, existência e acesso insuficiente aos equipamentos sociais em relação as IST. Identificaram-se contextos sociais como empobrecimento, baixos e ou salários inexistentes, baixa escolaridade, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, entre outros aspectos, que interferem diretamente na prevenção das IST.

Há, também, situações de desigualdade econômica, social e cultural no contexto de vida das mulheres privadas de liberdade que são geradoras de vulnerabilidade ao adoecimento. Esses processos sociais se inter-relacionam, dificultando o autocuidado. Assim, desenvolver o cuidado em saúde de mulheres privadas de liberdade, a partir dos marcadores de vulnerabilidade, amplia-se as possibilidades de compreensão e reflexão acerca das situações que podem torná-las mais ou menos vulneráveis às IST.

O histórico de vulnerabilidade social a que muitos privados de liberdades são expostos é velado, associado à dificuldade de acesso a serviços essenciais como: saúde, educação, emprego, renda, moradia dentre outros que antecede a situação do cárcere, é comum muitos ingressarem no sistema penal com problemas de saúde, seja de ordem física ou mental (BARBOSA, 2017).

Um marcador de vulnerabilidade social elencado foi a precariedade das condições de vida e de saúde, destacam-se citações de celas insalubres, alimentação inadequada, água racionada, higienização deficiente, superlotação das celas, pouca ventilação e iluminação, agravantes para a precariedade das condições diárias vivenciadas por mulheres em situação de cárcere, porém, esta não é uma realidade do sistema penal apenas de Santarém, no Estado do Pará, pois mesmo em unidades prisionais citadas como modelo no Brasil, são apontadas

situações agravantes e determinantes de vulnerabilidade, na pesquisa de Néia e Madrid (2015) tem destaque a penitenciária Talavera Bruce, situada no Rio de Janeiro, com uma população carcerária de mais de 331 internas, que apresenta situações insalubres para a convivência diária, como a superlotação e má distribuição das celas, falta de material básico como colchões, dentre outros problemas, assim como no Presídio Nelson Hungria que tem a capacidade para custodiar 500 presas, já está com lotação extrapolada, sem estrutura adequada e com registro de problemas como superlotação e alimentação inadequada.

No ano de 2012, durante a realização da revisão periódica universal do conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas, todo o sistema prisional brasileiro foi reconhecido como inadequado. Essas condições favorecem com que o preso de justiça que adentrou no sistema penal, saudável, não saia de lá sem ter contraído alguma doença (RAMIRO, 2015).

Na pesquisa realizada por Néia e Madrid (2015) que aborda a história e evolução dos presídios masculinos e femininos, com foco no feminino, no que tange às adaptações estruturais para adequação à lei, descrevem que a grande maioria das penitenciárias femininas existentes no Brasil, originaram de reformas e adaptações de prédios, para improvisar o aprisionamento, Néia e Madrid (2015) em sua pesquisa cita exemplos como: “*a Penitenciária Feminina do Espírito Santo, a Penitenciária do Estado do Pará, a Penitenciária do Distrito Federal*” todos com estruturas físicas adaptadas para o funcionamento de penitenciárias femininas.

Seguem os exemplos por diversas regiões e estado do Brasil, ambientes insalubres, estruturas físicas adaptadas após inúmeros reformas, no Estado de São Paulo não é diferente, a Penitenciária Feminina de Sant’Ana, não cumpre seu compromisso social, quando não dispõe em sua estrutura física de espaços adequados para o banho de sol, para convivência, para amamentação, não há atividades de lazer, educação, trabalho, dentre outros direitos não garantidos (NÉIA e MADRID, 2015).

Independente de região do País todas as penitenciárias apresentam déficits, que geram condições degradantes para vivência seja de homens ou mulheres no ambiente carcerário.

Entretanto, em pesquisas realizadas como a de Silva (2013) em uma revisão integrativa sobre “Atenção à saúde da mulher em situação prisional”, nitidamente, o poder público ignora as questões de gênero, oferece um sistema padrão similar ao masculino, onde são totalmente esquecidas as peculiaridades e cuidados específicos a mulher, como a menstruação, a gravidez, o parto, a amamentação, dentre outras especificidades femininas.

No que concerne a “Conhecimento sobre IST” na dimensão social foi elencado um marcador de vulnerabilidade: as IST não são um assunto discutido nas famílias, como aporte

para um possível enfrentamento da doença, mulheres privadas de liberdade revelaram não dispor de um aparato social para informações relacionadas a assuntos sobre saúde ou mesmo apoio relacionado a um possível enfrentamento de um diagnóstico positivo para qualquer IST, apenas 15 (24,2%) descrevem ter ouvido falar sobre IST por meio da família; 21 (33,9%) informam ter ouvido falar na escola e nos meios de comunicação e 33 (53, 2%) pelos profissionais de saúde, nas unidades de saúde, este resultado obtido na pesquisa em Santarém, corrobora estudo de Rufino et al (2016), realizado na cidade de João Pessoa, PB, onde 36,7% revelam ter ouvido falar sobre IST, por meio dos profissionais de saúde.

No entanto, quando se refere a conversar sobre IST, a maioria das mulheres 33 (53,2%) disse conversar com outras mulheres que convivem na mesma cela, 46 (74,2%) disse conversar com profissionais da equipe saúde (enfermeiro, médico, psicólogo) e, 22 (35,5%) disse conversar com alguém da família ou com um amigo.

Este resultado chama atenção, pois o ambiente de assistência em saúde, destinado ao atendimento de mulheres em privação de liberdade, deve ser utilizado como espaço para o desenvolvimento de estratégias que permitam a interação e o diálogo com as internas, levando em consideração os saberes, os valores e as crenças para construção de conhecimentos acertados acerca das IST e a promoção de práticas protetivas em saúde.

Na dimensão social, seguindo a análise de “Identificação das IST como problema no sistema prisional” foi destacado a divulgação insuficiente da importância da prevenção de IST.

O cárcere fica caracterizado como um espaço de grande valia para realização de atividades que favoreçam o desenvolvimento de estratégias inerentes a construção e implementação de saberes, habilidades e competências, pois são períodos da vida do ser humano que estão ocupados por sentimentos negativos de desespero, raiva, revolta, tristeza, desesperança e, a ociosidade [falta de ocupação] faz com que, não consigam perceber novas possibilidades de recomeço, e esta situação, é um momento propício para o reconhecimento das situações de vulnerabilidade e preenchimento desses espaços com sentimentos positivos, como a esperança de melhores perspectivas de vida, a chamada e sonhada ressocialização após o cárcere.

Para que isso ocorra o ambiente que hoje se apresenta no cárcere necessita ser modificado com urgência, desde a estrutura física, aos espaços de escuta qualificada, a linguagem entre profissional de saúde e paciente nos atendimentos, pois, mesmo em situação de privação de liberdade, o direito a assistência à saúde, educação, alimentação, trabalho dentre outros deve ser garantido.

Outro marcador de vulnerabilidade que foi destacado na pesquisa que trata foi a falta de ocupação para as mulheres no sistema prisional, são dias e noites que estas mulheres passam na cela, sem atividades. Em Santarém, 75,8% não exerce atividade laboral ou ocupacional no sistema penal, o trabalho na prisão não é proporcionado de forma compulsória, como prevê a LEP, muitas internas, anseiam por uma oportunidade de trabalho com intuito de: remissão de pena, diminuição da ociosidade e possibilidade de ressocialização.

Finalizando a dimensão social em análise da “Atenção à saúde no sistema penal” foram elencados marcadores de vulnerabilidades como dificuldade de acesso a informações e aos serviços de saúde; preconceito e discriminação por gênero e etnia.

Apesar dos esforços somados desde a implantação e implementação da PNAISP a partir de 2014, as dificuldades encontradas e enfrentadas no sistema prisional, especificamente no setor de saúde deste complexo são inúmeras, desde as já relatadas nesta pesquisa, somadas a construção de políticas públicas específicas para grupos de maior vulnerabilidade, neste contexto, as mulheres privadas de liberdade e todas as suas especificidades.

A assistência em saúde direcionada as mulheres em situação de cárcere, foi transformada em pronto atendimento para dispensação de medicamentos, especificamente analgésicos, não há educação em saúde de forma programática.

De acordo com algumas mulheres, por vezes, há situações de discriminação no sistema penal, de preconceito, seja pelas companheiras de cela, por agentes prisionais, por familiares, por policiais e até mesmo pela equipe de saúde.

Estes achados corroboram estudos realizados por Moreira e Sousa (2014) no sistema penal do Estado da Bahia onde expõe a importância de uma escuta atenta, de acolhimento e humanização no atendimento as necessidades em saúde de mulheres privadas de liberdade.

Há relatos de desconhecimento dos serviços de saúde que são desenvolvidos nas unidades prisionais, achados que corroboram estudo de Alves, et al. (2016) realizado em Patos, Paraíba onde 89,1% das mulheres do presídio feminino disseram não ter conhecimento dos serviços de saúde realizados na unidade prisional, justificando o relato de inexistência, de não acompanhamento de mulheres hipertensas, diabéticas e de realização de exames de rotina.

Nota-se que apesar da existência de políticas públicas direcionadas as mulheres privadas de liberdade e que embora as falhas sejam relacionadas a execução das ações no sistema penitenciário, há necessidade de garantir a aplicabilidade das leis e assegurar os direitos das mulheres privadas de liberdade.

5.4 O DIREITO À SAÚDE, À EDUCAÇÃO E AO TRABALHO NO SISTEMA PRISIONAL

5.4.1 O direito à saúde

Discutir direitos fundamentais de mulheres privadas de liberdade é avançar na atenção integral à saúde, à educação e ao trabalho no cárcere. É fato que o Estado brasileiro não tem garantido condições adequadas para o cumprimento de pena nas instituições carcerárias no país, e esta realidade se agrava quando se trata de Sistema Penitenciário Feminino.

Ao constatar a violação de direitos, agravada quando se referem às questões de gênero, reforça-se que a questão não é somente a necessidade de aumento no número de unidades prisionais, é preciso, entender e reconhecer as mulheres como sujeitos de direitos, que possuem especificidades, que devem ser consideradas, pois, são inúmeros os direitos e as necessidades violadas de mulheres privadas de liberdade, e poucas são as ações desenvolvidas nos presídios femininos, que na maioria das vezes, dependem de parceiras externas de (universidades, ONGs, movimentos sociais e religiosos), para a realização de atendimentos de saúde (realização de exames, ações de promoção e educação em saúde), ações sociais, educacionais e de trabalho, seja em meio externo ou interno ao complexo prisional.

Nas publicações científicas, ou mesmo em livros da área de graduação em Direito, reiteradamente a temática mulher no cárcere é esquecida, e, quando lembrada, seja em publicações científicas ou mesmo na legislação vigente no País, as disposições geralmente tratam da situação da mulher, enquanto gestante, lactante e mãe.

Desta forma, mesmo não sendo este o objetivo principal desta pesquisa, é impossível adentrar o sistema penitenciário feminino e ficar insensível a violação de direitos a que estas mulheres estão expostas, e como forma de chamar atenção para esta problemática vivenciada, durante a coleta de dados e o período de trabalho assistencial no sistema prisional do município de Santarém, Pará, apresenta-se de acordo com buscas realizadas na literatura, o direito à saúde, à educação e ao trabalho às mulheres em situação de cárcere.

No Brasil o acesso ao atendimento de saúde, feito de forma igualitária e universal se deu por meio da Constituição de 1988, a partir do reconhecimento, como direito de toda a população brasileira e dever do Estado.

Antes da Constituição Brasileira, o acesso aos serviços de saúde era bastante defasado, acontecia de forma excludente, os serviços eram dispensados aos trabalhadores formais que

tinham carteira assinada e/ou contribuía para a previdência social e seus familiares, e a outra parte da população restavam a caridade do que lhes era ofertado.

Ao longo de 20 anos o Sistema Único de Saúde, foi considerado como o maior programa de inclusão social existente no mundo, não tendo dependência de partidos políticos ou governos que estiverem à frente do país, tendo como base a participação social e descentralização no seu modelo de gestão (PIERANTONI, 2008).

Até a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o que ocorria se comparava a um Tratado de Tordesilhas, que separava a população em dois grupos, um pequeno que portava a carteirinha do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o que permitia que tivesse acesso a um sistema de assistência curativa razoável, já a outra parte, a grande maioria, eram atendidas por uma medicina que tinha seu foco na atenção primária à saúde, tendo como aspecto principal a atenção hospitalar, não havia planos e ações de prevenção, atenção essa dada a pequena parte. Dando-se então a quebra desta barreira pelo SUS, a saúde passa a ser direito de todos os brasileiros e um dever de o Estado promover ações e assistência a população, ocasionando com que mais de cinquenta milhões de brasileiros passassem a ser portadores do direito à saúde no país (MENDES, 2013).

Relacionado ao direito à assistência a saúde da pessoa privada de liberdade, o conteúdo da Lei 7.210 de 11 de julho de 1984, dispõe no 10º artigo que a assistência ao preso e ao internado, é um dever do Estado, com o objetivo de prevenir o crime e dar orientação para que ocorra o retorno à convivência com a sociedade, trazendo no 11º parágrafo, que essa assistência se dá em sete aspectos, um deles sendo o foco deste trabalho, a assistência à saúde.

No artigo 14 que a mesma rege sobre a assistência à saúde, diz que se dará de caráter preventivo e curativo, compreendendo atendimento médico, farmacêutico e odontológico. Trazendo no 2º e 3º parágrafos, o estabelecimento onde não houver aparelhos que possam promover a assistência médica necessária, a mesma será prestada em outro local, mediante a autorização da direção do estabelecimento, será também assegurado acompanhamento médico à mulher, especialmente no pré-natal e pós-parto, atendimento que será extensivo ao recém-nascido.

A população carcerária é considerada uma população com alto risco de diferentes infecções, são exemplos: Tuberculose, síndrome de imunodeficiência adquirida (aids), Hepatites B e C, como também IST. Alguns fatores como a dependência e uso de drogas ilícitas, o baixo nível socioeconômico, a marginalização social e muitas vezes as condições precárias facilitam com que a taxa de disseminação dessas doenças seja elevada entre os presidiários

(COELHO, 2009).

Mesmo dentro de prisões, a população privada de liberdade representa um sério problema no controle de doenças infectocontagiosas, pois não estão totalmente isolados do mundo por conta dos muros que os cercam, seu vínculo com o mundo exterior se dá de várias maneiras, em especial por meio das visitas semanais, de funcionários do sistema prisional, que por sua vez têm contato com seus familiares, que se encontram fora do sistema prisional, inseridos na comunidade.

Os presos também mantêm contato com a comunidade que cumpre a sua pena em regime semiaberto, nos indultos e nas fugas, como também aqueles que já se veem em liberdade após o cumprimento da pena. Tendo então caracterizado um significativo risco de infecção de mão dupla, o não controle da infecção dentro dos presídios representa um risco para a sociedade como um todo, por outro lado, se contraída uma doença em comunidade pode desencadear um surto desta [doença] dentro do estabelecimento onde se encontra a população penitenciária (JUNIOR, et al. 2013).

Embora diagnosticado o problema, e a necessidade de ações, a abordagem se dá de maneira difícil, a implementação de um programa de assistência aos detentos confronta com inúmeras barreiras, os diferentes agravos a saúde que acometem variadas características da população carcerária, a capacidade de atendimento prevista e os números reais que existem no sistema, as características das equipes de saúde no que se referem à disponibilidades dessas equipes e da capacitação de seus profissionais, como também a relação entre unidades do sistema prisional com o SUS (FERNANDES, et al. 2014).

Falar sobre a saúde dos presos, dos direitos humanos ou sobre os direitos constitucionais de todos os brasileiros soa como algo muito bom, em tese, uma pessoa que se encontra livre, quando acometida, tem a sua liberdade para que possa buscar todo e qualquer meio de atendimento que assegure que serviços sejam prestados para a melhoria de sua saúde, já o preso, por outro lado, não tem a chave de sua cela para que possa fazer o mesmo e ir buscar atendimento, este está sob a custódia do Estado, então deve ser conduzido pelo mesmo, ao tratamento (REIS, 2009).

O SUS traz em suas diretrizes a integralidade e a equidade, descrito por Paim (2008), etimologicamente a palavra equidade se compara muito a igualdade, as duas muitas vezes são usadas como sinônimos, mas atender com igualdade ao desigual, pode resultar na manutenção da desigualdade, ou seja, pode ocorrer que o atendimento não se dê da melhor forma, da forma com o qual o requerente necessite ser atendido. Demonstrando assim que igualdade possa vir a

não ser justa. Deste modo a noção de equidade admite que atendimento desigual aos desiguais, dando prioridade às necessidades que os mesmos necessitam para se obter a igualdade.

A integralidade por sua vez, permite que haja um entrosamento entre políticas, programas, práticas e cuidados, contribuindo para assegurar uma maior efetividade na prestação dos serviços. No cuidado integral a saúde, a pessoa passa a ser compreendida na sua totalidade, levando em consideração seus aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. A Organização Mundial de Saúde define saúde como: “O completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de enfermidade.” A partir deste pressuposto a atenção médica integral, parte do princípio em não somente a cura para enfermidades, mas sim o contexto que cerca o indivíduo, o ambiente no qual o mesmo segue inserido, questões de meio-ambiente, sociais, econômicas, todos fatores importantes que têm ação direta na saúde do mesmo. O acolhimento é um exemplo de proposta de atendimento integral, pois através do vínculo criado entre paciente e equipes de saúde, possibilita o melhor trato e enfrentamento de problemas (PAIM, 2010).

O Sistema Único de Saúde, o SUS, é o famoso sistema de saúde público brasileiro que foi criado sendo inspirado no modelo de saúde pública existente no Reino Unido, o National Health Service (Serviço Nacional de Saúde), o SUS foi instaurado através da CF, no seu artigo 196 que rege sobre o direito a saúde ser de todos e um dever do Estado, sendo regulamentado pela Lei 8.080/1990 que regulamenta a sua operacionalização. Fazendo com que a população tenha acesso universal, igualitário e gratuito aos serviços oferecidos, visando a promoção, prevenção e recuperação da saúde. Sistema financiado com orçamentos gerados da União, Estados, Distrito Federal e Municípios buscando um maior diálogo entre a sociedade e a República no que rege sobre a saúde. Fundamentado nos seguintes princípios: Universalidade, Integralidade, Equidade, Descentralização e Participação Social.

Conforme a CFB de 1988 a saúde é descrita como: “Um direito de todos e dever do Estado”. Assim, torna-se indispensável o papel do Estado na promoção da saúde a todos os cidadãos, não excluindo aqueles privados de liberdade.

Com o intuito de garantir o direito constitucional à saúde e o acesso com equidade, integralidade e universalidade e organizar as ações e serviços de saúde dentro dos estabelecimentos penais e, para garantir o atendimento de saúde da população carcerária, os Ministérios da Saúde e da Justiça instituíram o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), por meio da Portaria Interministerial nº 1.777, de 09 de setembro de 2003, com objetivo de prover a atenção integral à saúde da população carcerária brasileira

(BRASIL, 2005). As diretrizes do PNSSP preconizam entre outras ações de saúde, assistência integral resolutiva, contínua e de qualidade, bem como a redução de danos e agravos que acometem esta população.

A relevância da prevenção às IST nas prisões é enfatizada no PNSSP, ao prever ações de diagnóstico, aconselhamento e tratamento às IST, distribuição de preservativos masculinos e femininos, para detentos (as) e servidores, elaboração de material educativo instrucional, fornecimento de medicamentos específicos, bem como ações de diagnóstico e tratamento das IST, segundo a abordagem sindrômica (BRASIL, 2005).

O desenvolvimento de ações e trabalhos que contribuam para que os objetivos do PNSSP sejam alcançados e que, garantam que as diretrizes e princípios propostos no Plano Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (2004) cheguem até as mulheres no sistema prisional, é o maior desafio na atenção à saúde da população carcerária por se tratar de um ambiente complexo, rico em diversidades e de vivência de uma população marginalizada e estigmatizada pelo preconceito.

A Política Nacional de combate à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – (SIDA/aids) e outras IST, já obteve grandes avanços e vem buscando a inclusão de grupos mais vulneráveis. No entanto, mesmo com esses avanços, a dificuldade de acesso à educação de qualidade, e aos serviços de saúde, assim como, fatores socioeconômicos, são listados como os principais desafios a serem enfrentados para o combate às IST/HIV/aids. Enquanto isso, a epidemia cresce e se manifesta por meio de fenômenos denominados como interiorização, pauperização e feminização da epidemia (SILVA e RIBEIRO, 2013).

Dessa forma, é importante destacar que a privação de liberdade significa a limitação de espaço, gerando mudanças na forma de organização social e na saúde mental do indivíduo, tornando-o vulnerável para múltiplas doenças transmitidas de pessoa a pessoa, dentre elas as IST, que vêm apresentando alta prevalência no ambiente prisional, cujas condições são desfavoráveis para o combate e controle das doenças transmissíveis.

Na realidade brasileira, a situação do cárcere é preocupante, pois a violência em todas as suas dimensões tem aumentado direto crescimento da população carcerária. Porém, é importante destacar que a adequação do espaço físico das penitenciárias, os recursos humanos e materiais, não acompanham este crescimento, isto é, permanece com a mesma capacidade física instalada, com maior número de detentos, o que caracteriza a superlotação das celas, em condições sub-humanas, situação essa que favorece a disseminação de doenças infectocontagiosas (OMS, 2005).

De acordo com a história, as práticas voltadas para a população que se encontra em estado prisional em nosso país visam o reducionismo, limitando-se a apenas ações voltadas para o enfrentamento da aids e redução dos agravos relacionados ao uso abusivo de álcool, esquecendo-se de doenças como a tuberculose, hepatites virais, pneumonias dentre outras que são agravos recorrentes na população brasileira. Há então a necessidade de implantação de uma política que atenda a inclusão social dessas pessoas que se encontram privadas de sua liberdade apontando para uma reorientação assistencial, visando atender as necessidades em saúde desta população (BRASIL, 2004).

O Plano foi pautado em uma perspectiva de assistência e inclusão de pessoas privadas de liberdade, respaldando-se em princípios que possam assegurar a que as ações de promoção, prevenção e atenção integral a saúde seja eficaz como: Ética, Justiça, Cidadania, Direitos Humanos, Participação, Equidade, Qualidade e Transparência. Tendo como diretrizes estratégicas para que suas ações alcancem os resultados previstos.

A oferta de serviços de prevenção, diagnóstico e atenção à saúde representa uma tarefa fundamental no contexto prisional, que demanda uma atuação integrada das equipes de saúde junto aos demais profissionais que atuam tanto no Sistema Prisional Brasileiro quanto no Sistema de Saúde, compatibilizando ações conjuntas e o desenvolvimento de competências específicas, a revisão de conceitos e a construção de novos conhecimentos (UNODC, 2012).

A Organização das Nações Unidas (ONU), por meio do Escritório contra Drogas e Crimes, elaborou um documento com princípios e medidas relacionados ao tratamento de pessoas privadas de liberdade e à gestão de estabelecimentos penitenciários (UNAIDS, 2007). Este documento se destina a instituições internacionais e nacionais, incluindo órgãos do governo envolvidos com HIV/aids, departamentos penitenciários nacionais e os respectivos Ministérios responsáveis por esta área, Ministério da Saúde e Serviço Nacional de Saúde Pública, diretores e demais profissionais penitenciários, sociedade civil em geral e, em particular, as entidades que lidam com HIV, saúde, sistema penal, drogas e saúde no sistema prisional.

Os objetivos deste documento são: a) disponibilizar a população privada de liberdade ações de prevenção, atenção, tratamento e apoio em matéria de HIV/aids equivalente às disponíveis à população em geral (em liberdade); b) prevenir a transmissão do HIV (e de outras infecções) entre as pessoas privadas de liberdade, os profissionais penitenciários e a comunidade em geral; c) promover uma abordagem integrada de atenção à saúde nos ambientes

prisionais, para lidar com questões de Saúde Pública, para garantir melhor atenção à saúde, através de condições gerais e de gestão penitenciária adequadas (UNAIDS, 2007).

Enfocando o princípio da equidade do SUS, vemos que o documento do PNSSP não foi suficiente para garantir atenção integral às “minorias” que compõem o cenário penitenciário. Dentre estas minorias, estão inclusas as mulheres, que configuram aproximadamente 7% do total de pessoas privadas de liberdade no país, o que corresponde a cerca de 35 mil mulheres. Embora o aprisionamento feminino tenha crescido 42% entre 2007 e 2012 (BRASIL, 2012a), tal crescimento foi timidamente acompanhado por construções de políticas sociais voltadas especificamente para esse público.

Desta forma, destaca-se que, embora o PNSSP tenha como uma de suas metas a atenção à saúde da mulher no pré-natal e puerpério, a efetivação de tais ações não foi garantida. Ao analisarmos as legislações sobre a população prisional feminina, é factível que o Estado teve que recorrer a leis e resoluções específicas para dar visibilidade às mulheres encarceradas, na tentativa de tornar concretas as ações e os serviços destinados a população feminina.

Um claro exemplo é a Lei nº 11.942, de 2009, em que a LEP passa a “...assegurar à mulher gestante encarcerada, o direito ao acompanhamento médico tanto no pré-natal quanto no pós-parto, sendo esse direito extensivo ao recém-nascido” (BRASIL, 2009).

Outra prova da histórica “invisibilidade” das mulheres no sistema penitenciário se evidencia ao analisarmos a Resolução nº 03, de 1º de junho de 2012, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP), que recomenda “...a não utilização de algemas ou outros meios de contenção durante a condução ou permanência em unidades hospitalares, salvo quando houver a necessidade”. Foi somente a partir dessa resolução, em seu artigo 3º, que a mulher garantiu o direito de não “utilizar algemas ou outros meios de contenção em presas parturientes, definitivas ou provisórias, no momento em que se encontrem em intervenção cirúrgica para realizar o parto ou em trabalho de parto natural, e no período de repouso subsequente ao parto” (BRASIL, 2012b).

Assim, percebe-se que os serviços em saúde específicos para a população prisional feminina, até 2013, preveem preferencialmente ações voltadas à saúde materno-infantil. Ainda que o PNSSP possua como metas o controle dos cânceres cérvico-uterino e de mama, o Estado vinha priorizando leis e resoluções voltadas às necessidades da mãe gestante no cárcere.

No entanto, no que tange ao sistema prisional, um importante avanço ocorreu em janeiro de 2014, com a instituição da Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE). A PNAMPE amplia o olhar

sobre a população prisional feminina, pois inclui, dentre outras ações, a prevenção de todos os tipos de violência contra essas mulheres. Abrange ainda o fomento à adoção de normas e procedimentos adequados às especificidades das mulheres no que tange às questões de gênero, idade, etnia, cor ou raça, sexualidade, orientação sexual, nacionalidade, escolaridade, maternidade, religiosidade, deficiências física e mental e outros aspectos relevantes, bem como o incentivo à construção e adaptação de unidades prisionais para o público feminino (BRASIL, 2014b).

É importante salientar que a PNAME foi instituída através da Portaria Interministerial nº 210, de 16 de janeiro de 2014, entre o Ministério da Justiça e a Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República. Chama-nos a atenção que o Ministério da Saúde não conste da redação desse texto, indicando uma fragilidade no âmbito intersetorial dessa política. O lançamento da PNAME ocorreu exatos dez dias depois da publicação no Diário Oficial da União da PNAISP, nosso terceiro marco das políticas sociais de saúde no âmbito prisional.

A PNAISP considera como pessoas privadas de liberdade no sistema prisional aquelas que cometeram delito, que têm mais de 18 anos e que estão sob custódia do Estado seja em regime provisório, regime fechado ou semiaberto ou em medida de segurança (sentenciadas), conforme o Código Penal e a LEP.

O objetivo dessa política é garantir o acesso integral ao SUS da população privada de liberdade, através da qualificação e da humanização da atenção à saúde no sistema prisional, com ações conjuntas nas áreas da saúde e da justiça, nas esferas federais, estaduais e municipais (BRASIL, 2014c).

A PNAISP é fruto de um Grupo de Trabalho (GT) criado pelos Ministérios da Saúde e da Justiça, o qual, em 2012 e 2013, uniu diferentes atores na construção dessa política. O GT “Do plano à política: garantindo o direito à saúde para todas as pessoas do sistema prisional” está ligado ao Programa de Direito Sanitário da Fiocruz-Brasília e é composto pela gestão, pela Academia e pelas organizações de proteção às pessoas privadas de liberdade (DOMINGUES, 2012). O envolvimento da Academia e dos movimentos sociais implica a sociedade civil como corresponsável pela garantia de saúde no sistema prisional. Em abril de 2014, através da Portaria nº 482, é normatizada e operacionalizada a PNAISP. Ela prevê os serviços de saúde em três diferentes constituições, divididas e definidas pelo número de pessoas em cada complexo penitenciário e/ ou unidades prisionais – até 100 pessoas (tipo I), de 101 a 500 pessoas (tipo II) e de 501 a 1200 pessoas (tipo III).

As equipes de atenção básica prisional tipos I, II e III contam com uma equipe multidisciplinar composta por cirurgião dentista, enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, técnico de higiene bucal, podendo ser acrescida, dependendo dos tipos anteriormente citados, de outros profissionais como médico psiquiatra, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional e nutricionista. Os serviços de saúde dentro dessas instituições devem estar integrados a uma Unidade Básica de Saúde fora das instituições (BRASIL, 2014d).

A PNAISP representa um expressivo avanço na atenção à saúde da população prisional, bem como amplia a noção de garantia de direitos sociais. Assim, ao estender o foco anteriormente dado pelo PNSSP, o público-alvo da política abrange a amplitude dessa população, ou seja, todas as pessoas que se encontrem sob custódia do Estado, em regime fechado, semiaberto, aberto ou cumprindo medida de segurança na modalidade de tratamento ambulatorial. Outro avanço advindo da PNAISP é a inclusão de trabalhadores dos serviços prisionais e de familiares de pessoas privadas de liberdade nas ações de promoção e prevenção dos agravos à saúde (BRASIL, 2014c). A partir desse marco, a saúde passa a ser garantida não apenas à população privada de liberdade, mas a todos aqueles que circulam nos espaços prisionais, o que representa uma ampliação do entendimento de quem tem direito e do acesso às políticas de saúde no cárcere.

O sistema carcerário brasileiro rotineiramente é alvo de críticas por parte de organizações sociais em defesa dos direitos humanos, seja pelo fato da superlotação das celas ou mesmo pelas condições inadequadas de vida. As instituições penais, muitas vezes produzem suas próprias normas e rotinas que, por sua vez, favorecem os riscos à saúde dos encarcerados, privando-os não apenas de sua liberdade, mas também de seu direito fundamental de acesso à saúde.

A partir de uma primeira revisão bibliográfica referente à temática “Saúde da Mulher em situação prisional”, verificou-se escassa produção de pesquisas científicas na região norte do Brasil, em particular no Pará, que abordasse a questão feminina no cárcere, um cenário complexo, rico em diversidade e desconhecido, além de ser uma população marginalizada e estigmatizada pelo preconceito. Surgiu a necessidade de se conhecer os problemas relacionados à saúde da mulher em prisões brasileiras e, mais especificamente nesta pesquisa, as vulnerabilidades de mulheres privadas de liberdade às IST.

Ressalta-se, que o serviço de assistência à saúde no sistema penitenciário brasileiro é insatisfatório, e que, apesar da criação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

(PNSSP) em 2003, encontram-se desafios significativos para atender as necessidades em saúde desta população.

Tornam-se imprescindíveis ações em saúde que contribuam para que os objetivos do PNSSP e da PNAISP sejam alcançados, e que garantam que as diretrizes e princípios propostos no Plano Nacional de Assistência Integral a Saúde da Mulher (2004), cheguem até essas mulheres no sistema prisional, como ações de detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama; ações para diagnóstico e tratamento das IST/HIV/aids; assistência ao pré-natal, parto e puerpério; dentre outras ações em saúde.

A população encarcerada tem o direito de receber uma abordagem orientada para a detecção e tratamento oportuno de doenças, assim como a identificação de fatores de risco. Essa prática deve ser fundamentada por ações de educação em saúde e aconselhamento.

Segundo Maerrawi (2012) e Maerrawi e Lima (2013), um dos desafios à efetivação dos direitos de populações prisionais é dar visibilidade às suas condições de saúde para os gestores federais, municipais, estaduais e para a sociedade em geral. Há necessidade de se contribuir para a inclusão de uma visão de saúde como um direito humano, embora a cultura do sistema penitenciário seja focada principalmente na contenção e punição. Outro desafio é a articulação entre o sistema prisional e o sistema público de saúde, para fomentar discussões em instâncias do governo acerca das relações de gênero e as especificidades de saúde da mulher privada de liberdade.

5.4.2 O direito à educação

Compreender o direito à educação para as pessoas privadas de liberdade, se tornou um desafio diante de uma sociedade discriminatória e excludente, em que grande parte da população desconhece ou esquece que o acesso à educação é um direito de todo cidadão, e como tal deve ser garantido.

Se o processo educacional é capaz de oportunizar a transformação, emancipação e humanização de sujeitos, é imprescindível a presença deste processo no sistema penitenciário. De acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), nº 9.394 de 1996, em seu artigo 37, a educação deve ser ofertada *“a pessoas que não tiveram acesso ou continuidade de estudos no ensino fundamental e médio na idade própria”*.

Por conseguinte, no que concerne ao sistema penal, respaldados na Lei nº 7.210/84 que apresenta a disposição de conceber a educação prisional como uma possibilidade de

desenvolvimento pessoal e também profissional, é de grande importância se pensar na qualificação da pessoa em privação de liberdade, durante o período de detenção e também a partir de seu retorno ao convívio em sociedade.

A educação, para ser transformadora e desse modo, modificar a vida do indivíduo, deve compreender e valorizar o histórico social de seus educandos, deve se apresentar como uma oportunidade para todos, conforme prevê o artigo 205 da Constituição Federal de 1998: “[...]a educação, direito de todos e dever do Estado e família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando o pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho” (BRASIL, 1988).

Percebe-se a educação como um compromisso e uma responsabilidade articulada entre União, Estado, família e sociedade, necessitando esta ser garantida, não apenas em ambientes escolares formais (intramuros), bem como em diversos âmbitos como empresas, hospitais, sistema carcerário, ONGs, associações, igrejas, eventos, emissoras de transmissão (rádio, televisão, internet e redes sociais).

É válido salientar que esta mudança, emergiu a partir da aprovação das Diretrizes Curriculares para o curso de Pedagogia em 2006, quando surgiu a necessidade de pensar na atuação do pedagogo para além da sala de aula, “o trabalho do pedagogo em espaços escolares e não- escolares, na promoção da aprendizagem de indivíduos nas diferentes fases do desenvolvimento humano” (BRASIL, 2006).

Brandão (2007, p.7), destaca que “ninguém escapa da educação, pode ser em casa, na rua, na igreja ou na escola, de uma forma ou de outra, todos são envolvidos no processo educacional, seja para aprender, para ensinar, para aprender-e-ensinar”.

Segundo levantamento do Infopen (2014), em relação ao perfil das mulheres presas no Brasil, observa-se que são jovens 50% têm entre 18 e 29 anos, são mães, na maioria mães solteiras, abandonadas pelos seus cônjuges, e que por esse motivo se tornaram chefes de família, ou seja, ficaram responsáveis pela vida familiar e econômica, a maioria, são negras, possuem baixa escolaridade (ensino fundamental).

Dessa forma, podemos refletir sobre essas tentativas de ressocialização, mas que não se preocupam com dados tão importantes de que o processo educacional em prisões se torna uma das possibilidades de crescimento pessoal e profissional. Por conta disso, é preciso pensar nas diversas especificidades que as mulheres enfrentam ao longo do tempo, bem como observar que muitos estereótipos se desenvolvem após a saída da prisão, e desse modo, pensar um processo educacional nas prisões, levando em consideração todas as peculiaridades envolvidas.

Ressalta-se que o processo pedagógico em ambientes prisionais, por si só não garante imediata melhoria nas condições de vida e emprego, haja vista a sociedade ainda está carregada de preconceitos ao contratar egressos do sistema prisional, necessário se faz pensar na formação humana de mulheres privadas de liberdade a partir de uma educação transformadora, por meio do processo de aquisição de conhecimentos e cultura.

Nessa perspectiva, entende-se que a educação ofertada no sistema prisional é de grande importância para a formação humana, cultural, em processo de ressocialização de quem vive a realidade do encarceramento.

5.4.3 O direito ao trabalho

A partir do surgimento das penitenciárias como espaço destinado ao cumprimento da pena privativa de liberdade, iniciam os primeiros modelos de prisões que incluía o exercício do trabalho como forma de punição, se percebe que a centralidade da categoria trabalho perpassa todas as relações sociais, sejam elas dentro ou fora da prisão.

A partir da relação com o trabalho o homem é capaz de transformar a relação com a sociedade e pela produção de conhecimento se auto transformar, desta forma, o trabalho dentro do sistema prisional é apontado como uma das alternativas encontradas por meio do ingresso em atividades laborais dentro da prisão, para que então, se possa continuar contribuindo com a reprodução social (IRELANA & LUCENA, 2016).

As atividades laborais disponíveis no sistema penal de Santarém, Estado do Pará para mulheres não são diferenciadas, estas podem exercer atividades historicamente marcadas como funções femininas como: atividade de limpeza em geral e manipulação de alimentos na cantina. Para essas atividades, podem se habilitar tanto as que cumprem pena em regime fechado quanto, as do regime semiaberto, que tenham bom comportamento e respeito às normas de convivência entre companheiras de cela e com equipe de segurança e trabalho. A carga horária diária é de 6 ou de 4 horas, divididas em 2 turnos (manhã e tarde).

Para a realização de trabalho durante o cumprimento da pena de reclusão, as mulheres são selecionadas a partir de critérios como: Tipo de regime judicial; regras de conduta e comportamento e habilidades para a atividade a ser desenvolvida.

Internas do regime semiaberto podem adquirir o benefício do trabalho externo, isto é, durante o dia se deslocar ao trabalho fora do sistema penal, com o compromisso de retornar no final da tarde, onde permanecem até o próximo dia de trabalho, para que isso se efetive, as

empresas com interesse manifesto via documentação de intensão, disponibilizam as vagas e os critérios a serem preenchidos e, após avaliação pela equipe de produção e reinserção social, as internas aptas ao serviço são beneficiadas.

Tanto para o serviço interno quanto para o serviço externo, a avaliação para o trabalho ocorre em etapas, primeiramente as internas passam pela equipe de produção do sistema penal, para certificação se preenchem os critérios já citados, em seguida a interna selecionada, é encaminhada para avaliação com a coordenação de segurança para avaliação de regras de conduta e comportamento, em seguida são encaminhadas a avaliação da equipe multiprofissional da unidade de saúde (Psicologia, Assistência Social, Medicina e de Enfermagem), realiza exames de rotina para posterior fornecimento de parecer de aptidão e liberação para o trabalho.

A LEP, em seu artigo 126, inciso II, dispõe que a cada 03 (três) dias trabalhados, será descontado 01 (um) dia de punição (remição de pena).

Desta forma, quando relacionado a atividade laboral dentro do sistema penal, é importante destacar que segundo a LEP, o trabalho da pessoa privada de liberdade tem uma finalidade educativa e produtiva, podendo ser desenvolvido dentro do sistema penal (presos provisórios e condenados) ou fora do sistema penal (condenados no regime semiaberto). Atualmente dados do Infopen mulheres (2018), mostram que no Brasil, 24% da população prisional feminina está envolvida em atividades laborais, destas 87% em atividades internas (dentro do sistema penal) e 13% em atividades externas (fora do sistema penal).

O Infopen mulheres (2018) destaca ainda que, no estado do Pará 26% das mulheres em situação de cárcere exercem atividades laborais no sistema penal, destas 88,26% em atividades internas (dentro do sistema penal) e 11,73% em atividades externas (fora do sistema penal).

Relacionado ao complexo prisional de Santarém, Pará, os resultados mostram que apenas 24,2% exerce algum tipo de atividade laboral e ou ocupacional, trabalhos ligados à limpeza e alimentação, no entanto destas, apenas 12,9% declaram receber remuneração mensal pelo trabalho realizado, sendo esta remuneração inferior a R\$ 100,00.

Em relação a renda, mulheres privadas de liberdade em Santarém, Pará, informaram que antes da situação de cárcere 24 (38,7%) das mulheres detinham uma “renda familiar” entre 2 a 3 salários mínimo vigente no país (R\$ 880,00 reais) e que em média de 3 a 5 pessoas eram dependentes desta renda e, conviviam na mesma residência, resultado diferente do estudo de Costa et al (2017), realizado em uma penitenciária feminina do nordeste brasileiro, onde 41,4% das mulheres destacam uma renda familiar entre 1 e 2 salários mínimo.

Foi apontado pelas mulheres, que a maior preocupação enquanto presa, é com a família, pois com a sua prisão, deixou de contribuir no sustento familiar (pai, mãe, irmãos, filhos...). Portanto, a oportunidade de desenvolver alguma atividade remunerada, além de gerar um mínimo mecanismo de subsistência, traz o benefício da remissão de pena.

Ainda que não esteja submetido ao regime da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, a LEP prevê que o trabalho da pessoa privada de liberdade deverá ser remunerado e o valor não pode ser inferior a $\frac{3}{4}$ do salário mínimo. Em 2017, esse limite mínimo representava um salário mensal de R\$ 880,00.

Embora garantido pela LEP, no Brasil 63% da população prisional feminina em atividade laboral não recebe remuneração ou recebe bem menos que $\frac{3}{4}$ do salário mínimo mensal.

Entre as finalidades da remuneração obtida pelo trabalho no sistema prisional, encontra-se a de prestar assistência à família e, assim, é preciso expandir a análise sobre a baixa (ou inexistente) remuneração das pessoas privadas de liberdade, que trabalham a fim de contemplar também o aprofundamento da condição de vulnerabilidade social imposta à família desassistida por seus familiares em privação de liberdade.

Dessa forma, a realidade do sistema prisional brasileiro é marcada pela fragilidade da oferta dessas atividades laborais na prisão, o que reduz a possibilidade de trabalho e de formação profissional (IRELANA & LUCENA, 2016).

CONCLUSÃO

Após a pesquisa apresentada, a primeira conclusão a que se chega sobre a análise da vulnerabilidade às IST das mulheres no sistema prisional de Santarém, Pará é que, estas, encontram-se vulneráveis socialmente, anteriormente à situação de cárcere.

A pesquisa, ao se propor a analisar a vulnerabilidade às IST das mulheres no sistema prisional de Santarém, Pará, mostrou o quão essencial é a atenção em saúde à população privada de liberdade, devendo ser pautada nos princípios da PNAISP, de forma qualificada e buscando cumprir os princípios e diretrizes do SUS, tanto no âmbito da promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Ressalta-se que a política de atenção à saúde não deve envolver apenas os atores e atrizes principais (presos e presas), mas sim, os diversos atores presentes no sistema penitenciário, formando uma rede assistencial, desde o complexo judiciário, que estabelecem o julgamento e determinam a sentença a ser cumprida, a direção e equipe de segurança das penitenciárias, passando pelas equipes de saúde das unidades prisionais, até familiares que mantêm constante contato com os apenados em dias de visita e as instituições que desenvolvem projetos sociais, religiosos e assistenciais.

As pesquisas científicas acerca da temática, começaram a ser publicadas a partir da instituição do PNSSP e da PNAISP, onde passaram a levantar o debate e, chamar a atenção da comunidade científica para a importância deste problema, levando em consideração que o direito à saúde é pertencente a todos e todas, e que os presos de justiça, apenas perderam o direito a sua liberdade, e devem receber e ter acesso a serviços de saúde de qualidade, como os entregues a população em liberdade, que na maioria das vezes também não ocorre, porém, no ambiente do cárcere a insalubridade favorece os agravos em saúde como: tuberculose, dermatites, IST, dentre outros, problemas esses, que merecem atenção em especial, pois o cárcere é um elemento que aumenta a vulnerabilidade ao adoecimento das pessoas privadas de liberdade.

Em resposta aos objetivos traçados para esta pesquisa, conclui-se que estes foram alcançados e apresentados como resultados, onde o perfil socioeconômico e demográfico das mulheres privadas de liberdade, fica assim caracterizado: apenas 24,2% exercem atividade remunerada no sistema prisional, dessas, 12,9% com uma remuneração inferior a um salário mínimo, 91,9% autodeclararam-se negras e pardas, 59,7% na faixa etária de 21 a 40 anos, 71% presas por tráfico de drogas.

Fica descrito que 93,5% das mulheres privadas de liberdade, têm conhecimentos acertados sobre as IST, 88,7% conhecem as formas de transmissão e prevenção e reforçam a importância da não discriminação aos portadores de IST, 59,7% informam que não usam preservativo, destas 40,3% apontam como principal motivo para não usar o preservativo, o fato de não conseguir negociar com seu parceiro sexual.

A prevalência de IST auto referidas foi de 25,8% (sífilis e gonorreia), porém foram identificadas e confirmados 19,4% de casos de sífilis e 7,02 de casos HPV. 45,2% das mulheres afirmam não ser assegurado o direito a saúde no sistema penal, destacam que os atendimentos em saúde são realizados de forma pontual, por meio de ações de prevenção e proteção, por instituições em parceria com o sistema penal e, que não acontecem de forma programática. As mulheres em cárcere dividem opiniões quanto as IST ser ou não, um problema no sistema penal, enquanto algumas consideram não ser um problema, pelo fato de não conviverem com homens outras, consideram ser um problema gravíssimo, por conviverem no mesmo ambiente com muitas mulheres e por manterem relacionamentos íntimos entre si.

Durante a realização da pesquisa, ficou perceptível o quão distante o sistema prisional brasileiro, está do ideal humanitário, e quão urgente, radical e necessária são as mudanças a curto, médio e longo prazo, pois, dia a dia, as condições insalubres e até sub-humanas, só diminuem e depreciam as poucas, porém, ainda existentes, chances de ressocialização.

Urge a necessidade de modernização na estrutura física das penitenciárias, melhoria na assistência em saúde multiprofissional, ampliação dos projetos de ressocialização, visando o trabalho, educação, profissionalização das internas, evitando a falta de ocupação, destaca-se a necessidade de melhor preparo por meio de educação continuada dos (as) agentes penitenciários (as), dentre outras medidas que possam auxiliar nesse longo, mas necessário processo de mudança.

A perda da liberdade do sentenciado foi uma forma encontrada para implementar esta técnica, que tem a função primordial de legitimação da ordem vigente, e da manutenção da estabilidade e da paz. A prisão não foi criada com intuito, unicamente de privar a liberdade, sua razão de existir, esteve ligada à função técnica de correção. A solidão que traz o confinamento, foi tida como instrumento de reforma dos sentenciados. Devendo ser usado para produzir reflexão e arrependimento pelos crimes cometidos, da mesma forma assegurar ao Estado condições propícias ao exercício de bons hábitos de sociabilidade, o que não ocorre, seja no sistema penitenciário brasileiro ou mundial.

Nas penitenciárias brasileiras não se aplica o caráter terapêutico, seus mecanismos e os efeitos da prisão se difundiram ao longo dos anos, e a privação da liberdade deixou de se comportar como um projeto técnico de recuperação do indivíduo e de ressocialização.

Referente aos direitos das mulheres privadas de liberdade, foi possível entender melhor a realidade em que essas mulheres vivem, enquanto cumprem pena dentro do cárcere.

Em que pese, as leis garantem os direitos da população prisional, pois, demanda uma atenção em saúde específica, devido suas condições de vida e ambiente, acontece que a realidade do cárcere não condiz com o que é estabelecido na legislação.

Constatou-se que as condições físicas que são oferecidas nos estabelecimentos prisionais às mulheres, não são aquelas determinadas pela Constituição Federal /88 e pela Lei de Execução Penal, violando assim, o princípio da dignidade da pessoa humana.

Identificou-se que, na atenção à saúde das mulheres presas, se deve levar em consideração as singularidades sociais e culturais, e isso vai determinar como devem ser realizadas as ações e desenvolvida as políticas públicas.

Contudo, as políticas até então elaboradas visando à melhoria nas condições de saúde das internas, são inegavelmente merecedoras de reconhecimento, pois estão atentas a questões que, de fato, são as mais alarmantes. Porém, o maior desafio é sua implementação, isto é, serem colocadas em prática.

Desta feita, é necessário destacar que no período de coleta de dados referente a esta pesquisa, as mulheres privadas de liberdade em Santarém, Pará eram custodiadas no Centro de Recuperação Agrícola Sílvia Hall de Moura – CRASHM, caracterizado como presídio misto, isto é, que custodiava homens e mulheres separados em Alas (masculina e feminina). Destaca-se que as condições físicas e sanitárias eram insalubres, comprometendo a saúde física e mental destas mulheres. No entanto, no mês de maio de 2018, foi inaugurado o Centro de Recuperação Feminino – CRF no complexo penitenciário de Santarém, Pará e as mulheres foram transferidas do CRASHM ao CRF, uma unidade individualizada, com melhor infraestrutura para custódia de mulheres em situação de cárcere.

Relacionado a equipe de saúde prisional, os profissionais enfermeiros e técnicos de enfermagem são a maioria nas equipes de saúde multiprofissional dentro das unidades prisionais, desta forma, destaca-se a necessidade de capacitação e manutenção de atividades de educação permanente para estes seguimentos profissionais, pois, uma equipe mal estruturada, não capacitada para o atendimento da mulher em situação de cárcere e suas especificidades, aliado a falta de conhecimento, tanto de suas condições de saúde, como dos direitos de mulheres

em cárcere, é apontado como empecilho para efetivação do direito à saúde, porém é necessário o empenho, tanto multissetorial como multiprofissional.

Compreender o contexto e o acesso à saúde das mulheres privadas de liberdade é avançar na discussão da atenção integral à saúde. A questão não é somente o aumento do número de prisões, e, sim, o entendimento das mulheres como sujeito de direito, e que possuem especificidades que devem ser consideradas neste contexto.

Faz-se necessário reconhecer as mulheres em privação de liberdade como capazes de tomarem decisões sobre seus corpos e sua saúde. E para tal, é fundamental que elas tenham condições dignas e oportunidades de promoção e educação em saúde, bem como atendimento dentro dos princípios garantidos pelas políticas públicas, de acessibilidade, integralidade, resolutividade e humanização da assistência à saúde.

ABDELRAHIM, M.S. **HIV prevalence and risk behaviors of female sex workers in Khartoum.** North Sudan. AIDS 2010; 24: S55-S60.

ALMEIDA FILHO, N. A.; ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e Saúde.** 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

ALVES, E.S.R.C., DAVIM, R.M.B., OLIVEIRA, L.F.M., RODRIGUES, E.S.R.C., NOBREGA, M.F., TORQUATO, J.A. Condições de vida e de saúde de mulheres em uma unidade prisional feminina. **Revista de Enfermagem.** UFPE on line. DOI: 10.5205/reuol.8702-76273-SM.1003201603. Recife -PE. 10(3):958-68, mar, 2016.

AMARAL, Marina. **Sem direito a nada.** Disponível em <<http://iddd.org.br/impressa/show/24>>. Acesso em: 10 de Agosto de 2018.

ADJEI, A.A, ARMAH, H.B, GBAGBO, F, AMPOFO, W.K, BOAMAH I, ADU-GYAMFI, C, ASARE, I, HESSE, I.F.A, MENSAH, G. **Correlates of HIV, HBV, HCV and syphilis infections among prison inmates and officers in Ghana: A national multicenter study.** BMC Infectious Diseases. Published: 7 March 2008 8:33 doi:10.1186/1471-2334-8-33. This article is available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2334/8/33>

AYRES, J.R.C.M, CALAZANS, G.J, SALETTI FILHO, H.C, FRANÇA JÚNIOR, I. **Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde.** In: Campos GWS, Bonfim JRA, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 375-417.

AYRES, J.R.C.M, PAIVA, V, FRANÇA JÚNIOR, I, GRAVATO, N, LACERDA, R, NEGRA, M.D. **Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with hiv/aids.** Am J Public Health. 2006; 96:1001-6.

AYRES, J.R.C.M. **Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas.** Saude Soc. 2009; 18 Supl 2:11-23.

AYRES, J.R.C.M. **Sobre o risco: para compreender a epidemiologia.** São Paulo: Hucitec; 2002.

AYRES, J.R.C.M. **Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais.** Interface (Botucatu). 2002; 6(11):11-24.

AYRES, J.R.C.M, FREITAS, A.C, SANTOS, M.A.S, SALETTI FILHO, H.C, FRANÇA JÚNIOR, I. **Adolescência e Aids: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares.** Interface (Botucatu). 2003; 7(12):113-28.

AYRES, J.R.C.M, FRANÇA JUNIOR, I, CALAZANS, G, SALLETTI FILHO, H.C. **Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS.** In: Barbosa R, Parker R, organizadores. Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999. p. 50-71.

AYRES, J.R.C.M, FRANÇA JUNIOR, I, CALAZANS, G, SALLETTI FILHO, H.C. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios.** In:

Czeresina, D, Freitas, CM. (Org.). Promoções da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.p.117-140.

AYRES, J.R.C.M, CALAZANS, G, SALLETI FILHO, H.C. FRANÇA JUNIOR, I. **Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção de saúde.** In: Campos, GWS. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec. Fiocruz; 2006. P. 353-395.

ARAÚJO, T.M.E, ARAUJO FILHO, A.C.A, FEITOSA, K.V.A. **Prevalência de sífilis em mulheres do sistema prisional de uma capital nordestina. 2013.** Artigo disponível em: <http://apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I52254.E12.T9655.D8A.P.pdf>.

ASSUNÇÃO, C.H.V. **A saúde da mulher: a situação das encarceradas do Presídio Feminino de Florianópolis.** Universidade Federal de Santa Catarina. Faculdade de Serviço Social. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Florianópolis-SC, 2011.

BARBOSA, M.L, SILVA, P.B.A, CARDINS, K.K.B, AMARAL, N.O, COSTA, G.M.C. **Assistência à saúde nas prisões brasileiras: uma revisão integrativa.** 3º Seminário Internacional de Pesquisa em Prisão. Recife – PE. UFPE. GT 13 – Saúde nas Prisões. 2017.

BRAGATO, G.J.P. **Saúde através das grades: uma experiência na unidade básica de saúde Madre Pelletier.** Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem, curso de graduação em Enfermagem. Porto Alegre - RS. 2013.

BERTOLOZZI, M.R, NICHATA, L.Y.I, TAKAHASHI, R.F, CIOSAK, S.I, HINO, P, VAL, L.F. **Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na saúde coletiva.** Rev Esc Enferm USP. 2009; 43 No. Espe 2:1326-30.

BRASIL. **Avaliação da efetividade das ações de prevenção dirigidas às profissionais do sexo, em três regiões brasileiras.** Serie Estudos Pesquisas e Avaliações nº7. S.E. Ministério da Saúde, Coordenação Nacional De Dst e Aids. Brasília/DF: Ministério da Saúde II: 104p.; 2003.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa. Edições 70. 2011.

BASTOS, L.N., PASSOS, M.R.L., TIBURCIO, A.S. **Gestantes atendidas no Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Universidade Federal Fluminense.** DSTJ Bras. Doenças Sex. Transm., Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 5-12, 2002.

BELDA Jr, W, SHIRATSU, R, PINTO, V.V. Abordagem nas doenças sexualmente transmissíveis. **Revista Brasileira de Dermatologia.** 2009; 84(2): 151-59.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 05 de outubro de 1988. Contém as emendas constitucionais posteriores. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde, Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher, Princípios e diretrizes. Série C. **Projetos, programas e relatórios.** Editora MS. Brasília. DF. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) [Internet]. Brasília; 2005 [citado 2010 nov. 16]. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DST/aids**. Brasília. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/ppublicacao/2010/cbvecorrimto_masc_2010_final.pdf24822.pdf>.

BRASIL. Ministério da justiça. **Plano Diretor do Sistema Penitenciário: Mulher Presa e Egressa**. Brasília-DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Secretaria de Atenção à Saúde**. Brasília-DF, 2ª edição, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde, Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas (PCDT): Atenção Integral as pessoas com Infecção Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Abril. 2015. CONITEC.

BUCHALLA, C.M. **AIDS: O surgimento e a evolução da doença**. In: **Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: A Evolução do País e de suas Doenças** (C. A. Monteiro, org.), pp. 331-345, São Paulo: Editora Hucitec / Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde, Universidade de São Paulo. 1995.

BUCHALLA, C.M., PAIVA, V. Da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque multidisciplinar. **Rev. Saúde Pública**. 36 (4 Supl):117-9. 2002.

CAPEZ, F. **Execução Penal Simplificado**. São Paulo: Saraiva. 2011.

CARTAXO, R.O, COSTA, G.M.C, CELINO, S.D.M, CAVALCANTI, A.L. Panorama da estrutura presidiária brasileira. **Rev. Bras. em Promoção da Saúde** [online]. 2013

CASTILHO, R. **Direitos Humanos**. Coleção sinopses jurídicas, v.30. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2012. P.193.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/12 de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Publicado no DOU nº 12 de 13 de junho de 2013 – seção 1, página 59.

COELHO, H.C, OLIVEIRA, S.A.N, MIGUEL, J.C, OLIVEIRA, M.L.A, FIGUEIREDO, J.F.C, PERDONÁ, G.C, PANOS, A.D.C. Soroprevalência da infecção pelo vírus da Hepatite B em uma prisão brasileira. **Rev. Bras. Epidemiol**. 2009; 12(2):124-131.

COSTA, E.S., SANTOS, J.D.M., ROCHA, M.R.C., VIANA, L.M.M., OLIVEIRA, D.M., SILVA, B.J.C, LIRA, A.P. Mulher encarcerada: Perfil, sexualidade e conhecimento sobre IST. **Revista Uningá**. V. 52, n.1, pp. 23-28 (Abr-Jun-2017).

DE BONI, R, VELOSO, V.G.E, GRINSZTEJN, B. **Epidemiology of HIV in Latin America and the Caribbean**. Curr. Opin. HIV AIDS, 2014;9(2):192-8.

DAL POGETTO, M.R.B. **Prevalência das doenças sexualmente transmissíveis em mulheres profissionais do sexo do Município de Botucatu/SP**. 2010. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, São Paulo.

DALLABETTA, G, LAGA, M., LAMPTEY, P. **Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis: Manual de Planejamento e Coordenação de Programas**. Rio de Janeiro: Te Corá Editora / Associação Saúde da Família. 1997.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Disponível na **Biblioteca Virtual de Direitos Humanos da Universidade de São Paulo**: www.direitoshumanos.usp.br

DOMINGUES, B. Uma política para garantir o direito à saúde no sistema prisional. **Revista Radis**, Rio de Janeiro, n. 118, p. 20-21, 2012.

DORFEY, E.S. MENESSES, R.S, VIANA, J.M, OLIVEIRA, G.N. Infecções sexualmente transmissíveis: um estudo entre mulheres encarceradas de uma cidade do oeste baiano. **Rev Digital Pesquisa CONQUER [Internet]**. 2008 [citado 2010 dez. 13];3. Disponível em: <http://www.fasb.edu.br/revista/index.php/conquer/article/>.

ESPINOZA, O. **A mulher encarada em fase do poder punitivo**. São Paulo: IBCCRIM, 2004.

FERNANDES, F.R. et al. **HIV seroprevalence and high-risk sexual behavior among female sex workers in Central Brazil**. AIDS Care; 2014.

FAZEL, S.; BAILLARGEON, J. The health of prisoners. **Lancet**. 2011; 377: 956–65. Published Online November 19, 2010. Disponível em: www.thelancet.com.br. V. 377. DOI:10.1016 / S0140- 6736(10)61053-7. Acesso em: 12 de março de 2015.

FIGUEIREDO, N.M.A. **Metodologia de método na pesquisa científica**. 3ª edição. 2ª reimpressão. São Paulo. Editora Yends. 2009.

FRANÇA JUNIOR, I., AYRES, J.R.C.M. **Saúde pública e direitos humanos**. In: Forte PAC, Zoboli ELC, organizadores. Bioética e saúde pública. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Edições Loyola; 2003. p. 63-70.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: Nascimento da prisão**. Tradução: Raquel Ramallete. 38ª ed. Petrópolis. Editora: Vozes. 2010. 291p.

GÁRATE ES, A.C. Prólogo. Córdoba: **Asociación por los Derechos Civiles, Programa sobre el sistema interamericano de protección de los derechos humanos**. 2007 [citado 27 Jun 2011]. Disponível em: <http://www.adc-sidh.org/la-corte-lista.ehe?idsec=1&idsub0=12&idsub1=151&idsub2=152&ing.br>.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 200 p.

GTI - **Secretária Especial de Políticas Para as Mulheres**. Grupo de Trabalho Interministerial - Reorganização e Reformulação do Sistema Prisional Feminino – 2008. Brasília: Presidência da República. 196p. Disponível em: <http://www.spmulheres.gov.br>. Acesso em: 17 nov.2017.

INFOPEN - **Sistema de Informações Penitenciárias Divisão de Tecnologia da Informação Superintendência do Sistema Penitenciário do Estado do Pará**, Secretaria de Segurança Pública Governo do Estado do Pará. Agosto. 2015.

INFOPEN - **Sistema de Informações Penitenciárias Divisão de Tecnologia da Informação Superintendência do Sistema Penitenciário do Estado do Pará**, Secretaria de Segurança Pública Governo do Estado do Pará. Abril. 2016.

INFOPEN - **Sistema de Informações Penitenciárias Divisão de Tecnologia da Informação Superintendência do Sistema Penitenciário do Estado do Pará**, Secretaria de Segurança Pública Governo do Estado do Pará. Novembro. 2017.

INFOPEN - **Sistema de Informações Penitenciárias Divisão de Tecnologia da Informação Superintendência do Sistema Penitenciário do Estado do Pará**, Secretaria de Segurança Pública Governo do Estado do Pará. Agosto. 2018.

INFOPEN – **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias** - Infopen mulheres. 2ª edição. Ministério da Justiça e da Segurança Pública. Distrito Federal – DF. 2018.

INTERNACIONAL CENTER FOR PRISIONAL STUDIES, word prison brief. Disponível em: <http://www.prisonstudies.org/> Acesso em: 22 de junho 2018.

IRELANA, T.D.; LUCENA, H.H.R. **Educação e trabalho em um centro de reeducação feminina: um estudo de caso**. Cad. Cedes, Campinas, v. 36, n. 98, p. 61-78, jan. - abr., 2016. DOI: 10.1590/CC0101-32622016162651.

JOHNSTON, L. et al. **High prevalence of mycoplasma genitalium among female sex workers in Honduras: implications for the spread of HIV and other sexually transmitted infections**. International Journal of STD & AIDS 2012;23(1):5-11.

JUNIOR, S.F.; OLIVEIRA, H.B.; MARIN-LEON, L. Conhecimento, atitudes e práticas sobre tuberculose em prisões e no serviço público de saúde. **Rev. Epidemiol.** 2013.

KHAN, M.S.; UNEMO, M.; ZAMAN, S.E.; LUNDBORG, C.S. **HIV, STI prevalence and risk behaviours among women selling sex in Lahore, Pakistan**. BMC infectious diseases 2011;11(1):119.

LEI nº 7.210 de 11 de julho de 1984. **Lei de Execução Penal**. Congresso Nacional. Brasília; 163 ° da Independência e 96° da República.

MAKSoud, N.O. **Encarceramento feminino: aspectos psicossociais e gênero**. Dissertação (Mestrado). Programa de Mestrado em Psicologia. Universidade Católica Dom Bosco (UCDB). Campo Grande – MS. 2017.

LOBIONDO-WOOD, L.G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001.

LOPES, F.; LATORRE, M.R.D.O.; PIGNATARI, A.C.C.; BUCHALLA, C.M. **Prevalência de HIV, papilomavírus humano e sífilis na Penitenciária Feminina da Capital, São Paulo.** 1997-1998. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 17 (6): 1473-1480. Nov-Dez, 2001.

NICHIATA, L.Y.I.; BERTOLOZZI, M.R.; GRYSCHKE, A.L.P.L.; ARAÚJO, N.V.D.L.; PADOVEZE, M.C.; CIOSEK, S.I.; TAKAHASHI, R.F. Potencialidade do conceito de vulnerabilidade para a compreensão das doenças transmissíveis. **Rev Esc Enferm.** USP 2011; 45(Esp. 2):1769-73.

MAHFOUD, Z. et al. **HIV/AIDS among female sex workers, injecting drug users and men who have sex with men in Lebanon: results of the first biobehavioral surveys.** AIDS 2010; 24: S45-S54.

MANN, J.; TARANTOLA, D. (editores). **AIDS in the world II.** Nova York: Oxford University Press; 1996.

MANN, J.; TARANTOLA, D.; NETTER, T. (organizadores). **A aids no mundo.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA/IMS/UERJ; 1993.

MANN, J.; TARANTOLA, D.J.M. **From epidemiology to vulnerability to human rights.** In: Mann J, Tarantola DJM< editors. Aids in the world II. Global Dimensions, social roots and responses. New York: Oxford University Press, 1996. P. 427-462.

MANN, J.; TARANTOLA, D.J.M.; NETTER, T.W. **A Aids no mundo.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 1992.

MIRANDA, A.E. et al. Saúde sexual e reprodutiva em penitenciária feminina, Espírito Santo, Brasil. **Revista Saúde Pública.** São Paulo-SP, (p. 255-260), 2004.

MAERRAWI, I.E. **Estudo dos fatores de risco associados às infecções pelo HIV, Hepatite B e C e sífilis e suas prevalências em populações carcerárias em São Paulo.** Tese (Doutorado em Ciências). Universidade de São Paulo, São Paulo. 2012.

MAERRAWI, I.E.; LIMA, M. Populações em presídios: limites e possibilidades de ações para prevenção das DST e aids. Vulnerabilidade e Direitos humanos. In: Prevenção e Promoção da Saúde – Livro IV - **Planejar, Fazer, Avaliar.** Livro 1 V. Juruá Editora. Curitiba. PR. 2013.

MARX, K. **O capital.** São Paulo: Ciências Humanas, 1978.

MEDHI, G.K.; MAHANTA, J.; PARANJAPPE, R.S.; ADHIKARY, R.; LASKAR, N.E.; NGULLY, P. **Factors associated with HIV among female sex workers in a high HIV prevalent state of India.** AIDS care 2012;24(3):369-76.

MELLO, D.C. **A prisão feminina: gravidez e maternidade – um estudo da realidade em Porto Alegre – RS/Brasil e Lisboa/Portugal.** Tese (Doutorado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2014.

MENDES, E.V. **25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios.** Estud. av. [online]. 2013, vol.27, n.78, pp. 27-34. ISSN 0103-4014.

MILLAY, T.A.; SATYANARAYANA, V.A.; O' LEARY, C.C.; CRECELIUS, R.; COTTLER, L.B. **Risky Business: Focus-Group Analysis of Sexual Behaviors, Drug use and Victimization among Incarcerated Women in St. Louis.** Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine, Vol. 86, No. 5. The New York Academy of Medicine. P2009. Doi:10.1007/s11524-009-9381-4.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento.** Pesquisa qualitativa em saúde. 12^a ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407p.

MOCELLIN, M.E. **Mães do cárcere: os direitos das mulheres e a convivência familiar em situações de privação de liberdade.** 2015. Monografia de Conclusão de Curso. Universidade Tuiuti do Paraná. Curitiba, Paraná.

MOME, R.K.B.; WIYEH, A.B.; KONGNYUY, E.J. **Eficácia do preservativo feminino na prevenção do HIV e infecções sexualmente transmissíveis: um protocolo de revisão sistemática.** BMJ Open 2018; 8: e023055. Doi: 10.1136 / bmjopen-2018-023055

MORTES em presídios do país em 2017 já superam o massacre do Carandiru. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bom-diabrazil/noticia/2017/01/mortes-em-presidios-do-pais-em-2017-ja-superam-o-massacre-do-carandiru.html>> Acesso em: 22 de julho de 2018.

MOREIRA, M.A.; SOUZA, H.S. Vivências de mulheres aprisionadas acerca das ações da saúde prestadas no sistema penitenciário. **Revista O mundo da Saúde.** São Paulo. 2014; 38 (2): 219-227.

NAUD, P. **DST & AIDS.** Porto Alegre: Artes Médicas. 1993.

NÉIA, P.C.; MADRID, F.M.L. **A realidade da mulher no sistema prisional brasileiro.** Encontro de Iniciação Científica. ISSN 21-76-8498. ETIC 2015.

NERI, MS, OLIVEIRA, JF, NASCIMENTO, ER, GUSMÃO, MEN, MOREIRA, VS. Presas pelas drogas: características de saúde de presidiárias em Salvador, Bahia. **Rev. Baiana de Enfermagem,** Salvador. 2011. 5(2) 121-132.

NICHIATA, L.Y.I.; BERTOLOZZI, M.R.; TAKAHASHI, R.F.; FRACOLLI, L.A. The use of the “vulnerability” concept in the nursing area. **Rev Latino-Am Enfermagem.** 2008; 16:923-8.

NICOLAU, A.I.O.; RIBEIRO, S.G.; LESSA, P.R.A.; MONTE, A, S.; BERNARDO, E.B.R.; PINHEIRO, A.K.B. Conhecimento, atitude e prática do uso de preservativos por presidiárias: prevenção das DST/HIV no cenário prisional. **Rev. Esc. Enferm.** USP 2012; 46 (3):711-9. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp.

NIJHAWAN, A.E.; CHAPIN, K.C.; SLOWAY, R.; ANDREA, S.; CHAMPION, J.; ROBERTS, M. **Prevalence and predictors of Trichomonas infection in newly incarcerated woman.** Sex Transm. Dis. 2012; 39(12):1-12.

NUCCI, G.S. **Prisão e Liberdade.** As reformas processuais penais introduzidas pela lei 12.403 de 4 de maio de 2011. 2011. p. 66.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **HIV/Aids em ambientes prisionais: prevenção, atenção, tratamento e apoio.** Marco referencial para uma resposta nacional eficaz. Genebra; 2005.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Escritório sobre Drogas e Crimes. A mulher e o HIV em ambientes prisionais.** Vienna; 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), a importância de um compromisso renovado com a prevenção e o controle das IST na obtenção de saúde sexual e reprodutiva global. 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/75838>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estratégia global do setor de saúde sobre infecções sexualmente transmissíveis**, 2016-2021. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2016 [citado em 2017 23 de novembro]. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ghss-stis/en/>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Infecções de transmissão sexual (ITS).** Genebra: OMS; 2017 [citado 2017 23 de novembro]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/>.

ONUSIDA, **Las cárceles y el sida.** Actualización técnica del onusida. Genebra: ONUSIDA. 1997.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **Folha Informativa/HIV/aids.** <https://www.paho.org/bra>. 2017. Acesso em 18 de agosto de 2018.

PAIM, J.S. **Reforma Sanitária Brasileira – contribuição para a compreensão e crítica.** Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

PAIM, J.S.; SILVA, L.M.V. **Universalidade, integralidade, equidade e SUS.** BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.), São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010.

PAIVA, V.; PUPO, L.R.; BARBOSA, R. O direito a prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. **Rev. Saúde Pública.** Vol. 4. Supl. São Paulo; p.109-119. Abril, 2006.

PIERANTONI, C.R. **20 anos do sistema de saúde brasileiro: o Sistema Único de Saúde.** Physis [online]. 2008, vol.18, n.4, pp. 617-624. ISSN 1809-4481.

PEDROSO, R.C. Utopias penitenciárias, projetos jurídicos e realidade carcerária no Brasil. **Revista de História.** Departamento de História da Universidade de São Paulo. N. 136, 120-137, 1997.

PIOVESAN, F. Direitos humanos, o princípio da dignidade humana e a constituição brasileira de 1988. **Revista dos tribunais.** São Paulo, v. 94, n. 833, p.41-53, mar. 2005. <https://bdjur.stj.jus.br/jspui/handle/2011/21962>

PIOVESAN, F.; PIROTTA, W.R.B. **A proteção dos direitos reprodutivos no direito internacional e no direito interno.** In: Piovesan, F. (organizador). Temas de direitos humanos. 2a Ed. São Paulo: Max Limonad; 2003. p. 237-76.

PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO. **Portaria Interministerial nº 1777 de 09 de novembro de 2003.** Brasília: Ministério da Saúde. 2004.

PLÁCIDO, W.S. **Epidemiologia da infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) em população feminina geral e população carcerária.** 2012. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Pará. Núcleo de Medicina Tropical. Belém, Pará.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTARÉM. **Informações Municipais de Santarém.** Secretaria Municipal de Meio Ambiente (SEMMA), Centro Municipal de Informações Ambientais (CIAM). 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTARÉM. **Informações municipais.** Disponível em: <http://www.santarem.pa.gov.br>. Acesso em: 12 de abril de 2016.

POMPILO, M.A. **Estudo clínico-epidemiológico do Hiv/aids e hepatite em presidiários de Campo Grande – Mato Grosso do Sul.** 2011. Tese (Doutorado em Doenças Infecciosas e Parasitárias). Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Mato Grosso do Sul.

PRASEEDA, S.D.; ANURADHA, D.E.; JAYANTHI, S.S. **A study on the HBV and the HCV infections in female sex workers and their Co-Infection with HIV.** Journal of Clinical and Diagnostic Research 2013;7(2):234-7.

RAMIRO, A.F.R. A estrutura do sistema carcerário brasileiro, frente aos direitos humanos. FACIDER. **Revista Científica.** Colíder, n. 07, 2015.

RAVLJA, J.; VASILJ, I.; MARIJANOVIĆ, I.; VASILJ, M. **Risk behaviour of prison inmates in relation to HIV/STI.** Psychiatria Danubina, 2014; Vol. 26, Suppl.2, pp S395–S40. Medicina Academica Mostariensia, 2014; Vol.2, No.1-2, pp 39-45. Original paper © Medicinskanaklada - Zagreb, Croatia.

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.

RIBEIRO, M.A.; DEUS, N.M.S.F. **O encarceramento de mulheres: o cuidado e controvérsias em saúde.** Universidade Federal de Alagoas. Instituto de Psicologia. Investigação qualitativa. Brasil. Volume 2. Atas CIAIQ. 2017. Disponível em: www.ciaiq.org.

RUFINO, E.C.; ANDRADE, S.S.C.; LEAEBAL, O.D.C.P.; BRITO, K.K.G.; SILVA, F.M.C.; SANTOS, S.H. Conhecimento de mulheres sobre IST/aids: intervindo com educação em saúde. Artigo original. **Rev. Cienc. Cuid. Saúde.** 2016. Jan/Mar; 15(1):9-16. DOI: 10.4025/ciencuidsaud. v 15i2.26287.

ROCHA, M.D.H.A.; SAMUDIO, M. Comportamento sexual, vulnerabilidade e conhecimentos relacionados às IST/HIV/aids. **Rev. de Enfermagem / FW / v.11/n.11/p.26-39-2015.**

SALLA, F. **As rebeliões nas prisões: As rebeliões nas prisões: novos significados a partir da experiência brasileira.** Sociologias, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 274-307.

SÁNCHEZ. A.I.M.; BERTOLOZZI, M.R. **Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva.** Ciência & Saúde Coletiva, 12(2):319-324, 2007.

SEVALHO, G. **Apontamentos críticos para o desenvolvimento da vigilância civil da saúde.** Physis. 2016; 26(2):611-32.

SEVALHO, G. **O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire.** Interface - Comunicação Saúde Educação. 2018; 22 (64):177-88. DOI: 10.1590/1807-57622016.0822

SILVA, E.F.; RIBEIRO, E.R. Atenção à saúde da mulher em situação prisional. **Revista Saúde e Desenvolvimento.** vol.4, n.2, 2013.

SILVA, J.A.S.; VAL, L.F.; NICHATA, L.Y.I. A estratégia saúde da família e a vulnerabilidade programática na atenção ao HIV/AIDS: uma revisão da literatura. **Rev. Mundo Saúde.** 2010;34(1):103-8.

SILVEIRA, S.F.S. **Perfil sociodemográfico e achados citopatológicos no colo do útero da população feminina privada de liberdade do Estado de São Paulo.** Dissertação (Mestrado). Fundação Pio XII. Hospital do Câncer de Barretos. Barretos. São Paulo. 2016.

SKOLNICK, A.A. **Look bhindbars for key to control of STDs.** JAMA, 279:97-99. 1998.

STRAZZA, L. **Estudo da vulnerabilidade à infecção pelo HIV em privadas de liberdade da Penitenciária Feminina do Butantã-SP avaliada por técnicas sorológicas e pela técnica do TAT.** 2003. 161 f. Tese (Doutorado em Ciências). Faculdade de Medicina/USP, São Paulo, 2003.

SIQUEIRA, J.R. **O trabalho e a assistência social na reintegração do preso à sociedade.** In: Serviço Social e sociedade. São Paulo:Cortez, n.67, set.2001.

SOARES, B.M. **Retrato das mulheres presas no Estado do Rio de Janeiro.** CESEC – Centro de Estudos de Segurança e Cidadania – Rio de Janeiro. Boletim de Segurança e cidadania, ano 1, nº 1, julho de 2002.

SOARES, B. **Prisioneiras: Vidas e violências atrás das grades.** Rio de Janeiro. Garamound. 2002.

TAKAHASHI, R.F. **Marcadores de vulnerabilidade a infecção, adoecimento e morte por HIV e Aids.** 2006. Tese (Livre-docência) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.

THOMAZ, G.C.; OLIVEIRA, J.Fr.; BISPO, T.C.F. Vulnerabilidades no envolvimento feminino com drogas: um estudo com mulheres em situação de prisão. **Revista Enfermagem Contemporânea.** 2016 Jul/Dez;5(2):228-241.

THOMPSON, A. **A questão penitenciária.** 5. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2002.

UNAIDS, WHO, UNODC. **Evidence for action technical papers interventions to address hiv in prisons prevention of sexual transmission.** Geneva. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. ISBN: 978 92 41595797. (NLM classification: WC503.6).2007.

UNAIDS BRASIL. **Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV Aids** [Internet]. Brasília; 2015 [citado em 20 de dezembro de 2015]. Disponível em: <http://www.unaids.org.br/>

UNAIDS. **Global Report: Unaid Report on the Global AIDS Epidemic 2013**; Geneva: 148 p. 2013.

UNAIDS. **Global Report: Report on the Global AIDS Epidemic 2013**; Geneva: 148p. 2013b.

UNAIDS. **A ONU e a resposta à AIDS no Brasil.** Brasília- DF: UNAIDS do Brasil 2013.

UNAIDS/ONUSIDA. **Chegando a zero.** Estratégia do UNAIDS/ONUSIDA. 2011- 2015. Brasília-DF: UNAIDS; 2010.

UNAIDS DO BRASIL. **A ONU e a Resposta à AIDS no Brasil.** C., Unodc & Lt; Unicef, Onu-Mulheres, Ufpa, Unesco, Opas/Oms, Oit, Pnud. Brasília-DF: 2013.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **Handbook for prison managers and policy makers on women and imprisonment.** Criminal justice handbook series. United Nations publication sales No.E.08.iv.4. ISBN978-92-1-130267-7. New York,2008.

UNITED NATIONS. **Population Information Network.** A/CONF.171/13: report of the ICPD (94/10/18). http://www.un.org/popin/icpd/conference/of_feng/poa.html. acesso em: novembro.2017.

UNITED NATIONS. **Fourth World Conference on Women.** <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/>. Acesso em: novembro.2017.

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

VALADÃO, M.M. **Vulnerabilidade pessoal, programática e social.** 2008. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines for the management of sexually transmitted infections.** Geneva: WHO, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections.**2008. Disponível em: <<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/stisestimates/en/>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sexually Transmitted Infections (STIs), The importance of a renewed commitment to STI prevention and control in achieving global sexual and reproductive health.** 2013. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/rhr13_02/en/index.html.

VAL, L.F.; NICHATA, L.Y.I. A integralidade e a vulnerabilidade programática às DST/HIV/aids na Atenção Básica. Artigo original. **Revista Enfermagem USP**. 2014; 48 (48 (ESP): 149-55. www.ee.usp.br/reeusp.

ZANINELLI, G. **Mulheres encarceradas: Dignidade da pessoa humana, gênero, legislação e políticas públicas**. 2015. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual do Norte do Paraná. Programa de Mestrado em Ciências Jurídicas. Jacarezinho – Paraná.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Questionário de Pesquisa

APÊNDICE B: Roteiro de Entrevista

APÊNDICE C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**“VULNERABILIDADES ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS
DE MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE EM SANTARÉM-PARÁ”**

APÊNDICE A - Questionário de Pesquisa

Este questionário que a senhora irá responder agora, faz parte de uma pesquisa que está sendo desenvolvida no Sistema Prisional feminino, com objetivo de analisar a magnitude de Infecções Sexualmente Transmissíveis em mulheres privadas de liberdade e as dimensões de vulnerabilidade relacionadas, no município de Santarém, Pará.

Garantimos que a senhora não será identificada e suas respostas serão secretas e somente o resultado geral da pesquisa será divulgado.

Coordenação de Pesquisa

Pesquisadora / Orientadora: Prof. Dra. Lucia Yasuko Izumi Nichiata.
Pesquisadora / Enfermeira: Nádia Vicência do Nascimento Martins.

1. Número de Identificação: _____	2. Data: / /
<p>Gostaríamos de fazer algumas perguntas sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) para que melhor possamos conhecer os “saberes, práticas preventivas e dimensões de vulnerabilidades”, sua colaboração é essencial e muito importante.</p>	
I- ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS EDEMOGRÁFICOS.	
3. Qual a sua idade (em anos completos): _____	
4. Qual sua raça/cor: 1 () Branca 2 () Negra 3 () Parda 4 () Indígena	
5. Escolaridade: 1 () Nenhuma 2 () Ensino Fundamental 3 () Ensino Médio 4 () Ensino Universitário	
6. A senhora tem ou teve acesso a ensino (escolarização básica ou fundamental) no sistema prisional? 1 () Sim 2 () Não 3 () Ignorado	
7. A senhora recebe ou já recebeu alguma educação profissional (curso profissionalizante) no sistema prisional? 1 () Sim 2 () Não 3 () Não se aplica	
8. A senhora desenvolve algum trabalho remunerado no sistema prisional? 1 () Sim 2 () Não <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="margin-right: 20px;"> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; flex-grow: 1;"> <p>Se sim, qual sua renda? (em salários mínimos)</p> <p>1 () Até 1 2 () 2 a 3 3 () 3 a 4</p> <p>4 () Não informado 5 () Não remunerado</p> </div> </div>	
9. Número de pessoas em sua família: 1 () 2 2 () 3 3 () 4 4 () 5 5 () 6 e mais 6 () Não informado	
10. Renda familiar (em salário mínimo): 1 () 2 a 3 2 () 3 a 4 3 () acima de 4 4 () Não informado.	
11. Quantas pessoas moram coma senhora (na cela)? 1 () 2 a 5 2 () 6 a 10 3 () 11 a 15 4 () 15 e mais	
12. Na cela entre a senhora e as outras mulheres, existe alguma forma de organização ou regras de convivência que possa facilitar ou dificultar o seu direito saúde? 1 () Sim 2 () Não 3 () Não sei	

13. A senhora percebe ou já percebeu qualquer forma de preconceito ou discriminação durante o seu período de permanência neste sistema prisional?

1 () Sim 2 () Não 3 () Não sei

Se sim, por parte de quem?

1 () das companheiras de cela 3 () de seus familiares
2 () de agentes prisionais 4 () da equipe de saúde

II- CONHECIMENTOS SOBRE AS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST)

14. A senhora já ouviu falar em IST?

1 () Sim 2 () Não 3 () Não sei

Se sim, onde ouviu falar?

1 () nos meios de comunicação (televisão, rádio, internet)
2 () com seus familiares
3 () com agentes prisionais

15. A senhora sabe como se pega IST?

1 () Sim 2 () Não 3 () Não sei

16. Esta unidade prisional oferece atividades de educação em saúde (orientações) sobre IST?

1 () Sim 2 () Não 3 () Não se aplica

17. A senhora acredita serem suficientes as atividades de educação em saúde dentro desta unidade prisional?

1 () Sim 2 () Não 3 () Não se aplica

18. Em sua opinião o direito a saúde dentro do sistema prisional é assegurado às mulheres?

1 () Sim 2 () Não 3 () Não sei

19. Quando tem um problema de saúde, o que a senhora faz?

1 () Chama o serviço de atendimento em saúde
2 () Aguarda o dia de visita, para conversar com alguém da família
3 () Espera passar
4 () Avisa o agente prisional
5 () Avisa as pessoas que dividem a mesma cela
6 () Não se aplica

20. Com quem a senhora conversa sobre IST? (A senhora pode marcar mais de uma resposta):

1. Pessoas que convivem na cela comigo: 1 () Sim 2 () Não
2. Profissional da equipe saúde (enfermeiro, médico, psicólogo....) 1 () Sim 2 () Não
3. Alguém da sua família ou amigo: 1 () Sim 2 () Não
4. Não tenho ninguém com quem me sinta à vontade para conversar: 1 () Sim 2 () Não

21. A senhora já procurou o serviço de saúde prisional para prevenir ou tratar alguma IST?

1. () Não. Nunca fui ao serviço de saúde por causa de questões relacionadas à IST.
2. () Não. Já tive doenças com corrimento, ferida ou verrugas nos órgãos sexuais, mas não procurei o serviço de saúde.
3. () Sim. Já tive doenças com corrimento, ferida ou verrugas nos órgãos sexuais, e tratei depois de fazer consulta médica.
4. () Sim. Faço acompanhamento no serviço de saúde e de tempos em tempos ou quando tenho algum problema de saúde.
5. () Já tentei, mas não consegui atendimento quando precisei.

22. A senhora JÁ TEVE alguma doença transmitida através das relações sexuais (doença venérea, doença de rua)?

- 1 () Sim 2 () Não 3 () Ignorado

I) Pensando nos últimos 6 meses ou alguma vez na vida a senhora notou / percebeu a presença de alguma alteração na região genital ou anal?

Úlcera ou ferida	1 () Sim	2 () Não	3 () Ignorado	() 6 meses	() alguma vez na vida
Corrimento vaginal	1 () Sim	2 () Não	3 () Ignorado	() 6 meses	() alguma vez na vida
Verruga	1 () Sim	2 () Não	3 () Ignorado	() 6 meses	() alguma vez na vida

II) Algum médico ou outro profissional de saúde já lhe informou que a senhora já teve alguma das seguintes condições nos últimos 6 meses ou alguma vez na vida?

- Sífilis 1 () Sim 2 () Não 3 () Ignorado
- Herpes genital ou anal 1 () Sim 2 () Não 3 () Ignorado
- Condiloma 1 () Sim 2 () Não 3 () Ignorado
- Gonorreia 1 () Sim 2 () Não 3 () Ignorado
- Cancro mole 1 () Sim 2 () Não 3 () Ignorado
- Linfogranuloma 1 () Sim 2 () Não 3 () Ignorado
- Outras () Especificar: _____

Se sim, qual? _____

() Há 6 meses ou

() Alguma vez na vida

23. A senhora sabe para que serve uma camisinha (preservativo)? (a senhora pode marcar mais de uma resposta).

1. Prevenir doenças tipo IST? 1 () Sim 2 () Não 3 () Ignorado
 2. Prevenir uma gravidez? 1 () Sim 2 () Não 3 () Ignorado
 3. Prevenir outras doenças? 1 () Sim 2 () Não 3 () Ignorado

24. A senhora já fez o teste do HIV?

- 1 () Sim 2 () Não 3 () Não se aplica

25. A senhora gostaria de fazer o Teste de HIV

- 1 () Sim 2 () Não 3 () Não se aplica

III-ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS, PRÁTICAS SEXUAIS E PREVENTIVAS

26. Na sua vida com quantas pessoas diferentes a senhora já teve relações sexuais?

27. Em caso de gravidez, a senhora considera ter condições de ficar com seu filho (a) durante o período de amamentação neste sistema prisional?

- 1 () Sim 2 () Não 3 () Ignorado

Se não, por qual motivo, você considera não ter condições de permanecer com seu filho?

28. A senhor atem parceiro sexual fixo?

- 1 () Sim 2 () Não

29. É assegurado o direito à visita íntima para as mulheres neste sistema prisional?

- 1 () Sim 2 () Não 3 () Ignorado

30. A senhora usa preservativo com parceiro fixo?

- 1 () Sim

- 2 () Não

Se não, qual o motivo?

1 () Não gosto	5 () Desejo ter filhos
2 () Não sei usar	6 () Acho que não vou pegar doença
3 () Não acredito na eficácia	7 () Não tenho condições de comprar
4 () Não consigo negociar com o parceiro	8 () Outra, qual? _____

31. Como você tem acesso a preservativo masculino ou feminino dentro deste sistema prisional?

- 1 () Compro quando preciso 2 () Pego no serviço de saúde 3 () Recebo em dia de visita
 4 () Não tenho acesso 5 () Somente quando tem campanha seu ganho

32. Quantos parceiros sexuais a senhora teve nos últimos 6 meses?

- 1 () 2 2 () 3 3 () 4 4 () 5 5 () 6 e mais

33. Características das relações sexuais nos últimos 6 meses.

1 () Relação sexual com mulher	5 () Prática sexual anal
2 () Relação sexual com homem	6 () Prática sexual vaginal e anal
3 () Relação sexual com homem e mulher	7 () Prática sexual oral
4 () Prática sexual vaginal	8 () Outra, qual? _____

34. Qual dessas situações já aconteceu coma senhora?

1. () Tive relações sexuais com pessoas diferentes. Com algumas usei camisinha e com outras não.
2. () Só transei com namorada (o), e não usamos camisinha porque fizemos um pacto de fidelidade.
3. () Só tranco com pessoas conhecidas e limpas, por isso não uso camisinhas.
4. () Em todas as transas, usei camisinha.
5. () Não passei por nenhuma dessas situações.

35. A senhora já coletou Preventivo do Câncer de Colo Uterino (PCCU) alguma vez?

- 1 () Sim 2 () Não 3 () Ignorado

Se sim, em que ano foi o último? _____

36. A senhora sente dor durante as relações sexuais?

- 1 () Sim 2 () Não 3 () Ignorado

37. A senhora tem sangramento após as relações sexuais?

- 1 () Sim 2 () Não 3 () Ignorado

38. Nos últimos 6 meses, a senhora percebeu corrimento vaginal?

- 1 () Sim 2 () Não 3 () Ignorado

Se não passar para questão 42.

39. Que aspecto a senhora diz ser o corrimento vaginal?

- 1 () bolhoso 2 () fluido 3 () Pastoso 4 () leitoso 5 () Não sei

40. Qual a cor do corrimento vaginal?

- 1 () amarelo 2 () branco 3 () acinzentado 4 () esverdeado 5 () Não sei

41. Tem odor (mau cheiro) o corrimento vaginal?

- 1 () Sim 2 () Não 3 () As vezes 4 () Não sei

42. A senhora tem algum desconforto urinário?

- 1 () Sim 2 () Não 3 () Ignorado

Se sim, qual?

1 () ardência 2 () dor 3 () Não informado.

Gostaríamos de agradecer a sua disponibilidade e participação em nossa pesquisa. Muito obrigado.

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**“VULNERABILIDADES ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS DE MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE EM
SANTARÉM-PARÁ”**

APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista

Esta entrevista que a senhora irá participar agora, faz parte de uma pesquisa que está sendo desenvolvida no Sistema Prisional feminino, com objetivo de analisar a magnitude de Infecções Sexualmente Transmissíveis em mulheres privadas de liberdade e as dimensões de vulnerabilidade relacionadas, no município de Santarém, Pará.

Garantimos que a senhora não será identificada e suas respostas serão secretas e que somente o resultado geral da pesquisa será divulgado.

Roteiro de Entrevista – Aprofundar os temas

**Tema I – VULNERABILIDADE DE MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE
A INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS**

1. O que sabe sobre IST.
2. Identificação das IST como um problema, pelas mulheres privadas de liberdade.
3. Formas de proteção e assistência as IST das mulheres privadas de liberdade.
4. Conhece ou conviveu com alguma pessoa portadora de alguma IST, se sim: como foi a sua experiência.
5. Deixe uma orientação quanto a prevenção as IST para as mulheres.

Gostaríamos de agradecer a sua disponibilidade e participação em nossa pesquisa. Muito obrigado.

Coordenação de Pesquisa

Pesquisadora / Orientadora: Prof. Dra. Lucia Yasuko Izumi Nichiata

Pesquisadora/ Enfermeira: Nádia Vicência do Nascimento Martins

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

APENDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos à senhora a participar da pesquisa intitulada “**VULNERABILIDADES ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS DE MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE EM SANTARÉM-PARÁ**”, sob a responsabilidade da pesquisadora **Nádia Vicência do Nascimento Martins**, orientada pela Prof. Dra. **Lucia Yasuko Izumi Nichiata**, que tem dentre os objetivos analisar a magnitude de Infecções Sexualmente Transmissíveis em mulheres privadas de liberdade e as dimensões de vulnerabilidade relacionadas, no município de Santarém, Pará.

Gostaríamos de contar com a sua participação, nas seguintes etapas da pesquisa: Na primeira etapa, a senhora será convidada a responder perguntas de um questionário e participar de uma entrevista, que será realizada nas dependências do Centro de Recuperação Agrícola Silvio Hall de Moura (CRASHM), em sala reservada, e terá duração média de 75 minutos.

Na segunda etapa, haverá necessidade de a senhora ser submetida à coleta de sangue e a coleta de secreção vaginal durante o exame de Preventivo do Câncer de Colo de Útero (PCCU), os procedimentos serão realizados por profissionais capacitados, em sala adequada, em dias e horários previamente agendados.

Ao aceitar participar da pesquisa a senhora fica ciente que:

- I)** Sua participação não é obrigatória, a senhora pode se recusar a responder as perguntas do questionário e da entrevista, assim como a participar da coleta de sangue e do Preventivo do Câncer de Colo de Útero (PCCU).
- II)** A senhora tem a liberdade de desistir ou de interromper sua colaboração nesta pesquisa no momento em que desejar, sem necessidade de dar qualquer explicação e sem causar nenhum prejuízo à sua saúde ou seu bem-estar físico.
- III)** O risco de ter revelada sua identidade existe, porém será minimizado por meio da utilização de códigos numéricos, para sua identificação, preservando com isso a confidencialidade das informações prestadas.
- IV)** Podem ocorrer casos de constrangimento ou desconforto seja durante a coleta de informações pertinente a entrevista (devido a perguntas relacionadas à atividade sexual, número de parceiros, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), etc) e / ou na coleta de amostras biológicas (dor, tontura, desmaio, hematoma (a pele roxa no local da coleta) mal-estar, nervosismo, medo e vergonha). Entretanto, tais situações serão minimizadas contando-se com o suporte da Unidade Básica de Saúde (UBS) existente nas dependências do CRASHM, que dispõe de consultórios climatizados, salas de procedimentos e uma equipe multiprofissional (profissionais treinados para abordagem da participante de forma adequada, realização dos procedimentos) que auxiliarão na resolução das demandas referente à realização dos exames e entrega dos resultados durante todo o período de realização da pesquisa.

V) Persistindo a necessidade de avaliação por uma equipe médica especializada, a direção do CRASHM, juntamente com a pesquisadora, solicitará o agendamento de consultas especializadas via central de regulação de consultas, para Unidade Referência Especializada em Saúde (URES), ou mesmo realizará o encaminhamento imediato para o serviço de Pronto Socorro Municipal se necessário.

VI) A senhora não receberá remuneração (pagamento em dinheiro) e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, por ser sua participação voluntária.

VII) Em casos de eventuais danos decorrentes da realização da pesquisa, será garantida indenização a participante, conforme as leis vigentes no país.

VIII) Os resultados obtidos durante a pesquisa serão mantidos em sigilo e arquivados sob responsabilidade das pesquisadoras por um período de 5 anos e, após o término deste período, todos os dados serão incinerados ou deletados.

IX) O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) será impresso em duas vias de igual teor, e assinado em todas as páginas, sendo que uma via é de uso das pesquisadoras e a outra via ficará com a senhora.

X) Como benefício, a sua participação na pesquisa poderá contribuir com a produção do conhecimento acerca dos direitos destas mulheres privadas de liberdade à assistência à saúde.

XI) Será garantida a privacidade e a confidencialidade das informações, sendo a responsabilidade assumida pela pesquisadora que, para qualquer informação a mesma, poderá ser encontrada nos seguintes endereços postal, eletrônicos e telefônicos: **Nádia Vicência do Nascimento Martins**, Travessa Professor Carvalho, 1420, Caranazal, CEP: 68040470, Santarém, Pará; e-mail: stm.martins@hotmail.com, telefone celular: (93) 99145 3053, a presente pesquisa será desenvolvida somente após aprovação e liberação do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, localizado na Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, nº 419 – Cerqueira Cesar – São Paulo/SP. CEP: 05403-000. Telefone - (11) 3061 8858. E-mail: cepee@usp.br.

XII) Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Santarém, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Prof. Dra. Lucia Yasuko Izumi Nichiata
Pesquisadora / Orientadora

Nádia Vicência do Nascimento Martins
Pesquisadora / Enfermeira

ANEXOS

ANEXO A: Formulário padrão para resultado de teste rápido

ANEXO B: Requisição de Exame Citopatológico - Colo de Útero

ANEXO C: Parecer Consubstanciado do CEP

ANEXO D: Carta de Autorização da Superintendência do Sistema Penitenciário do Estado do Pará

ANEXO E: Comprovante de Submissão de Artigos Científicos