

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA

JÚLIA DA PAIXÃO MOTA

O DIREITO À SAÚDE NO ENCARCERAMENTO FEMININO:
Narrativas de profissionais da saúde e egressas do sistema prisional

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

São Paulo

2021

JÚLIA DA PAIXÃO MOTA

**O DIREITO À SAÚDE NO ENCARCERAMENTO FEMININO:
Narrativas de profissionais da saúde e egressas do sistema prisional**

Trabalho de Conclusão de Curso de exigência parcial para Graduação em Psicologia, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Orientador (a): Prof^{fa}. Dr^a. Irene Pereira Gaeta.

São Paulo

2021

AGRADECIMENTOS

Ao longo dos meus estudos, percebi que a pesquisa se constrói em um processo longo e reflexivo, o qual torna-se difícil sustentar sozinho, assim como essa profissão. Sendo assim, durante a graduação e especialmente no quinto ano, fica evidente a importância da rede de apoio. É no encontro com o outro que se tem potência. A seguir, gostaria de dedicar um espaço deste trabalho para homenagear aqueles que tanto me apoiaram e ensinaram.

Agradeço aos profissionais da saúde e egressas que participaram dessa pesquisa, que estiveram abertos a conversar comigo e compartilhar suas experiências, muitas vezes difíceis, permitindo a construção deste trabalho. Sem eles não seria possível.

À Irene, minha orientadora, por me apoiar e acreditar em mim durante todo processo, até mesmo quando nem eu acreditei. Agradeço também à Gabi, por aceitar ser minha parecerista e ter me introduzido, de maneira cuidadosa e crítica, aos diálogos (im)possíveis entre a Psicologia e a Justiça. Agradeço também às outras tantas professoras que me ensinaram ao longo dessa jornada.

Ao meu clube, minhas amigas tão queridas que me acompanharam durante todos os anos de PUC. Como disse, essa profissão se constrói em coletivo e sem elas não seria possível estar aqui, obrigada por tantas risadas, abraços, colos e gritarias (de vez em quando). Gostaria de agradecer especialmente à Maria, Helena, Bia e Ana, que de certa forma, construíram esse trabalho comigo.

Ao Igor, por se fazer presente durante todo o processo, de graduação e TCC, até mesmo para além do que lhe cabia, sempre com palavras de apoio e incentivo, como é característico do seu jeito gentil.

A todos meus amigos e amigas de outros encontros, que não pudemos estar próximos durante esse último ano, mas se fizeram presente da maneira possível.

Por fim, e não menos importante, agradeço à minha família, principalmente ao meu irmão e aos meus pais que sempre incentivaram meus estudos e me apoiam em todas as minhas decisões, devo muito do que sou hoje a eles. À minha mãe por me ensinar sobre gentileza e empatia e ao meu pai por me mostrar a leveza da vida.

*“Não aceito mais as coisas que não posso mudar,
estou mudando as coisas que não posso aceitar. ”*

(Angela Davis)

RESUMO

A presente pesquisa pretendeu estudar a saúde feminina no cárcere, com o objetivo de compreender e analisar como se estabelece o direito à saúde das mulheres encarceradas. Para isso, realizou-se uma revisão bibliográfica acerca do tema, buscando artigos nas bases de periódicos científicos: BVS, Scielo e Portal de Periódico CAPES. Posteriormente, foram feitas entrevistas semiestruturadas e remotas com egressas e profissionais da saúde, que trabalham no sistema prisional, buscando contemplar diferentes experiências com a saúde no cárcere feminino. O estudo configura-se em uma pesquisa no campo da Psicologia Social, com a análise qualitativa das entrevistas inspirada na proposta metodológica da Psicologia Sócio- Histórica, dos Núcleos de Significação, utilizada como organizador das narrativas e que constituíram quatro eixos de análise. A literatura demonstra que as condições habitacionais e sanitárias dos presídios favorecem o adoecimento, principalmente das mulheres. Ao relacionar a bibliografia com o relato dos participantes de pesquisa, é possível perceber que diversos fatores atravessam a saúde nesse contexto, como a manutenção do contato com a família, relações sociais no cárcere, alimentação de qualidade, acesso a medicamentos, higiene precária, dentre outros. Dessa maneira, torna-se essencial ampliar pesquisas acerca do tema, pois pressupõe-se que ao conhecer e debater o fenômeno, torna-se possível interferir e lutar em busca da garantia do direito à saúde de mulheres encarceradas.

Palavras chave: Direito à Saúde; Cárcere; Mulheres; Psicologia Social.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CDP - Centro de Detenção Provisória

CFP - Conselho Federal de Psicologia

INFOPEN - Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias

LEP - Lei de Execução Penal

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONGs - Organizações Não Governamentais

ONU - Organização das Nações Unidas

PNAISP - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional

PNAMPE - Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional

PNSSP - Plano Nacional de Saúde nos Sistema Penitenciário

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. A PSICOLOGIA E A GARANTIA DE DIREITOS	10
3. O CONCEITO DE SAÚDE	14
4. BREVE PANORAMA SOBRE A CRIAÇÃO DOS PRESÍDIOS	20
5. SAÚDE NO CÁRCERE	25
6. OBJETIVO	29
6.1. Geral	29
6.2. Específicos	29
7. MÉTODO	30
7. 1. Procedimentos	30
7. 2. Participantes	31
7.3. Análise	31
7.4. Cuidados éticos	34
8. RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
8.1. (Des) Atenção à saúde e os processos de adoecimento: “Tratam a gente como bicho.”	36
8.2. Abandono e sofrimento: “É de um abandono, de não saber como estão os filhos, de sentir-se muito sozinha. ”	43
8.3. O uso da medicação como forma de controle: “É uma maneira de você tá exterminando, não é? ”	47
8.4. Descaso, violência e morte: “O massacre do Carandiru nunca acabou, ele continua vivo todos os dias no sistema carcerário. ”	52
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
APÊNDICE A	66
APÊNDICE B	68
APÊNDICE C	69

1. INTRODUÇÃO

Ao longo dos estudos da graduação, tive a oportunidade de fazer uma visita a um presídio feminino, para realizar uma análise institucional do ambiente; tal experiência foi algo extremamente marcante e que trouxe o interesse em estudar mais a fundo esse contexto. Após constatar diversas problemáticas que envolvem o encarceramento, uma delas destacou-se: o direito à saúde. De acordo com a Constituição de 1988, a saúde é um direito do cidadão e dever do Estado, sem exclusão, estendido, portanto, àqueles que estão privados de liberdade. Diante disso, o questionamento constante é: como promover saúde em ambientes tão precários em aspectos sanitários, como os presídios? Sendo assim, o presente estudo se faz de extrema importância uma vez que trata de uma população tão marginalizada e muitas vezes esquecida em questões de garantia de direitos.

Em 2015, a World Female Imprisonment List, realizada pelo International Centre for Prison Studies (ICPS), aponta o Brasil como o quinto país com maior índice de mulheres encarceradas, ficando atrás, respectivamente, do Estados Unidos da América, da China, da Rússia e da Tailândia. Aproximadamente 6,4% da população prisional do país é constituída por mulheres, estando mais de 37 mil mulheres em instituições penais brasileiras. Além disso, tal valor aumentou quase quatro vezes em relação ao que foi encontrado em 2000.

De acordo com os dados do último relatório de Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Infopen), feito pelo Departamento Penitenciário Nacional (Depen), órgão executivo subordinado Ministério da Justiça e Segurança Pública, a população privada de liberdade no Brasil totaliza 726.354 pessoas. Sendo que, há 423.242 vagas no sistema. De 2000 para 2017, a taxa de aprisionamento aumentou em mais de 150% no país (INFOPEN,, 2017).

A população masculina privada de liberdade totaliza 685.929 pessoas, enquanto a feminina 37.828 (INFOPEN, 2017). Apesar do número de mulheres ser inferior ao masculino, é importante ressaltar o crescimento da população carcerária feminina que aumenta ao longo dos anos. De acordo com dados do Infopen Mulheres (2016), a população feminina nos presídios aumentou em 656% em relação ao total registrado no início dos anos 2000. Nesse mesmo período, o aumento da população masculina foi de 293%.

A maior parte da população feminina privada de liberdade é jovem, 47,33% tem até 29 anos, sendo que 25,22% tem entre 18 a 24 anos e 22,11% entre 25 a 29 anos (INFOPEN MULHERES, 2017). Em relação à etnia, 63,55% da população carcerária nacional é preta e

parda, sendo 48,04% parda e 15,51% preta. Ademais, observa-se um baixo nível de escolaridade, uma vez que 44,42% das mulheres privadas de liberdade possuem o Ensino Fundamental Incompleto.

O primeiro relatório do Infopen Mulheres (2014), voltado exclusivamente para o gênero feminino se justifica pela deficiência de dados e indicadores sobre o perfil dessa parcela da população prisional. Além disso, faz referência ao fato de mulheres terem demandas e necessidades específicas de saúde, maternidade, gestação e estabelecimento dos laços familiares.

O documento ainda ressalta a vinculação do sistema prisional brasileiro a uma matriz histórica patriarcal, de maneira que a ótica masculina é frequentemente tomada como regra para debater o contexto prisional, com prevalência de serviços e políticas penais direcionados para homens. Para Davis (2003), os sistemas punitivos refletem a estrutura política e econômica, que é negada às mulheres e, portanto, são significativamente masculinos.

De acordo com Barcinski e Cúnico (2014), o sistema prisional tende a invisibilizar as mulheres, uma vez que esse é majoritariamente masculino e masculinizante. Tal fato ocorre devido a alguns fatores: 1) as prisões femininas são vistas com exceções, já que ocorrem em baixa porcentagem quando comparadas às masculinas; 2) há um improviso institucional quando se trata do encarceramento de mulheres; o sistema prisional não foi criado pensando na mulher, é um ambiente masculino adaptado para o gênero oposto; 3) os corpos femininos sofrem maiores interdições, uma vez que são vedados alguns hábitos socialmente associados à expressão da feminilidade, como por exemplo o uso de maquiagem (COLARES & CHIES, 2010 apud BARCINSKI e CUNICO, 2014).

Borges (2019) acredita que a mulher no contexto prisional é duplamente invisibilizada: pelo próprio contexto da prisão e por ser mulher, tendo em vista as concepções patriarcais que estruturam o sistema. A autora ainda ressalta tal aspecto ao afirmar que o caráter sexista serve como estrutura punitivista no sistema prisional.

Tendo em vista tais fatores, torna-se de extrema importância estudar a mulher encarcerada e os desafios que a circundam. Na revisão bibliográfica realizada para o presente trabalho, constatou-se a violação do direito à saúde como um tema de importante destaque. Sendo assim, este trabalho busca compreender como se estabelece o direito à saúde para mulheres no cárcere.

Para esse debate, o próximo capítulo inicia apresentando o papel da Psicologia na garantia de direitos. Em seguida, é feita uma discussão sobre os conceitos de saúde e uma breve exposição a respeito de como se dá a construção das prisões. Por fim, é demonstrada e discutida a construção das políticas de saúde no cárcere, tendo como base as seguintes legislações: Lei de Execução Penal – LEP, nº 7.210 (BRASIL, 1984), Plano Nacional de Saúde nos Sistema Penitenciário (PNSSP) (BRASIL, 2005), Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) (BRASIL, 2014).

Diante disso, com base nos capítulos, realizou-se a discussão com o que foi observado na revisão bibliográfica, em conjunto com os resultados obtidos nas entrevistas com profissionais da saúde e egressas do sistema prisional, buscando compreender como se estabelece o direito à saúde de mulheres encarceradas.

2. A PSICOLOGIA E A GARANTIA DE DIREITOS

Neste capítulo, será apresentada a importância da atuação da Psicologia no campo das políticas públicas, tendo em vista seu compromisso social, ético e político. Assim como, contextualizar a concepção de Psicologia que este trabalho se baseia.

Para compreender o compromisso social da Psicologia e seu papel na garantia de direitos, é preciso retomar, brevemente, como se estabelece o campo de saber da Psicologia no Brasil e o contexto histórico-político envolvido durante o processo. O conhecimento da Psicologia desenvolveu-se ao longo do século XX no país, antes mesmo da profissão ser regulamentada, sob a convicção que deveria ser um saber neutro, amplo e universal. Sendo assim, a Psicologia e seu conhecimento eram utilizados em prol de corrigir possíveis sujeitos “desviantes” da norma – que apresentavam comportamentos não aceitos socialmente - indo de encontro ao esperado pela lógica higienista da época. (GONÇALVES, 2014).

Segundo Gonçalves (2014), a Psicologia é regulamentada como profissão apenas em 1962 no Brasil, dois anos antes do golpe civil-militar de 64, tendo seu início influenciado por um regime autoritário, no qual os interesses políticos encontravam-se voltados ao desenvolvimento econômico do país e à abertura para o capital internacional. Com isso, o governo estava envolvido em políticas tecnocráticas, ao mesmo tempo que a garantia de direitos e políticas públicas sociais não se encaixavam no projeto político vigente. Nesse sentido, em seu desenvolvimento inicial, a Psicologia, como profissão, se estabelece no modelo de profissional liberal, tendo sua atuação majoritária limitada à clínica e ao consultório particular.

Tendo em vista esses aspectos, a autora aponta que a Psicologia tem um papel secundário na discussão das políticas públicas, utilizando seu saber supostamente neutro para auxiliar outros profissionais. Em contrapartida, há uma parcela de profissionais da categoria que se inquietam frente à realidade vivida, ao lugar social, e à falta de crítica assumida pela profissão. Em resposta, esses se unem a movimentos sociais com o intuito de denunciar o autoritarismo, a repressão e integrar a luta pela democracia (GONÇALVES, 2014).

Nesse contexto, surge a Psicologia Comunitária, se atrelando à comunidade na reivindicação de direitos. Dessa maneira, a Psicologia passa a ter uma atuação em áreas distintas, buscando contribuir para transformação social, sendo uma dessas áreas a saúde, com ações voltadas para a promoção, um conceito que começava a se desenvolver (GONÇALVES,

2014). A autora ressalta a importância em compreender que a inserção da Psicologia no campo social se dá de forma processual, de acordo com o cenário histórico-político e o avanço da luta pela democratização. Tal processo faz com que surjam respostas e teorias alternativas às crenças naturalizantes e patologizadoras da época – que levam em consideração aspectos inerentes da vida humana como patologia - e passam a considerar a noção de historicidade.

A Psicologia Comunitária tinha um cunho assistencialista anteriormente, é no contato com movimentos sociais e com a população, que essa passa a ter uma posição crítica frente a realidade que se apresentava. Nas mudanças curriculares que se propunham na época, é importante ressaltar a importância de Silvia Lane e suas propostas para o curso de Psicologia na PUC- SP (FURTADO, BRAMBILLA & ROSA, 2018). Lane se atentou para a importância da Psicologia Social estar em contato com a organização popular e na luta por direitos, constituindo o que entende-se pelo “Compromisso Social da Psicologia”.

A participação de psicólogas em tais movimentos tem grande importância na constituinte que dá início à Constituição de 1988. A partir desse período, surgem novos desafios para a profissão na década de 90, uma vez que, apesar de avanços na garantia dos direitos, há também uma ascensão de concepções neoliberais como respostas à crise do capitalismo, no fim do século XX, fato que trazia contradições e dualidade na profissão. Ao mesmo tempo, uma parcela de profissionais estava aplicada em ter uma atuação presente nas instituições (ainda enfraquecidas), enquanto outra parcela ainda estava restrita ao modelo de atuação apenas na clínica tradicional (GONÇALVES, 2014).

De acordo com Furtado, Brambilla e Rosa (2018), o avanço na legislação sofreu abalos durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, de 1995 a 2003, pelo avanço de propostas neoliberais e pela abertura do mercado para empresas internacionais. Com o ideário de Estado mínimo, houve uma consolidação do terceiro setor e, conseqüentemente, crescimento de Organizações Não Governamentais (ONG's), interferindo no trabalho da Psicologia no campo social. As ONG's fortalecem a crença do trabalho social ligado ao voluntariado e à caridade. Entretanto, o projeto de compromisso social da psicologia se atrelou aos movimentos de resistência ao programa neoliberal, de maneira que, psicólogas passaram a integrar o espaço das políticas públicas em defesa dessas.

Ainda segundo os autores, durante os governos Lula e Dilma, de 2003 a 2016, houveram reformas sociais com abertura de modelos democráticos e participação popular na elaboração e

manutenção das políticas públicas. Em 2005, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) apresentou os resultados do Banco Social de Serviços de Psicologia em políticas sociais, consolidando a atuação da Psicologia nesse campo e, ao mesmo tempo, apresentando novas possibilidades para a profissão.

A presença da Psicologia nas políticas sociais passou a ser uma ação pública e não mais uma organização comunitária. Tal fato exigiu uma teoria e metodologia crítica, para a contribuição da Psicologia na formulação e gestão de políticas públicas. Em 2006, foi criado o Centro de Referência Técnica de Psicologia e Políticas Públicas (Crepop) pelo CFP, com o objetivo de produzir referências e pesquisas acerca desse novo campo de atuação das psicólogas (FURTADO, BRAMBILLA & ROSA, 2018).

A Psicologia Social Crítica e a inserção das psicólogas nas políticas públicas se dão através de lutas, resistência e disputas políticas ao longo de um processo histórico. Apesar de ser uma atuação consolidada recentemente, a partir de 2016, após o impeachment da presidente Dilma, o governo de Michel Temer impõe uma série de contrarreformas neoliberais que apresentam um retrocesso social na política brasileira (GONÇALVES & BRAMBILLA, 2020). Por exemplo, a Emenda Constitucional nº 95 (BRASIL, 2016) que estabelece teto de gastos públicos em diversas áreas, sendo uma delas a da saúde. Tais propostas de desmonte das políticas públicas, funcionam como estratégia para favorecer o mercado.

Em seguida, com a eleição de Jair Bolsonaro em 2018 e início do seu mandato em 2019, há uma ascensão do conservadorismo, intensificação das contrarreformas neoliberais e ameaça à democracia, colocando em risco e retirando as conquistas sociais e a garantia de direitos (GONÇALVES & BRAMBILLA, 2020).

Temos projetos de sociedade em disputa e, como resultado, projetos de profissão e formação também em disputa, estando o projeto de compromisso da psicologia com as políticas públicas - como compromisso com uma sociedade mais justa e igualitária - ainda no campo da resistência (FURTADO, BRAMBILLA & ROSA, 2018, p. 243).

Considerando o compromisso social da psicologia, o projeto ético-político que Sílvia Lane nos convoca a construir e os desafios encontrados atualmente na profissão, considera-se esse trabalho em si, um ato de resistência.

Uma psicologia social crítica porque uma psicologia atenta aos processos sociais e históricos constitutivos da subjetividade. Uma psicologia social crítica porque, na medida em que reconhece essa dimensão, compromete-se

com a transformação das condições de vida, compromete-se com a transformação social. Uma psicologia social crítica porque, ancorada no materialismo histórico e dialético, é capaz de superar a naturalização dos fenômenos sociais e humanos e, nessa medida, convoca-se a reconhecer e responder às condições de vida próprias da realidade brasileira e da América Latina e das subjetividades forjadas a partir de sua história (FURTADO, BRAMBILLA & ROSA, 2018, p. 236).

Diante do que foi colocado ao longo deste capítulo, é importante enfatizar que, em resposta à naturalização dos fenômenos e a esse saber supostamente "neutro", a Psicologia Sócio-Histórica surge como alternativa a esses ideais, ao considerar a noção de historicidade, sendo uma teoria de referência para a atuação no campo das políticas públicas.

“A ciência é uma forma mais complexa de consciência, que representa interesses, reflete a luta de classes da base material, portanto não existe ciência neutra, mas conhecimento que expressa um sujeito social.” (KAHHALE, PEIXOTO & GONÇALVES, 2011, p. 69).

Baseada no Materialismo Histórico Dialético, a Psicologia Sócio Histórica parte da concepção de que a realidade material é alterada constantemente em um processo dialético. Nesse sentido, o indivíduo produz a materialidade ao mesmo tempo que é produzido por essa. Além disso, o sujeito apreende a realidade através dessas transformações que gera no meio, que simultaneamente também o alteram, nesse processo dialético.

É importante ressaltar que a dialética ocorre em movimento constante, baseado na contradição e complementariedade. Tal noção tem o intuito de romper com a ideia de dicotomia, causalidade e separação. Sendo assim, considerar a historicidade das experiências humanas, significa dizer que essas são constituídas historicamente pela realidade contraditória. Portanto, os contextos sociais e culturais interferem na formação do indivíduo e sociedade.

Em síntese, reconhecer a historicidade significa reconhecer que tudo que é como é poderia ser diferente. Não há processos naturais, a vida humana é produto de sujeitos humanos que assim a produziram. Nesse sentido, tudo que é pode deixar de ser, pode ser alterado pela ação do homem. Por isso, o que encobre esse processo e impede esse reconhecimento, deve ser enfrentado, em termos teóricos e metodológicos, na produção de um conhecimento crítico; e em termos de uma práxis transformadora (GONÇALVES, 2015a, p. 67).

3. O CONCEITO DE SAÚDE

O estudo realizado por Silva, Schraiber & Mota (2019) discute a possibilidade da existência de um conceito de saúde, a partir da análise de autores marxistas. Dessa maneira, os autores concluem que é possível conceituar saúde, se essa for relacionada com contexto social no qual está inserida e considerada para além de sua existência factual- concreta. Ademais, ao considerar a historicidade dos fenômenos, partimos do pressuposto de que a realidade está em constante movimento, engendrada pelo modo de produção estabelecido em cada momento histórico específico. Sendo assim, de acordo com tais autores, se faz de extrema importância retornar à construção do conceito a cada nova determinação a qual esse está submetido.

Portanto, para discutir saúde é necessário apresentar e contextualizar como se estabelece tal conceito. Vale ressaltar que saúde é também um tema amplo e complexo, o qual diversos autores discutiram, para além das áreas médicas. Almeida Filho (2011) fala sobre a importância em retomar o debate filosófico, teórico, metodológico e pragmático em saúde. O autor apresenta os conceitos de saúde em suas diversas facetas, sendo elas: saúde como um problema; um fenômeno; medida; ideia; valor; campo de práticas; e como síntese.

Ainda segundo o autor, quase todos filósofos clássicos fazem referência à saúde, ele pontua que a discussão dos conceitos de saúde e doença estiveram presentes desde a fundação da filosofia ocidental. Sendo assim, tendo em vista a multiplicidade do conceito, não se pretende responder o que é saúde ou defini-la neste capítulo; mas sim, retomar fatos históricos importantes no desenvolvimento do debate e alguns autores que discutem o tema.

Segundo Scliar (2007), o conceito de saúde é construído historicamente e, portanto, alterado de acordo com o contexto cultural, econômico e social em que é abordado. É importante ressaltar que a visão de saúde como algo que se difere de doença é recente e, portanto, em diversos momentos há uma aproximação entre tais conceitos, sendo um o antônimo do outro.

O autor realiza uma retomada histórica do surgimento e da construção do conceito de saúde, tendo início na Grécia Antiga com a crença em figuras mitológicas que fazem referência a um culto à saúde, como Esculápio (Deus da Medicina) e suas duas filhas, Higéia (deusa da saúde e da higiene) e Panaceia (deusa da cura). Tal crença antecede a figura de Hipócrates de Cós (460-377 a.C.), conhecido como o pai da medicina, que surge com uma visão mais racionalista e epidemiológica de saúde.

Na Idade Média, o conceito de saúde sofre alterações sob a influência da religião cristã, de maneira que a doença é vista como consequência de um ato pecaminoso, que por sua vez só poderia ser curado através da fé. Com o avanço da ciência na Idade Moderna, o químico Paracelsus (1493-1541) realiza associações da doença com causas químicas, de maneira que para curá-la seria necessário a utilização de químicos, como metais e minerais. O desenvolvimento da anatomia também traz contribuições, uma vez que permite compreender que a doença estaria localizada nos órgãos. (SCLIAR, 2007)

No século XVIII, após a invenção do microscópio, torna-se possível investigar microrganismos causadores de doenças, possibilitando também a criação de vacinas. Tal fato é um marco, pois não se busca apenas cura para doenças, mas também sua prevenção. Os avanços nos estudos estatísticos também são de grande importância nesse contexto, uma vez que a partir deles pode-se pensar em saúde num contexto coletivo e nos fatores que cooperam para o adoecimento, como por exemplo, condições habitacionais insalubres. As primeiras referências à saúde pública ocorreram no século XIX, a lei *Public Health Act* em 1848 na Grã-Bretanha foi o primeiro passo. Em 1883, Bismarck cria um sistema de seguridade social e saúde na Alemanha. A França adota o mesmo sistema após anexar a Alsácia-Lorena depois da primeira guerra mundial (SCLIAR, 2007).

Scliar (2007) pontua que após a segunda guerra mundial, a Grã-Bretanha, baseando-se no *Welfare System*, propõe o Serviço Nacional de Saúde com a intenção de garantir à população acesso integral à saúde. Devido às intercorrências da guerra, com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), há também o surgimento da Organização Mundial de Saúde (OMS). Nesse período, surge a demanda de um conceito de saúde mundialmente aceito, assim, em 1946, a OMS estabelece que “saúde é o estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de enfermidade”.

Almeida Filho (2011) pontua que tal definição gera uma pressão social, política, institucional e ideológica para se definir como alcançar esse estado - supostamente completo - de saúde, proposto pela organização. O autor considera que, a partir disso, surge um problema epistemológico e uma lacuna teórica para se construir uma teoria crítica da saúde, que se mantém um desafio até a atualidade.

Dessa forma, a definição postulada pela OMS sofreu diversas críticas, principalmente referentes ao estado de bem-estar ser algo que vai contra a própria condição humana. De acordo

com Dejours (1986), seria impossível definir o estado de bem-estar, uma vez que esse não existe.

Tenderíamos a dizer que a saúde é antes de tudo um fim, um objetivo a ser atingido. Não se trata de bem-estar, mas de um estado do qual procuramos nos aproximar; não é o que parece indicar a definição internacional, como se o estado de bem-estar social, psíquico fosse um estado estável, que uma vez atingido, pudesse ser mantido. Cremos que isso é uma ilusão e que simplesmente é preciso, e já é muito, fixar-se o objetivo de se chegar a esse estado (DEJOURS, 1986, p. 8).

Dejours (1986) considera as contribuições da fisiologia, da psicossomática e da psicopatologia do trabalho, e de acordo com tais saberes, pode-se dizer que o organismo não se encontra em um estado estável, ele está sempre em movimento. O autor utiliza como exemplo as angústias do ser humano, as quais são impossíveis de serem contidas e não significam a ausência de saúde, mas pelo contrário, a presença dessa. A saúde está na possibilidade de acalmar uma angústia momentaneamente, para ir em direção a outra. Portanto, o autor considera que toda a vida, física e psíquica, está em movimento e é necessário dar liberdade para que essa ocorra.

Tendo em vista esses aspectos, Dejours (1986) propõe um novo conceito de saúde, tecendo quatro considerações: 1) Saúde não é algo que vem do exterior, mas sim, assunto das próprias pessoas; 2) Cada homem tem um papel motor em sua saúde; 3) A saúde não é estado de estabilidade, mas algo que está sempre em movimento; 4) Antes de tudo, devemos considerar saúde como uma sucessão de compromissos com a realidade, que se alteram frequentemente.

“A saúde para cada homem, mulher ou criança é ter meios de traçar um caminho pessoal e original, em direção ao bem-estar físico, psíquico e social” (DEJOURS, 1986, p. 11). Considerando que o bem-estar está diretamente ligado à liberdade: o físico, é a liberdade de regular as variações do organismo; o psíquico, a liberdade que é deixada ao desejo de cada um na organização de sua vida; o social, a liberdade de agir sobre a organização do trabalho, de maneira individual e coletiva.

Sendo assim, sobre as possibilidades de se conceituar saúde, atualmente a visão biomédica de tal fenômeno tem sido dominante. Essa frequentemente reduz a saúde ao seu aspecto técnico, portanto, torna-se cada vez mais importante relacioná-la com sua dimensão social (SILVA, SCHRAIBER & MOTA, 2019).

O modelo biomédico de concepção de saúde ganha força no fim do século XIX e associa as práticas de cuidado em saúde com a cura de doenças, tornando tal cuidado algo relacionado a tecnicismo e o conhecimento científico (NEVES, PORCARO & CURVO, 2017). A definição de saúde estabelecida pela OMS em 1946 dialoga com tal modelo em diversos aspectos, pois parte de uma visão generalista e ampla de saúde, considerando essa como algo estável, desconsiderando, então, a instabilidade inerente à vida humana.

O artigo de Neves, Porcaro & Curvo (2017) articula as contribuições de Georges Canguilhem nesse contexto; segundo os autores, Canguilhem discute a relação saúde e doença estabelecida pelo modelo biomédico, e constata que os mecanismos de saúde têm sido utilizados como formas de controle, para normatizar os processos de doenças. Ou seja, ao considerar o patológico como desvio do que é esperado, do suposto normal, invalida-se a concepção de sujeito como um ser integral e de experiências múltiplas.

Ser sadio significa não apenas ser normal em uma situação determinada, mas ser, também, normativo, nessa situação e em outras situações eventuais. O que caracteriza a saúde é a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas (CANGUILHEM, 2009, p. 148).

Tendo em vista tais aspectos, de acordo com Neves, Porcaro & Curvo (2017), Canguilhem coloca, através do conceito de normatividade vital, a doença como algo inerente à condição humana, sendo, na verdade, potência de criação de vida. Nesse sentido, saúde significa colocar-se em risco, para criar novas formas e normas de vida que transformem o estado anterior. Ainda segundo os autores, é a partir dessas considerações que se pode levar em conta as experiências singulares em saúde e não apenas aquilo que desvia do considerado “normal”.

No Brasil, após a redemocratização e crescimento dos movimentos sociais, comentado no capítulo antecedente, também revolucionam a concepção de saúde posta anteriormente. Essa se reduzia as técnicas médicas- vistas como soberanas ao tratar de saúde-, práticas curativas e na ausência de doenças (FLEURY, 2009).

Diante disso, a ascensão da Reforma Sanitária passa a questionar tal conceito de saúde e a propor novas formas de compreensão para esse. Assim, saúde passa a ser entendida como conjunto de condições coletivas de existência, para além das práticas médicas. Nesse contexto, a Constituição de 1988 institui e reconhece saúde como um direito de cidadania e dever de Estado (LUZ, 1991).

“O movimento que impulsionou a Reforma Sanitária brasileira colocou como projeto a construção contra hegemônica de um novo patamar civilizatório, o que implica uma profunda mudança cultural, política e institucional capaz de viabilizar a saúde como um bem público.” (FLEURY, 2009). A autora afirma que esse projeto foi orientado pelo princípio ético-normativo, que coloca a saúde como um direito humano; o científico, que considera a determinação social do processo de saúde/ doença; o político, assume a saúde como um direito universal inerente a cidadania em uma sociedade democrática; e o sanitário, compreende a proteção à saúde de forma integral.

O movimento tem grande importância para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), deliberado na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e instituído pelas Leis Federais 8.080/90 (BRASIL, 1990a) e 8.142/90 (BRASIL, 1990b). Esse corresponde a um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde do mundo, e se estrutura sob três doutrinas: a Universalização, garantindo a saúde como um direito de todo cidadão e o dever do Estado em assegurar este direito; a Equidade, reconhecendo as necessidades e singularidades das pessoas e trabalhar em direção a redução das desigualdades; a Integralidade, enxergar o ser humano como um todo e não como a soma das partes, para isso, é necessária a integração de ações - promoção de saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 1990c).

Além disso, o SUS se baseia também em princípios organizativos, como: Regionalização e a Hierarquização, delimitam que “Os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida.” (BRASIL, 1990c, p.5); a Descentralização, refere-se à redistribuição de poder e responsabilidade entre os três níveis de governo, com o objetivo de prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos; e Participação Popular; sobre a importância da participação dos cidadãos na gestão da política pública, na fiscalização, no monitoramento e no controle das ações do Poder Público. Por fim, o princípio de Complementariedade do Setor Privado, quando for necessário por insuficiência do setor público (BRASIL, 1990c).

Há três serviços que compõem o SUS: Atenção Primária ou Básica, Atenção Secundária ou Especializada, e Atenção Terciária ou Alta Complexidade. A Atenção Básica tem o objetivo de ser a porta de entrada e o centro articulador do acesso dos usuários ao sistema e às Redes de Atenção à Saúde. Ademais, foca em estratégias de promoção de saúde e prevenção de doenças (BRASIL, 1990c).

Portanto, a política de saúde demonstra a necessidade de considerar a pluralidade de vivências nesse campo. Passos, Nunes & Silva (2015) ressaltaram tal aspecto em seu estudo, também em contraposição com a visão biomédica e generalista de saúde. Baseado nesses fatos, os autores apontam a importância da participação popular na construção de políticas públicas e do trabalho em rede quando se trata de saúde. Segundo eles, apenas dessa forma é possível considerar a multiplicidade de vivências no campo e a integralidade dos sujeitos.

A conceituação de saúde trata-se de um campo em disputa, no qual os interesses econômicos e políticos têm grande influência. O SUS é constituído através de lutas e movimentos sociais que atuaram em defesa da democracia e resistiram à privatização da saúde (CAMPOS, 2018). Entretanto, o sistema sofre constantes ameaças e desmontes, como consequências – intencionais - de políticas de austeridade e subfinanciamento.

Considerando os aspectos supracitados, o presente trabalho pretende identificar no discurso dos profissionais de saúde e mulheres egressas do sistema prisional, como se dá o conceito de saúde para tais sujeitos e a garantia desse direito para mulheres encarceradas, tendo em vista sua vivência profissional e/ou pessoal no cárcere.

4. BREVE PANORAMA SOBRE A CRIAÇÃO DOS PRESÍDIOS

Neste capítulo, será apresentada uma breve retomada do processo histórico em que se estabelecem as prisões. Apesar da privação de liberdade ser estabelecida apenas após o século XVIII, as punições sempre estiveram presentes no decorrer da história da humanidade, mesmo que de outras formas, que não o aprisionamento. Assim, é necessário compreender como essas se desenvolvem ao longo do tempo, para então, entender como se estabelecem as prisões.

O trabalho de Brito (2018) faz uma análise das punições estabelecidas em determinados períodos históricos. Segundo o autor, na Idade Antiga, apesar de não existir um Estado consolidado como detentor do poder, a sociedade já se organizava em grupos. Dessa forma, as regras estabelecidas priorizavam o bem-estar e sobrevivência do grupo, de maneira que, quando alguém atentava contra essa, sua punição tinha o caráter de vingança privada e o objetivo de apenas retribuir o que havia sido causado, sendo aplicada por aquele que sofreu a ofensa. A punição comumente era a expulsão do grupo, o que forçava o indivíduo a lutar sozinho pela sobrevivência em uma natureza inóspita, levando à morte na maioria das vezes.

Ainda segundo o autor, na Idade Média, com a ascensão das crenças religiosas e da Igreja Católica, as punições tinham o intuito de causar medo coletivo e, como característica marcante, a crueldade e descaso à humanidade dos sujeitos. No início do período, as punições eram aplicadas pelos próprios senhores feudais, mas com a formação das monarquias medievais, passaram a ser pelo Estado. Essas eram marcadas pela brutalidade e exposição, como, por exemplo, o enforcamento em praças públicas (BRITO, 2018).

Ademais, com o poder da Igreja Católica, aqueles que cometiam atentados contra a Igreja eram considerados inimigos. A heresia era compreendida como um ato também contra o Estado. Além disso, havia a crença de que se a pessoa que estava sendo punida não fosse culpada, ela seria salva pela graça divina (BRITO, 2018).

De acordo com Brito (2018), na Idade Moderna houve um crescimento populacional demasiado e, com isso, também ocorreu um crescimento da pobreza. Diante desse contexto, a pena de morte é questionada, dado alguns fatores: se tornou difícil punir tantas pessoas, os crimes cometidos eram realizados por necessidade (por exemplo, roubo de comida) e houve o desenvolvimento do modelo capitalista. Dessa maneira, se instaurou a privação de liberdade como pena, com a criação das Casas de Correção e de Trabalho na Inglaterra, com o intuito de corrigir os atos infringidos, mas também se aproveitar da mão de obra disponível no processo.

Além disso, o modelo desestimulava a população a cometer atos considerados criminosos. Posteriormente, ele se espalhou por países da Europa.

Deve-se tomar cuidado para não aplicar uma visão simplista às casas de trabalho e correção. Elas não possuem uma única finalidade. Pelo contrário, conforme já demonstrado, os estabelecimentos devem ser analisados diante de um complexo modelo que objetivava, ao mesmo tempo, a correção, a prevenção geral, e a reforma dos delinquentes, com o ensino da disciplina capitalista de produção (BRITO, 2018, p. 18).

Na Idade Contemporânea, com o surgimento do Iluminismo no século XVIII, a razão se coloca como um dos pilares da construção da sociedade (BRITO, 2018). Baseada nesses ideais, a pena com privação de liberdade surge como uma proposta de punição supostamente humanizada. Anteriormente, o sujeito ficava preso para aguardar a punição efetiva, mas no fim do século, a prisão se torna a punição em si; deixando de ser o meio e tornando-se o fim (D'ELIA, 2012).

Segundo D'elia (2012), no fim do século XVIII e início do século XIX começam a surgir os primeiros projetos de prisões. O autor cita Jeremy Bentham (1748-1832) como um dos autores importantes para a reforma do sistema punitivo, uma vez que ele propõe um modelo ideal de prisão, o Panóptico. Esse consiste em uma penitenciária circular, na qual há uma torre de vigia ao meio, de maneira que os presos podem ser vigiados sem ver quem os vigia.

Nesse período, surgem nos Estados Unidos os primeiros presídios; na Filadélfia, baseado no sistema de reclusão total, o preso fica isolado em sua cela. Em Norfolk, uma das colônias inglesas, cria-se a progressão de pena, de maneira que com o passar do tempo e execução de trabalho, o preso gradualmente poderia obter sua liberdade. O sistema desenvolvido em Norfolk se espalhou pela Inglaterra e, por conseguinte, pela Europa, dando a origem a outros sistemas prisionais (D'ELIA, 2012).

Foucault (2014) tece diversas críticas ao sistema prisional em sua obra, vinculando esse a uma construção historicamente dada. Aponta que antes do século XVIII, a punição era marcada no corpo de maneira violenta, o chamado suplícios. Sendo assim, a privação de liberdade como punição é uma consequência do surgimento do modelo capitalista e da ascensão da burguesia (FOUCAULT, 2014).

Dessa forma, as prisões estão ligadas aos interesses políticos da época, perdendo o aspecto de demonstração pública para ser uma punição privada, que não incentiva diretamente a violência e ainda assim pune os corpos (FOUCAULT, 2014).

O cadafalso onde o corpo do supliciado era exposto à força ritualmente manifesta do soberano, o teatro punitivo onde a representação do castigo teria sido permanentemente dada ao corpo social, são substituídos por uma grande arquitetura fechada, complexa e hierarquizada que se integra no próprio corpo do aparelho do Estado (FOUCAULT, 2014, p. 114).

Além disso, Foucault (2014) se utiliza da proposta do Panóptico, de Jeremy Bentham, para tecer uma metáfora com as sociedades modernas. O autor afirma que no Panóptico não são necessários artifícios materiais para exercer a punição, a própria vigilância e visibilidade permanente já se constituem em formas de exercer o poder. Dessa forma, a liberdade torna-se um bem em si e a suspensão de direitos passa a ser o castigo (BORGES, 2019).

Nesse sentido, o autor aponta que o corpo é onde se circunscreve a materialidade da vida, portanto é físico e passível de controle, através da disciplina e da vigilância. Tais formas buscam docilizar os corpos, como também, condicionar comportamentos indesejados socialmente. Foucault (2014) considera que não apenas as prisões evoluíram de acordo com esse modelo, mas também outras instituições, como escolas, hospitais e manicômios.

No Brasil, a criação de um Código Criminal se dá em 1830 no período imperial. Anteriormente, no Brasil colônia de Portugal, as punições aconteciam de maneira similar ao que foi descrito anteriormente a respeito do cenário internacional. Os indícios de privação de liberdade no Brasil se deram também com as Casas de Correção; no século XIX foram estabelecidas punições nesse modelo no Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre, respectivamente (COSTA, 2017). A partir de 1870, surgem questionamentos a respeito das Casas de Correção e seu caráter punitivo. O Brasil foi fortemente influenciado pelo contexto internacional para estabelecer sua visão de “crime” e “criminoso” (D’ELIA, 2012).

Em 1890, cria-se um segundo Código Criminal da República. Esse retira as penas de morte e prisões perpétuas, estabelecendo quatro tipos de prisão: 1) prisão celular para a grande parte dos crimes; 2) reclusão, destinada àqueles que cometiam crimes contra a República; 3) prisão com trabalho; e 4) prisão disciplinar, para os menores de 21 anos (D’ELIA, 2012).

Apenas em 1942 entra em vigor o Código Penal, baseado nas diretrizes do campo do Direito Penal. A Lei de Execução Penal (LEP) é estabelecida em 1984, assim como o conceito

de progressão de regime e outras modalidades de pena. Tal legislação será abordada com maior profundidade no próximo capítulo. Atualmente no Brasil, adota-se o progressivo de execução da pena privativa de liberdade, no qual o preso pode reduzir sua pena mediante bom comportamento (COSTA, 2017).

Segundo Machado, Souza e Souza (2013), no século XX, surgem modelos de prisão que se adequam à qualificação do preso, com o intuito de adquirir maior controle da população carcerária. Sendo assim, constituem-se os presídios femininos, os manicômios criminais, os asilos de menores, entre outros. Em comparação ao sistema anterior, essa divisão permite um conhecimento mais elaborado a respeito de mulheres e menores, o que, conseqüentemente, permite também um controle mais aprimorado desses.

Borges (2019) apresenta uma leitura crítica desse contexto, para a autora, a fundação do Brasil ocorre com a escravatura, sendo assim, o racismo se constitui na ideologia fundante da sociedade brasileira. Tendo em vista isso, o trabalho se apresenta para os escravos como atividade disciplinadora, que buscava controlar os corpos selvagens. Além das punições públicas que sofriam, realizadas através da violência.

Diante disso, dada a importância da propriedade privada, a autora considera que o Direito Penal surge com a intenção de proteger o patrimônio e não de garantir direitos ao cidadão. No período pós- abolição, em 1890 com o segundo Código Penal, as manifestações culturais e religiosas da população negra passam ser passíveis de punição (BORGES, 2019).

A autora aponta que apesar da abolição, permanecem diversos limites legais para a existência da população negra. Dessa maneira, ao ser o público negro aquele que é preso, a mão de obra dessa população continua sendo utilizada como se ainda estivessem escravizados. Após 1940, mesmo com a reforma do Código Penal retirando os decretos que punem a cultura negra, o Estado já está constituído e engendrado pelo racismo (BORGES, 2019).

Portanto, para a Borges (2019), a justiça criminal se estabelece e se apoia no racismo, de maneira que, a ideia de crime e criminoso são fundamentadas sob influência das representações morais da população negra. Sendo assim, trata-se de um sistema que tem como objetivo garantir a manutenção das desigualdades.

Para as mulheres, a situação se agrava, pois, no sistema punitivo privado, delimitado por homens, as punições se caracterizam por estupros e agressões físicas. Até o século XVIII,

a transgressão feminina é associada aos valores morais e o cumprimento do papel social (BORGES, 2019). As mulheres não possuíam status de cidadania e direitos políticos, então, a reforma proposta era domestica-las, ou seja, torna-las cuidadoras do lar, e no caso das mulheres negras, trabalhadoras domésticas.

Apenas no século XX as punições das mulheres se aproximam daquelas voltadas para os homens. Em 1990, com a separação dos presídios por sexo, ocorre a “igualdade” prisional. Essa representa um tratamento igual para homens e mulheres dentro do sistema prisional, fato que se configura pela intensificação das violências. Tal fato ocorre uma vez que, os presídios femininos não são preparados para lidar com as necessidades específicas das mulheres e a garantia de cuidados básicos, como por exemplo, com o ciclo menstrual. (BORGES, 2019).

Considerando o supracitado, conclui-se que as ideologias punitivista e racista, somadas a desigualdade de gênero, operam de forma articulada nesse contexto. De maneira que é a perspectiva racializada que delimita quem deve ser punido (BORGES, 2019).

5. SAÚDE NO CÁRCERE

A história do sistema penitenciário brasileiro demonstra falhas em relação à garantia de direitos e políticas públicas voltadas para essa população. Durante muito tempo, tais políticas eram inexistentes, porém, depois de estabelecidas, ainda apresentavam uma aplicabilidade inviável (MACHADO, SOUZA & SOUZA, 2013). Ao longo do tempo, a política prisional se distanciou da política social, uma vez que as medidas punitivas e de repressão foram priorizadas em detrimento de medidas educativas para essa população; mesmo que continuem sendo sujeitos de direito, o que prevalece é a visão de “criminosos”, retirando o caráter humano desses indivíduos (LERMEN *et al.*, 2015).

As políticas de saúde, por sua vez, foram adaptadas ao longo dos anos. A pesquisa realizada por Lermen *et al.* (2015) demonstra três marcos nas políticas sociais de saúde dirigidos à população em instituições penais brasileiras: em 1984 com a Lei de Execução Penal (LEP), posteriormente em 2003 com o Plano Nacional de Saúde nos Sistema Penitenciário (PNSSP), e por fim em 2014 com a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).

O estudo de Lermen *et al.* (2015) analisa os avanços realizados em tais políticas de saúde. Segundo as autoras, a LEP é a primeira política social voltada para a população prisional, que garante atendimento médico, farmacêutico e odontológico dentro das prisões; caso não seja possível o atendimento dentro dos presídios, esse pode ser feito em outro lugar, a depender da liberação da direção. É importante ressaltar que essa lei ainda compactua com a visão reducionista do sujeito, limitando esse ao crime cometido. Os termos utilizados para se referir a população encarcerada são "presos" e "criminosos", ilustrando tal aspecto.

A PNSSP surge após a Constituição de 1988, então, a saúde já se constitui como um direito do cidadão e dever do Estado. Sendo assim, com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), é necessário corresponder aos princípios de universalidade, integralidade e equidade. O Plano propõe a prevenção e promoção de saúde, para além da assistência; ou seja, amplia o que está definido pela LEP, incluindo as equipes multiprofissionais com médico, enfermeiro, cirurgião, dentista, assistente social, psicólogo, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário (LERMEN *et al.*, 2015).

Como esclarecem essas autoras, os termos utilizados para se referir à população encarcerada passam a ser “pessoas privadas de liberdade”, “população confinada nas unidades

prisões” e “preso”, excluindo o “condenado”, utilizado anteriormente. Tal aspecto demonstra o reconhecimento de que os detentos estão privados de liberdade, mas não de outros direitos. O PNSSP também tem como objetivo a redução de problemas de saúde, que são frequentes nos presídios.

Mais de dez anos depois, surge a PNAISP que define que os serviços de saúde da prisão devem estar integrados com uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Diferente do PNSSP, que abrangia apenas a população penitenciária (excluindo aqueles que cumprem regime aberto e provisórios), a PNAISP inclui toda população que está sob custódia do Estado, assim como os familiares desses e trabalhadores da instituição.

As nomenclaturas utilizadas na Política são “pessoas privadas de liberdade”; “pessoas sob custódia do Estado temporariamente” e “beneficiários”. A PNAISP tem como objetivo garantir o acesso integral à saúde para os indivíduos privados de liberdade. Os avanços desde a LEP até a PNAISP são um grande marco na garantia de direitos da população prisional (LERMEN *et al.*, 2015).

Conforme Soares Filho e Bueno (2016), as prisões são classificadas como locais de grandes impasses sanitários e ainda não são consideradas como prioridade de intervenção para a maioria dos gestores de saúde. Para os autores, esse cenário se mantém mesmo com a implementação do PNSSP e da PNAISP.

Segundo Martins *et al.* (2014), o respaldo legislativo não é suficiente para garantir o direito à saúde no cárcere. As autoras pontuam que a efetivação desse direito será viabilizada somente com o rompimento da lógica punitivista, presente no sistema prisional. Por meio disso, torna-se possível garantir a integralidade, a universalidade e a equidade do cuidado com a população privada de liberdade.

Em relação a esfera psíquica da saúde, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde mental é um conceito amplo que não contém uma definição oficial. O termo está relacionado a um estado de bem-estar, no qual o indivíduo tem capacidade para lidar com estressores, desafios e mudanças. Ao pensar em atenção integral ao sujeito, a saúde mental é parte fundamental dessa e contém íntima ligação com a saúde física e o comportamento (HERMAN *et al.*, 2004 *apud.* RIBEIRO *et al.*, 2015). É importante considerar que tal conceito foi constantemente alterado historicamente e influenciado pelo contexto sócio-político, assim

como os avanços no entendimento de saúde interferem diretamente nesta definição (GAINO *et al.*, 2018).

Diante desses aspectos, a presença de profissionais que trabalham com saúde mental na prisão é garantida desde a implementação do PNSSP, com as equipes multidisciplinares. Nos presídios¹, buscando contemplar os direitos humanos, os cuidados com a saúde mental não se restringem à prevenção de doenças, mas estendem-se à promoção de saúde. Isso se dá através da garantia de atividades profissionais, intelectuais, artísticas e desportivas (BANDEIRA, 2005).

A legislação voltada especificamente para a população feminina encarcerada surge no PNSSP, na qual é garantida atenção à saúde da mulher em seu pré-natal e puerpério. Mas, ainda assim, a garantia de direitos é reduzida, uma vez que inclui apenas ações voltadas para saúde materno-infantil. Com a implementação da PNAISP, surge também a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE). Tal política amplia a postura frente às mulheres no cárcere, incluindo o direito à prevenção de todos os tipos de violência contra essa população (LERMEN *et al.*, 2015).

Em relação à situação da saúde feminina no cárcere, as políticas prisionais muitas vezes negligenciam as necessidades específicas das mulheres. O estudo feito por Audi *et al.* (2016), teve como objetivo avaliar as condições de saúde e o perfil sociodemográfico das mulheres encarceradas, em uma penitenciária feminina, no interior de São Paulo. Dentre os resultados encontrados, estavam a grande prevalência de problemas ginecológicos, ao mesmo tempo que havia uma baixa taxa de realização de exames preventivos, como exames de citologia oncológica de colo uterino e mamografia. Tal fato demonstra como a garantia de direitos voltados à população prisional está longe de ser algo aplicável no cotidiano (MACHADO, SOUZA & SOUZA, 2013), especialmente para as mulheres.

O estudo de Constantino, Assis e Pinto (2016) teve como objetivo analisar as condições de saúde mental dos presos e custodiados do estado do Rio de Janeiro. Com amostra de 1.573 indivíduos, os resultados demonstraram elevados níveis de estresse em 35,8% dos homens e 57,9% das mulheres. Além da presença de sintomas depressivos graves em 6,3 % dos homens

¹ O tema da saúde mental é abordado na literatura incluindo também os internos em hospitais de custódia e tratamento. Apesar de ser um tópico de extrema relevância, o recorte realizado no presente estudo diz respeito à garantia de direitos da saúde de mulheres que cumprem pena em presídios.

e 7,5% das mulheres. Tal fato demonstrou a importância de se pensar na aplicabilidade das políticas de saúde no cárcere, pois as condições das prisões (superlotação, estado precário das celas, ociosidade, alimentação inadequada, entre outros) favorecem o adoecimento; dessa forma, os direitos garantidos por lei acabam não sendo efetivados na prática.

As autoras ressaltam que os sujeitos privados de liberdade devem ter os demais direitos assegurados; para isso, são necessários maiores investimentos no sistema prisional. É de extrema importância ampliar os cuidados com a saúde mental nesse ambiente, para fornecer um serviço de saúde qualificado, especialmente para as mulheres, que apresentaram níveis mais elevados de possível adoecimento mental do que os homens (CONSTANTINO, ASSIS & PINTO, 2016).

Segundo Lima (2013), os estressores presentes nos presídios podem favorecer o comprometimento da saúde mental dos indivíduos. A autora indica a ruptura dos laços afetivos familiares e amorosos, a negação da maternidade, a insegurança do futuro, o medo, a ansiedade, e outros aspectos, como ameaçadores da saúde mental das mulheres encarceradas. Ainda ressalta que a prisão se torna um cenário de constante violação de direitos, no qual o sofrimento se instala no corpo do indivíduo, sem mecanismos e perspectivas de cuidados.

Como visto na literatura, a realização de pesquisas nesse campo é essencial para conhecer as variáveis que interferem na garantia do direito à saúde nos presídios. Ao conhecê-las torna-se possível interferir em busca da efetivação da garantia desse direito. Tendo em vista a importância de estudos acerca desse tema, a presente pesquisa tem o objetivo de identificar como se estabelece a saúde no cárcere, assim como, quais são os efeitos da negligência desse direito para as mulheres encarceradas.

6. OBJETIVO

6.1. Geral

O objetivo deste trabalho é compreender e analisar como se estabelece o direito à saúde de mulheres encarceradas, de acordo com o relato de egressas do sistema prisional e de profissionais da saúde que trabalham nessas instituições.

6.2. Específicos

- Identificar qual a compreensão dos sujeitos acerca do direito à saúde e verificar se essa contempla o princípio de integralidade;
- Compreender se a vivência do cárcere permite a execução desse direito, ou seja, se há mecanismos de promoção de saúde no cárcere;
- Identificar as possíveis falhas de aplicabilidade dos mecanismos de promoção à saúde;
- Identificar os possíveis efeitos da negligência do direito à saúde para as mulheres.

7. MÉTODO

O presente estudo se caracteriza por uma pesquisa de cunho qualitativo com alicerce teórico-metodológico baseado na Psicologia Social Crítica e na Psicologia Sócio Histórica. “A Epistemologia Qualitativa defende o caráter construtivo interpretativo do conhecimento, o que de fato implica compreender o conhecimento como produção e não apropriação linear de uma realidade que se nos apresenta” (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 5). Sendo assim, parte-se do pressuposto que a pesquisa faz parte de um processo pensante e construtivo do pesquisador e, portanto, não se limita a reprodução de teorias e conceitos universais acerca do tema, mas pensar criticamente as relações que se estabelecem entre a prática e a teoria (GONZÁLEZ REY, 2005).

7. 1. Procedimentos

A construção desse trabalho se deu em duas etapas, sendo a primeira uma revisão bibliográfica acerca do tema, com o intuito de aproximar e apropriar a pesquisadora do campo de pesquisa. Nesse contato inicial, identificou-se a importância de estudar o encarceramento feminino e o direito à saúde, a partir da leitura sobre cárcere e a legislação de saúde vigente no sistema prisional. Em seguida, com aprofundamento do tema, foi feito o estudo acerca dos conceitos de saúde e do papel da Psicologia na garantia de direitos.

Para isso, buscou-se artigos e teses, em bases de periódicos científicos como Scielo, BVS e Portal de periódicos CAPES. A revisão bibliográfica foi feita de modo transversal ao estudo, uma vez que se deu no início do processo e ao longo de toda pesquisa.

Na segunda etapa foi executado o trabalho empírico. Então, com intuito de realizar entrevistas semiestruturadas, foi elaborado um Roteiro de Entrevista (APÊNDICE B), baseado na revisão bibliográfica, que permitisse entrar em contato com as narrativas acerca do tema da saúde e vivências do sistema prisional.

Ao longo desse processo, a presente pesquisadora entrou em contato com organizações que trabalham com egressas e profissionais da saúde que pesquisavam sobre encarceramento. Por meio desse contato inicial, foi possível a aproximação com os participantes da pesquisa.

Ao entrar em contato com os participantes, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) e conversado sobre possíveis dúvidas sobre o trabalho. Após esse processo, foram realizadas as entrevistas.

Devido ao período de realização do estudo, que ocorreu durante a pandemia de COVID-19, decretada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em março de 2020², as entrevistas foram realizadas de maneira remota, respeitando protocolos de saúde e medidas de distanciamento social. Dessa forma, essas foram realizadas através de ligação de vídeo e tiveram duração de aproximadamente uma hora. Elas foram gravadas (apenas o conteúdo de áudio), com autorização dos participantes, e transcritas para serem analisadas.

7. 2. Participantes

Para a escolha dos participantes, houveram dois critérios de seleção: 1) Egressas do sistema prisional; 2) Profissionais da saúde que já tivessem realizado ou realizassem atendimento em saúde com mulheres encarceradas. Tais critérios se deram buscando contemplar diferentes experiências com a saúde no cárcere feminino e foram delimitados com base na revisão bibliográfica, no início do estudo.

Diante disso, foram analisadas quatro entrevistas: com um médico e uma psicóloga que trabalham no sistema prisional, com o público feminino, e com duas egressas.

7.3. Análise

Para compreender o método de análise proposto pela Psicologia Sócio Histórica, e escolhido para analisar as entrevistas, é preciso entender a relação dialética entre sujeito e objeto, na qual a teoria se apoia:

[...] na concepção materialista sujeito e objeto têm existência objetiva e real e, na visão dialética, formam uma unidade de contrários, agindo um sobre o outro. Assim, o sujeito é ativo porque é racional, mas não só. Antes de mais nada, o sujeito é sujeito da ação sobre o objeto, uma ação de transformação do objeto. A ação do sujeito transforma o objeto e o próprio sujeito. E essa ação do sujeito é necessariamente situada e datada, é social e histórica. (Gonçalves, 2015b, p.148 e149)

Sendo assim, a dialética rompe com a dicotomia entre subjetividade e objetividade. Entende-se que o sujeito e sua produção são marcados pelo contexto histórico, social e cultural, e se alteram mutuamente em constante contradição. “Estudar alguma coisa historicamente

² <https://www.unasus.gov.br/noticia/organizacao-mundial-de-saude-declara-pandemia-de-coronavirus> Acesso em 17 de maio de 2021.

significa estudá-la no processo de mudança: esse é o requisito básico do método dialético. ” (Vigotski, 1996, p. 86).

Diante disso, a partir de Vigotski (1996), trabalha-se com o objetivo de superar a ideia de causalidade e determinação, buscando contemplar a historicidade e multiplicidade dos fenômenos (GONÇALVES, 2003). De acordo com Gonçalves (2003), a linguagem, as emoções, as relações sociais e o pensamento, são possibilidades de compreensão da constituição do psiquismo, aspecto subjetivo que é expresso na dialética entre subjetividade e objetividade.

As narrativas, obtidas através das entrevistas, foram escolhidas como material de análise pela compreensão da linguagem como via de apreensão do sentido e aspecto subjetivo. Partiu-se da palavra, ou seja, do signo, presente nas falas dos participantes, para aprofundar-se e apreender as significações construídas por esses. A partir da constatação de que o significado se caracteriza por aquilo que é compartilhado socialmente, resultado de produções históricas e que ao serem internalizados pelo sujeito, adquirem característica de sua própria subjetividade, tornando-se sentidos (AGUIAR, 2006).

A análise das narrativas teve como intuito aprofundar para além do que é dito, para além da aparência do discurso, sendo assim, apreender os sentidos e significados atribuídos pelos sujeitos frente a realidade que se coloca. Dessa maneira, compreender o processo de significação e produção subjetiva, em busca de entender a realidade pesquisada.

A apreensão dos sentidos não significa apreendermos uma resposta única, coerente, absolutamente definida, completa, mas expressões do sujeito muitas vezes contraditórias, parciais, que nos apresentam indicadores das formas de ser do sujeito, de processos vividos por ele. (AGUIAR e OZELLA, 2006, p. 228)

Dessa forma, como método de análise, inspirou-se na metodologia proposta pela Psicologia Sócio Histórica dos Núcleos de Significação. Os núcleos têm como objetivo apreender os movimentos do sujeito. Assim, buscam acessar os processos de significação, ou seja, articulação entre os significados e os sentidos (AGUIAR e OZELLA, 2006).

Segundo Aguiar e Ozella (2006), o processo de análise dos núcleos deve ser feito com o intuito de alcançar a produção subjetiva dos sujeitos, levando em consideração o processo histórico e social em que esse está inserido. Portanto, utiliza-se do discurso, indo além das aparências, em direção dos sentidos e da sua relação dialética com os significados.

Baseada na proposta dos Núcleos de Significação, tal metodologia foi utilizada pela pesquisadora como organizador das narrativas, buscando alcançar as significações construídas pelos sujeitos.

Durante a revisão bibliográfica e delineamento do tema de pesquisa, já foram selecionados indicadores importantes que fariam parte do trabalho, como por exemplo a saúde. Dessa forma, os objetivos e o Roteiro de Entrevistas foram formulados com o intuito de acessar relatos referentes às vivências da saúde no cárcere.

Diante disso, preferiu-se não utilizar os núcleos da maneira proposta, uma vez que os objetivos não buscam apreender e analisar os movimentos de cada participante frente a realidade, mas sim compreender o fenômeno de maneira ampla.

Como citado anteriormente, acredita-se que a pesquisa se dá em um processo de constante construção, portanto, ao longo do trabalho, percebeu-se que os objetivos de pesquisa não estariam adequados a proposta metodológica dos Núcleos de Significação. Sendo assim, essa foi utilizada como método para organizar as falas dos participantes, com o intuito de alcançar o que é dito para além da aparência do discurso. Posto isso, foram constituídos eixos de análise ao invés dos núcleos. Esse aspecto permitiu que as entrevistas fossem analisadas em conjunto e articuladas entre si, ao invés de estudar o relato de cada sujeito separadamente.

Da mesma forma como proposto para os Núcleos de Significação, para análise foram realizadas leituras flutuantes das entrevistas, nas quais identificou-se os pré-indicadores, selecionados pela frequência, importância, carga emocional atribuída, ambivalência, contradições e insinuações não concretizadas. Em seguida, os pré-indicadores tornaram-se indicadores através do processo de aglutinação, por semelhança, contraposição e complementaridade (AGUIAR e OZELLA, 2006). Por fim, observou-se os conteúdos temáticos dos indicadores e articulou-os com o que foi estudado na revisão bibliográfica, constituindo-se os eixos³ de análise, sendo esses:

- 1) (Des) Atenção à saúde e os processos de adoecimento: “Tratam a gente como bicho”;

³ As tabelas com os pré-indicadores e indicadores que constituem cada eixo estão em APÊNDICE C.

- 2) Abandono e sofrimento: “É de um abandono, de não saber como estão os filhos, de sentir-se muito sozinha”;
- 3) O uso da medicação como forma de controle: “É uma maneira de você tá exterminando, não é?”;
- 4) Descaso, violência e morte: “O massacre do Carandiru nunca acabou, ele continua vivo todos os dias no sistema carcerário. ”.

Os títulos de cada eixo foram delimitados com base na articulação entre os indicadores e os conteúdos temáticos, além disso, utilizou-se falas dos participantes que representassem a temática do eixo. Assim como propõem Aguiar e Ozella (2006) para a constituição dos núcleos.

A análise foi feita em cada eixo, buscando relacionar o que foi dito pelos participantes, o estudo dos temas visto na revisão bibliográfica e o contexto histórico, político e social. Ao final, foi feita uma breve análise da inter-relação dos eixos propostos, em conjunto às Considerações Finais do trabalho.

7.4. Cuidados éticos

O projeto da pesquisa que resultou neste trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da PUC-SP, sob o protocolo nº 4.455.106, em 10 de dezembro de 2020 (CAAE: 38988720.7.0000.5482). Além disso, como citado anteriormente, o Termo de Consentimento Livre Esclarecido foi apresentado e assinado pelos participantes, sendo sua participação voluntária.

Tendo em vista a garantia do anonimato, os nomes dos participantes foram alterados. Optou-se em substituí-los por nomes de flores, para que seja possível identificar as falas de cada participante ao longo do trabalho. Ademais, os nomes de instituições, organizações e coletivos, citados nas entrevistas, também foram suprimidos para que não existam formas de identificar os participantes.

8. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como mencionado anteriormente, a análise foi dividida em quatro eixos: 1) (Des) Atenção à saúde e os processos de adoecimento: “Tratam a gente como bicho”; 2) Abandono e sofrimento: “É de um abandono, de não saber como estão os filhos, de sentir-se muito sozinha”; 3) O uso da medicação como forma de controle: “É uma maneira de você tá exterminando, não é? ”; 4) Descaso, violência e morte: “O massacre do Carandiru nunca acabou, ele continua vivo todos os dias no sistema carcerário ”. Contudo, vale ressaltar que os eixos foram separados para que fosse possível organizar a discussão acerca do tema, mas não devem ser vistos de maneira isolada, uma vez que estão diretamente relacionados. Tal aspecto será enfatizado ao longo da discussão.

Compreende-se que o contexto histórico, político e social atravessa as vivências do sujeito e influencia sua forma de apreender a realidade material. Por isso, torna-se importante contextualizar, minimamente, quem são os participantes de pesquisa:

- I. Lírío é médico ginecologista e trabalha no sistema prisional, com o público feminino, há onze anos. Sua atuação se dá no contexto hospitalar.
- II. Rosa é psicóloga e iniciou seu trabalho no cárcere com um projeto de extensão da universidade e em seguida realizou um estágio em um Centro de Ressocialização Feminino. Posteriormente, envolveu-se com pesquisas acadêmicas acerca do tema. Trabalhou com o público feminino e masculino encarcerado por meio de projetos de extensão e atualmente realiza atendimentos com egressas.
- III. Jasmim vivenciou o cárcere por aproximadamente quatro anos (não soube dizer ao certo o período), passando pelo sistema fechado e semiaberto. Dentro do sistema, trabalhou em alguns setores, sendo um deles a Educação. Atualmente, estuda e trabalha na área do Direito.
- IV. Hortência vivenciou o cárcere durante dez anos e trabalhou no setor da Saúde dentro do sistema prisional. Passou a maior parte do tempo no regime fechado, mas cumpriu o final de sua pena no regime semiaberto. Atualmente, cursa ensino superior na área do Serviço Social.

Considerando esses aspectos, a seguir será feita a análise de cada eixo.

8.1. (Des) Atenção à saúde e os processos de adoecimento: “Tratam a gente como bicho.”

Como citado anteriormente, a saúde foi um indicador selecionado previamente de acordo com os objetivos do trabalho. Sendo assim, ao longo da fundamentação teórica, foi feita uma discussão acerca dos conceitos de saúde, considerando que este é um tema amplo e com referenciais distintos. Portanto, para iniciar a análise deste eixo, é importante compreender como cada participante entrevistado compreende saúde.

De acordo com Lírio, *“Saúde pra mim é... o bem estar físico e espiritual, você estar bem não só fisicamente como mentalmente e espiritualmente, acho que é o tripé aí que você tem para constituir a saúde, para poder falar ‘ah, eu estou saudável’”* (Lírio). Quando questionado a respeito do que significa “estar bem”, acrescenta, *“Ah, estar bem é... você conseguir fazer suas atividades do dia a dia sem você ficar utilizando gastos de energias. Por exemplo, você não estar com aquelas preocupações, você vai trabalhar, você dá todo seu potencial”* (Lírio).

Enquanto isso, para Rosa:

Eu acredito que saúde, levando em consideração o que a OMS diz, é um bem-estar físico, emocional, social; onde a pessoa consiga viver minimamente bem, consiga ter condições de emprego com qualidade, consiga se alimentar bem, consiga ter uma moradia com qualidade. Esses são fatores que influenciam dentro desse bem-estar físico e emocional né (Rosa).

Além disso, acrescenta, *“(...) eu acredito que pensar saúde é pensar saúde física, emocional, de alimentação e dar condições favoráveis para que essa pessoa consiga se alimentar bem, dormir bem, estudar, trabalhar”* (Rosa).

Durante a realização das entrevistas, observou-se que os profissionais de saúde, ao serem questionados o que consideravam saúde, responderam se referenciando a um estado possível para o sujeito, como estado de bem-estar e/ou equilíbrio. Em contrapartida, quando feita a mesma pergunta para as egressas, essas responderam já se referenciando a como se dá a saúde dentro dos presídios. Segundo Jasmim: *“Saúde lá? precário, na verdade, por mais que a lei garanta que a gente tem direito algumas coisas como mulher, na prática isso não funciona”* (Jasmim). Ademais, acrescenta:

Em qual contexto? A gente não tem acompanhamento, assim que uma mulher necessita; a exemplo disso, banhos gelados, que também eu coloco na questão

de saúde porque era uma das maiores dificuldades pra gente como mulher, e por causa disso aconteciam coisas que nos deixava mais vulneráveis, na questão de ficar doente e tal, e também pela parte íntima né, questão de menstruação e essas coisas, então a começar da. (Jasmim).

Diante disso, a pesquisadora optou por perguntar o que a participante considerava estar saudável, Jasmim responde:

Hoje eu acho que estar saudável não é tanto o corpo, no meu entendimento, minha mente precisa muito mais estar saudável do que meu próprio corpo. Porque o meu corpo eu vou dar um jeito, eu vou procurar um médico, um clínico, um ginecologista, sei lá, um ortopedista, não sei... Saudável pra mim hoje é mente, por tudo que a gente viveu. Então manter minha mente saudável é o que eu procuro fazer sempre. (Jasmim)

Já para Hortência, “*Então o sistema de saúde, é horrível, de uns anos pra cá piorou, piorou muito. Medicamento não tem, se você tem dor, se você tem alguma coisa, o máximo que você tem é um Paracetamol*” (Hortência). Ainda complementa:

Porque o médico não vinha todos os dias, o que tinha às vezes, sempre ficava uma enfermeira ou um enfermeiro de plantão, mas médico não é todo dia que tava lá. Então a gente já tinha que tá agendando, marcando pra aquela companheira tá passando com o médico. Não só no caso do médico clínico quanto o psicólogo, opa, o psiquiatra, né? (Hortência).

Tendo em vista as falas dos participantes, o primeiro fator que se destaca é a distinção entre as respostas dos profissionais de saúde e egressas. Jasmim e Hortência, quando questionadas sobre o que entendem por saúde, respondem referente a sua experiência nos presídios. Tal fato pode se dar uma vez que essas conheciam o objetivo de pesquisa antes de serem entrevistadas e, portanto, optaram por falar sobre saúde no cárcere. Entretanto, pode-se supor também que isso demonstra como a vivência do cárcere é algo marcante, para que, mesmo após sair da prisão, falem primeiro sobre saúde dentro do sistema prisional.

Em relação ao que foi dito pelos profissionais de saúde, ambos se referem ao estado de equilíbrio e bem-estar. Como apresentado anteriormente, tal concepção baseia-se no conceito de saúde estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1946, pontuando que “saúde é o estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de efemeridade”. Nenhum dos participantes da pesquisa reduziu a concepção de saúde à ausência de doenças.

Como discutido no segundo capítulo deste trabalho, o conceito estabelecido pela OMS é criticado por Dejours (1986). O autor considera que é impossível atingir o “estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Nesse sentido, quando Rosa diz que pensar saúde é dar

condições favoráveis para que a pessoa estude, trabalhe, se alimente, etc.; ela vai de encontro com a definição proposta por Dejours (1986), ao falar que saúde seria ter meios para caminhar no sentido do bem-estar. “A saúde para cada homem, mulher ou criança é ter meios de traçar um caminho pessoal e original, em direção ao bem-estar físico, psíquico e social” (DEJOURS, 1986, p.11).

Tendo em vista isso, é importante considerar o que os participantes citaram sobre às condições habitacionais dos presídios e sua relação com a saúde. De acordo com Rosa:

Acho que são vários fatores que acabam influenciando esse bem-estar e um deles é pensar nessas condições que essa população vive né, dentro e fora, e do quanto é necessário dar condições para que essa pessoa consiga se desenvolver, consiga recomeçar a vida, ou estando lá dentro ter condições para que não adoença (Rosa).

Ainda sobre esse assunto, Jasmim diz “*As meninas não ficaram tão doentes, porque já é um ambiente muito insalubre né, já tem muitas situações e ainda para acrescentar, essa questão emocional/ psicológica, filho, isso aquilo, então piora todo o cenário*” (Jasmim). Quando questionada sobre esse ambiente insalubre, ela exemplifica dizendo:

Não deixavam também a gente fazer a higiene do jeito que a gente fazia dentro dos quartos, dentro das celas. Então aí muita gente também pegava doença por causa disso e manter lixo dentro das radiais. Não sei como tá agora na radial, mas ali ficavam os lixos, e aí vinha rato, vinha bicho. Então quem ficava ali embaixo sofria, porque tinha ali, a gente tinha contato direto com essas situações, entendeu? (Jasmim).

No mesmo contexto, Hortência fala sobre alimentação, “*Muitas vezes a gente não tem água, a alimentação ela vem totalmente estragada.*” (Hortência). Considerando tais falas, pode-se dizer que em relação a necessidade de possuir meios para promover saúde, esses meios estão inviabilizados nos presídios, uma vez que, segundo as egressas, não há acesso à água, alimentação de qualidade e limpeza, além de ainda haver contato próximo com lixo, animais transmissores de doenças e a possibilidade de tomar apenas banhos gelados.

Frente a esse cenário, todos os participantes pontuaram o adoecimento como uma consequência dessas questões. Lírio diz:

(...) o que acontece com a população a médio-longo prazo... o aparecimento de doenças crônicas, câncer, diabetes, hipertensão, que são os básicos aí da saúde pública. Lá acaba refletindo isso, lá dentro. E os transtornos mentais, que também tem muito (Lírio).

Hortência também responde: *“Aumento da enfermidade em si, não só física, mas psicológica que é a pior.”* (Hortência). Jasmim diz algo parecido: *“Doença. Ficar doente. Tanto a forma física quanto psicológica”* (Jasmim), além disso complementa dizendo, *“O que eu costumava falar e eu ainda levanto essa bandeira é que lá dentro as meninas ficam muito doentes pela parte emocional, assim o desequilíbrio mesmo”* (Jasmim).

De acordo com os dados do Infopen (2019), as patologias mais recorrentes no público feminino encarcerado são IST 's, sendo 40,45% da população portadora de HIV e 34,12% de Sífilis. Não há menção a transtornos mentais no levantamento, apenas aponta Outras Patologias com o terceiro maior índice, de 12,94%. A “doença”/ “enfermidade” psicológica, como dito por Jasmim e Hortência, foi um assunto recorrente nas entrevistas e, por isso, será discutido no segundo eixo de análise.

Sendo assim, ao falar de adoecimento, os participantes comentaram também a respeito do tratamento e da atenção à saúde realizado dentro dos presídios. Rosa, Jasmim e Hortência falaram sobre a falta de profissionais da saúde e de medicação, como também a demora para o atendimento, até mesmo em situações de urgência.

Além disso, Jasmim diz que, muitas vezes, quando alguém relatava alguma dor ou problema de saúde, as agentes penitenciárias duvidavam.

Hostil num contexto de que as pessoas sempre duvidavam dessa questão da nossa saúde, porque às vezes elas achavam que era um motivo, não digo chamar atenção, mas para sair daquela rotina, pra poder ir pro hospital externo... Então era sempre na base de muita dúvida sabe? ‘Ai, será que você tá com isso mesmo? Ah vamos ver, não sei o quê’. Então era uma coisa bem mais grossa. Hostil que eu quis dizer é assim, nesse contexto mesmo, de sempre existir essa hostilidade versus a gente (Jasmim).

Referente ao tratamento que é oferecido, Hortência diz: *“Mas a atenção é horrível, horrível, eles tratam a gente realmente como bicho, não dá atenção”* (Hortência). Ela fala também sobre a necessidade em se ter mais profissionais da saúde com *“olhar humano”*.

Em contrapartida, Lírio cita que os tratamentos são feitos de forma adequada: *“Nós tratamos direitinho lá. Às vezes ela chegam para fazer o pré-natal, já acabam fazendo também exame de sangue e ultrassom, mais a consulta, onde que você consegue isso no SUS? Fora de lá de dentro? Não consegue”* (Lírio). Ele cita também que há mão de obra qualificada por parte dos profissionais. Ao mesmo tempo, Jasmim e Hortência dizem que o atendimento com médico

demora muito para acontecer e elas precisam passar o dia inteiro no hospital, procedimento desgastante para elas.

Vale destacar as visões distintas apresentadas pelos três participantes: é importante retomar que Lírío parte de seu trabalho para realizar tal afirmação, enquanto Jasmim e Hortência falam a respeito de uma experiência que consideram violenta. Pontuar que Lírío fala sobre sua atividade laboral retoma que não necessariamente é positivo para as mulheres a forma como se dão os atendimentos, mas que para ele, médico dentro das condições de saúde do cárcere, as mulheres terem acesso a exames e consultas deve ser algo proveitoso.

Rosa também faz menção ao SUS, ao falar sobre os atendimentos nas unidades básicas de Saúde (UBS). Segundo ela, “*depende da UBS*” é um fator prejudicial pois, a forma como é realizada a escolta - obrigatória para que sejam atendidas fora do presídio - é algo que “*viola totalmente a dignidade daquela mulher*” (Rosa).

A proposta de atendimentos em uma UBS de referência é colocada pela PNAISP e tem como intuito garantir o acesso integral ao SUS para pessoas privadas de liberdade (LERMEN *et al.*, 2015). Tal fato vai de encontro com os princípios do Sistema Único de Saúde e do trabalho em rede. Entretanto, como pontuado anteriormente, o SUS tem passado por processos de subfinanciamento e desmonte, portanto, a capacidade da atenção primária consequentemente encontra-se limitada e com poucos recursos.

Hortência, ao falar sobre a ausência e condições para se ter saúde no cárcere, cita que é necessária uma força individual/própria para sobreviver na prisão:

Então, quer dizer, quem tá lá dentro, fica ali à espera de Deus dar, entendeu? Ou ela vai ter que ter muita força de vontade, pra tá brigando com ela mesma, pra tá no caso buscando a saúde dela, se fortalecer com ela mesmo. Porque, infelizmente, o que acontece? Você procura força pra você, no caso, é a sobrevivência. Você busca ali a sobrevivência dentro do sistema, porque você não pode tá contando com a saúde. Bem debilitado (Hortência).

Dejours (1986), ao propor um novo conceito de saúde, cita em suas considerações que cada indivíduo possui um papel motor em sua própria saúde e que essa não é algo estável, pois está sempre em movimento. Dessa forma, trata-se da capacidade de acalmar momentaneamente uma angústia, em direção a outra. Entretanto, o autor cita que para isso ocorrer é necessário ter meios para traçar seu caminho individual e, portanto, é preciso ter liberdade física, psíquica e social.

Ademais, Canguilhem (2009) também fala sobre saúde se tratar da capacidade de produção de normatividade, ou seja, criar novas normas de vida, que superem a anterior. Entretanto, tal aspecto não deve se resumir a uma responsabilidade pessoal em ter saúde, uma vez que para promovê-la, o autor considera necessário dar condições de escolha e de criação para os indivíduos. Ademais, constata que o limite entre saúde e doença é singular, mas também é influenciado pelo plano cultural e socioeconômico.

Além da motivação pessoal para se manter, minimamente, saudável no cárcere, também foi citada a ação de projetos externos por Rosa, Jasmim e Hortência. Tais iniciativas não fazem parte de ações governamentais, mas são realizadas por ONGs, coletivos, programas culturais, etc. De acordo com Jasmim:

A questão da saúde às vezes acontecia de forma boa, assim quando existiam projetos que vinham de fora. Então, mutirão feito por pessoas do lado de fora que implementavam dentro da unidade ali pra fazer um monitoramento, ou um mutirão de papanicolau, exemplo, ou mutirão de Psicologia, então sempre lá de fora, efetivamente acontecia direito (Jasmim).

Como discutido no primeiro capítulo deste trabalho, o projeto neoliberal visa retirar a responsabilidade do Estado em garantir direitos à população. Diante disso, abre espaço para iniciativas do terceiro setor no campo social (FURTADO, BRAMBILLA & ROSA, 2018). Isso se mostrou relevante nesse contexto, quando as egressas comentam que só através desses projetos externos tem acesso a atendimento de qualidade.

Por fim, os participantes foram questionados se acreditavam ser possível promover saúde no cárcere. Lírio, Rosa e Hortência disseram que sim, embora não seja o que ocorre na realidade. Segundo Lírio:

Sim, é possível, é possível ter saúde, mais a parte física porque acaba que você mentalmente fica bastante perturbado, você estando confinado. Ou seja, há um desequilíbrio nesse tripé que eu falei né, o que pode levar a uma somatização e você acaba tendo uma disfunção orgânica, como uma gastrite por exemplo, como uma irregularidade menstrual por exemplo. Isso tudo às vezes vem a partir de uma, vamos dizer assim, um desequilíbrio entre a mente e o corpo e o espírito, vamos dizer assim. Então a saúde por completo, ela é difícil de você manter lá dentro (Lírio).

Em relação a isso, Rosa diz:

Eu acredito que sim... eu luto para que sim, porque existem políticas públicas criadas para promover essa saúde no cárcere, tem a Política Nacional da População Carcerária, que tem várias diretrizes para estar atendendo não só o homem, mas também a mulher. Acho que o problema de muitas dessas

questões é que a direção das unidades prisionais, elas têm um olhar de que se essa pessoa tá ali ela não tem esse direito a saúde, ela não tem esse direito a ter uma ressocialização, a voltar à sociedade sabendo que ela cometeu um crime, mas ela pode ter outra oportunidade a partir dali (Rosa).

Para Hortência:

Com certeza, mas isso depende de quem? Dos nossos governantes né, que pra eles, no caso, o ideal seria fazer o massacre do... né? Porque o objetivo deles não é melhorar, fazer com que a gente possa reconhecer o nosso erro e mudar a nossa vida e começar de novo. Porque eles pregam tanto isso de você ressocializar, isso é mentira. Porque você não ressocializa, vai depender de cada um (Hortência).

É importante ressaltar a contradição presente nas respostas; num primeiro momento, os participantes dizem “sim”, mas logo em seguida citam fatores que impedem a promoção.

Lírio diz que sim, mas considerando apenas a parte física, pois em seguida enuncia que o confinamento gera perturbação mental. Ele mesmo pontua a contradição ao retomar que saúde, segundo seu ponto de vista, seria o tripé entre mente, corpo e espírito. Então, finaliza sua resposta afirmando que “*a saúde por completo*” (Lírio), é difícil de se manter.

No caso de Rosa, ela diz que luta para que sim, então observa-se na fala um desejo de que seja possível. Dessa forma, parte de um ideal a ser atingido, mas não algo que ocorre efetivamente. Ela orienta que devemos resistir e lutar pela garantia de direitos previstos por lei, uma vez que na prática não ocorre.

Hortência, apesar de afirmar que é possível, diz que na verdade não é o que acontece, apresentando também essa contradição. Ela justifica dizendo que o interesse dos governantes não é promover saúde, mas sim o massacre.

Jasmim foi a única que respondeu não à pergunta e justificou dizendo algo parecido, que não é de interesse do governo garantir esse direito. Tal ponto de vista será abordado com maior profundidade no quarto eixo de análise.

Nesse eixo, foi possível observar como os participantes enxergam saúde, como se dá a atenção à saúde no cárcere, as condições dos presídios e outros pontos de vista. Retomando o fato de que saúde não se limita à ausência de doenças, nos próximos eixos serão abordados pontos importantes, considerados pelos participantes como fatores que interferem e se relacionam com a saúde no cárcere.

8.2. Abandono e sofrimento: “É de um abandono, de não saber como estão os filhos, de sentir-se muito sozinha. ”

Como abordado no eixo anterior, os participantes de pesquisa consideraram a integralidade em saúde, ou seja, enxergam o ser humano como um todo e não apenas como parcialidade. Sendo um dos princípios do SUS, a integralidade orienta o serviço de saúde a atuar no sentido de compreender o sujeito em seu contexto social e realizar práticas que atendam o sujeito para além de suas questões físicas.

Nesse sentido, um fator muito comentado pelos participantes foi a saúde mental e como essa afeta as mulheres encarceradas, muitas vezes até mais que saúde física. Eles dão ênfase para a necessidade do atendimento psicossocial nesse contexto. Dessa forma, quando questionados sobre os efeitos do cárcere na saúde mental dessas mulheres, todos citaram transtornos psiquiátricos, trauma e sofrimento.

Rosa e Jasmim falaram diversas vezes sobre o sofrimento da mulher encarcerada e o fato deste estar diretamente relacionado com o distanciamento da família. Segundo Rosa:

Mas na prática não era bem assim né, para elas conseguirem saber notícias da família, eram várias solicitações junto com a diretoria, para pedir autorização, para tentar entrar em contato com essa família. Então demorava uma média de um mês a dois meses, se uma dessas meninas pedisse esse contato com a família, elas não tinham direito depois. Então é... foi muito hostil (Rosa).

Jasmim comenta:

Por exemplo, se a egressa, minha companheira, se ela é mãe, manter a saúde dela é ela ter uma assistência para ver o filho, de maneira decente, é acompanhar a vida do filho, pelo menos participar de alguma maneira, oferecer um trabalho para ela conseguir manter o filho lá fora. Isso no caso de companheiras mães, que são mães de verdade (Jasmim).

Ainda de acordo com as participantes, o sofrimento se agrava quando o distanciamento da família não se trata apenas de dificuldades de acesso, mas sim de um abandono. Na revisão bibliográfica, deparou-se com pesquisas que apontavam a relação com a família como um grande diferencial entre o encarceramento feminino e o masculino, uma vez que a separação dos filhos para as mulheres é um fator marcante de sofrimento (FIGUEIRÓ *et al.*, 2015).

Além disso, observa-se também a diferença no trato da família com homens e mulheres presas. Dráuzio Varela, em seu livro *Prisioneiras*, relata sua experiência como médico que atua

no sistema prisional; segundo o autor, quando um homem é preso, torna-se obrigação da mulher não o abandonar, mas quando uma mulher é presa, torna-se motivo de vergonha para a família (VARELLA, 2017).

Em relação a tal aspecto, Jasmim diz: “(...) *eu sempre costumo falar que quando você vai em presídio de homem são filas quilométricas pra visitar. E se um dia você tiver oportunidade, não sei se você já foi, uma fila de uma unidade feminina, é gato pingado*” (Jasmim). Rosa também cita: “*Porque assim, é muito engraçado né, quando tava na Penitenciária Feminina aos finais de semana você não vê fila de mulheres ou de filhos para irem visitá-la, diferente da Penitenciária Masculina que faz caravana*” (Rosa).

O machismo e as concepções patriarcais colocam a mulher numa posição de passividade, cuidadora do lar e dos filhos, sendo essa impossibilitada de cometer erros ou falhas. Isso se agrava ainda mais quando tais falhas são infrações à lei. Contudo, quando o homem é quem viola a lei e vai preso, espera-se que a mulher, como boa esposa, mantenha-se fiel a esse e realize visitas frequentes (ARGUELLO & HORST, 2020).

De acordo com Borges (2019), além de levar em conta o patriarcado ao pensar sobre o encarceramento feminino, deve-se levar em consideração também que a mulher nesse contexto é duplamente invisibilizada, primeiro pelo contexto da prisão, segundo por apenas ser mulher.

Frente a esse contexto, Rosa fala:

Sem contar que quando eu falo dessas limitações, eu fico pensando também no abandono que essa mulher tem dentro da prisão, porque ela não tem notícias da família ou a família simplesmente deixa ela lá dentro porque precisa suprir as necessidades aqui fora, que era o lugar que essa mulher ocupava antes de ser presa né e aí ela fica sofrendo, sem saber notícias do filho, sem saber notícias de como que tá a vida dela a que fora. Então fica sofrendo pensando tanto aqui fora, quanto lá dentro, e isso acaba causando nela um sofrimento muito maior (Rosa).

Além disso, Jasmim diz que o abandono não se restringe à família, uma vez que também ocorre por parte do Estado ao não garantir os direitos dessas mulheres.

Então aí eu acho que o maior fator que desequilibra a mulher é o abandono. E aí é um efeito dominó né... é o abandono, a falta de atenção na unidade, a falta do amparo médico, psicológico, jurídico, eu acho que é um efeito dominó a hostilidade também, entre as companheiras, porque a gente sabe que a convivência em si é muito complicada (Jasmim).

Em contraposição, Hortência fala que o afastamento da família é um fator de sofrimento, mas não enxerga esse como um abandono pois diz que a família sofre muito quando elas estão lá dentro. A participante ressalta que isso gera um sentimento de solidão e fala sobre a importância das cartas: *“Ter uma carta no sistema carcerário, vou falar pra você, cê precisa de ver a alegria quando a gente recebe uma carta, de um amigo, de um ente querido, uma carta é uma visita”* (Hortência).

Como consequência desse sofrimento, Rosa cita que muitas mulheres apresentam quadros de ansiedade e depressão. Jasmim comenta sobre um *“surto de Síndrome do Pânico”* (Jasmim), referindo-se a uma vez em que diversas mulheres apresentavam os sintomas desse quadro clínico. Lírio também fala sobre:

Então nesse aspecto acho que elas vão levando esse prejuízo e todos esses transtornos. O transtorno psiquiátrico é uma sequela também grave que elas vão colhendo, e acaba que o tempo vai passando e as vezes elas ficam ali 5-6 anos e saem com uma vida sem perspectiva nenhuma (Lírio).

No eixo anterior, foi comentado que no Infopen (2019) não há menção a transtornos psiquiátricos ou questões relacionadas à saúde mental. Entretanto, essas estiveram presentes nos relatos de todos os participantes como um aspecto relevante no encarceramento feminino.

Além disso, Lírio e Hortência falam também sobre a dependência química; eles citam mulheres que se envolverem com as drogas antes do cárcere e a dependência se agrava lá dentro. Hortência diz que isso acontece devido à abstinência e também porque muitas continuam fazendo uso de drogas em conjunto com o uso de medicação.

Os participantes citam a medicação, no caso o uso de psicotrópicos, como uma resposta a esse sofrimento, como forma de tratamento dessas questões; tanto como algo partindo das próprias mulheres, que buscam o medicamento como forma de alívio, como por parte dos profissionais da saúde. Esse aspecto será discutido e abordado no próximo eixo de análise.

Nesse contexto, eles também comentam sobre a forte presença da psiquiatria nos presídios e a falta de psicólogas. Segundo os dados do Infopen (2019), existem 238 psiquiatras que atendem no sistema penitenciário brasileiro, enquanto há 1.244 psicólogas. Apesar da grande diferença na quantidade de profissionais atuando, todos os participantes citam uma presença muito maior da psiquiatria, baseados em sua experiência.

Ao falar sobre os transtornos psiquiátricos, Lírio cita: *“Tanto é que a psiquiatria lá dentro também é bem forte, essa especialidade”* (Lírio). Hortência também fala sobre: *“Médico mais humano, psicólogos, você tem um psiquiatra, você não tem um psicólogo”* (Hortência).

Tal aspecto chama atenção pois Rosa, Jasmim e Hortência acreditam que o atendimento psicológico seria uma intervenção importante lá dentro, uma vez que, segundo elas, a maior parte das mulheres adoece pelo estresse emocional. Segundo dados do Infopen (2019), apenas 10,94% dos procedimentos em saúde realizados pelo público penitenciário feminino são consultas psicológicas. *“Na verdade, o ideal seria ter psicólogo dentro do sistema carcerário, pra tá conversando, pra tá escutando a história de cada um”* (Hortência).

Para além da psicologia, Rosa, Lírio e Jasmim citam o trabalho no cárcere como forma de ocupar a cabeça, lidar com o tempo ocioso e também ter redução de pena. Entretanto, Rosa diz que isso não é uma possibilidade para todos e que nesse sentido é importante a atuação de projetos externos, que promovem oficinas de artesanato, costura e outros cursos.

Ainda referente ao trabalho, para aumentar as vagas e melhorar as condições dos presídios, Jasmim considera que seria importante uma organização para que as próprias mulheres cuidassem da manutenção do local. Ela cita que isso já ocorre, mas que poderia ser melhor organizado e que o ideal seria qualificar as próprias companheiras – termo utilizado por Jasmim e Hortência ao se referirem as mulheres privadas de liberdade- para esse tipo de trabalho.

Hortência e Jasmim fizeram falas marcantes a respeito de situações traumáticas, como morte e suicídio de colegas na prisão, mas tal fato será abordado no último eixo de análise.

Rosa, que também realiza atendimento com egressas, comenta que essas mulheres carregam traumas da prisão mesmo após saírem. Segundo ela:

Eu atendo também a população que saiu né, da unidade, que tá no processo de reinserção da sociedade, e muitas delas acabam trazendo, como trauma da prisão, ouvir o carcereiro, ou agente penitenciário, fazer a tranca do portão, o maço de chave sacudindo. São situações que causam nelas lembranças do período que estavam presas. Então acho que de todas essas questões, o que causa nessas mulheres né, as marcas que ficam nelas é esse estresse físico e emocional, de estar relembando esse trauma de estar na prisão (Rosa).

A participante acrescenta dizendo: *“Sem contar os traumas internos advindos de dentro da prisão, que vai causar uma ansiedade, um sentimento de angústia muito intenso, e em alguns casos, frustração, por não ter lidado muito bem com o período da prisão e sentir-se julgada”* (Rosa). Jasmim também comenta que as situações violentas que presenciou, dentro da prisão, são fatos que a marcaram para o resto da vida, e que depois disso, valoriza mais sua saúde mental e emocional, do que a física. Para Hortência: *“No caso da saúde mental, ela é muito grave, essa é a pior, porque a saúde mental abalada ela traz outras consequências, ela traz também outras enfermidades... Então você acaba tendo problemas de saúde na qual você nunca teve, mas é a tua mente, principalmente lá dentro”* (Hortência).

Portanto, é importante refletir sobre o que a prisão produz na vida dessas mulheres, dentro e fora do cárcere e, além disso, pensar como tudo que foi dito ocorre sob um cenário de violação de direitos, uma vez que por lei é garantido que essas mulheres tenham apoio médico, psicológico, social, dentre outros.

8.3. O uso da medicação como forma de controle: *“É uma maneira de você tá exterminando, não é?”*

O uso da medicação dentro do cárcere foi algo citado de forma recorrente nas entrevistas de Rosa, Jasmim e Hortência. Apesar de Lírio ter feito apenas um breve comentário sobre o assunto, considerou-se um tema importante para análise, principalmente levando em conta o relato de Jasmim, que abordou bastante a temática. Além disso, a medicalização, entendida por um processo ativo de tornar “passíveis de diagnóstico, tratamento e prevenção alguns eventos e condições até então considerados pertinentes e próprios da existência humana” (SOALHEIRO & MOTA, 2014, p. 67), é um assunto em debate atualmente e conversa diretamente com as discussões de saúde e seus diversos recortes.

Nas entrevistas, o primeiro momento em que aparece uma ocorrência sobre uso de medicamentos é para falar sobre a falta desses. Jasmim, Rosa e Hortência, ao comentarem sobre a atenção em saúde e as dificuldades encontradas frente a esse tema, citam a ausência de medicações, principalmente quando necessárias para doenças específicas, além da falta de profissionais da saúde.

No primeiro eixo de análise, foi citado que as patologias com maior índice de ocorrência no sistema penitenciário são Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), sendo HIV e

Sífilis, respectivamente. De acordo com Jasmim e Hortência, não há medicação para tratamento dessas; já Lírio diz que o tratamento para mulheres soropositivas é melhor do que em muitos outros países.

Como já pontuado, a visão de como se dá o acompanhamento em saúde para as egressas e para o médico ocorre de formas bem distintas, até mesmo contrárias. Enquanto Lírio considera que o atendimento seja de qualidade, Jasmim e Hortência acreditam que falta muito para atingir a garantia desse direito. É importante retomar que eles partem de posições distintas, enquanto Lírio fala a respeito de sua atividade laboral, em suas condições de privilégio, Jasmim e Hortência relatam experiências negativas que tiveram com profissionais de saúde do sistema penitenciário.

Retomando o uso da medicação, ao falar sobre transtornos psiquiátricos, Lírio aponta: *“Hoje eu atendo em torno de vinte mulheres a cada vez que eu vou lá, 90% delas tomam remédios controlados, então para você desmamar e fazer um processo de desintoxicação precisaria haver uma ocupação”* (Lírio). Ele faz referência ao uso da medicação principalmente por parte de dependentes químicas e, em seguida, comenta que as oficinas de trabalho ajudam no desmame, ou seja, retirada do uso dos medicamentos.

Hortência relata ter tido uma experiência próxima com o uso das medicações, uma vez que trabalhava no setor de Saúde enquanto estava privação de liberdade. Ela diz que tinha que acompanhar quando uma companheira usava determinados remédios. Ademais, comenta:

Medicamento não tem, se você tem dor, se você tem alguma coisa, o máximo que você tem é um Paracetamol. As pessoas que tomam remédio para pressão alta, pra controle de diabetes. Então, cê tem que passar pelo médico, você passa, dá uma atenção, só que infelizmente muitas vezes não tem. O próprio sistema, ele não tem a medicação pra dar, no caso pra presa. E muitas vezes, dependendo da unidade, a família não pode nem entregar, entendeu? Então o sistema é caótico, é horrível, é assim, uma coisa assim absurda (Hortência).

Diante desse contexto, há falta de medicamentos e uso abusivo de psicotrópicos⁴. De acordo com Rosa, muitas utilizam psicotrópicos para lidar com ansiedade, depressão e o sentimento de abandono.

(...) a ausência da família, sentir-se abandonada pela família e por isso usava muita medicação, para não lidar com essa realidade que elas tinham. Então

⁴ As drogas psicotrópicas caracterizam-se por aquelas que têm ação sobre o Sistema Nervoso Central (SNC). No presente trabalho, as participantes fazem referência aos fármacos: antipsicóticos (ou neurolépticos) e ansiolíticos benzodiazepínicos.

ao mesmo tempo que eu falo dessas limitações dentro do sistema, de acesso a saúde, o uso da medicação muitas vezes tapava todo o sofrimento que elas tinham por não ter esse acesso à saúde com qualidade, né, com saber notícias da família, saber notícias de como que tá andando o processo dela, porque isso também não existia (Rosa).

Jasmim também comenta sobre o uso de psicotrópicos como forma de “aliviar esses sentimentos”.

Porque assim, elas começam a entrar numa vibe, que elas se dopam muito, eu via muito isso, e muitas assim as vezes não tinham nem permissão pra poder pegar essa medicação. Mas as que pegavam comercializavam pra poder manter a saúde mental delas, pra poder conseguir atravessar aquilo, entendeu? (Jasmim).

Ademais, Rosa, Jasmim e Hortência citam o uso desses medicamentos como forma de controle dentro do cárcere. Rosa diz:

Então, quando eu falo dessas limitações é que muitas vezes é mais fácil você tratar o problema com a medicação. ‘Vou dar psicotrópico para essas mulheres, logo elas vão ficar dependentes deles e não vai ter problema aqui dentro da unidade’. É esse o pensamento da instituição (Rosa).

Jasmim conta o que observou sobre o uso intenso de psicotrópicos. Ela cita Haldol⁵, que elas chamavam de “*bolão*”, Rivotril, que ela conta ser “*uma febre sem igual*”, e Diazepam⁶. Diz que essas medicações eram “*um descontrole*”. Faz um relato intenso sobre uma situação que a marcou muito, relacionada ao uso de Haldol, enquanto esteve no Centro de Detenção Provisória (CDP). Segundo ela, esse medicamento era utilizado para “*manter as meninas tranquilas*” (Jasmim). Ela narra que diversas vezes viu mulheres com comportamentos alterados devido ao uso de Haldol, cita expressões apáticas, dificuldade em falar, perda de coordenação motora e que as companheiras que utilizavam tinham um quadro de salivação excessiva.

Tá aí outra coisa que me chamava muita atenção, porque pra manter o controle de algumas companheiras, eles diagnosticavam vamos supor com depressão. ‘Ah, tá em surto’ e fazia medicação assistida, ou seja, pegava aquela que dava problema lá, que era surtadinha, fazia passar num psicólogo, num psiquiatra, pra medicar e ainda tinha que descer tomar medicação na frente da guarda e voltar pra cela (Jasmim).

A participante comenta que a situação que mais a chamou atenção foi de uma companheira que a família ficou determinado tempo sem visitar e, quando chegaram, não a

⁵ Conhecido também como Haloperidol, um fármaco antipsicótico.

⁶ O Rivotril é o nome comercial do Clonazepam, que assim como o Diazepam, são fármacos benzodiazepínicos.

reconheceram. Ela cita que a mãe dessa mulher a chacoalhava e dizia “*o que fizeram com a minha filha?*”. Por fim, Jasmim diz que viu muitas passarem pelo mesmo, principalmente quando se tratava das ex-usuárias de crack. “*Eu acho que esse uso de medicação descontrolado, causa assim coisas pra elas pro resto da vida e irreversível. Porque não deixa de ser uma droga né? Então eu vi muitas meninas assim, muitas*” (Jasmim).

O Haldol apresenta diversos efeitos colaterais possíveis, incluindo: distúrbios do sistema nervoso e reprodutivo, gastrointestinal, vasculares, endócrinos, dentre outros. Dentro desses, fazem parte hipersecreção salivar (salivação) e hipertonia (rigidez muscular), citados no relato de Jasmim

Jasmim e Hortência, assim como Lírio, dizem que o uso de psicotrópicos se dá principalmente para as dependentes químicas. Elas comentam que o uso era obrigatório e caso não tomassem a medicação, iriam para o castigo.

E eu trabalhava diretamente com eles, eu tinha um controle das meninas que estavam naquela dependência, ou seja, o que que acontece? Você passou com o psiquiatra no automático é tomar psicotrópico, ou seja, é uma droga muito pior do que ela tava usando (Hortência).

Quando perguntado se os tratamentos são sempre feitos com o uso de medicação, ela responde: “*Sempre. É uma maneira de você tá exterminando, não é? Porque é o que sempre falei: a prioridade é isso*”.

O estudo realizado por Figueiró *et al.* (2015), em um Centro de Detenção Provisória (CDP) de Parnamirim-RN, discute o uso de psicotrópicos no contexto prisional feminino. Durante a pesquisa, os autores realizaram rodas de conversa com as mulheres que faziam uso de tais medicamentos, cujos temas de destaque foram: dificuldades de acesso à assistência médico-psiquiátrica, o cotidiano da prisão e a ausência de visitas e/ou contato com a família.

Ainda referente ao estudo, os autores associam a fala das mulheres sobre a dificuldade em obter atendimento médico à precariedade de acompanhamento das usuárias que fazem tomam psicotrópicos. Em relação ao cotidiano, os autores pontuam como a superlotação e as más condições de higiene contribuem para o processo de adoecimento dessas mulheres. Além disso, citam também as regras institucionais que tendem a disciplinar os corpos e os submetem a um processo de humilhação. Por fim, o último tema, relacionado ao distanciamento da família, aparece como o fator mais agravante de sofrimento para elas, que perdem acesso a cuidados

básicos, itens de higiene e comida de qualidade, geralmente providenciados pela família, como também, são tomadas pelo sentimento de solidão pela ausência de visitas.

Diante desse contexto, Figueiró *et al.* (2015) apontam que o uso da medicação surge como forma de aliviar esse sofrimento, mas também como forma de silenciamento dessas mulheres. Sendo assim, o medicamento emerge como resposta para as necessidades não necessariamente médicas e ao mesmo tempo as controla e silencia, limitando a reivindicação de seus direitos violados nesse contexto.

Neste sentido, a medicalização instala a tolerância e, enquanto as emoções estiverem controladas, dificilmente serão instaladas formas de resistência coletivas. Por esta razão, tal dispositivo é entendido simultaneamente como princípio inibidor e mantenedor de uma forma específica de poder (IGNÁCIO & NARDI, 2007, p. 92).

De acordo com Varela- Gonzalez *et al.* (2007), que realizaram um estudo sobre o uso de psicofármacos em uma prisão em Madrid, dentre alguns fatores que acarretam o alto índice de uso desses medicamentos está a psiquiatrização de reações psíquicas frente aos acontecimentos da vida e ao aumento crescente dos transtornos mentais no ambiente prisional.

Almeida e Castro (2019) falam sobre o uso do isolamento, dentro dos presídios, e da medicalização como formas de controle dos corpos. As autoras consideram o termo “controle” na obra de Foucault (2014) como mecanismo de vigilância que age para além da punição, intentando corrigir e enquadrar o sujeito na norma. A norma deve ser entendida aqui como poder normativo, ou seja, aquilo que surge para intervir e transformar o sujeito para que ele se adeque ao suposto “normal” ou o comportamento esperado e desejado pela instituição.

Nesse sentido, as autoras falam que o discurso médico, a patologização e o uso abusivo de medicamentos são utilizados com tal intuito de controle dos corpos. Ainda referente ao estudo, expõem que o uso da medicação não é uma ação que parte apenas da instituição, pois muitas vezes as próprias mulheres solicitam o uso de psicotrópicos para dormir, se acalmar e aliviar dores e sofrimento (ALMEIDA & CASTRO, 2019). O medicamento é utilizado inclusive como moeda de troca no cárcere quando não há prescrição médica, como citado por Jasmim e Hortência em seus relatos.

Elevado, pelas mulheres, ao entendimento de status da normalidade, o uso de medicamentos acaba sendo utilizado de modo indiscriminado como uma forma de resolver todo tipo de questão, assim como os casos de indisciplina e gerenciamento de conflitos internos, enquadrando as mulheres privadas de liberdade à dinâmica das instituições (ALMEIDA & CASTRO, 2019, p. 114).

Nas entrevistas, o uso da medicação e do diagnóstico psiquiátrico, de acordo com as participantes, se estabelece justamente nesse sentido. As mulheres que estão “dando trabalho”, como dito por Jasmim, Rosa e Hortência ao falarem das dependentes químicas, a medicação surge como maneira de silenciar o conflito e a indisciplina.

8.4. Descaso, violência e morte: “O massacre do Carandiru nunca acabou, ele continua vivo todos os dias no sistema carcerário. ”

Este eixo se relaciona com tudo que foi dito ao longo dos anteriores, mas houve dois fatores importantes para delimitá-lo: as cenas de violência e os diversos exemplos de companheiras que morreram na prisão, citados por Jasmim ao longo da entrevista; a militância e convicção de Hortência ao afirmar que as mortes no cárcere fazem parte de um projeto político.

Porque isso aí em norma é a disciplina deles, pra eles é assim “dane-se, se vier morre, uma a menos, melhor”. É aquilo que eu falo: o massacre do Carandiru nunca acabou, ele continua vivo todos os dias no sistema carcerário, todos os dias, de uma forma ou de outra ele continua (Hortência).

Rosa não fala sobre a morte em si, mas cita a violência que as mulheres vivem cotidianamente na prisão. Já Lírio, fala também de violência, mas apenas sobre o preconceito que as mulheres em privação de liberdade sofrem.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1996, estabelece a violência como uma questão de saúde pública. Em 2002, define violência por uso intencional da força ou poder em uma forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa ou grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações.

Além disso, a OMS estabelece uma tipologia de três grandes grupos, segundo quem comete o ato violento: 1) Violência autodirigida/ autoinfligida; 2) Violência Interpessoal; subdividida em Violência Doméstica/ Intrafamiliar e Violência Comunitária/ Extrafamiliar; 3) Violência Coletiva, referente a atos cometidos por grandes grupos ou por países, subdividida em social, política e econômica. Outra diferenciação apresentada pela OMS é referente à natureza do ato violento, sendo: física, psicológica, sexual e envolvendo privação ou negligência. Sendo que, tais violências podem ser cometidas pelos diferentes autores citados anteriormente.

A definição proposta para privações, negligência e abandono é: a omissão pela qual se deixou de prover as necessidades e cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da vítima. Por exemplo, privação de medicamentos, falta de cuidados necessários com a saúde, descuido com a higiene, entre outros. O abandono é apresentado como uma forma extrema de negligência.

O referencial adotado pela OMS para definir privação e negligência refere-se a grupos de indivíduos específicos, como crianças e idosos. No caso da violência coletiva, o referencial trata-se de guerras, grupos políticos, milícias, etc. Sendo assim, não há referência à privação ou negligência por parte do Estado, ao não assegurar condições para a garantia de direitos. Entretanto, considerando os exemplos citados pela OMS ao definir negligência e as falas das egressas, pode-se supor que diversos aspectos citados pelas participantes, enquadram-se como tal tipo de violência.

Chauí (1985) aponta uma definição ampla para violência, que não resume a uma classificação específica, mas como *“(...) uma realização determinada das relações de forças, tanto em termos de classes sociais, quanto em termos interpessoais”* (CHAUÍ, 1985, p. 35).

A autora considera as relações de poder ao conceituar violência. Ao invés de limitá-la à violação das normas, regras e leis, a autora propõe dois ângulos distintos para concebê-la:

Em primeiro lugar, como conversão de uma diferença e de uma assimetria numa relação hierárquica de desigualdade, com fins de dominação, de exploração e opressão. Isto é, a conversão dos diferentes em desiguais e a desigualdade em relação entre superior e inferior. Em segundo lugar, como a ação que trata um ser humano não como sujeito, mas como coisa. Esta se caracteriza pela inércia, pela passividade e pelo silêncio de modo que, quando a atividade e a fala de outrem são impedidas ou anuladas, há violência. (CHAUÍ, 1985, p. 35).

Os relatos de falta de atenção à saúde, de medicação e profissionais da saúde, ausência de conhecimento sobre o andamento do próprio processo, condições sanitárias e de higiene precária, alimentação sem qualidade, dificuldade de entrar em contato com a família, dentro outras, caracterizam-se, então, não apenas como violência, mas também violação de direitos.

E aí era uma coisa que não entrava muito na minha cabeça, eu ficava questionando tudo isso, e quando levava para a diretoria da unidade, não tinha um respaldo, elas eram tratadas como pessoas que cometeram um crime, logo elas não tinham o direito a por exemplo saber notícia da família, marcar um médico, porque geralmente lá (nessa unidade que eu fazia esse

estágio), não tinha um médico para estar fazendo esse acompanhamento com essas meninas (Rosa).

Hortência e Jasmim falam também da hostilidade com que são tratadas por parte das agentes penitenciárias. *“Em contrapartida, às vezes os próprios funcionários acabavam com essa linha dela né, que às vezes tinha meio que abuso de autoridade lá dentro por parte dos funcionários, de alguns plantões”* (Jasmim). Ademais, além da negligência, Rosa também cita a existência violência física e psicológica quee ocorre entre as próprias mulheres na convivência nos presídios.

Jasmim conta sobre uma experiência que acompanhou de perto, de uma companheira que estava sofrendo violência física e sexual pela mulher com quem dividia a cela, e que falava sobre o assunto, mas ninguém acreditava em sua história. Após uma crise de ansiedade, essa companheira ateou fogo em si mesma. Jasmim diz que ela já tinha pedido para passar com a psicóloga, mas não foi atendida. A participante acredita que se houvesse uma atenção à saúde de qualidade e atendimentos com psicóloga, tal morte poderia ter sido evitada. Contou, inclusive, que a companheira tinha marcas de cigarro e mordidas pelo corpo. Hortência também comentou sobre muitas mulheres que se suicidaram dentro do cárcere.

Além disso, Jasmim cita também mortes que ocorreram por falta de atenção à saúde, e ela por trabalhar cuidando do raio, teve que pedir socorro e carregar suas companheiras, até mesmo vê-las morrer na sua frente. Como dito antes, Hortência afirma várias vezes que a finalidade do cárcere é a morte, segundo ela: *“Dentro do sistema carcerário, cê vai correr pra onde? Cê não tem pra onde correr. Se a saúde ali não te dá um suporte, é óbvio que você vai morrer, não tem como. Ou seja, é vidas que se perdem todo dia, por falta de atenção a nível de saúde”* (Hortência).

(...) foi aí que eu comecei a ver o que é dentro do sistema carcerário né, a opressão, o massacre em massa, constante, porque ali é um depósito humano né. Então ali, você sobrevive, porque ali é um outro mundo também, é um mundo paralelo a esse, é totalmente diferente, então você vive ali dentro sendo coagida, sendo oprimida a todo momento (Hortência).

De acordo com os dados do Infopen (2019), no período de **Julho** a **Dezembro** de 2019, 70,59% das mortes no encarceramento feminino foram de causas naturais por motivos de saúde, 23,53% por suicídios e o restante por causas desconhecidas.

Segundo Hortência:

(...) mas a gente tinha que passar por aquilo, passei, e foi aí que eu comecei a ver o que é dentro do sistema carcerário né, a opressão, o massacre em massa, constante, porque ali é um depósito humano né. Então ali, você sobrevive, porque ali é um outro mundo também, é um mundo paralelo a esse, é totalmente diferente, então você vive ali dentro sendo coagida, sendo oprimida a todo momento (Hortência).

A autora Juliana Borges (2019), fala que é equivocado pensar que a justiça criminal surge para assegurar normas e leis, uma vez essa é um mecanismo de vigilância e repressão, que tem como objetivo garantir a manutenção das desigualdades. Considerando o racismo como ideologia fundante da sociedade brasileira, a autora descreve a construção da justiça criminal como um aparato que cria o alvo que intenta reprimir.

Ela foi para lá, entrou dentro do sistema, muitas vezes não é uma escolha, acho que é importante levar em consideração, que a maior parte da população carcerária no Brasil é a preta e parda, então tem todo esse processo do racismo que acaba encarando esses jovens e essas jovens (Rosa).

Os dados dos Infopens (2019) apontam que 66,69% da população encarcerada feminina é preta e parda, sendo 16,81% preta e 49,88% parda. Enquanto isso, 32,29% é branca. Como citado, de acordo com Borges (2019), o racismo é o pilar das desigualdades no Brasil e, portanto, o sistema de justiça criminal é engendrado por tal estrutura de opressão.

Considerando os aspectos supracitados, todos os participantes comentaram sobre a negligência ocorrer devido à falta de investimento nos presídios. Lírio acredita se tratar de gestões ruins, Jasmim diz algo similar, mas relaciona com a corrupção. Segundo ela, o governo não tem interesse em investir na saúde, principalmente dentro dos presídios, e ainda lucram com desvio de dinheiro.

Então falar que gasta com o preso 1900 reais em alimentação, uniforme, isso e aquilo, e a gente nunca nem viu esse valor. Impossível, impossível o governo gastar com a gente isso. “Ah, um preso vale dois mil e pouco pros cofres públicos”, mentira, não tem como (Jasmim).

Já Rosa e Hortência acreditam que o desmonte das políticas públicas, como a de saúde no cárcere, seja um projeto político.

Mas assim, eu acredito que seja um desmonte do governo né, falta de investimento também, porque há uma superlotação, a população carcerária feminina cresceu muito nos últimos anos, e assim, é preocupante pensar o quanto tudo isso é mais um reflexo do não investimento, de deixar essa população à mercê do que vir acontecer e se esquecer dela (Rosa).

Rosa não cita corrupção, mas fala sobre os presídios gerarem lucros e por isso haver ascensão de projetos de privatização. Ao falar sobre um modelo de prisão público-privada em Minas Gerais, ela comenta: *“(...) um modelo pensado para promover essa privatização também, é algo que me preocupa muito porque quanto mais pessoas presas, maior lucro isso pode gerar, logo haverá maior encarceramento da população preta, pobre, periférica”* (Rosa).

Para Lírio, a dificuldade em investir no cárcere está no preconceito. Segundo ele, é difícil que as pessoas se sensibilizem com a mulher em privação de liberdade. Esse foi um tema abordado por todos os participantes, que comentam o preconceito principalmente quando elas saem dos presídios e se deparam com dificuldades em encontrar empregos.

Outro fator citado por todos os participantes foi que, diante dessa dificuldade, muitas mulheres não têm condições de se manter e construir suas vidas ao saírem da prisão. Devido a isso, há uma taxa alta de reincidência. Todos eles disseram que a ressocialização é uma promessa falaciosa, pois poucas que saem conseguem não voltar. Jasmim menciona um exemplo de uma ex-companheira do presídio que encontrou vendendo bala no farol, junto com seus filhos ainda bebês.

Para Lírio, temos que melhorar como sociedade, no sentido de ter um olhar mais humano para as egressas, desmistificar a visão de bandido (sic.) e dar condições favoráveis para essas mulheres:

(...) isso é uma coisa que preocupa porque até que ponto que nossa sociedade tá fazendo um papel que tá recuperando essas mulheres e dando condições delas mais tarde não serem um ônus muito maior, porque imagina daqui uns vinte anos todo esse volume. Os números são exponenciais, são crescentes, e vai aumentando esse bolo até uma que não se sustenta, a coisa cai (Lírio).

Frente a essa realidade, Rosa e Hortência pontuam que se deve lutar pelas políticas públicas e garantia dos direitos; assim como exigir políticas que deem condições para as mulheres se manterem fora da prisão. Hortência enfatiza que é um dever cobrar governantes e diretores de presídios para que as mulheres tenham melhores condições de sobrevivência. Ela encontrou na resistência uma maneira de elaborar tudo que viveu em dez anos de cárcere.

Tem que ter uma política, pra gente melhorar, entendeu? Porque errar é humano, a gente pode pagar pelo nosso erro? Podemos. Mas de uma forma digna, não de uma forma que na qual eles tratam a gente como bicho, nós somos tratados pior do que um bicho (Hortência).

Enquanto isso, Jasmim acredita ser impossível tal ação partir do Estado, para ela apenas projetos externos e ONG's poderiam promover saúde de qualidade no cárcere. A participante se mostrou descrente de que o poder público tenha algum interesse em garantir os direitos das mulheres encarceradas.

Tendo em vista tudo que foi mencionado nesse eixo (e nos anteriores), torna-se de extrema importância integrar a luta pelo direito à saúde dessas mulheres. Além disso, repensar como o encarceramento está posto na atualidade, uma vez que esse produz violência, adoecimento e morte, cotidianamente.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou compreender como se estabelece o direito à saúde no cárcere feminino, a partir das narrativas de profissionais da saúde e egressas do sistema prisional. As narrativas obtidas através de entrevistas semiestruturadas, permitiram conhecer a vivência dos participantes com a atenção à saúde no cárcere e diversos aspectos que perpassam o tema.

Diante disso, ao longo de toda análise foi possível entender o cárcere como lugar de violação de direitos. Ao discutir a saúde como um tema amplo, percebe-se que diversos questões interferem em tal aspecto, como a proximidade com a família, o ambiente insalubre, as relações sociais hostis, a alimentação de baixa qualidade, a falta de acesso a medicamentos e profissionais de saúde, a patologização, o uso abusivo e desacompanhado de psicotrópicos, dentre outros.

A obra de Borges (2019) foi uma referência importante para a realização desse trabalho. A autora nos convida a repensar o cárcere e a punição na sociedade atual, colocando o sistema de justiça criminal como um sistema que busca e mantém as desigualdades, assegurando o poder nos interesses das classes dominantes.

Ao considerar as prisões como um lugar de adoecimento, Borges (2019) fala sobre o cárcere falhar em seu objetivo principal, ressocializar e garantir a segurança da sociedade - isso porque as concepções de crime e criminoso têm grande influência do racismo estrutural, fundante da sociedade brasileira, criando a ideia de periculosidade e o sujeito que intenta reprimir. Nesse sentido, a autora comenta: “Precisamos repensar o sistema de justiça que se organiza não pela vingança e pela punição, mas, principalmente, pela restauração e pela reconciliação” (BORGES, 2019, p. 119).

Nesse contexto, Borges (2019) propõe o abolicionismo penal como um debate crescente de militância e resistência nos dias atuais, “Não se trata de substituir a punição, mas o fim da necessidade de punir” (BORGES, 2019, p. 119-120). O cárcere, como visto na revisão bibliográfica e nas falas dos participantes, se caracteriza como lugar de adoecimento, violação de direitos e reprodução de violência. Portanto, Borges (2019) considera pensar o encarceramento uma questão de Saúde Pública e de garantia de direitos.

Tendo em vista isso, destacou-se durante toda a pesquisa a importância da presença da psicóloga nesse cenário, tanto para atuar dentro do cárcere – atendendo essa população - ,

quanto através de pesquisas, debates e discussões; ambas como formas de resistência. Tal fato foi citado com grande frequência pelos participantes. A importância em integrar a luta pela a garantia de direitos das mulheres encarceradas é também uma pauta que se integra ao compromisso social da Psicologia, ao movimento feminista e de resistência às ameaças ao regime democrático.

Sendo assim, houveram outros fatores presentes nas entrevistas considerados de extrema importância para futuras pesquisas, que não puderam ser exploradas no presente estudo devido ao recorte feito em relação ao objetivo. Um desses temas é a violência sofrida por pessoas transgênero no cárcere. Segundo Jasmim, a dificuldade de acesso à saúde se agrava ainda mais para essa população devido ao preconceito e à transfobia.

Além disso, Jasmim e Hortência falaram também das estrangeiras (sic.), referindo-se a mulheres que têm nacionalidade não-brasileira e são presas no Brasil. De acordo com as participantes, todos os conflitos relatados neste trabalho se intensificam no caso delas, pois não têm acesso nenhum à família e muitas vezes possuem doenças que o atendimento à saúde não tem condições de tratamento. A situação torna-se ainda mais grave pelo fato de muitas não falarem a língua do país, então, também não conseguem se comunicar e/ou reivindicar direitos.

Em adição a essas questões, o presente trabalho foi realizado durante o período de pandemia de COVID-19, que representa uma crise sanitária mundial. Entretanto, os participantes de pesquisa não tiveram contato com sistema prisional durante esse período e, portanto, não o mencionaram em suas narrativas. Porém, considerando que os relatos de vivências em relação à atenção à saúde, antes da pandemia, demonstram já condições precárias e situações críticas, é valioso pesquisar como se dá tal realidade com a presença de uma doença com alto índice de contágio. Dessa maneira, é importante que sejam feitas pesquisas sobre a saúde no cárcere que considerem a influência do vírus e como isso tem sido tratado no sistema prisional.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, W. M. J. A pesquisa junto a professores: fundamentos metodológicos. In AGUIAR, W. M.J. (org.) **Sentidos e significados do professor na perspectiva sócio-histórica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006, p. 11-22.

AGUIAR, Wanda Maria Junqueira; OZELLA, Sergio. Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 222-245, June 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932006000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 abr. 2021. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932006000200006>.

ALMEIDA, Sandra Maciel; CASTRO, Paula Almeida de. ETNOGRAFIA DE MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE: a medicalização e o isolamento como formas de controle dos corpos. **Revista Interinstitucional Artes de Educar**, [S.L.], v. 5, n. 1, p. 103-117, 22 maio 2019. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/riae.2019.38349>.

ALMEIDA FILHO, N. O que é saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011. Temas em saúde collection, 160p. ISBN: 978-85-7541-343-2. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

ARGUELLO, Katie Silene Cáceres; HORST, Juliana de Oliveira. Chega de Silêncio. **Revista Estudos Feministas**, [S.L.], v. 28, n. 2, p. 1-14, jul. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n258350>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/ghGqx5767jchtnSr8WntwJ/?lang=pt#>. Acesso em: 02 jun. 2021.

AUDI, Celene Aparecida Ferrari et al. Inquérito sobre condições de saúde de mulheres encarceradas. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 112-124, jun. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000200112&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 22 mai. 2020. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610909>.

BANDEIRA, Carlos Adriano Miranda. O direito dos presos à Saúde Mental: os fundamentos e as garantias no ordenamento jurídico e nos direitos humanos. **Revista do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária**, Brasília, v. 1, n. 18, p. 183-194, jan. 2005.

BARCINSKI, Mariana; CUNICO, Sabrina Daiana. The (un)visible effects of prison: the contradictions of the prison system. **Psicologia**, Lisboa, v. 28, n. 2, p. 63-70, dez. 2014. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-20492014000200006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 abr. 2020.

BORGES, Juliana. **Encarceramento em massa**. São Paulo: Pólen, 2019. 144 p. ISBN 978-85-98349-73-2.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. [Constituição (1988)]. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, DF: Congresso Nacional [2016]. Disponível em:

www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 14 mai. 2021.

_____. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990a, http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm, acesso em: 01 de dez de 2020.

_____. Lei 8142/90 de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade no SUS. In: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm, acesso em: 01 de dez de 2020.

_____. Lei de execução Penal. Lei nº 7210 de 11 de julho de 1984.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS — Doutrinas e princípios. Brasília: 1990c. Disponível em: http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. 2. Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Interministerial nº 1, de 02 de janeiro de 2014**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2014.

_____. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias Infopen Mulheres - 2014.

_____. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias Infopen Mulheres - 2016.

_____. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias Infopen - 2017.

_____. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias Infopen Mulheres (painel) - dezembro de 2019.

BRITO, Reginaldo Ferreira. Processo de socialização e ressocialização. In: BRITO, Reginaldo Ferreira. **Ressocialização de mulheres encarceradas**: um estudo no complexo penitenciário feminino de São Luís - MA.. Orientador: Prof. Paulo Cesar Aguiar Martins Vidigal. 2018. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Direito) - Universidade Federal do Maranhão, [S. l.], 2017. Disponível em: <https://rosario.ufma.br/jspui/handle/123456789/2149>. Acesso em: 10 out 2020.

CAMPOS, G.W. SUS: o que e como fazer. **Ciências e Saúde Coletiva**, 2018; 23 (6):1707-1704. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1707.pdf>. Acesso em: 10 dez 2020

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CHAUÍ, M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: **Perspectivas antropológicas da mulher**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985. p. 25-62.

CONSTANTINO, Patricia; ASSIS, Simone Gonçalves de; PINTO, Liana Wernersbach. O impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2089-2100, July 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000702089&lng=en&nrm=iso>. access on 10 June 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.01222016>.

COSTA, Maira Knupp Toledo. Quem são essas mulheres encarceradas?: Em nome da “ordem social” e pelo “dever ser” feminino. In: COSTA, Maira Knupp Toledo. **Mulheres, corpos e a estética da existência**: um estudo de caso em instituição prisional sobre mulheres encarceradas por envolvimento com o tráfico de drogas. Orientadora: Juliana Perucchi. 2017. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2017. Disponível em: <http://repositorio.ufjf.br:8080/jspui/handle/ufjf/5559>. Acesso em: 7 out 2020.

DAVIS, Angela. **Are prisons obsolete?** New York: Seven Stories Press, 2003.

D'ELIA F. S. A evolução histórica do sistema prisional e a Penitenciária do Estado de São Paulo. **Revista Liberdades**. São Paulo. n.11. setembro/dezembro de 2012. Disponível em: <http://www.ibccrim.org.br/revista_liberdades_artigo/145-HISTRIA>, 2012. Acesso em 5 out 2020.

DEJOURS, Christophe. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 14, n. 54, p. 7-11, abr. 1986. Semestral.

FIGUEIRÓ, Rafael de Albuquerque et al. Consumo de medicação psicotrópica em uma prisão feminina. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo, v. 15, n. 34, p. 531-546, dez. 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2015000300006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 jun. 2021.

FLEURY, S. Retomar o debate sobre a reforma sanitária para avançar o Sistema Único de Saúde (SUS). **RAE**, São Paulo. v. 49, n.4, out./dez, 2009. p. 472-480. <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v49n4/v49n4a10.pdf>>. Acesso em 10 de novembro de 2020.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**: Nascimento da prisão. 42. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2014. ISBN 978-85-326-0508-5.

FURTADO, Odair; BRAMBILLA, Beatriz B.; ROSA, Elisa Z.. Da Psicologia Social Comunitária à Psicologia nas políticas públicas: contribuições de Silvia Lane. In: SAWAIA, Bader B.; PURIN, Gláucia T.. **Silvia Lane: uma obra em movimento**. São Paulo: EDUC, 2018. p. 227 - 248.

GAINO, Loraine Vivian et al. O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo*. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 108-116, 2018. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762018000200007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 15 jun. 2020. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.149449>.

GONÇALVES, M. Graça M.; BRAMBILLA, Beatriz B.. Dimensão subjetiva e políticas públicas – de como a garantia de direitos requer a consideração da subjetividade. In: BOCK, Ana M. B.; GONÇALVES, M. Graça M.; ROSA, Elisa Z.. **Dimensão subjetiva: uma proposta para uma leitura crítica em psicologia**. São Paulo: Cortez, 2020. cap. 11, p. 263 - 283.

GONÇALVES, M. Graça M. A dimensão subjetiva da desigualdade social – questões metodológicas e implicações práticas. In BOCK, A. M.B.; BARROSO, L. M.O.; DIEHL, R.; MORTADA, S. P. (orgs.). **Práticas e saberes psi: os novos desafios à formação de psicólogo**. Florianópolis: Abrapso/Edições do Bosque/CFH/UFSC, 2015a, p.65-84.

_____. Fundamentos metodológicos da Psicologia Sócio-Histórica. In BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. G. M.; FURTADO, O. (orgs.) **Psicologia Sócio-Histórica – uma perspectiva crítica em psicologia**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2015b, p. 139 -153.

_____. Psicologia e Políticas Públicas- reconhecendo avanços e atualizando desafios. in URNAU, Lílían C.; PACÍFICO, Juracy; TAMBORIL, M. Ivonete B. (orgs.) – **Psicologia e políticas públicas na Amazônia: pesquisa, formação e atuação**. Curitiba: CRV / Porto Velho: EDUFRO, 2014, p. 11-26.

_____. Psicologia Sócio-Histórica e Políticas Públicas – a dimensão subjetiva de fenômenos sociais. PUCSP – Doutorado, 2003.

GONZÁLEZ REY, F. L. **Pesquisa Qualitativa e Subjetividade – os processos de construção da informação**. São Paulo: Pioneira Thomsom Learning, 2005.

IGNÁCIO, Vivian Tatiana Galvão; NARDI, Henrique Caetano. A medicalização como estratégia biopolítica: um estudo sobre o consumo de psicofármacos no contexto de um pequeno município do rio grande do sul. **Psicologia & Sociedade**, [S.L.], v. 19, n. 3, p. 88-95, dez. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-71822007000300013>.

INTERNATIONAL CENTRE FOR PRISON STUDIES (ICPS). World prison brief. [Internet]. Disponível em: <<http://www.prisonstudies.org>>. Acesso em: 12 jun. 2020.

KAHHALE, E.; PEIXOTO, M. G.; GONÇALVES, M. G. M. A produção de conhecimento nas revoluções burguesas – aspectos relacionados à questão metodológica. In KAHHALE, E (org.) **A diversidade da Psicologia**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011, p. 17-74.

LERMEN, Helena Salgueiro et al . Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 3, p. 905-924, set. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000300905&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 22 mai. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000300012>.

LIMA, Gigliola Marcos Bernardo de. **A vida de mulheres na prisão: legislação, saúde mental e superlotação em João Pessoa - PB**. 2013. 124 f. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, João Pessoa, 2013. Cap. 2.

LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80. **PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva**, São Paulo, v.1, n.1.1991. <<https://scielosp.org/pdf/physis/1991.v1n1/77-96>>. Acesso em 8 de abril de 2021.

MACHADO, A.e.b.; SOUZA, A.p.r.; SOUZA, M.c.. Sistema Penitenciário Brasileiro – Origem, Atualidade e Exemplos Funcionais. **Revista do Curso de Direito**, [s.l.], v. 10, n. 10, p. 201-212, 31 dez. 2013. Instituto Metodista de Ensino Superior. <http://dx.doi.org/10.15603/2176-1094/rcd.v10n10p201-212>.

MARTINS, Élide Lúcia Carvalho et al . O contraditório direito à saúde de pessoas em privação de liberdade: o caso de uma unidade prisional de Minas Gerais. **Saude soc.**, São Paulo , v. 23, n. 4, p. 1222-1234, Dec. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000401222&lng=en&nrm=iso>. access on 25 June 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000400009>.

MINZON, C. V.; DANNER, G. K.; BARRETO, D. J. (2010). Sistema prisional: conhecendo as vivências da mulher inserida neste contexto. *Akrópolis Umarama*, v. 18, n. 1, p. 71-81, jan/mar, 2010.

NEVES, Tiago Iwasawa; PORCARO, Luiza Almeida; CURVO, Daniel Rangel. Saúde é colocar-se em risco: normatividade vital em Georges Canguilhem. **Saude soc.**, São Paulo , v. 26, n. 3, p. 626-637, Sept. 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000300626&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Oct. 2020. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017170016>.

PASSOS, R. A.; NUNES, S. DA S.; SILVA, L. F. A Pluralidade do Conceito de Saúde: o Poder de Voz dos Usuários do SUS em uma Conferência Municipal de Saúde/The Plurality of the Concept of Health: the Voice Power of Unified Health System (SUS) Users in a Municipal Health Conference. **REVISTA CIÊNCIAS EM SAÚDE**, v. 5, n. 2, p. 91-99, 11.

RIBEIRO, J. Pais et al . Ulterior validação do questionário de saúde geral de goldberg de 28 itens. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa , v. 16, n. 3, p. 278-285, dez. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862015000300001&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 jun. 2020.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis** , Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, pág. 29-41, abril de 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100003&lng=en&nrm=iso>. acesso em 15 de out. de 2020. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003> .

SILVA, Marcelo José de Souza e; SCHRAIBER, Lilia Blima; MOTA, André. DAS POSSIBILIDADES DE UM CONCEITO DE SAÚDE. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, e0019320, 2019 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000100401&lng=en&nrm=iso>. acesso em 14 de out. de 2020. Epub Jan 17, 2019. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00193>.

SOALHEIRO, Nina Isabel; MOTA, Flavio Sagnori. Medicalização da vida: doença, transtornos e saúde mental / medicalization of life. **Revista Polis e Psique**, [S.L.], v. 4, n. 2, p. 65-85, 5 dez. 2014. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. <http://dx.doi.org/10.22456/2238-152x.49807>.

SOARES FILHO, Marden Marques; BUENO, Paula Michele Martins Gomes. Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 1999-2010, July 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000701999&lng=en&nrm=iso>. access on 28 June 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015217.24102015>.

VARELA-GONZALEZ, O. et al. Uso de Psicofármacos en prisión (CP Madrid III). **Rev. esp. sanid. penit.**, Barcelona, v. 9, n. 2, p. 38-46, 2007. Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202007000200002&lng=es&nrm=iso>. accedido en 11 jun. 2021.

VARELLA, Dráuzio. **Prisioneiras**. São Paulo: Companhia das Letras, 2017. 232 p. ISBN: 978-8535929041

VIGOTSKI, L.S. (1996) – **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority**. Geneva: WHO; 1996 (document WHO/EHA/SPI.POA.2).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Report on Violence and Health**. Geneva: WHO; 2002.

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Caro(a) Participante,

Convidamos você a participar, como voluntário(a), da pesquisa “O direito à Saúde no Encarceramento Feminino”, que está sendo realizada pela Júlia da Paixão Mota, aluna do curso de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), sob a orientação da professora Doutora Irene Pereira Gaeta. Leia atentamente o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, a seguir. Se você estiver de acordo, inteiramente esclarecido(a), e se dispuser voluntariamente a participar, agradeceremos por sua importante colaboração.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pela pesquisadora responsável, e a outra será fornecida ao entrevistado. Se houver necessidades de esclarecimentos de outras dúvidas decorrentes da entrevista tanto o pesquisador quanto o orientador se dispõe a saná-las através do celular (11) 96852-1700 ou e-mail: jupaixaomota@gmail.com ou iarcuri@uol.com.br.

O objetivo desse estudo é compreender e analisar se as condições dos presídios permitem a garantia do direito à saúde de mulheres encarceradas. Sua participação consiste em responder perguntas de uma entrevista semi- estruturada, com duração média de uma hora, tendo como base suas experiências no sistema prisional. Caso concorde, a entrevista será gravada e transcrita, com o propósito de possibilitar a cópia fiel de seu conteúdo.

O uso das informações obtidas na entrevista está submetido às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Dessa maneira, sua participação será feita de forma anônima; seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato, e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Esclarecemos que não haverá incentivos financeiros, assim como, não será cobrado nada e não haverá gastos, decorrentes de sua participação. Considerando que toda pesquisa oferece um risco, essa oferece um risco mínimo, pois não há uso de procedimentos invasivos. Além disso, ela espera alcançar, com seus resultados, importantes benefícios e contribuições para o conhecimento científico.

Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a

participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado.

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP é composto por profissionais qualificados da universidade, que trabalham para garantir que os direitos do participante de pesquisa sejam respeitados, avaliando se a pesquisa foi planejada e está sendo executada de forma ética. Caso ache que a pesquisa não está sendo realizada da forma como esperava, ou estiver sendo prejudicado(a) de alguma forma, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP, à Rua Ministro Godói, 969, Térreo, Sala 63C, Perdizes, São Paulo/SP, CEP 05015-001, Tel. (11) 3670-8466, e-mail cometica@pucsp.br. O horário de atendimento é feito de de 2ª a 6ª feira, das 9h às 18h.

Eu, _____, confirmo que o pesquisador explicou-me os objetivos desta pesquisa, bem como, a forma de participação. As alternativas para minha participação também foram discutidas. Eu li e compreendi este Termo de Consentimento, portanto, eu concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário desta pesquisa.

Local e data: _____ de _____ de 2021.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Eu, _____, declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do participante da pesquisa.

(Assinatura do pesquisador responsável)

APÊNDICE B

Roteiro de Entrevista

- 1) Identificação dos profissionais de saúde: cargo, há quanto tempo trabalha na instituição, se já trabalhou em outras instituições de saúde.
Identificação das egressas: período de pena que cumpriu e há quanto tempo
- 2) O que você entende por saúde?
- 3) Tendo em vista a sua perspectiva, você considera possível promover (ou exercer) saúde no cárcere?
- 4) Qual seria o cenário ideal para garantir esse direito nesse ambiente?
- 5) Na prática, quais os maiores desafios que impedem atingir tal ideal?
- 6) Tendo em vista tais desafios, qual os efeitos desses para as mulheres?
- 7) Você acredita que tais efeitos interferem na saúde mental das mulheres encarceradas?
De que maneira?

APÊNDICE C

As tabelas a seguir foram elaboradas pela autora, de acordo com a indicação apresentada no Método (item 7).

Tabela 1 – Eixo: (Des) Atenção à saúde e os processos de adoecimento: “Tratam a gente como bicho”

Pré- indicadores (definidos pela frequência, importância enfatizada, carga emocional, ambivalência ou contradições, insinuações não concretizadas, etc.)	Indicadores (definidos sob processo de aglutinação: por semelhança, complementaridade ou contraposição)
- Bem-estar e produtividade - Dar condições favoráveis de vida - Disposição individual para ter saúde - Saúde como estado de bem-estar e equilíbrio - Saúde da mulher - Saúde física - Saúde mental - Saúde para além da questão física - Saúde precária	1) Concepções de saúde
- Atendimento em saúde - Tratamento em saúde - Profissionais de saúde - Projetos externos e ONG's - SUS e UBS	2) Atenção à saúde no cárcere
- Alimentação como um fator de saúde - Condições dos presídios - Higiene e Limpeza - Trabalho como um fator de saúde	3) Fatores que influenciam a promoção de saúde no cárcere
- Adoecimento - Desequilíbrio mente e corpo - Doenças físicas e psicológicas - Doenças psicossomáticas - Doenças crônicas	4) Processos de adoecimento

Tabela 2 – Eixo: Abandono e sofrimento: “É de um abandono, de não saber como estão os filhos, de sentir-se muito sozinha”

Pré- indicadores	Indicadores
- Abandono - Afastamento da família e dos filhos - Autoestima e identidade feminina - Confinamento - Estresse - Visitas	5) Fatores que influenciam a saúde emocional no cárcere
- Amparo emocional - Atendimento psicossocial - Psiquiatria - Psicologia - Terapia	6) Atendimento ao sofrimento psíquico
- Adoecimento psíquico - Ansiedade - Depressão - Síndrome do Pânico - Transtornos mentais - Trauma	7) Adoecimento psíquico e Transtornos mentais

Tabela 3 – Eixo: O uso da medicação como forma de controle: “É uma maneira de você tá exterminando, não é? ”

Pré- indicadores	Indicadores
- Diagnóstico e Medicamento como forma de controle - Efeitos colaterais da medicação - Antidepressivo - Clonazepam - Diazepam - Haldol - Rivotril - Psicotrópicos	8) Uso abusivo de psicotrópicos
- Falta de medicação - Paracetamol - Remédios controlados	9) Ausência de medicação

Tabela 4 – Eixo: Descaso, violência e morte: “O massacre do Carandiru nunca acabou, ele continua vivo todos os dias no sistema carcerário.”

Pré- indicadores	Indicadores
- Desmonte de políticas públicas - Despreparo dos governante - Direção dos presídios - Falta de profissionais de saúde - Investimento em saúde	10) Gestão
- Abuso de autoridade - Descaso - Falta de acesso à informação - Opressão - Preconceito - Racismo - Violência física - Violência psicológica - Violência sexual	11) Violência
- Morte das companheiras - Suicídio	12) Morte