



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

Vanessa Giulianni de Freitas Mesquita

**Ações de atenção básica à saúde da mulher em penitenciárias
na Paraíba**

Campina Grande

2016

Vanessa Giulianni de Freitas Mesquita

Ações de atenção básica à saúde da mulher em penitenciárias na Paraíba

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Orientadora: Prof. Dr^a Gabriela Maria Cavalcanti Costa

Campina Grande

2016

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

M582a Mesquita, Vanessa Giuliani de Freitas.
Ações de atenção básica à saúde da mulher em penitenciárias na Paraíba [manuscrito] / Vanessa Giuliani de Freitas Mesquita. - 2016.
109 p.

Digitado.
Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2016.
"Orientação: Profa. Dra. Gabriela Maria Cavalcanti Costa, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa".

1. Prisões. 2. Saúde da mulher. 3. Assistência à saúde. 4. Atenção primária à saúde. I. Título.

21. ed. CDD 613.042 44

Vanessa Giulianni de Freitas Mesquita

Ações de atenção básica à saúde da mulher em penitenciárias na Paraíba

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Aprovada em: 20/09/2016

BANCA EXAMINADORA



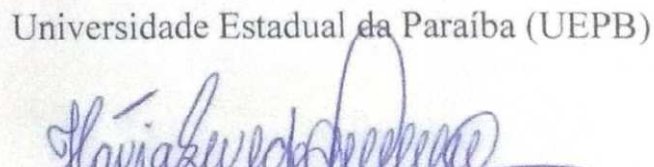
Profª Drª Gabriela Maria Cavalcanti Costa

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profª Drª Renata de Souza Coelho Soares

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profª Phd Flávia Azevedo Gomes-Sponholz

Universidade de São Paulo (USP)

À minha mãe, fonte de amor incondicional,
que me inspirou com sua força, garra e
determinação.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me permitir alcançar esta vitória e ter me sustentado em todos os momentos da minha vida.

À minha mãe por tudo que representa, por me amar e apoiar incondicionalmente, pela força e credibilidade dispensada.

À minha irmã, que mesmo não compreendendo bem o que eu fazia, me apoiou, incentivou e entendeu minha ausência.

A Felipe Eric Sarmiento Bezerra, namorado e amigo, pela confiança depositada, encorajamento em momentos de fraqueza, companheirismo e afeto.

Aos demais familiares por se constituírem como pilares fundamentais em minha vida.

À Gabriela Maria Cavalcanti Costa, que cumpriu de forma esplêndida seu papel de professora e orientadora, promovendo meu crescimento profissional e sendo o exemplo que desejo seguir.

À Banca pelo olhar crítico e contribuições ao meu trabalho.

À Gerência de Ressocialização da Secretaria de Administração Penitenciária da Paraíba por ter concedido realizar esta pesquisa nas unidades prisionais femininas do Estado.

Às mulheres privadas de liberdade no ambiente prisional, enfermeiros, coordenadores de saúde da mulher das Secretarias Municipais de Saúde e Gerência de saúde da Secretaria de Administração Penitenciária da Paraíba pelos relatos compartilhados e confiados, me permitindo realizar esta pesquisa.

Ao Mestrado de Saúde Pública e Universidade Estadual da Paraíba, responsáveis por minha formação, por me acolherem e repassarem ensinamentos essenciais para minha trajetória.

Às amigas, em especial, Amanda e Izabel pelo apreço, pelos momentos de desabafo e pelas alegrias compartilhadas.

À Lannuzya Veríssimo de Oliveira pelo incentivo e auxílio pessoal no desenvolver desta pesquisa.

À Lidiane Melo, secretária do Mestrado em Saúde Pública, por ser solícita e estar sempre disponível nos momentos que precisei.

RESUMO

MESQUITA, V.G.F. Ações de atenção básica à saúde da mulher em penitenciárias na Paraíba. 2016, 108f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2016.

Objetivo: descrever as ações de pré-natal, controle do câncer de colo do útero e controle do câncer de mama realizadas nas penitenciárias femininas da Paraíba e identificar aspectos positivos e negativos para execução de ações de atenção à saúde da mulher em penitenciárias da Paraíba sob a ótica das mulheres privadas de liberdade, profissionais de saúde e gestores.

Caminho metodológico: estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, realizado entre junho e novembro de 2015, nas quatro penitenciárias femininas da Paraíba. Os participantes foram as mulheres privadas de liberdade, enfermeiro da equipe de saúde implantada em uma unidade prisional do estado e enfermeiros que realizavam atendimento semanal nas demais penitenciárias, Gerência de saúde da SEAP e coordenadores de saúde da mulher das Secretarias Municipais de Saúde. Para coleta de dados, utilizou-se uma entrevista com roteiro semiestruturado. Foram entrevistados todos os profissionais e a amostra de mulheres privadas de liberdade se deu por saturação teórica em cada unidade penitenciária. As falas dos participantes da pesquisa foram associadas através da técnica de triangulação e a análise dos dados seguiu a proposta metodológica de Análise de Conteúdo de Bardin.

Resultados: foi possível perceber quais ações de atenção básica referentes ao acompanhamento pré-natal, controle do câncer do colo do útero e controle do câncer de mama eram desenvolvidas, bem como quais as ações educativas realizadas. Além disso, foram identificados os aspectos positivos das ações de atenção básica à saúde da mulher privada de liberdade e quais os entraves na execução dessas ações. **Conclusões:** as ações de controle do câncer do colo do útero e acompanhamento pré-natal sobressaem as de controle do câncer de mama; as ações educativas não alcançam os resultados esperados para promoção da saúde; a existência das ações de atenção básica à saúde da mulher é avaliada positivamente no que se refere a aspectos assistenciais, o que não se observou quanto às ações de promoção a saúde; verificou-se que estrutura física deficiente, ausência de insumos para cuidados em saúde,

atendimento por demanda espontânea, carência de profissionais e divergências políticas são consideradas entraves e fatores que inviabilizam uma atenção integral a saúde destas mulheres.

Descritores: Prisões; Saúde da Mulher; Assistência à Saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

MESQUITA, V.G.F. Basic healthcare actions for women in penitentiaries in Paraíba. 2016, 108f. Dissertation (Health Care Master Degree) - State University of Paraíba, Campina Grande, 2016.

Objective: to describe the prenatal, cervical cancer and breast cancer control actions performed in women's penitentiaries in Paraíba and to identify positive and negative aspects for the execution of women's healthcare actions in Paraíba penitentiaries under the perspective of women deprived of liberty, health professionals and managers. **Methodological path:** a descriptive-exploratory study of a qualitative approach, performed between June and November 2015, in the four female penitentiaries of Paraíba. Participants included women deprived of liberty, nurse from a health unit implanted in a state prison unit, and nurses who performed weekly care in other prisons, SEAP Health Management and women health coordinators of the Municipal Health Secretariats. For data collection, an interview with semi-structured script was used. All the professionals were interviewed and the sample of women deprived of liberty was given by theoretical saturation in each prison unit. The participant's speeches of the research were associated through the triangulation technique and the data analysis followed the methodological proposal of Content Analysis, according to *Bardin's* perspective. **Results:** it was possible to understand which actions of basic care regarding prenatal care, cervical cancer control and breast cancer control were developed, as well as the educational actions performed. In addition, the positive aspects of basic healthcare actions for women deprived of liberty and the obstacles to the implementation of these actions were identified. **Conclusions:** the actions of cervical cancer control and prenatal care stand out in the control of breast cancer; educational actions do not achieve the expected results for health promotion; the existence of actions of basic attention to women's health is positively evaluated regarding aspects of healthcare, which was not observed with regard to health promotion actions; it was found that poor physical structure, lack of inputs for healthcare, spontaneous demand, lack of professionals and political differences are considered obstacles and factors that make integral healthcare of these women unfeasible.

Descriptors: Prisons; Women's Health; Delivery of Health Care; Primary Health Care.

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CFB	Constituição Federal Brasileira
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DEPEN	Departamento Penitenciário Nacional
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ECM	Exame Clínico da Mama
ESP	Equipes do Sistema Prisional
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HPV	<i>Human Papiloma Virus</i>
IGG	Imunoglobulina G
IGM	Imunoglobulina M
LEP	Lei de Execução Penal
NOAS	Norma Operacional de Assistência a Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de 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 no Sistema Penitenciário
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SEAP	Secretaria de Administração Penitenciária
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
3	OBJETIVOS.....	21
4	CAMINHO METODOLÓGICO.....	22
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	22
4.2	CENÁRIO.....	22
4.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	24
4.4	PROCEDIMENTO DE COLETA.....	25
4.5	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	27
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	28
5	RESULTADOS.....	30
5.1	PRODUTOS DA DISSERTAÇÃO.....	30
5.1.1	Artigo 1.....	30
5.1.2	Artigo 2.....	52
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
	REFERÊNCIAS.....	78
	APÊNDICES.....	82
	ANEXOS.....	103

1 INTRODUÇÃO

Os últimos anos foram marcados por um aumento expressivo no número de pessoas privadas de liberdade no sistema prisional brasileiro.⁽¹⁾ O Brasil é considerado o quarto país do mundo, em números absolutos, que mais encarcera, ficando atrás apenas de Estados Unidos, China e Rússia.⁽²⁾ Além disso, ocupa a oitava posição considerando população carcerária por número de habitantes, cerca de 300 privados de liberdade para cada cem mil.^(3,4)

Com relação ao sexo das pessoas encarceradas, a parcela feminina tem alcançado grande destaque, visto que, de 2007 a 2012, cresceu 59,86%.⁽⁴⁾ Se forem considerados os últimos quinze anos, essa população passou de 5.061 para 37.380, revelando um crescimento proporcional maior que o total de indivíduos aprisionados no mesmo período.⁽⁴⁾

No período de 2000 a 2014, o aumento das mulheres privadas de liberdade no Brasil foi de 567,4% enquanto que a média de crescimento masculino, na mesma época, foi de 220,2%.⁽⁴⁾ A população feminina privada de liberdade na região Nordeste expandiu 114% entre 2007 e 2014, e na Paraíba, este crescimento foi de 92%.⁽⁴⁾

Apesar da ascendência no número de mulheres privadas de liberdade no sistema prisional, não foram realizadas construções de penitenciárias que abrigassem essas mulheres, de acordo com o previsto legalmente, o que é responsável pela superlotação de celas, insalubridade, falta de higiene, má qualidade na alimentação, iluminação e saneamento básico do ambiente.⁽³⁾

As unidades prisionais mantêm condições precárias, violando direitos humanos e ocasionando um déficit de vagas; a superlotação inviabiliza parte das ações de políticas públicas existentes, gerando iniquidades e vulnerabilidades às pessoas privadas de liberdade.⁽⁵⁾

Logo, percebe-se que houve um aumento na população carcerária feminina, ao passo que não existiram melhorias na estrutura para suprir as necessidades básicas.⁽⁶⁾ Essas condições favorecem o adoecimento do indivíduo e colocam-no diante de uma dupla penalização, a privação de liberdade devido ao delito cometido e a precarização do estado de saúde após o seu aprisionamento.⁽⁷⁾

O ambiente prisional oferece riscos de natureza física e psíquica que comprometem a saúde dos indivíduos, inclusive, pela maior facilidade na transmissão de doenças.⁽⁸⁾ Além disso, a falta de assistência à saúde é um dos aspectos graves que afetam o sistema prisional

brasileiro.⁽⁶⁾ Destarte, o acesso à saúde para a mulher é um direito civil dificilmente observado nas penitenciárias femininas.⁽⁹⁾

As penitenciárias continuam apresentando altas taxas de prevalência de doenças infectocontagiosas, principalmente as sexuais e respiratórias, não obstante, há uma elevada incidência de doenças crônicas, ocasionadas pelas péssimas condições materiais, higiênicas e de nutrição associadas a pouca efetividade e disponibilidade dos serviços de saúde.⁽¹⁰⁾

Nesse aspecto, previsões legais e políticas são tidas como pilares, como por exemplo, a Lei de Execução Penal (LEP), elaborada em 1984, que legisla sobre a execução penal no país e propôs assistência à saúde para todas as pessoas privadas de liberdade através de atendimento médico, odontológico e farmacêutico, assegurando que, quando o estabelecimento penal não conseguisse realizá-la, deveria encaminhar o indivíduo para uma unidade de saúde. Esta assistência à saúde foi considerada uma das formas de prevenir o crime e orientar o retorno à convivência em sociedade.⁽¹¹⁾

A Constituição Federal Brasileira, de 1988, não tratou especificamente sobre a saúde das pessoas privadas de liberdade, mas reconheceu que a saúde é um direito de todos os cidadãos e dever do Estado, excluindo qualquer discriminação e distinção entre aqueles que habitam o território nacional.⁽¹²⁾

Decorridos quinze anos desde a promulgação da Constituição Federal Brasileira, em 2003, foi proposto o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), com o objetivo de prover atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade fundamentada nos princípios do SUS e reorientar as práticas de saúde no sistema penitenciário.⁽¹³⁾

O PNSSP previa, entre outras coisas, ações destinadas à saúde da mulher com enfoque para prevenção do câncer de mama, prevenção do câncer do colo do útero e assistência pré-natal, estabelecia o mínimo de pessoas reclusas necessárias para implantação de uma unidade de saúde dentro das penitenciárias, referindo que o acesso aos demais níveis de atenção deveria ser cumprido pelo estabelecimento de referência proposto pela rede de atenção e organização dos serviços.⁽¹³⁾

A homologação do PNSSP representou um avanço para o Brasil, pois as pessoas privadas de liberdade apareceram como objeto de política de saúde específica, que regulamentava o acesso às ações e serviços com a finalidade de diminuir os agravos e danos provocados pela reclusão.⁽¹⁴⁾ Apesar dos progressos percebidos, o PNSSP era voltado à parcela da população penitenciária julgada e condenada em cumprimento do regime fechado, fazendo com que, em 2014, fosse instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).⁽¹⁵⁾

A PNAISP tem como objetivo garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no Sistema Único de Saúde (SUS) e é a política vigente para a atenção a saúde das pessoas privadas de liberdade.⁽¹⁵⁾

Concomitantemente, foi promulgada a Portaria Interministerial nº 210, que instituiu a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE) que prevê assistência à saúde e social para as mulheres privadas de liberdade e egressas do sistema prisional.⁽¹⁶⁾

Além do arcabouço legal supracitado, deve-se enfatizar a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM), que aborda as ações voltadas à saúde da mulher, ampliando-as para além das que dizem respeito ao ciclo gravídico-puerperal, como também, destina ações para alguns segmentos específicos da população feminina que são historicamente excluídos das políticas públicas, entre eles, mulheres em situação de prisão.⁽¹⁷⁾

Sendo assim, é possível perceber que políticas vêm sendo implantadas, a fim de garantir às pessoas privadas de liberdade o direito a atenção à saúde integral. Deste modo, considerando o crescente índice de mulheres privadas de liberdade associado à estrutura inconsistente do ambiente prisional, além de entender que as condições epidemiológicas e sanitárias de um local refletem na qualidade de saúde, foi possível definir o objeto a ser estudado.

Somado a isto, a Agência Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde elenca como aspecto primordial o acesso e a qualidade da atenção à saúde das mulheres no sistema prisional. Portanto, esse estudo objetivou descrever as ações de pré-natal, controle do câncer de colo do útero e controle do câncer de mama realizadas nas penitenciárias femininas da Paraíba e identificar aspectos positivos e negativos para execução de ações de atenção à saúde da mulher em penitenciárias da Paraíba sob a ótica das mulheres privadas de liberdade, profissionais de saúde e gestores.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

As mulheres são alvos de políticas de saúde desde o início do século XX, no entanto, nesta época, apenas o ciclo gravídico-puerperal era reconhecido e os programas de saúde elaborados, entre as décadas de 1930 a 1970, restringiam a mulher ao seu aspecto biologicista⁽¹⁷⁾. O papel social da mulher era o de mãe, por isso, a função reprodutiva era priorizada no desenvolvimento das políticas de saúde.⁽¹⁷⁾

Ao passo que o aspecto reprodutivo era estimado pelos programas de saúde, os índices de morbidade e mortalidade materna e infantil continuavam crescentes, por isso, em 1975, foi criado o Programa de Saúde Materno-Infantil, com o propósito de reduzi-los. Os objetivos referentes à assistência à saúde da mulher incluíam ações durante a gestação, parto e puerpério.⁽¹⁸⁾ No período compreendido entre 1975 e 1985, ocorreu a Década da Mulher, e em 1979, ocorreu a Convenção para a eliminação de todas as formas de discriminação contra o gênero feminino, que foi promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU) e ratificada por muitos países, incluindo o Brasil. Este foi o fato mais marcante dos direitos humanos até então e assegurou o direito das mulheres receberem assistência à saúde e realizar o planejamento familiar.⁽¹⁹⁾

A partir desta época, os movimentos feministas apareceram com mais vigor e passaram a criticar a perspectiva reducionista dos programas que abordavam a saúde da mulher, pois a visão unicamente biologicista e de reprodução ocasionava falta de assistência à saúde durante grande parte da vida feminina.⁽¹⁷⁾ O contexto de redemocratização e organização de movimentos sociais, a exemplo do feminismo, resultou na criação do Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, que apresentou uma releitura sobre o biológico da mulher tomando o social como base para intervenções.⁽¹⁹⁾

O PAISM incorporou as dimensões psicossociais para tratar além das patologias vinculadas à reprodução, deste modo, abrangia ações preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, ampliando a assistência à mulher para clínica ginecológica, pré-natal, parto, puerpério, climatério, planejamento familiar, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e câncer de colo de útero e da mama.⁽¹⁹⁾

É necessário esclarecer que até esse período – surgimento do PAISM- a política nacional de um sistema público de saúde unificado e gratuito, o Sistema Único de Saúde (SUS), ainda não havia sido instituída, logo, não existia a premissa da saúde para todos e dever do Estado. Após a regulamentação do SUS no território brasileiro, a saúde da mulher

continuou sendo alvo de preocupações, e em 2001, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) definiu a assistência à saúde da mulher como uma área de atuação estratégica, estabelecendo garantias as ações de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo do útero.⁽²⁰⁾

Foram observados avanços na atenção à saúde da mulher, todavia, era imprescindível enfocar a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores da discussão de gênero, assim, foi proposta a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM), em 2004, visando a prevenção e promoção da saúde, além do tratamento de doenças.⁽¹⁷⁾ A PNAISM surgiu duas décadas após o PAISM e reconheceu a necessidade de atenção aos segmentos da população feminina imperceptíveis e excluídos, entre eles, mulheres negras, indígenas e em situação de privação de liberdade.⁽¹⁷⁾

A PNAISM definiu a atenção integral à saúde da mulher, incluindo ações de clínica ginecológica, pré-natal, parto, puerpério, climatério, planejamento familiar, prevenção e tratamento de DST, prevenção do câncer de colo uterino e da mama, além de ações educativas.⁽¹⁷⁾ Esta é a política de saúde da mulher que vigora até os dias atuais e orienta as ações de atenção à saúde da mulher.⁽¹⁷⁾

Para garantir a efetividade dessas ações, é necessário o acesso da população as ações realizadas na atenção básica e a referência para a média e alta complexidade. A fim de assegurar o atendimento a demandas específicas foram propostas as Redes de Atenção à Saúde (RAS), que são arranjos organizativos com objetivo de asseverar o direito a integralidade da assistência através do cuidado continuado entre os diferentes níveis de atenção. Assim, serviços de diferentes complexidades e densidades tecnológicas devem estar articulados para ofertar as ações de saúde necessárias à população.⁽²¹⁾

As RAS caracterizam-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), garantindo atenção contínua, integral e cuidado multiprofissional.⁽²²⁾

O nível primário de atenção deve coordenar as RAS, realizando ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e manutenção da saúde.⁽²²⁾ As ações de média e alta complexidade devem ser estruturadas como unidades de referência e são responsáveis por atender aos principais problemas e agravos de saúde, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, além de procedimentos que envolvam alta tecnologia e alto custo, caracterizando serviços qualificados.⁽²¹⁾

Deste modo, para que ocorra um cuidado integral à saúde da mulher, a atenção básica é responsável por assistir a clínica ginecológica, pré-natal de baixo risco, puerpério, prevenção do câncer de colo de útero através do exame citopatológico, prevenção do câncer de mama através de exame clínico, planejamento familiar, prevenção e tratamento de DST, atenção às mulheres no climatério e atividades educativas.⁽¹⁷⁾

A média e alta complexidade são responsáveis pela realização de pré-natal de alto risco, parto, exames específicos para a prevenção do câncer de mama como ultrassonografia e mamografia, além de todas as intervenções e/ou tratamentos que necessitem de profissionais e recursos qualificados e específicos.⁽¹⁷⁾ Este arranjo permite que as ações e serviços de saúde integrem uma rede hierarquizada e regionalizada e constituam um sistema único e organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.⁽²²⁾

Além da integralidade do cuidado às mulheres, a PNAISM apresentou em seus objetivos a garantia da atenção à saúde aos grupos excluídos, como as mulheres em situação de prisão,⁽¹⁷⁾ contudo, não foi a primeira vez que a população reclusa teve seu direito à atenção à saúde mencionado.

A garantia da atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade foi reconhecida em 1984, com a publicação da Lei nº 7.210, a Lei de Execução Penal (LEP), que estabeleceu o direito à assistência médica, farmacêutica e odontológica, de caráter preventivo e curativo, e acrescentou que quando o estabelecimento prisional não conseguisse suprir estas necessidades, deveria realizar o encaminhamento das pessoas privadas de liberdade para um estabelecimento de saúde.⁽¹¹⁾

É importante destacar que a LEP foi regulamentada quando o país saía de um período ditatorial em direção à construção da democracia, coincidindo com o momento em que a sociedade lutava por direitos sociais e abertura política.⁽²³⁾

Após quatro anos de promulgação da LEP, em 1988, foi instituída a Constituição Federal Brasileira (CFB), que tratou a saúde como um direito social, e em seu artigo 196, fundamentou a saúde como um direito de todo cidadão brasileiro e dever do Estado.⁽¹²⁾

Apenas em 2003, foi implementada uma política de saúde destinada aos sujeitos privados de liberdade no ambiente prisional, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), lançado através da Portaria Interministerial nº 1.777, reiterando o preceito constitucional de inclusão dos brasileiros privados de liberdade no sistema de saúde.⁽¹³⁾

A implantação do PNSSP representou um avanço para o Brasil, pois as pessoas privadas de liberdade no sistema prisional apareceram como sujeitos de política de saúde específica, que buscava reduzir os agravos e danos provocados pela reclusão através do acesso às ações e serviços de saúde.⁽¹⁴⁾

O PNSSP dispôs de linhas de ação, traçou metas a serem alcançadas e propôs a instalação de Unidades Básicas de Saúde dentro da penitenciária de acordo com o número de sujeitos privados de liberdade nas unidades prisionais.⁽¹³⁾ Apresentou como linhas de ação: controle da tuberculose, hipertensão e diabetes, hanseníase, ações de saúde bucal e saúde da mulher, ações de diagnóstico, aconselhamento e tratamento de DST e atenção em saúde mental.⁽¹³⁾

Ademais, estabeleceu que penitenciárias com mais de 100 sujeitos privados de liberdade deveriam conter unidade de saúde implantada em seu interior e a equipe multiprofissional para assistir de 100 a 500 indivíduos seria composta por médico, enfermeiro, odontólogo, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário, obedecendo a uma carga horário de 20 horas semanais. Os estabelecimentos prisionais com número inferior a 100 pessoas privadas de liberdade não teriam equipes exclusivas e o atendimento ocorreria com profissionais da Secretaria de Saúde Municipal com carga horária de 4 horas semanais.⁽¹³⁾

A previsão de equipes de saúde no interior das penitenciárias fez com que seu funcionamento e fronteiras fossem colocados em questão, pois houve, a partir desse momento, a necessidade de conexão com a rede de serviços em saúde, redes intersetoriais e comunidade na qual estavam as pessoas privadas de liberdade.⁽²²⁾

O PNSSP promoveu significativos avanços na atenção à saúde das pessoas reclusas, contudo, não garantiu o princípio da universalidade estabelecido pelo SUS, por isso, foi instituída, em 2014, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).⁽¹⁵⁾

A PNAISP estabeleceu que as ações de saúde devem ser ofertadas por meio de equipes interdisciplinares implantadas nas unidades de saúde dentro da penitenciária, conhecidas por Equipes do Sistema Prisional (ESP) e a oferta de outras ações e serviços são previstas e pactuadas na RAS, garantindo as ações de atenção básica no interior da penitenciária e o encaminhamento das ações de média e alta complexidade.⁽¹⁵⁾ O acesso aos demais níveis de atenção em saúde deve ser pactuado e definido no âmbito de cada estado em consonância com os Planos Diretores de Regionalização e aprovação da Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e do Conselho Estadual de Saúde (CES).⁽³⁾

Com a finalidade de normatizar a operacionalização da PNAISP, também em 2014, foi instituída a Portaria nº 482, que dispõe que todas as penitenciárias podem ter ESP implantadas, diferenciando a carga horária de prestação de serviço e composição da ESP de acordo com a quantidade de custodiados. Até 100 pessoas privadas de liberdade, a ESP deve funcionar 6 horas semanais, entre 101 e 500 a carga horária da ESP é 20 horas semanais e de 501 até 1200 pessoas privadas de liberdade a carga horária deve ser de 30 horas semanais.⁽²⁴⁾

Esta recomendação difere do que era previsto no PNSSP, pois o plano só estabelecia equipe de saúde implantada na penitenciária a partir de 100 pessoas privadas de liberdade. Ademais, segundo a Portaria nº 482 (2014), os profissionais de saúde que compõem a ESP distinguem-se quanto à classificação das equipes: Equipe de Atenção Básica Prisional Tipo I (até 100 pessoas privadas de liberdade), Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II (de 101 a 500 pessoas privadas de liberdade) e Equipe de Atenção Básica Prisional Tipo III (de 501 a 1200 pessoas privadas de liberdade).^(13,24)

Diante dessas leis e políticas promulgadas e implementadas, é necessário esclarecer que buscar a preservação da saúde para estes indivíduos é uma forma de oferecê-los dignidade, visto que a maior parte é culturalmente prejudicada e mais vulnerável ao adoecimento.⁽²⁵⁾ Nesse cenário, é preciso evidenciar as condições de saúde das mulheres privadas de liberdade e a necessidade de ações específicas para este público, pois aspectos do encarceramento feminino merecem destaque.⁽²⁶⁾

O número crescente de mulheres privadas de liberdade acentua a superlotação de celas e exacerba condições que as tornam mais suscetíveis ao desenvolvimento de patologias.⁽³⁾ Ademais, 87% das mulheres privadas de liberdade no Brasil encontram-se em idade reprodutiva, intensificando agravos de saúde relacionados ao período, como por exemplo, o câncer de colo do útero e de mama.⁽²⁷⁾

Visto isso, desde o PNSSP foi garantido o direito a ações de atenção básica – pré-natal, controle do câncer de colo do útero e controle do câncer de mama- especificamente às mulheres privadas de liberdade.⁽¹³⁾ O PNSSP esperava como resultados, em 100% das penitenciárias, ações para detecção precoce do câncer do colo do útero e do câncer de mama, encaminhamento para o tratamento das mulheres com câncer do colo do útero e de mama, assistência ao pré-natal de baixo risco, imunização das gestantes e ações educativas que abordassem o período reprodutivo e gestacional.⁽¹³⁾

Seis anos após a implantação do PNSSP, em 2009, foi decretada a Lei 11.942, que não trata especificamente de ações à saúde da mulher nas penitenciárias, e sim assegura condições para assistência às mulheres privadas de liberdade grávidas e seus filhos, provendo

acompanhamento médico durante o pré-natal e no pós-parto e fornecendo outras garantias para o recém-nascido dentro da penitenciária.⁽²⁸⁾

Em 2014, foi estabelecida a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE), que visa reformular as práticas do sistema prisional brasileiro, garantindo o direito das mulheres.⁽¹⁶⁾ A PNAMPE tem como objetivos fomentar a elaboração das políticas estaduais de atenção às mulheres privadas de liberdade e egressas do sistema prisional, induzir para o aperfeiçoamento e humanização do sistema prisional feminino, promover, pactuar e incentivar ações integradas e intersetoriais, aprimorar a qualidade dos dados constantes nos bancos de dados do sistema prisional brasileiro e estimular o desenvolvimento de pesquisas relativas ao encarceramento feminino.⁽¹⁶⁾

Contudo, os direitos citados pela PNAMPE não são restritivos a atenção à saúde, como também engloba as mulheres egressas do sistema prisional. Quando o enfoque é a atenção à saúde das mulheres privadas de liberdade, recomenda-se que o acesso às ações esteja em conformidade com a PNAISP, PNAISM e PNSSP.^(15, 17, 13)

Logo, percebe-se que para compreender as ações de atenção à saúde da mulher em penitenciárias femininas é imprescindível conhecer o que é preconizado pela PNAISP - acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS, garantia de atendimento na Rede de Atenção à Saúde e atenção à saúde qualificada e humanizada - e quais as ações previstas pela PNAISM, que propõe promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres, contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, e qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher, adequando-as ao sistema penitenciário, além de considerar as ações de atenção básica recomendadas pelo PNSSP, que são controle do câncer de colo, controle do câncer de mama e acompanhamento pré-natal.^(15, 17, 13)

Apreciando os aspectos legais e as políticas de saúde já citados, ao analisar a realidade da atenção à saúde da mulher nas penitenciárias, ainda permanecem dificuldades no que concerne ao atendimento e atenção à saúde das mulheres privadas de liberdade.⁽¹⁸⁾ As mulheres privadas de liberdade devem ser assistidas com ações de educação e aconselhamento, orientação para detecção e tratamento de doenças e identificação de fatores de risco.⁽³⁾

A saúde penitenciária, em especial, às mulheres privadas de liberdade, não segue o preconizado legalmente para ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e cuidado

integral, premissas da atenção básica, exercendo um modelo ambulatorial de demandas espontâneas, necessitando maior atenção no mapeamento e planejamento em saúde.⁽⁵⁾

Além das atividades educativas, as ações de atenção primária propostas desde o PNSSP, há mais de uma década, como controle do câncer de colo do útero, controle do câncer de mama e assistência ao pré-natal não poderiam ser negligenciadas.⁽¹³⁾ Assim como na Atenção Básica, o desenvolvimento de ações para prevenção, diagnóstico, tratamento (câncer de colo do útero e de mama) e acompanhamento (pré-natal) não deve ser diferente para as equipes de saúde na penitenciária.⁽²⁹⁾

Para o controle do câncer de colo, o método de rastreamento é o exame Papanicolaou, que deve ser oferecido às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, que já tenham iniciado atividade sexual. É neste intervalo de idade que se encontra quase que a totalidade das mulheres privadas de liberdade, exigindo atenção no acompanhamento dessa população.⁽²⁹⁾

Contudo, a literatura diz que exames preventivos, como o Papanicolaou não são rotineiramente disponibilizados,⁽⁹⁾ o que pode ocorrer pela falta de unidades de saúde dentro da penitenciária, e /ou pela falta de recursos humanos e materiais.⁽³⁰⁾

Em contrapartida, um estudo demonstrou que algumas mulheres realizaram exame ginecológico pela primeira vez durante sua reclusão, revelando que os serviços de saúde eram inacessíveis quando estas mulheres estavam em liberdade, destarte, há uma importância suprema em ofertar ações de promoção à saúde e prevenção a doenças durante o período de aprisionamento.⁽¹⁹⁾

No que se refere à prevenção do câncer de mama, poucos estudos abordam a realização desta atividade. Autores constataram que a mamografia para mulheres privadas de liberdade acontece em 17 Estados brasileiros, mas não deixaram claro se todas as penitenciárias localizadas nesses Estados ofertavam o exame.⁽¹⁹⁾ Além de exames e procedimentos, a equipe de saúde no sistema prisional deve adotar medidas de prevenção como também fortalecer a mulher para enfrentar diagnóstico e tratamento, diante das fragilidades que possam ser encontradas.⁽²⁹⁾

Quanto a assistência durante o pré-natal, estudos mostram que algumas mulheres não têm recebido atendimento dentro da penitenciária, além de sofrerem no período gestacional com alimentação inadequada, ambiente desconfortável e dificuldade de manter boas relações interpessoais.⁽⁶⁾ A assistência pré-natal deve favorecer a mãe e o conceito, pois a falta de atendimento adequado pode influenciar no desenvolvimento da gestação, portanto, é necessária uma atenção qualificada e humanizada que integre prevenção, promoção e assistência às necessidades de uma gestante.⁽⁸⁾

A atenção à gestante no sistema prisional exige além de condutas técnicas qualificadas, pois é essencial um profissional despido de julgamentos e preconceitos para assistir essas mulheres, com capacidade de realizar escuta ativa da paciente, fortalecendo-a até o caminho do parto e puerpério, pois a privação de liberdade não impede uma atenção à saúde qualificada.⁽²⁹⁾

Essa deficiência na atenção à saúde das mulheres privadas de liberdade acontece por alguns fatores, entre eles, os profissionais, encontrados em número reduzido e com poucas habilidades para atuar no sistema prisional.⁽³¹⁾ Existem alguns profissionais disponíveis, mas o atendimento torna-se inadequado devido à falta de equipes completas para realizar o trabalho, isto porque, a prestação de serviço na ESP é rejeitada por alguns profissionais de saúde, que as consideram de alta periculosidade.⁽³¹⁾

A ausência de profissionais nas ESP reflete diretamente na assistência dispensada, pois ações referentes ao acompanhamento pré-natal, ações educativas e exames preventivos não são possíveis quando não há profissionais atuantes durante um período linear.⁽¹⁹⁾ A existência de um serviço médico eficiente, adequado e capacitado é fundamental para a manutenção da vida dentro de uma instituição prisional.⁽¹⁹⁾

A atenção à saúde dessa população específica é inerente ao envolvimento dos profissionais de saúde, uma vez que estes precisam estimular a adesão das mulheres para as ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e de tratamento, quando necessário. Portanto, devem ser agentes mobilizadores para o cuidado em saúde, pois os fatores de risco peculiares ao sistema prisional são agravantes à saúde e/ou para as doenças já existentes.⁽²⁹⁾

Outro fator que também impede a integralidade da atenção em saúde é a alta rotatividade das mulheres privadas de liberdade, que são por vezes transferidas ou adquirem o direito de aguardar o julgamento em liberdade, prejudicando a efetivação das ações de prevenção, promoção e tratamento das doenças mais prevalentes.⁽³²⁾ Existem ainda alguns entraves estruturais, pois em alguns estabelecimentos prisionais não há consultórios equipados e as enfermarias são instaladas nas próprias celas contendo poucos equipamentos.⁽³²⁾

Assim, é percebido que a saúde das mulheres privadas de liberdade continua como um problema latente e uma questão de saúde pública, e o aprisionamento necessita da implementação de programas terapêuticos, medidas preventivas, ações educativas e profissionais capacitados que consigam utilizar as mais variadas ferramentas para cuidar da população feminina reclusa.⁽³²⁾

Deste modo, para que as ações propostas para as mulheres privadas de liberdade sejam efetivas, as unidades básicas implantadas nas penitenciárias e a Rede de Atenção à Saúde precisam estabelecer vínculos, por em prática a referência e contra-referência, instituir mecanismos que assegurem longitudinalidade e que abranjam assistência, prevenção e promoção da saúde no caminhar nas RAS.⁽³³⁾

3 OBJETIVOS

- Descrever as ações de pré-natal, controle do câncer de colo do útero e controle do câncer de mama realizadas nas penitenciárias femininas da Paraíba sob a ótica das mulheres privadas de liberdade, profissionais de saúde e gestores.
- Identificar aspectos positivos e negativos para execução de ações de atenção à saúde da mulher em penitenciárias da Paraíba na perspectiva de mulheres privadas de liberdade, profissionais de saúde e gestores.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Esta foi uma pesquisa descritivo-exploratória com abordagem qualitativa. O estudo descritivo permite um levantamento das características do fenômeno já conhecidas, mas com maior aproximação através de levantamentos ou observações sistemáticas.⁽³⁴⁾ As pesquisas descritivas são, juntamente com as exploratórias, as que comumente desempenham os pesquisadores sociais inquietados com a atuação prática.⁽³⁵⁾

Foi adotada a abordagem qualitativa por adequar-se ao objetivo de estudo, visto que refere-se à pesquisa no tocante a vida das pessoas, suas experiências, sentimentos, emoções e comportamentos, além de estudar fenômenos culturais, movimentos sociais, interação entre os indivíduos e funcionamento organizacional.⁽³⁶⁾

4.2 CENÁRIO

A pesquisa foi realizada nas quatro penitenciárias femininas da Paraíba, que são: Penitenciária de Recuperação Feminina Maria Júlia Maranhão, Penitenciária Feminina de Campina Grande, Presídio Feminino de Patos e Presídio Feminino de Cajazeiras, localizadas respectivamente nas cidades João Pessoa, Campina Grande, Patos e Cajazeiras.

As características das penitenciárias femininas da Paraíba, referentes ao quantitativo de mulheres reclusas no Estado, foram publicadas pela Secretaria de Administração Penitenciária da Paraíba (SEAP), conforme apresentado em quadro abaixo.⁽³⁷⁾

QUADRO 1: QUANTITATIVO DE MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE NO ESTADO DA PARAÍBA POR UNIDADE PENITENCIÁRIA

Penitenciária	Endereço	Mulheres em cumprimento do regime fechado	Mulheres em cumprimento do regime semi-aberto	Mulheres em cumprimento do regime aberto
Penitenciária de Recuperação Feminina Maria Júlia Maranhão	Rua Bevenuto Gomes da Silva, s/n, bairro Mangabeira VIII.	297	40	13
Penitenciária Feminina de Campina Grande	Alça Sudoeste, BR 230, Complexo Serrotão.	115	29	0
Presídio Feminino de Patos	Rua Horácio Nóbrega, s/n, bairro Belo Horizonte	62	4	2
Presídio Feminino de Cajazeiras	Rua Tenente Acenio, s/n, bairro Centro.	40	10	9

As penitenciárias femininas, Penitenciária de Recuperação Feminina Maria Júlia Maranhão e Penitenciária Feminina de Campina Grande, são apontadas como as principais do Estado da Paraíba e, juntas, apresentam um déficit de vagas correspondente a 215,6%.⁽³⁸⁾

A Penitenciária Feminina de Campina Grande é a única do Estado que apresenta um Campus Universitário Avançado (Universidade Estadual da Paraíba) inserido no interior de suas instalações, onde são desenvolvidas ações de educação em saúde, educação de jovens e adultos, educação superior, educação profissional e acesso à justiça, compreendendo a indissociabilidade do ensino, da pesquisa e da extensão.⁽³⁹⁾

O Presídio Feminino de Patos, até 2007, se caracterizava como uma unidade mista, onde ficavam reclusos homens e mulheres; há nove anos tornou-se uma penitenciária exclusivamente feminina.⁽³⁷⁾

Considerando a população de mulheres privadas de liberdade na Paraíba, deve-se saber que a partir da implantação da PNAISP, em 2014, as ações de atenção básica, para os estabelecimentos prisionais, devem ser realizadas em uma Unidade Básica definida no território ou por uma Equipe de Saúde no Sistema Prisional.⁽¹⁵⁾

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram as mulheres privadas de liberdade em cumprimento do regime fechado que apresentavam entre 25 e 49 anos e estavam reclusas entre um e três anos; enfermeiro da equipe de saúde implantada na Penitenciária de Recuperação Feminina Maria Júlia Maranhão e enfermeiros que realizavam atendimento semanal nas demais unidades prisionais; coordenadores de saúde da mulher das Secretarias Municipais de Saúde e Gerência de Saúde da Secretaria de Administração Penitenciária (SEAP).

Foi considerado este intervalo de idade, para as mulheres privadas de liberdade, possibilitando compreender as ações de atenção básica à saúde da mulher com enfoque nas ações propostas no PNSSP, que se referem à prevenção do câncer de colo uterino, câncer de mama e assistência pré-natal. O Ministério da Saúde recomenda o início das ações de prevenção contra o câncer de colo do útero a partir dos 25 anos e as ações de prevenção para o câncer de mama a partir dos 40 anos, podendo ser antecipadas caso a mulher pertença à classificação de risco. Além disto, esta faixa etária inclui a idade reprodutiva, justificando a assistência pré-natal.⁽⁴⁰⁾

Quanto ao tempo de permanência na penitenciária, foi considerado o período de reclusão mínimo de um ano e o máximo de três anos, com a finalidade de abranger o tempo necessário para que ações de atenção à saúde da mulher, preventivas ou assistenciais, pudessem ter sido desenvolvidas no mínimo uma vez após o aprisionamento como também para verificar a continuidade da assistência, visto que ações como a prevenção do câncer do colo uterino, através do exame citopatológico, podem ocorrer até a cada três anos, caso os dois anteriores, realizados anualmente, tenham resultado negativo.⁽⁴⁰⁾

No que se refere aos profissionais que trabalhavam nas unidades de saúde implantadas nas penitenciárias ou que realizavam atendimento no local, foram entrevistados os enfermeiros das equipes, pois são responsáveis por assistir à saúde da mulher. O critério de inclusão adotado foi estar desenvolvendo suas atividades laborais de atenção básica à saúde

das mulheres privadas de liberdade durante o período destinado à coleta. Salienta-se que os profissionais médicos que compunham as equipes de saúde também foram procurados para participar da pesquisa, contudo, não foram localizados.

Em relação às coordenações de saúde da mulher das Secretarias Municipais de Saúde, foram entrevistados os profissionais responsáveis por este setor para que fossem explicitadas quais as ações de atenção básica à saúde da mulher são desenvolvidas e ofertadas pelo município para as mulheres privadas de liberdade bem como entender qual a rede que compõe a atenção à saúde da mulher. Neste mesmo âmbito, mas para abranger as ações de saúde executadas e a Rede de Atenção à Saúde do estado da Paraíba, foi entrevistada a Gerência de Saúde da SEAP, na figura da sua diretora.

A amostragem das mulheres privadas de liberdade foi realizada através da saturação teórica por unidade penitenciária (Penitenciária de Recuperação Feminina Maria Júlia Maranhão, Penitenciária Feminina de Campina Grande, Presídio Feminino de Patos e Presídio Feminino de Cajazeiras), enquanto que foram entrevistados todos os profissionais (Enfermeiros, Coordenadores de Saúde da Mulher das Secretarias Municipais de Saúde, Gerência de Saúde da SEAP). A saturação teórica é definida como a interrupção de novos participantes quando os dados obtidos passam, na ótica do pesquisador, a apresentar certa redundância ou repetição, não sendo relevante persistir na pesquisa.⁽⁴¹⁾

Os participantes totalizaram 41 indivíduos. Destaca-se que na pesquisa qualitativa não é levado em conta o quantitativo estatístico, nem é necessário que haja uma quantidade representativa de sujeitos, podendo ser construída de forma intencional e racionada, ocasionando melhores respostas às perguntas da investigação; o seu valor não depende do tamanho, mas sim de informações ricas, profundas e completas. A pertinência faz referência ao critério de qualidade da informação e a suficiência da quantidade de informação.⁽⁴²⁾

4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA

Para iniciar a pesquisa, a Gerência de Ressocialização da SEAP foi visitada para que o projeto de pesquisa fosse entregue e discutido. Após concessão institucional e autorização do Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba CAAE nº 45482115.7.0000.5187 (ANEXO 1), foi iniciada a coleta de dados que ocorreu entre junho e novembro de 2015.

As unidades penitenciárias femininas foram visitadas e apresentadas, para a direção, o objetivo do estudo, sendo entregue neste momento uma cópia do projeto. Foram identificadas

as mulheres privadas de liberdade que atenderam aos critérios de inclusão, e para realizar a coleta dos dados, foi agendado o dia e horário favorável às mulheres e à pesquisadora. O ambiente utilizado foi indicado pela direção do serviço, visando à segurança dos participantes da pesquisa.

A visita inicial às unidades penitenciárias permitiu conhecer que, apesar de só existir serviço de saúde implantando na Penitenciária de Recuperação Feminina Maria Júlia Maranhão, as demais realizavam atendimento de saúde uma vez por semana, pois os profissionais pertencentes às Equipes de Saúde do Sistema Prisional das penitenciárias masculinas alocadas nas mesmas cidades assistiam também as mulheres privadas de liberdade.

Logo, todos os profissionais enfermeiros foram contatados e a coleta de dados ocorreu de acordo com a disponibilidade destes e da pesquisadora em um recinto, na penitenciária, que resguardasse o sigilo profissional e das informações repassadas, em horário conveniente para ambos, que não atrapalhasse a dinâmica do serviço de saúde.

Após coleta com as mulheres privadas de liberdade e com os enfermeiros, os coordenadores de saúde da mulher das Secretarias Municipais de Saúde foram buscados e foi programada coleta de dados em dia e horário oportuno. Em outro momento, foi visitada a Gerência de Saúde da SEAP.

Para coletar os dados, foi realizada uma entrevista semi-estruturada (APÊNDICE B). Esse instrumento é eficaz para o levantamento dos dados subjetivos, pois é caracterizado como uma forma de poder explorar mais amplamente uma questão.⁽⁴³⁾

A entrevista teve como finalidade a obtenção de informações, onde foram formuladas perguntas a partir de um roteiro que orientou as perguntas a serem feitas. O instrumento de coleta de dados da pesquisa teve como aporte teórico as ações de atenção básica à saúde da mulher recomendadas pelo PNSSP - assistência pré-natal, controle do câncer de colo de útero e controle do câncer de mama – para tanto, considerou as recomendações do Caderno de Atenção Básica de Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama e do Caderno de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco, publicados pelo Ministério da Saúde, e que norteiam o desenvolvimento dessas ações.^(40,43)

As entrevistas ocorreram de forma individual e foi utilizado o recurso do gravador, com autorização prévia dos participantes, no intuito de auxiliar na coleta de dados, apreendendo a fala completa, sem interrupções ou compreensão equivocada, garantindo fidelidade às transcrições posteriores dos discursos. Sua duração variava de 10 a 15 minutos com as mulheres privadas de liberdade e de 20 a 30 minutos com os profissionais

(enfermeiros, coordenadores de Saúde da Mulher das Secretarias Municipais de Saúde e Gerência de Saúde da SEAP).

4.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados qualitativos são dados textuais que procedem das entrevistas. A análise qualitativa dos dados consiste em ordenar, classificar, reduzir, comparar e dar significado a eles.⁽⁴²⁾

As entrevistas gravadas foram transcritas textualmente, incluindo-se as perguntas e as respostas tal como foram enunciadas. A transcrição escrita manteve a fidedignidade da fonte de informações.⁽⁴²⁾

Neste momento, as entrevistas não foram analisadas isoladamente, pois foi aplicada a técnica de triangulação, onde as falas de todos os participantes da pesquisa foram associadas, o que permitiu verificar confluências, discordâncias, dúvidas e falseamentos durante a análise dos dados.⁽⁴⁵⁾ O uso da triangulação favoreceu uma percepção total acerca do objeto de estudo.⁽⁴⁶⁾

Ao triangular as falas dos participantes, não é recomendado expor que existiram inverdades, mas evidenciar que as pessoas podem agir de forma incoerente em algumas dimensões da realidade, como também expressar que há níveis analíticos diferentes entre os entrevistados.⁽⁴⁷⁾

A triangulação permite uma inserção mais aprofundada dos pesquisadores no contexto de seu estudo, de onde emergem as falas e as ações dos participantes. Além disso, possibilita compreender os significados construídos na sociedade através da inter-relação entre falas e/ou ações de indivíduos.⁽⁴⁸⁾

No presente estudo, esta estratégia foi empregada da seguinte forma: após realização das entrevistas e suas transcrições, eram comparadas as respostas de todos os participantes (mulheres privadas de liberdade, enfermeiros, coordenações de saúde da mulher das Secretarias Municipais de Saúde e Gerência de saúde da SEAP), concomitantemente, a fim de identificar conformidades ou inadequações presentes nas falas e compreender de modo aprofundado as ações de atenção básica à saúde da mulher realizadas nas penitenciárias da Paraíba.

Sucedendo a triangulação, teve início a análise dos dados pela técnica da análise de conteúdo proposta por Bardin.⁽⁴⁹⁾ As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo,

visando descobrir o que estava implícito em cada conteúdo manifesto, partindo do que estava escrito, falado, figurativamente desenhado ou simbolicamente explicitado.⁽⁵⁰⁾

Nesta análise foi adotada a modalidade categorial temática, onde as falas das entrevistadas foram aglomeradas por temas centrais presentes nos relatos e os objetivos da pesquisa nortearam o agrupamento dos temas centrais.

Seguindo referencial teórico metodológico proposto por Bardin,⁽⁴⁹⁾ foram realizadas as três fases da análise de conteúdo: a pré-análise (que é a fase de organização e compreende a leitura flutuante, a escolha dos documentos e a formulação das hipóteses e dos objetivos), a exploração do material (período mais duradouro e que consiste em operações de codificação em unidades de contexto e unidades de registro, decomposição ou enumeração) e, por último o tratamento dos resultados (resultados brutos tornar-se-ão significativos e válidos, podendo propor inferências e realizar interpretações referentes aos objetivos).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi realizada com seres humanos, portanto, atendeu todos os cuidados éticos estabelecidos pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a citar os referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

O presente trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba-CEP/UEPB CAAE nº 45482115.7.0000.5187 (ANEXO 1), assim como foi obtida autorização institucional da SEAP/PB (ANEXO 3) para realizar a pesquisa.

Anteriormente à coleta de dados, foram explicados aos participantes, através de um diálogo: a justificativa, os objetivos e os procedimentos para execução das entrevistas, sendo oportunizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) e questionamento aberto por parte dos mesmos. Em seguida, foi solicitado que os participantes da pesquisa assinassem o TCLE e o Termo de Autorização para Gravação de Voz (APÊNDICE C), de modo que estivessem prontos para responder as perguntas da entrevista.

O TCLE (APÊNDICE A) e o Termo de Autorização para Gravação de Voz (APÊNDICE C) foram assinados pela pesquisadora e pelos participantes da pesquisa, em duas vias, uma ficando em sua posse e a outra em posse da pesquisadora, sendo esclarecido que os

participantes estavam livres para desistirem da pesquisa em qualquer momento da coleta de dados, sem que sofressem qualquer dano pela sua desistência.

Para a confidencialidade dos sujeitos da pesquisa, algumas medidas foram tomadas, a fim de manter o total sigilo das identidades. As cidades, João Pessoa, Campina Grande, Patos e Cajazeiras, foram identificadas com o alfabeto grego (α , β , γ , π) e o seu código foi determinado pela ordem de visitação. As mulheres privadas de liberdade foram caracterizadas com a letra "M", os enfermeiros com a letra "E", as coordenações de saúde da mulher das Secretarias Municipais de Saúde "C" e a Gerência de saúde com a letra "G". Todos esses códigos foram seguidos de numeração crescente determinados pela ordem da entrevista com os sujeitos da pesquisa. Ex: α M1 (α : 1^a cidade visitada; 1^a mulher privada de liberdade); β E3 (β : 2^a cidade visitada, 3^o enfermeiro).

5 RESULTADOS

5.1 PRODUTOS DA DISSERTAÇÃO

5.1.1 Artigo 1 – Pré-natal e controle de câncer: a prática de ações em penitenciárias na Paraíba

*Artigo formatado conforme normas da Physis: Revista de Saúde Coletiva

INTRODUÇÃO

O encarceramento em massa tem se estendido globalmente e o Brasil ocupa lugar de destaque nesse processo; em números absolutos, o país é o quarto do mundo que mais encarcera. Estima-se que em dez anos, entre 2003 e 2013, a população prisional cresceu mais que a população brasileira (SILVA, 2015). Nesse contexto, ressalta-se a ampliação da criminalidade feminina que, entre 2005 e 2011, teve o número de mulheres privadas de liberdade dobrado, ocasionando um déficit de 14 mil vagas nas penitenciárias (BRASIL, 2014).

Segundo dados do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), divulgados em 2014, esta população se caracteriza por mulheres jovens, com baixa escolaridade, oriundas de estratos sociais desfavoráveis economicamente e encarceradas, especialmente, pelo tráfico de drogas (BRASIL, 2014). Quando aprisionadas, as mulheres sofrem negligências tais como superlotação de celas, insalubridade, falta de higiene, má qualidade na alimentação, iluminação e saneamento básico do ambiente, além da vulnerabilidade ao adoecimento (SOUSA et al, 2013).

O ambiente prisional é considerado de alto risco devido a heterogeneidade da população confinada no mesmo espaço, havendo maior exposição a riscos físicos e psicológicos como também uma maior vulnerabilidade a transmissão de doenças infecto-contagiosas. Ademais, os problemas de saúde decorrentes das condições de confinamento não têm sido objeto de ações que possibilitem o acesso das pessoas privadas de liberdade à assistência de forma integral e efetiva (ALVES et al, 2016).

Além das iniquidades em saúde citadas, a atenção à saúde das mulheres privadas de liberdade não é priorizada, estando no local em que habitam o principal foco de suas doenças e agravos (SILVA, 2015). Por isso, em 2003, foi lançado o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP) que previa a inclusão da atenção à saúde dos brasileiros privados de liberdade no sistema prisional no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2005).

O PNSSP alcançou significativos avanços, traçou metas e linhas de ação, incluindo ações de atenção básica para a saúde da mulher, mas não conseguiu efetivar a universalidade da assistência. Por esta razão, em 2014, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP) que objetiva garantir o cuidado integral à saúde das pessoas em situação de reclusão no SUS (BRASIL, 2014).

A PNAISP busca promover uma atenção integral resolutiva, contínua e de qualidade às necessidades de saúde da população privada de liberdade no sistema prisional, com ênfase em atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, como também, controlar e/ou reduzir os agravos mais frequentes, contudo, não versa especificamente sobre a saúde da mulher (BRASIL, 2014).

Portanto, as recomendações do PNSSP para o desenvolvimento de ações preventivas e assistenciais às mulheres privadas de liberdade, sobretudo, o acompanhamento pré-natal, controle do câncer do colo do útero e controle do câncer de mama devem ser cumpridas (BRASIL, 2005). A fim de guiar essas ações, é preciso seguir o recomendado pela Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM) (BRASIL, 2004).

Visto isso, e considerando a expansão no número de mulheres privadas de liberdade, em especial na Paraíba, que se caracteriza por ser o 3º estado no Nordeste com maior ampliação no número de mulheres reclusas (BRASIL, 2011), esse estudo objetivou descrever as ações de pré-natal, controle do câncer de colo do útero e controle do câncer de mama realizadas nas penitenciárias femininas da Paraíba sob a ótica das mulheres privadas de liberdade, profissionais de saúde e gestores.

METODOLOGIA

Estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa realizado nas penitenciárias femininas do estado da Paraíba, que são: Penitenciária de Recuperação Feminina Maria Júlia

Maranhão, em João Pessoa, Penitenciária Feminina de Campina Grande, Presídio Feminino de Patos e Presídio Feminino de Cajazeiras.

Os participantes da pesquisa foram: as mulheres privadas de liberdade que apresentavam entre 25 e 49 anos e estavam reclusas entre um e três anos; enfermeiro da equipe de saúde implantada na Penitenciária de Recuperação Feminina Maria Júlia Maranhão e enfermeiros que realizavam atendimento semanal nas demais unidades prisionais; coordenadores de saúde da mulher das Secretarias Municipais de Saúde e Gerência de Saúde da Secretaria de Administração Penitenciária (SEAP). Para as mulheres privadas de liberdade, foi utilizada a saturação teórica por unidade penitenciária, totalizando 32 participantes; enquanto que foram entrevistados todos os profissionais (enfermeiros, coordenadores de saúde da mulher das Secretarias Municipais de Saúde e Gerência de saúde da SEAP), somando 41 participantes da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu entre junho e novembro de 2015. O instrumento utilizado foi uma entrevista semi-estruturada, aplicada de forma individual e audiogravada para evitar interrupções e/ou compreensões equivocadas. A entrevista teve como aporte teórico as ações de atenção básica à saúde da mulher recomendadas pelo PNSSP - assistência pré-natal, controle do câncer de colo de útero e controle do câncer de mama – para tanto, considerou as recomendações do Caderno de Atenção Básica de Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama e do Caderno de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013).

As entrevistas foram transcritas e, em seguida, foram analisadas conjuntamente, pois foi aplicada a técnica de triangulação, onde as falas de todos os participantes da pesquisa foram associadas, o que permitiu verificar confluências, discordâncias, dúvidas e falseamentos durante a análise dos dados (MINAYO; MINAYO-GOMES, 2003).

A análise dos dados seguiu a proposta metodológica de Bardin, adotando a modalidade categorial temática, onde as falas das entrevistadas foram aglomeradas por temas centrais presentes nos relatos e os objetivos da pesquisa nortearam esse agrupamento. Foram realizadas as três fases da análise de conteúdo: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (BARDIN, 2011).

Com o objetivo de garantir o sigilo e anonimato, as mulheres privadas de liberdade foram identificadas pela letra “M”, os enfermeiros com a letra “E”, as coordenações de saúde da mulher das Secretarias Municipais de Saúde com a letra “C” e a Gerência de saúde da SEAP com a letra “G”, todos esses códigos foram seguidos de numeração crescente determinados pela ordem da entrevista com os participantes; precedente a esse código, os

municípios foram descritos com letras do alfabeto grego (α , β , γ , π), de conhecimento apenas da pesquisadora.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética CAAE nº: 45482115.7.0000.5187 e obedeceu aos critérios da resolução 466/2012, onde os participantes foram esclarecidos sobre o objetivo e benefícios do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através da análise das falas, emergiram as categorias Ações assistenciais e Ações educativas.

-Ações assistenciais

A PNAISP objetiva garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade ao cuidado integral no SUS, para isso, propõe qualificar e humanizar a atenção à saúde no sistema prisional (BRASIL, 2014). Essa política, entretanto, não especifica ações de atenção à saúde da mulher privada de liberdade. Por isso, deve-se associar a PNAISP aos objetivos da PNAISM, que busca promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres, mediante a garantia do direito à saúde e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde (BRASIL, 2004).

A PNAISM ainda propõe a efetivação da atenção à saúde das mulheres privadas de liberdade, com ações de promoção à saúde, prevenção e controle de doenças, incluindo atenção ao pré-natal, parto, puerpério, climatério, planejamento familiar, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e câncer de colo de útero e da mama (BRASIL, 2004). O foco desse estudo foram as ações de atenção básica à saúde da mulher propostas pelo PNSSP, que são acompanhamento pré-natal, controle do câncer do colo do útero e controle do câncer de mama (BRASIL, 2005).

O acompanhamento pré-natal busca assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna; durante sua realização é necessário atentar para atividades preventivas, educativas e aspectos psicossociais (BRASIL, 2012). Logo, a saúde e sobrevivência da mãe e do recém-nascido estão diretamente relacionadas ao cuidado e a assistência recebida durante pré-natal, parto e puerpério (GALVÃO; DAVIM, 2013).

O pré-natal deve iniciar precocemente, no primeiro trimestre da gestação, e ter uma cobertura universal e periódica, considerando o mínimo de seis consultas, como recomendado oficialmente (SILVA et al, 2015). Quando os participantes foram indagados sobre o acompanhamento pré-natal, as coordenações de saúde da mulher das Secretarias Municipais de Saúde revelaram não se responsabilizar por esta ação nas penitenciárias, logo, apenas mulheres privadas de liberdade, enfermeiros e Gerência de saúde da SEAP confirmaram seu desenvolvimento:

“Eu passei por todas... Desde os 3 meses de gravidez que eu passei por os exames, os exames, consulta médica, peso, essas coisas...” αM5

“Do pré-natal já tive muitas consultas [...] Só quando elas mandam chamar que precisa. Falar com a pessoa elas mandam chamar.” βM5

“Se ela iniciar, por exemplo, no primeiro trimestre, a gente faz até oito... tem apenada que praticamente toda semana passa por a gente, então assim a gente consegue chegar a 10 consultas se ela iniciar o pré-natal [na penitenciária].” αE1

“Como toda semana a equipe tá lá, a enfermeira e a médica, eu chamo toda semana ela porque as vezes ela tem alguma queixa pra mim saber se ela tem alguma queixa, se ela tá tomando os medicamento correto, o ácido e o sulfato ferroso. Eu chamo por rotina toda semana, apesar que eu sei com quantas semanas a consulta que deve ser.” βE1

“Desde o primeiro momento que é feito o exame, algumas já chegam né gestantes, então a gente já recebeu mulheres com sete meses de gestação, que nunca tinham feito pré-natal inclusive [...] e as que engravidam dentro da unidade que também não é algo que não acontece, acontece sim, então no momento que a gente faz o exame e a gravidez é constatada ela imediatamente inicia o pré-natal dentro da unidade.” G1

É possível perceber que as mulheres privadas de liberdade não conseguiram precisar o número de consultas executadas nem a sua regularidade, enquanto que os enfermeiros apontaram realizar o atendimento com maior frequência, excedendo as seis consultas. A Gerência de saúde da SEAP afirmou que o acompanhamento é prestado a partir do momento que a gestação é constatada, ainda que a mulher seja aprisionada já grávida e com idade gestacional avançada.

As mulheres privadas de liberdade, os enfermeiros e Gerência de saúde da SEAP na Paraíba sinalizaram uma realidade diferente da encontrada em outros estudos, nos quais algumas mulheres não tinham iniciado o pré-natal no momento da pesquisa ou não receberam este atendimento durante o aprisionamento (PICOLI et al, 2014; GALVÃO; DAVIM, 2013). O acompanhamento pré-natal às mulheres privadas de liberdade pode acarretar melhorias nos

índices epidemiológicos da saúde materno-infantil, sendo considerado um progresso na Paraíba.

Acrescenta-se que a ausência no acompanhamento pré-natal às reclusas, referida nos estudos supracitados, não é restrita às penitenciárias brasileiras, pesquisa feita nos Estados Unidos mostrou que pouco mais da metade das mulheres privadas de liberdade que estavam grávidas foi assistida satisfatoriamente, sendo o serviço destinado a elas de baixa qualidade, demonstrando um progresso na assistência dispensada nas penitenciárias da Paraíba (MIGNON, 2016).

As consultas no acompanhamento pré-natal são essenciais para avaliar o desenvolvimento da gestação, pois nela são realizados procedimentos como verificação do estado nutricional, medida da pressão arterial, palpação abdominal, aferição da altura uterina e ausculta de batimentos cardíacos (BRASIL, 2013). Além dessas condutas, devem ser solicitados exames complementares a fim de detectar a existência de patologias, bem como tratá-las, curá-las e evitar a transmissão para o bebê (GALVÃO; DAVIM, 2013).

Os exames complementares preconizados incluem hemograma, tipagem sanguínea e fator Rh, glicemia de jejum, teste rápido de triagem para sífilis, anti-HIV, toxoplasmose IgG e IgM, sorologia para hepatite B, exame de urina, citopatológico, se houver indicação, e ultrassonografia obstétrica, que não é obrigatória. Ressalta-se que grande parte dos exames mencionados devem ser solicitados no primeiro e no terceiro trimestre da gestação (BRASIL, 2013). Quando as mulheres privadas de liberdade, enfermeiros e Gerência de saúde da SEAP foram questionados sobre os exames realizados e sua repetição, responderam:

“Sei não. Foi o DST, ai meu Deus quais os outros?! De urina... urinário[...] Teve 2[ultrassom], uma gratuita e outra particular.” αM5

“Exame de... que logo quando eu fiz deu um probleminha no sangue[...] de sífilis... já fiz de sífilis. Aí fiz de novo pra saber se já tinha acabado aí já [...] Fiz duas vezes [repetição de exames]” βM5

“Hemograma completo, glicemia de jejum, tipagem sanguínea, colesterol, triglicérides, sumário de urina, parasitológico de fezes, aí vem HIV, VDRL, hepatite B, hepatite C, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus. A ultrassonografia obstétrica pelo pré-natal da gestante, ela teria que fazer no mínimo, pelo menos três ultrassonografias... [...] Como a gente tem essa dificuldade de vaga ela faz geralmente o primeiro trimestre, a morfológica e faz a segunda eu agendo pra mais ou menos pra 35, 36 semanas porque pela questão financeira dela.” αE1

“A gente requisita o hemograma, requisita glicemia, toxoplasmose, sumário de urina, todos os exames que a gestante, que é pra ser realizado... Ah, ultrassom.” βE1

“Os exames laboratoriais sim [consegue repetir], a dificuldade é só nos exames de imagem.” αE1

“Às vezes, num vou mentir... Às vezes. Ai eu tô com um problema grande em ultrassom... que a maioria das ultrassons do município estão quebradas. Se a gente conseguir fazer uma é muito.” γE1

“Quando a parceria com o município é uma parceria amarrada que eles compreendem que a população privada de liberdade é munícipe aí a gente consegue como qualquer pessoa, mas em outra situação [...] depende da administração.” G1

As mulheres privadas de liberdade não conseguiram relatar quais exames haviam feito, destacando as testagens para doenças sexualmente transmissíveis. Pelos seus relatos, observou-se que os exames preconizados são parcialmente efetuados, todavia, os enfermeiros e Gerência de saúde da SEAP mencionaram dificuldades para repeti-los e para conseguir que as ultrassonografias sejam realizadas, destarte, os procedimentos recomendados são obedecidos, mas não com excelência.

Tais fatos relacionam-se com ações extramuros das penitenciárias, de modo que para cumpri-las é necessário que haja a pactuação definida com hospitais ou clínicas de referência, contrapartida municipal, assim como precisam de agentes penitenciários suficientes e veículo para realizar escolta.

Ademais, ao comparar a realização do pré-natal destinado as mulheres privadas de liberdade com os executados pela Estratégia de Saúde da Família no Brasil foram detectadas falhas no sistema de saúde como um todo, visto que estudo realizado no Sul do país evidenciou que exames laboratoriais foram solicitados na primeira consulta em menos de 40% dos casos, logo, as deficiências encontradas são comuns na penitenciária assim como na Rede de Atenção à Saúde (ANVERSA et al, 2012).

No que se refere à prescrição e distribuição de ácido fólico e sulfato ferroso, medicações essenciais no transcorrer do período gestacional, as mulheres privadas de liberdade afirmaram ter tomado durante a gestação e disseram ter recebido a medicação na penitenciária. Os enfermeiros e Gerência de saúde da SEAP confirmaram esta conduta, entretanto, no momento da entrevista duas penitenciárias não tinham ácido fólico para distribuição. Estas medicações auxiliam na prevenção da anemia e de anormalidades congênitas do tubo neural (BRASIL, 2013). Esta conjuntura pode apresentar riscos para a saúde do feto em desenvolvimento.

Quanto à imunização, duas mulheres privadas de liberdade referiram ter tomado apenas o reforço das vacinas, pois já tinham o esquema vacinal completo, enquanto uma disse que recebeu apenas uma dose da antitetânica e uma para a hepatite B:

“Que era para ser seis, né... três de cada e não tomei, tomei só duas. Uma anti tétano e uma hepatite... Porque no posto médico não tinha.” αM5

Os profissionais e Gerência de saúde da SEAP relataram que as mulheres privadas de liberdade são imunizadas e não expressaram ausência de vacinas:

“Agora mesmo a gente acabou uma... a dt e a hepatite.” γE1

“É feita de forma bem... na rotina. Dentro do presídio. Não precisa sair.” G1

A ausência do esquema vacinal completo apontado pelas mulheres privadas de liberdade se assemelha ao encontrado no estudo de Picoli et al (2014), onde a minoria das mulheres que se encontravam reclusas referiu ter recebido a imunização completa.

Além das atividades assistenciais, é imprescindível que existam momentos de escuta ativa, esclarecimento de dúvidas e informações sobre procedimentos que serão adotados. As falas demonstram ausência de informação sobre as condutas realizadas, dado que as mulheres privadas de liberdade não conseguiram esclarecer com precisão número de consultas e exames já executados, o que pode ser considerado um indicador de baixa qualidade do pré-natal (SILVA et al, 2015).

Sabe-se que a assistência pré-natal deve oferecer condutas que favoreçam a mulher e o conceito, já que a falta de atendimento adequado pode influenciar no desenvolvimento da gestação, portanto, é necessária uma atenção qualificada e humanizada que integre prevenção, promoção e assistência às necessidades de uma gestante (FOCHI; SILVA; LOPES, 2014).

O atendimento pré-natal para mulheres privadas de liberdade na Paraíba ainda apresenta falhas, destacando-se a ausência de procedimentos e o pouco investimento dispensado pelos profissionais em difundir informações importantes durante o período gestacional. Percebe-se que o acompanhamento pré-natal acontece, mas com a garantia de ações mínimas necessárias para sua realização. Entretanto, ao considerar os achados da literatura, foi visto que o atendimento de gestantes na Paraíba era superior a outros Estados, podendo comparar essa realidade ao estudo de Pimentel et al (2015) e notar avanços gradativamente alcançados desde a pesquisa de Galvão e Davim (2013), onde a assistência às gestantes era negligenciada.

Outra ação de atenção básica recomendada para as mulheres privadas de liberdade é o controle do câncer de colo do útero, que pode ser considerado o segundo tipo mais incidente entre as mulheres no mundo. Para reduzir a ocorrência de novos casos é necessário tratar lesões, através de diagnóstico e tratamento adequado, a fim de que não evoluam para o câncer, (TEIXEIRA; PORTO; SOUZA, 2012).

Para sua prevenção e detecção, recomenda-se a realização do exame Papanicolaou, método efetivo e eficiente em programas de rastreamento (VASCONCELOS et al, 2013). O Ministério da Saúde recomenda que esse exame seja realizado por mulheres a partir de 25 anos, que já tenham iniciado atividade sexual e o seu intervalo de realização deve ser de três anos, após dois exames negativos, com intervalo anual (BRASIL, 2013).

Assim como no acompanhamento pré-natal, as coordenações de saúde da mulher das Secretarias Municipais de Saúde se disseram não responsáveis por essa ação na penitenciária, apesar disto, as mulheres privadas de liberdade, em sua maioria, já haviam realizado o exame e o prazo obedecia ao recomendado pelo Ministério da Saúde no Caderno de Atenção Básica de controle dos cânceres do colo do útero e de mama e pelo Protocolo da Atenção Básica para saúde das mulheres (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016).

“Teve logo quando eu cheguei teve um exame... Ano passado.” BM4

“O último foi o ano passado.” aM1

Fato reiterado pelos enfermeiros e Gerência de saúde da SEAP:

“A gente já tem a mesa ginecológica e o material aí a gente faz lá mesmo, faço a coleta lá e mando pro laboratório.” BE1

“É realizado nas unidades.” G1

Os enfermeiros apontaram que anteriormente ao exame realizavam consulta para avaliar existência de sangramento, corrimento, dor pélvica e demais queixas. Este se configura como um momento para identificação de agravos bem como para aconselhamento e orientação (NICOLAU et al, 2015).

Esses achados se assemelham ao encontrado em estudos recentes. Anjos et al (2013) relataram que parcela significativa das mulheres privadas de liberdade participantes de sua pesquisa já haviam realizado o exame preventivo, assim como Mourão et al (2015) e Pimentel et al (2015).

Ao contrário desses resultados, onde a maioria das mulheres privadas de liberdade havia realizado o exame preventivo do câncer do colo do útero, estudos realizados no exterior

destoam dessa conjuntura, pois Magee et al (2005) afirmaram que a prevenção do câncer de colo do útero não atendia as necessidades das mulheres entrevistadas em sua pesquisa e Martin et al (2008) perceberam que apenas metade das mulheres investigadas realizaram o exame Papanicolaou mais de uma vez em um período superior a três anos.

Sugere-se que a Paraíba apresente melhores resultados no tocante a assistência à saúde da mulher, pois foi verificado atendimento e acompanhamento por equipe de saúde em todas as penitenciárias femininas, mesmo que não tivessem o contingente de mulheres privadas de liberdade necessário para ser implantada uma Equipe de Saúde do Sistema Prisional.

Rocha et al (2014) ponderou que, apesar dos bons índices de rastreamento existentes, é preciso atentar para as mulheres que não costumam frequentar consultas ginecológicas. Embora em pequena quantidade, existiram falas que retrataram ausência da prevenção por vergonha de se expor, o que pode ser reflexo de falta de informação e educação em saúde, visto que a inexistência desse atendimento pode acarretar problemas e consequências graves. Enfermeiros confirmaram essa atitude, entretanto, Gerência de saúde da SEAP não relatou esse fato.

“Não fiz o daqui... Por nada, só porque eu tive vergonha.” αM2

“Nunca fiz não minha filha que eu tenho vergonha.” γM5

“Há sempre uma rejeição no preventivo [...] por mais que a gente mostre a importância de fazer o preventivo, há sempre as que não fazem.” αE1

Tão importante quanto à prevenção do câncer do colo do útero é a prevenção do câncer de mama, tipo que mais acomete as mulheres no mundo, constituindo a maior causa de morte por cânceres nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2016). Ainda assim, essa ação também era negligenciada pelas coordenações de saúde da mulher das Secretarias Municipais de Saúde.

Rastrear o câncer de mama significa realizar testes e exames em pessoas não sintomáticas com finalidade de diagnóstico precoce e redução da morbimortalidade. A atenção primária é responsável por realizar Exame Clínico da Mama (ECM) em caso de queixas mamárias e por observar manifestações clínicas sugestivas de câncer de mama durante exame físico (BRASIL, 2016).

O ECM bem como a avaliação de manifestações clínicas são considerados parte integrante da investigação de lesões suspeitas de câncer de mama e compõem um método de diagnóstico precoce; permitem verificar presença de nódulos, secreção mamilar, eritema mamário, ulceração, entre outros (BRASIL, 2013).

Todavia, ao contrário do supracitado, onde muitas mulheres privadas de liberdade haviam passado pelos procedimentos recomendados para prevenção do câncer do colo do útero, apenas uma afirmou ter passado pelo ECM durante consulta ginecológica enquanto que as demais referiram que a observação, inspeção e palpação não são realizadas nas penitenciárias periodicamente. Os enfermeiros foram contrários às respostas das mulheres privadas de liberdade e disseram realizar o ECM, contudo, um profissional expôs que a verificação ocorre apenas se a mulher apresentar alguma queixa. Gerência de Saúde disse apenas que esse procedimento poderia ser feitos pelos profissionais responsáveis pela assistência:

“Fazem consulta na mama, olha, verifica como é que tá.” αM2

“Não, ainda não [realização do ECM].” πM9

“Não, não. Isso aí eu não vou... isso aí é só quando elas se queixam.” γE1

“Costuma fazer quando vai fazer logo o citológico, antes de fazer o citológico já faz o exame da mama.” αE1

“Pode ser feito pelos profissionais. É feito...” G1

As mulheres privadas de liberdade entrevistadas por Rocha et al (2014), em seu estudo na penitenciária localizada no sul do Estado de Minas Gerais, falaram não saber o que é e nunca ter feito o ECM. Programas para prevenção do câncer de mama praticamente inexitem nas penitenciárias (MILITÃO; KRUNO, 2014).

A ausência dessa ação pode acarretar em severos prejuízos para as mulheres privadas de liberdade que, comumente, tinham acesso restrito aos serviços de saúde quando estavam em liberdade, além de estarem expostas a determinantes sociais e ambientais desfavoráveis, contrariando as condições que a PNAISP almeja superar. O câncer de mama é o que mais acomete mulheres em todo o mundo, constituindo a maior causa de morte por câncer nos países em desenvolvimento, no Brasil, se apresenta como o segundo tipo mais incidente na população feminina, deste modo, a prevenção se constitui como meio essencial para redução da morbi-mortalidade (BRASIL; 2016).

No tocante a exames complementares, foram solicitadas ultrassonografias mamárias para algumas mulheres privadas de liberdade que reclamaram de incômodos no seio. Enfermeiros e Gerência de saúde da SEAP expressaram a requisitar mamografias conforme a idade sugerida pelo Ministério da Saúde, no entanto, nenhuma das mulheres privadas de

liberdade confirmou sua realização, o que pode ser justificado pela baixa etária das mulheres privadas de liberdade.

Considerando as ações de atenção básica à saúde da mulher desenvolvidas nas penitenciárias, é necessário saber que para cumprir o objetivo da PNAISP e garantir a integralidade na atenção à saúde das mulheres privadas de liberdade, as ações clínico assistenciais devem ser ofertadas pelas Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP) ou pelas equipes que compõem as Unidades Básicas de Saúde (UBS) definidas no território, pactuando na Rede de Atenção à Saúde (RAS) aquelas ações e serviços não oferecidos por estes (BRASIL, 2014).

Devido ao quantitativo de mulheres privadas de liberdade, apenas em uma penitenciária havia ESP implantada, isto porque abrigava mais de 100 mulheres. Esta conduta está em conformidade com o previsto no PNSSP e na PNAISP (BRASIL, 2005; BRASIL, 2014). As demais, com menos de 100 reclusas, não eram assistidas por UBS localizada no território e sim por ESP das penitenciárias masculinas alocadas nas mesmas cidades. As ESP são subordinadas ao governo estadual e Gerência de saúde da SEAP.

Quanto às ações de maior complexidade, sua efetividade deve ser garantida através do encaminhamento para os outros níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2007). O Relatório Final da Reorganização e Reformulação do sistema prisional feminino diz que profissionais e unidades de média e alta complexidade, como centros de especialidades, laboratórios, pronto-socorros e hospitais precisam estar disponíveis, para o atendimento das mulheres privadas de liberdade, (BRASIL, 2007).

As mulheres privadas de liberdade na Paraíba eram direcionadas, prioritariamente, para um serviço de saúde, a fim de realizar exames, laboratoriais ou de imagem, consultas com especialistas ou devido a alguma intercorrência.

Quando questionados sobre o assunto, mulheres privadas de liberdade, enfermeiros e Gerência de Saúde da SEAP reconheceram que havia esse encaminhamento, no entanto, as mulheres não souberam informar o serviço onde foram atendidas nem qual o objetivo do encaminhamento. Elas sabem que são direcionadas a outros serviços de saúde para realizar alguns procedimentos, mas não são informadas para qual até o momento do deslocamento.

A Gerência de saúde da SEAP justifica esse fato por questões de segurança, afirmando ter havido casos de consulta agendada onde as famílias estavam presentes. Autores reiteraram esses achados quando referiram que as mulheres privadas de liberdade de seu estudo não conheciam a hora e data das consultas que aconteceriam fora da unidade prisional por questões de segurança (FOCHI; SILVA; LOPES, 2014).

Enfermeiros e Gerência de Saúde da SEAP relataram que a RAS para esta população era composta por hospitais e maternidades estaduais; apenas um enfermeiro citou a inclusão de policlínica municipal, em contrapartida, outro profissional de saúde disse que não tinha conhecimento da RAS e que o encaminhamento das mulheres era realizado pela direção da penitenciária.

Apesar da RAS, às mulheres privadas de liberdade, ser composta praticamente por serviços estaduais, havia a tentativa de realizar a regulação desses serviços através do município:

“Quando a médica solicita os exames, a enfermeira passa pro assistente social, a enfermeira junto com o assistente social vai para o município na secretaria e marca.” βE1

“Os partos a gente encaminha [para maternidades] e a questão dos exames, exames de sangue via psf e as ultrassons a gente tem esses probleminhas né que é mais complicado, as vezes as famílias pagam enquanto a gente corre atrás.” γE1

O procedimento realizado é a conduta de rotina segundo a Gerência de saúde da SEAP:

“A marcação é feita através da unidade do território, e no caso de gestantes elas são agendadas para ir fazer ultrassom na maternidade e todos os outros serviços da rede através do PSF da área.” G1

Os profissionais buscam junto à equipe da UBS do território a marcação de exames, no entanto, não obtêm êxito, recorrendo aos serviços estaduais. Deste modo, não fica claro para os profissionais de saúde que atuam nas penitenciárias a composição da RAS.

Este fato é confirmado quando os municípios não se reconheceram como prestador do serviço de saúde às mulheres privadas de liberdade e, conseqüentemente, como atuantes na atenção integral à saúde da mulher. As Coordenações de Saúde da Mulher municipais foram perguntadas sobre a atenção prestada às mulheres privadas de liberdade em seus municípios:

Geralmente maio, em campanhas, campanhas de vacina, da parte de prevenção tanto do câncer de mama e câncer de útero. É questões pontuais, não é aquela assistência dada mensalmente. αC1

[...] os atendimentos estão sendo realizados pelo Estado no presídio, porém eles precisariam só apenas de um foco emprestado que eles estariam com problema no foco... βC1

Através de possíveis parcerias, então não sendo responsável pela atenção básica naquele local, mas através de parcerias né é que podem ser

estabelecidas suprimentos ou algumas demandas entre estado e município para que dê assistência à essas mulheres. πC1

“Com parcerias. É mais exames e procedimentos.” γC1

As ações desenvolvidas pelo município aparecem de maneira pontual, sendo destaque as épocas de campanhas alusivas à saúde da mulher, como mês de maio e outubro. Apenas uma coordenação de saúde da mulher municipal destacou a realização dos exames e procedimentos, enquanto que as demais não assumiram a responsabilidade conjunta na atenção à saúde das mulheres privadas de liberdade, justificando tal incumbência a ESP, que é mantida pelo estado. Essa circunstância pode indicar uma pactuação confusa ou uma desarticulação entre os governos interfederativos.

Desta forma, os municípios dificultam o acesso aos serviços que compõem a RAS e descumprem o previsto na portaria 482, de 2014, quando diz que os serviços de saúde no sistema prisional devem estar interligados a uma UBS do município em que estiver localizado o estabelecimento prisional (BRASIL, 2014).

Ademais, as falas dos participantes da pesquisa corroboram para uma desarticulação entre Secretaria Estadual de Saúde, Gerência de saúde e Secretaria Municipal de Saúde, visto que não está definido e pactuado o papel de cada instância na RAS ou há um descumprimento do que é pactuado entre governos municipal e estadual.

Salienta-se que a ausência desse compromisso prejudica, sobremaneira, o atendimento qualificado e integral às mulheres privadas de liberdade no sistema prisional. A atenção à saúde se apresenta deficiente e a busca por serviços de saúde fora da penitenciária pode acontecer de maneira constrangedora (PIMENTEL et al, 2015). Essa população tem, estatisticamente, maior número de problemas de saúde e menor acesso aos serviços de atenção à saúde (ROCHA et al, 2014).

Além do estabelecimento da RAS, outro fator para que o encaminhamento aos serviços de saúde se efetive é a disponibilidade de escolta, isto porque a população prisional só pode sair das penitenciárias escoltada e com autorização do diretor do estabelecimento (SILVA, 2015). O maior obstáculo para a concretização do atendimento em hospitais e unidades básicas de saúde é a ausência de escolta suficiente (GALVÃO; DAVIM, 2013). A falta desse serviço dificulta o transporte das reclusas para o serviço de referência (MILITÃO; KRUNO, 2014).

Quando as mulheres privadas de liberdade e enfermeiros foram questionados sobre a existência de obstáculos nesse serviço:

“Se tiver disponível pra levar a gente no dia, eles leva se não tiver aí marca um dia que pode levar porque as vezes tem muita audiência marcada.” πM10

“[...] infelizmente prioridade é a audiência, é uma ordem judicial... a prioridade é a audiência. Se for levar pra fazer um exame e tem uma audiência, vai a audiência.” γE1

Constatou-se que a escolta é garantida, contudo, contratempos podem impedir seu funcionamento, principalmente a existência de audiências no mesmo dia que alguma consulta esteja agendada, portanto, o encaminhamento para os serviços de saúde deve ser remarcado. A Gerência de saúde da SEAP confirma que algumas intercorrências podem existir:

“Quando há a marcação de consultas, quando há marcação de um exame, aí a unidade se programa pra tentar [garantir o deslocamento], num vou dizer a você que nunca aconteceu intercorrência, já aconteceu...” G1

Deste modo, a assistência às mulheres pode ser prejudicada, pois o atendimento necessita ser reagendado devido à indisponibilidade da escolta (GALVÃO; DAVIM, 2013; PIMENTEL et al, 2015). Pondera-se que as ações saúde realizadas fora das unidades prisionais sempre estarão subordinadas a programação da penitenciária (PIMENTEL et al, 2015).

-Ações educativas

A educação em saúde é uma fonte de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, propiciando cuidado além das atividades curativas, com intervenção social e educacional. Pode-se considerar a educação em saúde como um pilar para consolidação do SUS (DIAS; LOPES, 2013).

Ações educativas devem ser programadas a partir das necessidades da população assistida, visando interferir no processo saúde-doença e desenvolver autonomia individual e coletiva na busca pela qualidade de vida. Tais ações são consideradas como atribuições e responsabilidades dos membros das equipes de atenção básica (BRASIL, 2012).

Logo, do mesmo modo que as atividades clínico assistenciais são essenciais, atividades educativas - que abordem o período gravídico bem como a prevenção do câncer de colo do útero e de mama - são imprescindíveis para efetivação de uma atenção de qualidade às mulheres privadas de liberdade.

Quando os participantes da pesquisa foram questionados sobre a existência de ações educativas, individuais ou coletivas, às mulheres privadas de liberdade, obteve-se das

coordenações de saúde da mulher das Secretarias Municipais de Saúde que esta não era uma atividade desenvolvida pelo governo municipal nas unidades penitenciárias, transferindo novamente a responsabilização da atenção à saúde desta população para a gestão estadual, desta forma, apenas as mulheres privadas de liberdade, os enfermeiros e a Gerência de saúde da SEAP responderam sobre a temática em questão.

Quando estes foram indagados sobre as ações educativas executadas durante a gestação e os temas abordados, responderam:

“Não, porque eu já sou já, já sou mãe de outras e também num tem essa orientação aqui não.” aM5

“Sempre quando chama pra fazer sua consulta, sempre aconselha sobre o aleitamento materno, tanto as vantagens que tem, tanto pra ela como pro bebê também.” βE1

“Isso é estimulado.” G1

Evidencia-se que mulheres privadas de liberdade e enfermeiros apresentaram diferentes posicionamentos em seus discursos, pois as mulheres afirmaram não ter atividades de educação em saúde enquanto que os profissionais disseram realizá-las com enfoque para o aleitamento materno; a Gerência de saúde da SEAP alegou estimular que essa atividade seja desenvolvida nas penitenciárias.

Essa conjuntura não condiz com ações de promoção à saúde concretas, pois ainda que atividades educativas ocorram minimamente, estas não surtem os efeitos e resultados esperados às mulheres privadas de liberdade, já que sequer reconhecem a existência de orientações.

É possível inferir que essa situação ocorre visto que apenas em uma penitenciária pesquisada há ESP implantada, nas demais, profissionais das ESP de unidades prisionais masculinas alocadas nas mesmas cidades realizam um atendimento semanal com carga horária de 4 horas a fim de evitar que as mulheres privadas de liberdade fiquem descobertas, contudo, esta carga horária não é suficiente para atender a demanda de consultas, procedimentos, atividades preventivas e de promoção à saúde. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Picoli et al (2014), onde apenas duas das reclusas grávidas de seu estudo referiram ter recebido instruções.

No que se refere à unidade com ESP implantada, o contingente de mulheres é significativo, com ampla necessidade de atendimentos de urgência e emergência, havendo uma priorização da assistência em detrimento da prevenção. Concomitantemente, a Gerência

de saúde da SEAP estimula o desenvolvimento de atividades educativas, mas não fiscaliza a execução das ações realizadas.

Pondera-se que a educação em saúde é primordial no acompanhamento de uma gestação, pois proporciona troca de conhecimentos, saberes e experiências, promovendo a compreensão do processo gestacional (SILVA et al, 2015).

No que concerne a atividades educativas sobre o câncer do colo do útero ou câncer de mama, a maioria das mulheres privadas de liberdade já havia participado alguma vez. O ambiente prisional deve ser aproveitado por profissionais de saúde para criação e desenvolvimento de grupos educativos a fim de auxiliar na construção do conhecimento e promover diálogo (NICOLAU et al, 2015; ROCHA et al, 2014). Os profissionais de saúde reiteraram a prática da educação em saúde, ainda que a realizassem de modo individual e enfrentassem dificuldades para executá-la:

“Já teve, uns oito meses atrás.” πM2

“É... a gente consegue fazer, mas muitas vezes individualmente durante as consultas, como a gente só atende aqui na quarta, então o tempo é curto pra tá atendendo e fazendo esses tipos de oficinas.” πE1

“Formar grupo com mulheres é bem mais fácil do que com homens... a gente consegue.” G1

A existência dessas ações foi confirmada no estudo de Bispo et al (2015), que ressalta a diminuição de comportamentos de risco através de atividades educativas. Questiona-se o impacto dessas ações às mulheres privadas de liberdade na Paraíba e se de fato atendem ao objetivo principal da Política Nacional de Promoção à Saúde, que preconiza a redução dos riscos e vulnerabilidades à saúde em virtude dos determinantes sociais, ambientais, culturais, políticos e econômicos, pois as ações desenvolvidas no interior da penitenciária não vem garantindo a transformação da realidade que as mulheres privadas de liberdade estão submergidas (BRASIL, 2014). Somado a isto, existiram mulheres que rejeitavam o exame de prevenção do câncer do colo do útero e não havia cobranças para ações de prevenção do câncer de mama, sendo necessário avaliar o modo que as ações educativas são realizadas.

As mulheres privadas de liberdade e Gerência de saúde da SEAP ressaltaram ainda o desenvolvimento dessa atividade por outras instituições, especialmente de ensino superior, no interior das penitenciárias, fato não mencionado pelos enfermeiros:

“Palestra nós já participamos de umas... Eu acho que foi alguém de fora... [nome de Universidade], eu acho que um negócio assim.” πM4

“Na verdade os nossos maiores parceiros são as Universidades.”G1

Vasconcelos et al (2013), em sua pesquisa realizada no Ceará, descreveu a presença e atuação de instituições de ensino nos ambientes prisionais através de uma experiência de estratégia educacional aplicada por integrantes de um grupo de pesquisa da Universidade Federal. Este acontecimento é decorrente da ampliação das pesquisas e atividades de extensão, estimuladas nas Universidades e que tentam suprir as necessidades básicas das mulheres privadas de liberdade.

Fato semelhante foi encontrado em uma das penitenciárias pesquisadas, a Penitenciária Feminina de Campina Grande, que tem instalado em suas dependências um Campus Universitário Avançado pertencente a Universidade Estadual da Paraíba, permitindo a realização de ações de educação em saúde, educação de jovens e adultos, educação superior e educação profissional, além de acesso à justiça, traduzindo os pilares da Instituição, o ensino, a pesquisa e a extensão. Ademais, significativos são os benefícios para estas mulheres privadas de liberdade, pois têm ações de saúde desenvolvidas por alunos e professores, ampliando o acesso a uma assistência à saúde de qualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou que as ações assistenciais de atenção básica à saúde da mulher privada de liberdade referentes ao acompanhamento pré-natal e ao controle do câncer do colo do útero sobressaem as ações para o controle do câncer de mama. Além disso, as ações assistenciais se sobressaem as ações de promoção da saúde no que se refere aos aspectos quantitativos, todavia, a avaliação de impacto das ações educativas não foi objeto de estudo.

Percebe-se que as ações de atenção básica às mulheres privadas de liberdade preconizadas são parcialmente efetuadas, não se constituindo um serviço de excelência. Além disso, estas ações não condizem com os objetivos da PNAISP e da PNAISM, sendo necessário cumprir o direito à saúde dessa população e garantir a integralidade da atenção à saúde.

É preciso ampliar o espectro de ações realizadas, qualificando o atendimento pré-natal, o controle do câncer do colo do útero e controle do câncer de mama, bem como proporcionar às mulheres privadas de liberdade a autonomia no cuidado através das ações educativas.

Sugere-se diálogo entre os níveis federativos visto que ações intersetoriais são substanciais para a integralidade das ações de atenção à saúde, como também, a formulação de pactuações e seu cumprimento são emergenciais. Para as Instituições de Ensino, é recomendado treino de habilidades e competências, a fim de formar profissionais preparados para atuar nas peculiaridades do sistema penitenciário.

As principais limitações foram a dificuldade das mulheres em falar sobre as ações de saúde realizadas e o receio dos enfermeiros e coordenadores de saúde da mulher das Secretarias Municipais de Saúde de sofrer retaliações ao expressar ausência e/ou inexistência de ações para esta população.

REFERÊNCIAS

ALVES, E.S.R.C. et al. Condições de vida e de saúde de mulheres em uma unidade prisional feminina. Rev enferm UFPE on line., v.10, n.3, p. 958-68, 2016. Disponível em: www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/.../14635.

ANJOS, S.J.S.B. et al. Fatores de risco para o câncer de colo do útero em mulheres reclusas. Rev. bras. Enferm, v.66, n.4, p. 508-13, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000400007&script=sci_abstract&tlng=pt.

ANVERSA, E.T.R. et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública, v.28, n.4, p.789-800, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000400018.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. Ed.70, São Paulo, 2011.

BISPO, T.C.F. et al. Saúde sexual e reprodutiva no contexto da prisão: vivências de presidiárias de Salvador-Ba. Revista Enfermagem Contemporânea, v.4, n.2, p.109-120, 2015. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/747>.

BRASIL. Grupo de Trabalho Interministerial. Reorganização e Reformulação do sistema prisional feminino. Relatório Final. Brasília, 2007. Disponível em: http://carceraria.org.br/wp-content/uploads/2012/09/RELATORIO_FINAL_-_vers%C3%A3o_97-20031.pdf.

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Plano Diretor do Sistema Penitenciário. Mulher Presa – Dados Gerais. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/noticias/estudo-traca-perfil-da-populacao-penitenciaria-feminina-no-brasil/relatorio-infopen-mulheres.pdf>.

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional - Sistema Integrado de Informações Penitenciárias – INFOPEN. Brasília, 2014. Disponível em:

<http://www.justica.gov.br/noticias/mj-divulgara-novo-relatorio-do-infopen-nesta-terca-feira/relatorio-depen-versao-web.pdf>.

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional - Sistema Integrado de Informações Penitenciárias – INFOPEN. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.infopen.gov.br/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Portaria nº1 de 2 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. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília, 2016. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao Pré-natal de baixo risco. Brasília, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2. ed. Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNaPS - revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_pnaps.pdf.

DIAS, G.A.R; LOPES, M.M.B. Educação e saúde no cotidiano de enfermeiras da atenção primária. Rev Enferm UFSM, v.3, n.3, p.449-460, 2013. Disponível em: <http://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/7846/pdf>.

FOCHI, M.C.S; SILVA, A.R.C; LOPES, M.H.B.M. Pré-natal em unidade básica de saúde a gestantes em situação prisional. Rev Rene, v.15, n.2, p.371-377, 2014. Disponível em: www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/download/3175/2438.

GALVÃO, M.C.B; DAVIM, R.M.B. Ausência de assistência à gestante em situação de cárcere penitenciário. *Cogitare Enferm*, v.18, n.3, p.452-459, 2013. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/33554>.

MAGEE, C.G. et al. Preventive care for women in prison: a qualitative community health assessment of the Papanicolaou Test and Follow-Up Treatment at a California State women's prison. *Am J Public Health*, v.95, n.10, p. 1712-1717, 2005. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1449425/?tool=pubmed>.

MARTIN, R.E. et al. Three-year follow-up study of women who participated in a cervical cancer creening intervention while in prison. *Can J Public Health*, v.99, n.4, p.262-266, 2008. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-18767267>.

MIGNON, S. Health issues of incarcerated women in the United States. *Ciênc. saúde coletiva*, v.21, n.7, p.2051-2060, 2016. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000702051.

MILITÃO, L.M.; KRUNO, R.B. Vivendo a gestação dentro de um sistema prisional. *Rev. Saúde (St. Maria)*, v.40, n.1, p.77-84, 2014. Disponível em: <http://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/9180>.

MINAYO, M.C.S; MINAYO-GOMEZ, C. Díficeis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. In: Goldenberg P, Marsiglia RMG, Gomes AMH. (Orgs.). *O clássico e o novo:tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

MOURÃO, L.F. et al. Promoção da saúde de mulheres encarceradas: um relato de experiência. *Sanare (Sobral, Online)*, v.14, n.1, p,52-57, 2015. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/608>.

NICOLAU, A.I.O. et al. Determinantes sociais proximais relacionados ao câncer cervicouterino em mulheres privadas de liberdade. *REME rev. min. enferm*, v.19, n.3, p.725-732, 2015. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1035>.

PICOLI, R.P. et al. Gestação e puerpério no cárcere: estudo descritivo da atenção à saúde. *Rev. baiana saúde pública*. V.38, n.1, p.67-82, 2014. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/413>.

PIMENTEL, I.S. et al. Percepção de mulheres privadas de liberdade acerca da assistência à saúde no sistema penitenciário. *Rev. Interd*, v.8, n.4, p.109-118, 2015. Disponível em: <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/659>.

ROCHA, L.C.D. et al. Percepção das mulheres encarceradas em penitenciária em relação á atenção a saúde da mulher. *Gestão e Saúde*, v.5, n.1, 2014. Disponível em: http://www.convibra.com.br/upload/paper/2013/75/2013_75_6305.pdf.

SILVA, M.M. et al. Percepção das mulheres sobre a assistência pré-natal prestada na colônia penal feminina. *Rev. enferm. UFPE on line*, v.9, supl.7, p. 9038-9045, 2015. Disponível em: www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/.../12939.

SILVA, M. Saúde Penitenciária no Brasil: Plano e Política. Verbena, 2015.

SOUSA, M.C.P. et al. Atenção à saúde no sistema penitenciário: revisão de literatura. R. Interd, v.6, n.2, 2013. Disponível em: <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/59>.

TEIXEIRA, L.A.; PORTO, M.A.T.; SOUZA, L.P.A. A expansão do rastreamento do câncer do colo do útero e a formação de citotécnicos no Brasil. Physis (Rio J.), v.22, n.2., p.713-731, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n2/17.pdf>.

VASCONCELOS, C.T.M. et al. Prevenção do câncer de colo uterino: o presídio como um espaço promotor de saúde. Revista Eletrônica Gestão & Saúde, v.4, n.3. p.972-984, 2013. Disponível em: <http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/563/pdf>.

¹ Este artigo é resultado de dissertação de Mestrado

RESUMO

Objetivo: descrever as ações de pré-natal, controle do câncer de colo do útero e controle do câncer de mama realizadas nas penitenciárias femininas da Paraíba sob a ótica das mulheres privadas de liberdade, profissionais de saúde e gestores. . **Metodologia:** estudo descritivo-exploratório realizado nas penitenciárias femininas da Paraíba, que envolveu mulheres privadas de liberdade, enfermeiro da equipe de saúde implantada em uma unidade prisional do Estado e enfermeiros que realizavam atendimento semanal nas demais penitenciárias, coordenadores de saúde da mulher das Secretarias Municipais de Saúde e Gerência de Saúde da Seap. Para coleta de dados, utilizou-se uma entrevista semi-estruturada, abordando o acompanhamento pré-natal e controle do câncer do colo do útero e do câncer de mama; após transcrição, as falas foram trianguladas e a categorização dos dados ocorreu através da análise de conteúdo proposta por Bardin. **Resultados:** na análise dos dados, emergiram duas categorias: Ações assistenciais e Ações educativas. A primeira mostra como são realizadas as ações de acompanhamento pré-natal, controle do câncer do colo do útero e controle do câncer de mama. A segunda revela as ações educativas executadas e sua relevância. **Conclusões:** as ações assistenciais são efetuadas de maneira deficiente e as ações educativas apresentam-se de forma mais contundente para o controle do câncer do colo do útero e de mama em detrimento das relacionadas ao acompanhamento pré-natal. Salienta-se que para uma atenção à saúde integral é essencial que existam ações integradas entre os níveis interfederativos.

Descritores: Prisões; Saúde da Mulher; Assistência à Saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: describe the actions of prenatal care, cervical cancer control and breast cancer control performed in Paraíba women's penitentiaries from the perspective of women deprived of liberty, health professionals and managers. **Methodology:** a descriptive-exploratory study carried out in the female penitentiaries of Paraíba, involving women deprived of their liberty, a nurse in the health team implanted in a state prison unit, and nurses who performed weekly care in other prisons, women's health coordinators of the Municipal Health Secretariats And Seap Health Management. To collect data, a semi-structured interview was used, addressing prenatal follow-up and control of cervical cancer and breast cancer; After transcription, the speeches were triangulated and the categorization of the data occurred through the content analysis proposed by Bardin. **Results:** in the analysis of the data, two categories emerged:

Assistance actions and Educational actions. The first one shows how prenatal follow-up actions, cervical cancer control and breast cancer control are performed. The second reveals the educational actions carried out and their relevance. **Conclusions:** care actions are performed poorly and educational actions are more forceful for the control of cervical and breast cancer in detriment to those related to prenatal care. It should be emphasized that for integral health care, it is essential that there are integrated actions between the interfederative levels.

Descriptors: Prisons; Women's Health; Delivery of Health Care; Primary Health Care.

5.1.2 Artigo 2 – Fatores que interferem na assistência à saúde de mulheres privadas de liberdade na Paraíba

* Artigo formatado conforme normas da Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil

RESUMO

Objetivo: identificar aspectos positivos e negativos para execução de ações de atenção à saúde da mulher em penitenciárias da Paraíba na perspectiva de mulheres privadas de liberdade, profissionais de saúde e gestores. **Metodologia:** estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa realizado nas penitenciárias femininas da Paraíba. Os sujeitos foram mulheres privadas de liberdade, enfermeiro da equipe de saúde implantada em uma penitenciária e enfermeiros que atendiam semanalmente nas demais penitenciárias, coordenadores de saúde da mulher das Secretarias Municipais de Saúde e Gerência de Saúde da SEAP. Utilizou-se para coleta de dados uma entrevista com roteiro semiestruturado. Após transcrição, as falas foram associadas através da técnica de triangulação e a análise dos dados se deu através da técnica análise de conteúdo proposta por Bardin. **Resultados:** das falas emergiram as categorias: Aspectos positivos das ações de atenção básica à saúde da mulher e Entraves para realização das ações de atenção básica à saúde da mulher. **Conclusões:** os aspectos positivos referem-se à existência das ações de atenção básica à saúde das mulheres privadas de liberdade e a existência de profissionais de saúde atuando em todas as penitenciárias. Os entraves compreendem estrutura precária, falta de insumos, atendimento prioritário por demanda espontânea, baixo efetivo de agentes penitenciários, ausência de médicos nas unidades de saúde e divergências políticas.

Descritores: Prisões; Saúde da mulher; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: to identify positive and negative aspects for the implementation of women's health care actions in Paraíba penitentiaries from the perspective of women deprived of their liberty, health professionals and managers. **Methodology:** descriptive-exploratory study of a qualitative approach carried out in the female penitentiaries of Paraíba. The subjects were women deprived of their liberty, a nurse of the health team implanted in a penitentiary and nurses who attended weekly in the other penitentiaries, coordinators of women's health of the Municipal Secretaries of Health and Health Management of SEAP. An interview with semi-structured script was used for data collection. After transcription, the speeches were associated through the triangulation technique and the data analysis was done through the technique of content analysis proposed by Bardin. **Results:** the speeches emerged categories: positive aspects of primary care actions to women's health and barriers to achievement of primary care actions to women's health. **Conclusions:** the positive aspects refer to the existence of basic health care for women deprived of their liberty and the existence of health professionals working in all penitentiaries. The barriers include a precarious structure, lack of inputs, priority attendance by spontaneous demand, low effective prison staff, absence of doctors in health units and political differences.

Descriptors: Prisons; Women's Health; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

O panorama geral da população prisional brasileira é alarmante, em 2014, o número de pessoas privadas de liberdade ultrapassou seiscentos mil, ocasionando um déficit de vagas correspondente a mais de 230 mil. Desde 2000, esta população expandiu, em média, 7% por ano, compreendendo um aumento de 161%, valor dez vezes maior que o crescimento total de brasileiros.⁽¹⁾ Em se tratando do aprisionamento feminino, este ampliou 567% entre 2000 e 2014.⁽²⁾

Além dos preocupantes números referentes à quantidade de pessoas privadas de liberdade e as consequências da superlotação, que ocasionam privações de necessidades básicas como também deficiências estruturais e ambientais, ressalta-se que a saúde no sistema penitenciário brasileiro apresenta um quadro consternante.⁽³⁾ Isto porque os problemas de saúde decorrentes do encarceramento não têm sido alvos de ações que garantam assistência de forma integral e efetiva.⁽⁴⁾

Por isso, doenças infectocontagiosas permanecem se destacando entre as principais patologias que acometem as pessoas privadas de liberdade, entre elas o HIV, sífilis, hepatites e tuberculose, sendo a taxa de incidência de pessoas privadas de liberdade soropositivas sessenta vezes maior que a taxa da população brasileira geral.⁽¹⁾

Apesar dessa realidade, o direito à saúde da população privada de liberdade foi citada desde a Lei de Execução Penal (LEP), em 1984, que propôs em seu Capítulo II e Seção III a assistência à saúde das pessoas privadas de liberdade de caráter curativo e preventivo, com atendimento médico, farmacêutico e odontológico.⁽⁵⁾ Posteriormente, em 1988, a Constituição Federal Brasileira (CFB) instituiu a política de saúde do Brasil e assegurou a saúde como direito de todos os cidadãos.⁽⁶⁾

Transcorrida mais de uma década desde a publicação do aparato legal referido, ainda vigorava a necessidade de implementação de uma política de saúde que incluísse as carências das pessoas privadas de liberdade, logo, em 2003, foi elaborado o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP), que tinha como propósito contribuir para o controle ou redução dos agravos mais frequentes à saúde da população penitenciária brasileira.⁽⁷⁾ Ademais, incluir estes indivíduos no sistema de saúde traduzia-se como cumprir um direito garantido na CFB.⁽⁷⁾

Posteriormente, em 2014, buscando universalizar a assistência e visando o cuidado integral foi instituída a Política de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) que objetiva garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no Sistema Único de Saúde (SUS).⁽⁸⁾

Destarte, o acesso à saúde das pessoas privadas de liberdade é um direito legítimo de cidadania e contribuir para sua efetivação, além de ser uma responsabilidade do Estado, é um desafio para aqueles que acreditam em uma sociedade sem excluídos.^(3,9)

Desse modo, considerando discutir os benefícios na atenção à saúde dispensada as mulheres privadas de liberdade bem como os entraves e falhas ainda existentes, a fim de que melhorias possam ser alcançadas, objetivou-se identificar aspectos positivos e negativos para execução de ações de atenção à saúde da mulher em penitenciárias da Paraíba na perspectiva de mulheres privadas de liberdade, profissionais de saúde e gestores.

METODOLOGIA

Estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, realizado entre junho e novembro de 2015, nas quatro penitenciárias femininas da Paraíba: Penitenciária de

Recuperação Feminina Maria Júlia Maranhão, Penitenciária Feminina de Campina Grande, Presídio Feminino de Patos e Presídio Feminino de Cajazeiras, localizadas respectivamente nas cidades João Pessoa, Campina Grande, Patos e Cajazeiras.

Os participantes da pesquisa foram: enfermeiro da Equipe de Saúde do Sistema Prisional da Penitenciária de Recuperação Feminina Maria Júlia Maranhão e enfermeiros que realizavam atendimento semanal nas demais unidades prisionais, os coordenadores de Saúde da Mulher das Secretarias Municipais de Saúde, a Gerência de Saúde da Secretaria de Administração Penitenciária (SEAP) e as mulheres privadas de liberdade com idade de 25 a 49 anos e reclusas entre um e três anos.

Destaca-se que os profissionais médicos, um pertencente a Equipe de Saúde do Sistema Prisional da Penitenciária de Recuperação Feminina Maria Júlia Maranhão e os demais que assistiam as mulheres uma vez por semana nas outras penitenciárias, foram procurados mais de uma vez em seus serviços, todavia, não foram localizados.

Foi utilizado o método de saturação teórica por unidade penitenciária para encerrar a amostra das mulheres privadas de liberdade, que finalizou em 32, enquanto que foram entrevistados todos os profissionais citados. O número de participantes, ao final, compreendeu 41.

Como instrumento de coleta de dados, foi utilizada uma entrevista com roteiro semiestruturado, que ocorreu de forma individual e foi áudio-gravada. Após transcrição, as falas de todos os participantes da pesquisa foram associadas através da técnica de triangulação. Deste modo, foi possível verificar se os participantes estavam em confluência ou discordância quanto aos aspectos abordados.⁽¹⁰⁾

Procedeu-se para a categorização e análise dos dados, que seguiu a proposta da análise de conteúdo de Bardin.⁽¹¹⁾ Para tanto, obedeceu as três fases: pré-análise (realização da leitura flutuante), exploração do material (codificação em unidades de contexto e unidades de

registro) e tratamento dos resultados (realização de interpretações referentes aos objetivos).⁽¹¹⁾ As falas dos participantes da pesquisa foram agrupadas em duas categorias, que foram: Aspectos positivos das ações de atenção básica à saúde da mulher e Entraves para realização das ações de atenção básica à saúde da mulher.

A fim de resguardar o sigilo dos participantes, eles foram identificados por códigos; as mulheres privadas de liberdade pela letra “M”, os enfermeiros com a letra “E”, os coordenadores de saúde da mulher das Secretarias Municipais de Saúde com a letra “C” e a Gerência de Saúde da SEAP com a letra “G”, seguidos de numeração crescente determinada pela ordem das entrevistas; precedente a esse código, os municípios foram descritos com letras do alfabeto grego (α , β , γ , π), de conhecimento apenas da pesquisadora.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética CAAE nº: 45482115.7.0000.5187 e obedeceu aos critérios da resolução 466/2012, onde os participantes foram esclarecidos sobre o objetivo e benefícios do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das falas dos participantes, a partir da Análise de Conteúdo,⁽¹¹⁾ possibilitou a formação das categorias: Aspectos positivos das ações de atenção básica à saúde da mulher e Entraves para realização das ações de atenção básica à saúde da mulher.

Aspectos positivos das ações de atenção básica à saúde da mulher

As mulheres privadas de liberdade nas penitenciárias da Paraíba devem ser assistidas integralmente, segundo a PNAISP.⁽⁸⁾ As ações devem englobar controle do câncer de colo de

útero, controle do câncer de mama, realização do pré-natal, testagens rápidas, planejamento familiar, atenção às mulheres em situação de menopausa e educação em saúde.⁽¹²⁾

Diante das ações citadas, o PNSSP traçou, de acordo com dados epidemiológicos, ações prioritárias de atenção básica à saúde da mulher primordiais, sendo elas o controle do câncer de colo do útero, controle do câncer de mama e assistência pré-natal.⁽⁷⁾

Passados mais de dez anos desde a implantação do PNSSP é importante analisar como as ações de atenção básica à saúde da mulher realizadas nas unidades penitenciárias são avaliadas pelos sujeitos diretamente envolvidos, a fim de que sejam alcançados melhores resultados no cuidado dispensado bem como para nortear a elaboração e reorientação de ações já executadas.⁽¹³⁾

Quando os participantes da pesquisa foram questionados sobre os aspectos positivos nas ações de atenção básica à saúde da mulher, obteve-se das coordenações municipais de saúde da mulher que não seria possível informar, pois este público não era alvo de ações de saúde desenvolvidas pelo município. Mulheres privadas de liberdade e enfermeiros foram unânimes em suas respostas, relataram como avaliação favorável a própria existência das ações de atenção em saúde nas penitenciárias femininas, independente do impacto epidemiológico que possam causar, o que pode ser visto nas falas abaixo:

“Eu acho muito boa essas ações realizadas aqui pelo fato que a gente necessita, precisa muito né... e aqui dentro é um canto que a gente se sente bastante indefesa sobre as coisa e por isso tem palestra [...]aí vem a enfermeira, aí vem o médico e orienta a gente para qualquer uma coisa procurar eles.” αM2

“Eu acho bom que na rua eu nem ligava e aqui eu faço [ações de prevenção].” βM5

“Olha, eu acho que a presença da equipe como um todo, não só da enfermagem, medicina, mas como um todo é muito importante dentro do serviço né, uma vez que a gente não identifica uma garantia de outras coisas que possam ressocializar realmente, né... então a equipe de saúde tem um papel importante pra tá identificando essas questões de saúde, as possíveis patologias e as necessidades delas né...” πE1

“[...]eu acho assim até que melhorou muito em relação ao que era antes... o presídio feminino antes da equipe de saúde e após a equipe de saúde.” αE1

Os relatos demonstram que as mulheres privadas de liberdade consideram o cuidado em saúde da mulher durante o aprisionamento superior à quando estavam em liberdade. Este cenário é reforçado por estudo feito em todas as unidades básicas de saúde do país, onde somente 30% apresentaram processo de trabalho satisfatório para essa função.⁽¹⁴⁾

Para os enfermeiros, as ações de atenção básica à saúde da mulher são percebidas como uma forma de ressocialização, pois é durante o atendimento que conseguem escutar queixas, identificar patologias, além de garantir dignidade durante o aprisionamento. As ações de saúde para a população carcerária além de representarem um direito de cidadania contribuem para a ressocialização do indivíduo.⁽¹⁵⁾

A Gerência de saúde da SEAP concorda, ponderando que através da assistência dispensada às mulheres privadas de liberdade é possível retirá-las da invisibilidade:

“Eu acho que a gente tem conseguido avançar né [...] eu acho que essa avaliação é extremamente positiva porque a gente acaba, pelo menos, em alguns momentos fazendo com que essa população se torne visível.” G1

Rocha et al dizem que é muito importante oferecer ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, bem como assistenciais durante o período de aprisionamento, isto porque grande parte das mulheres em situação de reclusão não frequentavam serviços de saúde quando estavam em liberdade.⁽⁴⁾ Concomitantemente, a condição de confinamento possibilita a implementação de ações de promoção a saúde e prevenção de doenças.⁽¹⁵⁾

Ao passo que a existência dessas ações de atenção à saúde da mulher privada de liberdade tem um impacto positivo na Paraíba, não é possível afirmar que essa é uma conjuntura habitual no país, pois indivíduos portadores de problemas de saúde decorrentes do aprisionamento não têm recebido uma atenção integral e efetiva, apesar disso, deve-se enfatizar que ações de atenção básica destinadas as pessoas em privadas de liberdade se

constituem como dever do Estado, com o propósito de prevenir o crime e efetivar os direitos da pessoa humana.⁽¹⁶⁾

Os Estados Unidos também apresentam problemas em relação à atenção à saúde de mulheres privadas de liberdade, pois os estabelecimentos prisionais não conseguem atender suas necessidades, além de que a qualidade e o acesso aos serviços de saúde são aquém do esperado.⁽¹⁷⁾

Acrescenta-se que essas ações de atenção básica à saúde da mulher privada de liberdade na Paraíba são possíveis porque profissionais de saúde atuam em todas as penitenciárias do Estado, o que pode ser considerado como um progresso.

“É uma vez na semana.” πM7

“Todo dia...” γM8

“Toda a equipe vai semanal.” αE1

“A gente tá todos os dias de segunda a sexta.” γE1

“O plano dizia que a equipe de saúde ela só deve ser implantada com população acima de cem, então nenhuma das outras unidades femininas se enquadram dentro desse perfil, como a população é inferior à equipe de saúde aqui no estado, acho que nós somos o único estado que trabalha dentro dessa perspectiva de disponibilizar a equipe de saúde uma vez por semana para fazer esse atendimento. [...] mas foi uma sensibilização nossa de entender.” G1

Segundo o PNSSP, estabelecimentos prisionais com menos de 100 pessoas privadas de liberdade não necessitam ter equipe de saúde exclusiva, podendo ser atendidos na Rede de Atenção à Saúde.⁽⁷⁾ A PNAISP refere que as ações de atenção básica podem ser realizadas por Equipe de Saúde do Sistema Prisional (ESP) ou por Unidades Básicas de Saúde localizadas no território.⁽⁸⁾

Logo, das quatro penitenciárias estudadas, apenas uma corresponde a quantidade mínima de mulheres reclusas e possui ESP implantada, nesta, o atendimento ocorria de segunda a sexta, obedecendo ao cumprimento das 20 horas semanais, as demais recebiam

atendimento semanalmente pela ESP das penitenciárias masculinas de suas cidades, visto a negligência do município com as mulheres reclusas.

Ao passo que a presença das ações de atenção básica à saúde da mulher privada de liberdade é tratada como aspecto positivo, não se pode omitir que, há mais de 30 anos, políticas direcionam a atenção à saúde para a população carcerária, como a LEP (1984), o PNSSP (2005) e a PNAISP (2014).^(18, 7,8) Sousa et al referem que mesmo existindo as políticas de saúde, o desafio continua emergente, pois dados epidemiológicos evidenciam que a saúde de pessoas privadas de liberdade, no contexto das práticas, é pouco visível.⁽¹⁹⁾

É possível perceber, então, a existência de um paradoxo uma vez que aquilo que se apresenta como direito das pessoas privadas de liberdade há três décadas, a atenção em saúde, é avaliada positivamente por existir e ser executada. A saúde se apresenta legalmente como um direito universal, todavia, sua efetividade e usufruto não são para todas as pessoas, a exemplo de uma parcela que é privada de liberdade no sistema prisional.⁽⁵⁾

Entraves para realização das ações de atenção básica à saúde da mulher

Apesar da existência das ações de atenção básica à saúde da mulher privada de liberdade ser considerada um ponto positivo, os entraves que dificultam a realização dessas ações também foram citados. Para as mulheres privadas de liberdade e enfermeiros, a maior parte das queixas relacionava-se com a estrutura física precária dos locais de atendimento assim como a ausência de materiais e insumos, havendo, inclusive, falta de medicações e maca para atendimento:

“As vezes é porque falta muito remédio, né... pras cliente, né... falta assim, as vezes a pessoa quer um remédio pra dor de cabeça... aí não tem... um remédio pra quem tem problema de sinusite, um negócio... é difícil o negócio.” γM2

“Falta medicamento, falta os insumos... de medicamento, de tudo. Ainda tá muito reduzido...” γE1

“A sugestão daqui é ter local porque aqui não tem arquitetura para ter [...] aí não tem o espaço necessário que deveria ter... tipo a salinha de saúde com a cama, com a maca né para ter o exame e tudo tá entendendo... é isso.”βM4

“Geralmente, cada um fica numa sala para atender né... essa sala aqui ela é onde fica também o estoque de medicação, tem o armário que fica os prontuários. É uma sala de atendimento, mas também tem outras funções [...] Eu sinto falta de uma maca” πE1

“Só a estrutura do ambiente porque não é muito boa...” βE1

Afirmações reiteradas pela Gerência de Saúde da SEAP:

“A gente não tem, não existe um recurso específico para insumos nem para medicamentos para a população privada de liberdade [...] outros medicamentos a gente tenta essa parceria com os municípios para poder fornecer, mas não é... hoje está longe de ser o ideal [...] Em algumas unidades a gente conseguiu espaço próprio, então a gente já tem o espaço mais adequado, mas nas unidades [restantes] as estruturas elas não são boas e aí a gente tenta improvisar os atendimentos nos espaços que são disponíveis [...] não existe um espaço próprio para o atendimento né...” G1

O PNSSP padronizou a estrutura física das unidades de saúde localizadas nos estabelecimentos penais com até 500 pessoas privadas de liberdade; previu consultórios, sala de curativo e coleta de material, farmácia, entre outros. Além disso, determinou iluminação e ventilação naturais, materiais específicos para acabamento dos ambientes e até mesmo dimensões de portas e corredores. Os consultórios de enfermagem deveriam conter bancada de apoio com pia para lavagem, maca para procedimentos, mesa, hamper de lixo e de roupa suja.⁽⁷⁾ Contudo, nota-se a discrepância entre o que está previsto no PNSSP e o que foi encontrado nas penitenciárias femininas da Paraíba. A atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ainda enfrenta a escassez de recursos e condições para um atendimento de qualidade.⁽²⁰⁾

Essa realidade não é percebida apenas nas penitenciárias femininas da Paraíba, Arruda et al dizem que vários aspectos do sistema prisional brasileiro estão em desacordo com o que é previsto nas legislações, sendo a infraestrutura uma das inadequações, fator que reflete

diretamente na atenção à saúde.⁽²⁰⁾ Damas também encontrou irregularidades na estrutura física direcionada para assistência à saúde, de dezessete penitenciárias brasileiras visitadas, apenas duas apresentavam estrutura física satisfatória.⁽²¹⁾

Barbosa et al revelou que a estrutura física dos locais destinados a realização das ações de saúde nas penitenciárias são discrepantes quando comparados ao que é proposto e recomendado no PNSSP.⁽²²⁾ O PNSSP determinou financiamento para reforma física e para aquisição de equipamentos para os estabelecimentos de saúde prisionais, tendo como resultado esperado garantia de espaço físico adequado para o desenvolvimento das ações de saúde.⁽⁷⁾ A adequação do ambiente à sua função é primordial para continuidade da assistência e para biossegurança dos profissionais e das pessoas privadas de liberdade.⁽²²⁾

É necessário apontar que das quatro penitenciárias estudadas, apenas uma tinha espaço físico destinado exclusivamente ao atendimento de saúde, pois dispunha de uma ESP, as demais, por não possuírem ESP implantada, realizavam atendimento em locais improvisados, dividindo, por vezes, o ambiente com colegas de trabalho. Mesmo havendo atendimento semanal pelas ESP das penitenciárias masculinas, permaneceram as dificuldades estruturais e de recursos imprescindíveis para assistir as mulheres privadas de liberdade.

Apesar deste achado, uma pesquisa no Estado de São Paulo verificou que todas as penitenciárias visitadas apresentavam condições relativamente adequadas para atendimento clínico das pessoas privadas de liberdade, inclusive com possibilidade de realizar exames laboratoriais.⁽²³⁾

No que se refere aos insumos, a disponibilidade destes é imprescindível para execução das atividades de saúde; logo, para que ações de atenção à saúde ocorram de modo satisfatório, a penitenciária deve dispor de equipamentos, materiais, insumos e medicamentos.⁽²²⁾ Barsaglini, Kehrig e Arruda justificam que a dificuldade na provisão dos insumos, especialmente medicamentosos, ocorre em consequência da superlotação nas

penitenciárias, contudo, esta afirmação só condiz com uma penitenciária da Paraíba, pois as demais não apresentam esse problema. Outro fator é a falta de responsabilização de cada instância pelo fornecimento das medicações.⁽²⁴⁾

Outro entrave citado foi o modo de execução das ações de saúde nas unidades penitenciárias. Neste ponto, houve discordâncias nas falas das mulheres privadas de liberdade, enfermeiros e Gerência de saúde da SEAP:

“Só quando tá doente mesmo. Quando a gente tá doente aí a gente vai avisa a eles e eles leva a pessoa.” βM3

“Vai de acordo com a queixa delas.” πE1

“A gente tem toda uma programação, a gente vai semanal, se programa pra fazer palestra, se programa pra fazer todas as ações... palestras educativas, preventivo, pré natal. aí quando o médico vem a gente já faz a triagem, eu faço a triagem, todas as que estão doentes a gente já faz essa triagem aí encaminha para o médico.” αE1

“Tem o pré agendamento, mas assim... hoje vai atender vinte, então tem dez que são pré agendadas e tem as que apresentam a queixa. Nunca é só uma nem outra, mas também a gente não pode um em detrimento do outro. Tem as pré agendadas como tem as urgências. A gente sempre deixa um quantitativo porque sempre aparece as urgências, se aparecer muita urgência, então vai diminuir esse quantitativo, mas tem o pré agendamento dos atendimentos da rotina...” G1

A Gerência de saúde da SEAP afirmou que deveria existir o atendimento reservado para urgências, bem como um contingente de marcações para consultas de rotina. Esta fala coincidiu com a de um enfermeiro, todavia, o restante dessa categoria e a totalidade das mulheres compartilharam da ideia expressa nos primeiros recortes, onde o atendimento ocorre de acordo com as queixas e/ou adoecimentos. Deste modo, ações assistenciais e curativas são realizadas em detrimento das ações preventivas e promocionais da saúde.

Confirma-se esta postura quando se compara estes resultados aos achados de um estudo feito em 2014 na Paraíba, onde percebeu-se que 100% dos atendimentos ocorriam por demanda espontânea.⁽²²⁾ Destaca-se que a pesquisa citada aconteceu em penitenciárias masculinas, demonstrando ser uma conduta generalizada no estado.

Outra dificuldade apontada foi a falta de escolta para realizar o encaminhamento das mulheres privadas de liberdade até a Rede de Atenção à Saúde a fim de realizar exames laboratoriais ou de imagem, como também para o tratamento de alguma patologia. Salienta-se que ações de atenção básica à saúde da mulher requerem consultas com especialistas, mamografias, ultrassonografias, exames laboratoriais, entre outros, que diligenciam serviço de escolta até o serviço de saúde.

Procedimentos de saúde realizados externamente ou internações geram a necessidade de escolta de agentes prisionais, retirando o efetivo da segurança das penitenciárias.⁽²¹⁾

“Né fácil não. Só quando a gente tiver doente mesmo é que vai. Porque só tem uma viatura pro presídio todo, né... aí né fácil não.” πM6

“As dificuldades são a questão da escolta, porque você faz o agendamento, as vezes você agenda pra um determinado dia e não consegue levar devido a demanda...” αE1

“[...] é complicado porque o efetivo de agentes é pequeno, entendeu... viaturas também têm poucas.” γE1

Soares Filho e Bueno corroboram com essa conjuntura quando afirmam que o baixo efetivo de recursos humanos, especialmente de agentes penitenciários, reflete negativamente na população de privados de liberdade, pois há falta de escolta para os encaminhamentos de assistência à saúde.⁽²⁵⁾

A Gerência de saúde da SEAP confirmou deficiência no número de agentes penitenciários:

“O número de agentes de segurança penitenciária hoje ele não dá conta de proporcionar a execução de todas as suas atividades e aí eu não falo só da saúde, eu falo voltados a reintegração social, a saúde, o trabalho, a qualificação profissional...” G1

Ações de saúde extramuros são dificultadas ou não tem continuidade devido à pequena quantidade de agentes penitenciários para realizar escolta, o que pode revelar pouco interesse

da administração penitenciária e de outras instâncias na concretização do direito de atenção à saúde.⁽²⁶⁾

Outra queixa para efetivação das ações de atenção básica à saúde da mulher foi a ausência de profissionais médicos para assistir as mulheres privadas de liberdade nas penitenciárias, este obstáculo foi relatado por mulheres privadas de liberdade e Gerência de saúde da SEAP; não existiram relatos correspondentes de enfermeiros:

“O médico vim né sempre assim, viesse assim pelo menos uma vez por mês que ele é muito difícil, a diretora do presídio liga, liga pra ele e sempre ele fica dando... acho que ele fica dando um perdido.” αM5

“É médico né... um médico mesmo certo, competente né...” πM1

“Só queria que tivesse médico aqui mesmo, sem ser o enfermeiro... porque tá difícil...” πM5

“[...] não deu quarenta minutos o médico disse que não estava se sentindo bem e pediu para ir embora. Ele não estava se sentindo mal coisa nenhuma, ele estava com medo. Era nítido o receio dele, o medo do atendimento aos reeducandos. Então ele pediu para ir embora, a gente ficou sem o médico para fazer o atendimento, que é o personagem principal... ele saiu porque ele não quis atender.” G1

Fernandes et al mostrou que o atendimento em saúde pode ser considerado falho devido a falta de profissionais disponíveis para ter uma equipe de saúde completa.⁽²³⁾ Uma justificativa possível para tal fato pode ser que profissionais de saúde consideram o trabalho em penitenciária de alta periculosidade, fazendo com que o quadro de profissionais permaneça incompleto e a reposição deles seja morosa e difícil; para tanto, é necessário a capacitação de profissionais, especialmente médicos, para atuar nas condições da saúde penitenciária.⁽²³⁾ O sistema prisional tem um enorme déficit de médicos, em grande parte devido ao estigma relacionado à população prisional, aos baixos salários e às condições de trabalho.⁽²⁵⁾

Ademais, Moreira e Souza destacam que mulheres privadas de liberdade recorrem à figura do médico como profissional responsável pelo cuidado, colocando como ineficientes as ações não curativistas realizadas por outros profissionais.⁽²⁷⁾

A ausência de médicos nas equipes do sistema prisional não deveria ser corriqueira, pois a Portaria nº 482, de 2014, determina que o Ministério da Saúde suspenda os repasses dos incentivos referentes às equipes e aos serviços quando constatada ausência, por um período superior a noventa dias consecutivos, de qualquer um dos profissionais que compõem as equipes.⁽²⁸⁾

Além da carência de profissional na ESP, uma mulher privada de liberdade relatou ter sofrido preconceito ao precisar ser atendida na Rede de Atenção à Saúde, fato também mencionado pela Gerência de saúde da SEAP e não abordado por enfermeiros.

“Apesar da discriminação, né... Tratando a pessoa mal, num tem... Todo preso sente, né... mas de boa.” πM2

“[...] no momento do atendimento o profissional que estava lá de uma forma espontânea, pessoal dele tratou com o preconceito, com a discriminação porque era uma pessoa privada de liberdade.” G1

Tais questões fazem com que o medo e discriminação superem o dever da atenção à saúde para esse grupo populacional.⁽²⁴⁾ O medo, provocado pelo estigma da violência, durante o atendimento de pessoas privadas de liberdade prejudica a prática da atenção à saúde.⁽²⁹⁾

A ida aos serviços de saúde é marcada por situações de sofrimento moral e de humilhação na chegada à unidade de atendimento, pois é frequente a discriminação dos profissionais de saúde e dos usuários, que se afastam e evitam contato, demonstrando receio na proximidade com pessoas privadas de liberdade.⁽²⁶⁾

A última dificuldade referida foi a omissão dos municípios frente às ações de atenção básica à saúde da mulher privada de liberdade, isto porque, gestores municipais consideram esta como uma responsabilidade exclusiva do Estado:

“Se faltar alguma coisa a culpa não é da casa, é do governo [...] elas faz o possível, mas não tem o suficiente. Aí muitas pessoas se queixam do sistema, mas não é. Como é que a senhora pode me dar uma caneta pra assinar um papel se o pessoal da faculdade não lhe deu a caneta?! A senhora vai só perguntar meu nome e gravar aqui.” γM7

“No caso o PSP, todo o PSP com menos de 100 apenados tem a questão de ser referente ao município onde ele está atuando só que como a gente tem essa dificuldade com o município, acaba com o estado dando total suporte as apenadas desse município.” $\alpha E1$

“Melhorasse mais assim o convívio entre estado e município, que é onde a gente encontra as maiores barreiras que um fica jogando para o outro. Um diz não isso é responsabilidade do estado... não é responsabilidade do município. A gente tá num território que é do município, mas mesmo assim a gente ainda encontra um obstáculo grande porque eles ficam passando para o estado, a responsabilidade para o estado.” $\beta E1$

“ [...] a falta do reconhecimento do seu papel enquanto os municípios nesse contexto é o maior dificultador dessa situação, desse acesso dessas pessoas à saúde, infelizmente os municípios não entendem a questão que é mais fácil transformar essa população invisível do que encarar a problemática e atuar. Os municípios tendem muito a tratar como invisível e assim elas não atuam.” $G1$

As coordenações de saúde da mulher das Secretarias Municipais de Saúde confirmaram esta postura:

“Existe uma equipe do Estado né que presta assistência tanto a saúde masculina quanto a saúde feminina e essa equipe de saúde é direcionada pela parte da gerência do Estado...” $\alpha C1$

“[...] durante o período de aprisionamento, essas mulheres né, legalmente elas devem ser assistidas pelo Estado, então, lá na prisão eles vão ter um serviço não de atenção básica, mas um serviço ambulatorial que vai dar assistência através do Estado, através de profissionais do Estado à essas mulheres. Então o município, a atenção básica né, ela não tem essa responsabilização...” $\pi C1$

As falas acima mostram que os municípios contrariam o que preconiza a Portaria nº 482, de 2014, quando diz que os serviços de saúde no sistema prisional devem estar integrados a uma Unidade Básica de Saúde do município em que estiver localizado o estabelecimento prisional. Apesar disso, o estudo não verificou a Programação Pactuada Integrada dos municípios, não sendo possível afirmar o planejamento das ações de saúde e os pactos intergestores.

Aspectos legais apontam que a gestão dos serviços de saúde e a assistência à saúde das unidades prisionais com até cem pessoas privadas de liberdade devem ser oferecidas

preferencialmente pelos municípios.⁽²⁸⁾ Pondera-se que três penitenciárias pesquisadas tinham menos de cem mulheres privadas de liberdade.

Desde a promulgação da PNAISP que as ações de atenção básica às pessoas privadas de liberdade são de responsabilidade do SUS e a Rede de Atenção à Saúde envolve os setores interministeriais, interfederativos e tripartite.⁽²⁵⁾

Somado a isso, os poderes executivos precisam aumentar a agenda orçamentária, com o objetivo de garantir incentivos financeiros adequados à estruturação de unidades básicas de saúde prisional e para o custeio das equipes e serviços de saúde, com destaque para a criação de condições mais favoráveis para que as Redes de Atenção à Saúde, locais e regionais, fortaleçam suas capacidades e a população carcerária seja visualizada pelo SUS, de modo universal, integral, resolutivo e contínuo.⁽²⁵⁾

Faz-se necessário dizer que durante a realização das entrevistas, este embate município *versus* Estado apareceu como uma questão de cunho político, pois as ações de atenção básica à saúde da mulher privada de liberdade eram ainda mais prejudicadas nos municípios em que não havia apoio do governo Estadual, enquanto que nas cidades que recebiam apoio político do governo do Estado, mesmo não existindo ações específicas para as mulheres reclusas, a pactuação ocorria de maneira mais fácil e leve. Deve-se ponderar que é a saúde de uma população específica e vulnerável que fica prejudicada durante esta resistência de diálogo entre os governantes.

A integralidade da assistência à saúde de mulheres privadas de liberdade depende da continuidade no cuidado, nas unidades básicas localizadas dentro das penitenciárias e na Rede de Atenção à Saúde, por isso, vínculos estáveis necessitam ser estabelecidos.⁽³⁰⁾

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A existência das ações de atenção básica à saúde da mulher nas penitenciárias, independente de seu impacto epidemiológico, foi considerada como aspecto positivo, destacando que, através do atendimento realizado, mulheres privadas de liberdade conseguiram descobrir patologias e tratá-las com sucesso, oportunidade que não obtiveram enquanto estavam em liberdade. Além disso, ter profissionais atuando em todas as penitenciárias femininas traduz-se como um progresso para o Estado, mesmo que em quantidade aquém da exigida pelos aparatos legais.

Os entraves para que se efetivem as ações de atenção básica à saúde da mulher compreendem ausência de insumos e estrutura física precária, atendimento por demanda espontânea, pequeno efetivo de agentes penitenciários, o que impede, por vezes, a escolta no acompanhamento de saúde, carência de profissionais médicos que queiram atuar na equipe de saúde do sistema penitenciário, existência de profissionais preconceituosos e receosos com a saúde penitenciária, além de divergências políticas entre os níveis interfederativos. Soma-se ainda a priorização de ações assistenciais e quase inexistência quanto à realização de ações educativas junto as mulheres privadas de liberdade.

Reconhece-se que as questões estruturais e de insumos são talvez mais precárias que as encontradas no SUS em todo o país, e que para resolvê-las é necessário explicitar o financiamento destinado para esses suprimentos. Ademais, é emergente a contratação de novos profissionais, de modo, que o sistema penitenciário consiga suportar a demanda de escolta para assistência à saúde e demais atividades.

Não obstante as ações já referidas, é imprescindível o desenvolvimento de habilidades e competências para os profissionais, desde sua graduação, a fim de que reconheçam a população privada de liberdade como usuários do SUS, com direitos universais e integrais,

como também para que saibam trabalhar na perspectiva de uma unidade penitenciária. As instituições formadoras de ensino devem adentrar nesse campo com o propósito de tornar essa população visível.

A divulgação dos resultados desse trabalho permitirá uma discussão das necessidades que permeiam o campo da saúde penitenciária, em especial, as ações de atenção básica à saúde das mulheres privadas de liberdade, bem como proporcionará aos gestores se aprofundarem nas questões referentes à população carcerária e suas condições de saúde, para que percebam como devem alocar investimentos a fim de que avanços significativos sejam alcançados, destacando-se que o comprometimento interfederativo é primordial para tal.

A limitação desse estudo foi a dificuldade da exposição de enfermeiros e Gerência de saúde da SEAP no reconhecimento dos problemas existentes para efetivação das ações de atenção básica à saúde da mulher; os primeiros temiam por seu emprego, visto que ocupam cargos comissionados.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN – Junho de 2014. Brasília (DF); 2014.
2. Conselho Nacional de Justiça. População carcerária feminina aumentou 567% em 15 anos no Brasil. 2015. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/80853-populacao-carceraria-feminina-aumentou-567-em-15-anos-no-brasil>.
3. Pimentel IS, Carvalho LFS, Carvalho S, Carvalho CMS. Percepção de mulheres privadas de liberdade acerca da assistência à saúde no sistema penitenciário. Rev. Interd [periódico online]. 2015 [acesso em: 22 mai. 2016]. 8(4): 109-18. Disponível em: <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/659>.

11. Bardin L. Análise de Conteúdo. Tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. 70 ed. São Paulo; 2011.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
13. Brandão ALRBS, Giovanella L, Campos CEA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. Ciênc. saúde coletiva [periódico online]. 2013 [acesso em: 25 mai. 2016]. 18(1): 103-14. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100012.
14. Tomasi E et al. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. Rev. Bras. Saude Mater. Infant [periódico online]. 2015[acesso em: 27 mai. 2016]. 15(2): 171-180. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292015000200171&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
15. Audi CAF, Santiago SM, Andrade MGG, Francisco PMSB. Inquérito sobre condições de saúde de mulheres encarceradas. Saúde debate[periódico online]. 2016[acesso em: 27 mai. 2016]. 40(109): 112-24Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n109/0103-1104-sdeb-40-109-00112.pdf>.
16. Alves ESRC, Davim RMB, Oliveira LFM, Rodrigues ESRC, Nóbrega MF, Torquato JA. Condições de vida e de saúde de mulheres em uma unidade prisional feminina. Rev enferm UFPE on line [periódico online]. 2016[acesso em: 03 jun. 2016].10(3): 958-68.Disponível em:www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/.../14635.

17. Mignon S. Health issues of incarcerated women in the United States. *Ciênc. saúde coletiva*[periódico online]. 2016[acesso em: 03 jun. 2016]. 21(7): 2051-60. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000702051.
18. Brasil. Lei de Execução Penal. Lei nº 7210 de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília; 1984.
19. Sousa MCP, Alencar Neto FJ, Sousa PCC, Silva SLC. Atenção à saúde no sistema penitenciário: revisão de literatura. *R. Interd* [periódico online]. 2013 [acesso em: 03 jun. 2016]. 6(2). Disponível em:<http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/59>.
20. Arruda AJCG, Oliveira MHB, Guilam MC, Vasconcelos DIB, Costa TF, Leite IF. Direito à saúde no sistema prisional: revisão integrativa. *Rev. enferm. UFPE on line* [periódico online]. 2013 [acesso em: 06 jun. 2016].7(esp): 6646-54. Disponível em:www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/.../7878.
21. Damas FB. Assistência e condições de saúde nas prisões de Santa Catarina, Brasil. *Rev. Saúde Públ. Santa Cat* [periódico online]. 2012 [acesso em: 06 jun. 2016]. 5(3): 6-22. Disponível em:<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/view/148/177>.
22. Barbosa ML, Celino SDM, Oliveira LV, Pedraza DF, Costa GMC. Atenção básica à saúde de apenados no sistema penitenciário: subsídios para a atuação da enfermagem. *Esc. Anna Nery*[periódico online]. 2014 [acesso em: 08 jun. 2016]. 18(4): 586-92. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400586.
23. Fernandes LH, Alvarenga CW, Santos LL, Pazin-Filho A. Necessidade de aprimoramento do atendimento à saúde no sistema carcerário. *Rev Saúde Pública*[periódico online]. 2014[acesso em: 08 jun. 2016]. 48(2).Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n2/0034-8910-rsp-48-2-0275.pdf>.

24. Barsaglini RA, Kehrig RT, Arruda MB. Análise da percepção de gestores sobre a gestão da política de saúde penitenciária em Mato Grosso, Brasil. Saude soc [periódico online]. 2015 [acesso em: 08 jun. 2016]. 24(4): 1119-36. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000401119&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
25. Soares Filho MM, Bueno PMMG. Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. Ciênc. saúde coletiva [periódico online]. 2016 [acesso em: 08 jun. 2016]. 21(7): 1999-2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000701999&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
26. Diuana V, Ventura M, Simas L, Larouze B, Correa M. Direitos reprodutivos das mulheres no sistema penitenciário: tensões e desafios na transformação da realidade. Ciênc. saúde coletiva [periódico online]. 2016 [acesso em: 10 jun. 2016]. 21(7): 2041-50. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000702041&script=sci_abstract&tlng=pt.
27. Moreira MA, Souza HS. Vivências de mulheres aprisionadas acerca das ações de saúde prestadas no sistema penitenciário. Mundo saúde [periódico online]. 2014 [acesso em: 10 jun. 2016]. 3(2): 219-27. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/vivencias_mulheres_aprisionadas_sistema_penitenciario.pdf.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 482, de 1º de Abril de 2014. Institui normas para a operacionalização da 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 (DF); 2014.

29. Souza Santos F, Cavalcanti Valente GS, Souza LMC, Caldeira dos Santos MLS, Silva dos Santos I, Schwartz MP. Cuidados de enfermagem em situação de cárcere segundo Waldow: entre o profissional e o expressivo. *Enferm. Glob* [periódico online]. 2013 [acesso em: 10 jun. 2016]. 31: 303-15. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n31/pt_revision2.pdf.
30. Silva, SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc. Saúde coletiva*[periódico online]. 2011[acesso em: 10 jun. 2016]. 16(6).Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/14.pdf>.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou compreender que as ações de atenção básica à saúde da mulher em penitenciárias da Paraíba são minimamente ofertadas, não se constituindo um serviço de excelência, contudo, as dificuldades encontradas não diferem das visualizadas rotineiramente nos serviços de saúde do SUS, por isso, não se caracterizam como irregularidades exclusivas do sistema penitenciário.

As ações de atenção básica referentes ao controle do câncer do colo do útero e acompanhamento pré-natal sobressaem o controle do câncer de mama, necessitando que uma maior importância seja dispensada para realização desta ação. As ações educativas não tem conseguido alcançar os resultados esperados de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Ademais, foi identificada a execução das ações de atenção básica à saúde da mulher privada de liberdade de modo satisfatório, o que pode transformar a situação de saúde daquelas que ali se encontram. Entretanto, fatores como estrutura física precária, ausência de insumos, atendimento por demanda espontânea, carência de profissionais, baixo efetivo de agentes penitenciários e divergências políticas tem, sobremaneira, dificultado a realização das ações de atenção básica à saúde da mulher.

O entendimento das ações de atenção básica à saúde da mulher realizadas na Paraíba permite grandes contribuições, entre elas, para as mulheres privadas de liberdade que, após a divulgação dos resultados deste trabalho, poderá ser melhor assistida e menos negligenciada. Para a sociedade civil que conhecerá mais sobre a temática e perceberá que a saúde é um direito legal das pessoas privadas de liberdade no sistema penitenciário, de modo, que a punição para o delito cometido não pode interferir na sua assistência à saúde.

Para as instituições de ensino, os benefícios se traduzirão na verificação da necessidade em buscar desenvolver habilidades e competências dos alunos, fazendo com que as diversas áreas de formação consigam atuar no sistema penitenciário, evidenciando capacidade para tal e para reconhecer as necessidades dessa população específica, sem medos, receios ou preconceitos.

Para a SEAP, que conseguirá identificar as limitações do sistema e elaborar estratégias visando avanços nas ações de atenção básica à saúde da mulher, que já ocorrem, especialmente, devido a sensibilidade de dispor uma equipe de saúde no sistema prisional para as penitenciárias com menor quantidade de mulheres privadas de liberdade, além disso, poderá traçar estratégias a fim de minimizar os problemas encontrados.

Para os gestores municipais e estaduais, que poderão reconhecer que conflitos de cunho político prejudicam essa população e as tornam ainda mais invisibilizadas, sendo emergente diálogo e investimento para uma atenção à saúde universal e integral.

Este estudo encontrou como obstáculos a dificuldade das mulheres privadas de liberdade em expor os procedimentos realizados e sua periodicidade, como também o receio dos profissionais de saúde do sistema penitenciário e das coordenações de saúde da mulher dos municípios em conceder as entrevistas e guiá-las de maneira confortável, visto que, grande parte era funcionário comissionado e temia uma possível retaliação.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional - Sistema Integrado de Informações Penitenciárias – INFOPEN. Brasília (DF); 2012.
2. Silva M. Saúde Penitenciária no Brasil: Plano e Política. Verbena; 2015.
3. Sousa MCP, Alencar Neto FJ, Sousa PCC, Silva SLC. Atenção à saúde no sistema penitenciário: revisão de literatura. R. Interd. 2013; 6(2).
4. Brasil. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN – Junho de 2014. Brasília (DF); 2014.
5. Soares Filho MM, Bueno PMMG. Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. Ciênc. saúde coletiva. 2016; 21(7): 1999-2010.
6. Galvão MCB, Davim RMB. Ausência de assistência à gestante em situação de cárcere penitenciário. Cogitare Enferm. 2013; 18(3): 452-59.
7. Damas FB. Assistência e condições de saúde nas prisões de Santa Catarina, Brasil. Rev. Saúde Públ. Santa Cat. 2012; 5(3): 6-22.
8. Fochi MCS, Silva ARC, Lopes MHBM. Pré-natal em unidade básica de saúde a gestantes em situação prisional. Rev Rene. 2014; 15(2): 371-77.
9. Agnolo MD, Leda MB, Ana PSJ, Carvalho MDB, Peloso SM. Perfil de mulheres privadas de liberdade no interior do Paraná. Revista Baiana de Saúde Pública. 2014; 37 (4).
10. Oliveira VMS, Guimarães SJ. Saúde atrás das grades: o Plano Nacional de Saúde no sistema penitenciário nos estados de Minas Gerais e Piauí. Saúde em Debate. 2011; 35 (91): 597-606.
11. Brasil. Lei de Execução Penal. Lei nº 7210 de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília (DF); 1984.
12. Brasil. Constituição Federal Brasileira (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF); 1988.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília (DF): 2005.
14. Gois MC, Santos Junior HPO, Silveira MFA, Gaudêncio MMP. Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. Ciênc. saúde coletiva. 2012; 17 (5): 1235-46.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Portaria nº1 de 2 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 (DF); 2014.

16. Brasil. Ministério da Justiça. Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional. Portaria Interministerial n. 210 de 16 de Janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional, e dá outras providências. Brasília (DF); 2014.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases para uma ação programática. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1984.

19. Rocha LCD, Cabral DS, Calheiros CAP, Freire EMR, Silva MMJ. Percepção das mulheres encarceradas em penitenciária em relação à atenção à saúde da mulher. *Gestão e Saúde*. 2014; 5(1).

20. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde / SUS. Portaria nº95, de 26 de Janeiro de 2001. Brasília (DF); 2001.

21. Shimizu HE. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. *Physis*. 2013; 23 (4): 1101-22.

22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF); 2010.

23. Lemen HS, Gil BL, Cúnico SD, Jesus LO. Saúde no cárcere: das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. *Physis (Rio J)*. 2015; 25(3): 905-24.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 482, de 1º de Abril de 2014. Institui normas para a operacionalização da 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 (DF); 2014.

25. Lima GMB, Pereira Neto AF, Amarante PDC, Dias MD, Ferreira Filha MO. Mulheres no cárcere: significados e práticas cotidianas de enfrentamento com ênfase na resiliência. *Saúde em Debate*. 2013; 37(98): 446-56.

26. Brasil. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional - Sistema Integrado de Informações Penitenciárias – INFOPEN. Brasília (DF); 2011.

27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e reprodutiva. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.

28. Brasil. Lei nº 11.942, de 28 de maio de 2009. Dá nova redação aos arts. 14, 83 e 89 da Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984 -Lei de Execução Penal, para assegurar às mães presas e aos recém-nascidos condições mínimas de assistência. Brasília (DF); 2009.
29. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Valorização da Atenção Básica. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade – Modalidade a Distância. Atenção à saúde da mulher privada de liberdade. Universidade Federal de Santa Catarina; Organizadores: Carmem Regina Delziovo, Caroline Schweitzer de Oliveira, Luciana Oliveira de Jesus, Elza Berger Salema Coelho — Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2015.
30. Oliveira LV, Costa MGC, Medeiros KKAS, Cavalcanti AL. Epidemiological profile of female detainees in the Brazilian state of Paraíba: a descriptive study. *Online braz. j. nurs.* 2013; 12 (4): 892-901.
31. Fernandes LH, Alvarenga CW, Santos LL, Pazin-Filho A. Necessidade de aprimoramento do atendimento à saúde no sistema carcerário. *Rev Saúde Pública.* 2014; 48(2).
32. Militão LM, Kruno RB. Vivendo a gestação dentro de um sistema prisional. *Rev. Saúde (St. Maria).* 2014; 40 (1): 77-84.
33. Silva, SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc. Saúde coletiva.* 2011; 16(6).
34. Santos AR. Metodologia científica: a construção do conhecimento. 6ª ed. Rio de Janeiro: DP&A; 2004.
35. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 3. ed. São Paulo: Atlas; 1991.
36. Strauss A. Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
37. Brasil. Governo do Estado da Paraíba. Secretaria de Administração Penitenciária. População Carcerária. Paraíba: PB; 2016.
38. Brasil. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Plano Diretor do Sistema Penitenciário. Mulher Presa – Dados Gerais. Brasília (DF); 2011.
39. UEPB. Campus Avançado. Campus Avançado do Serrotão. Disponível em: <<http://proreitorias.uepb.edu.br/campusavancado/apresentacao/>>. Acesso em 20 de novembro de 2016.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013.
41. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24 (1).

42. Navarrete MLV, Silva MRF, Gallego MED, Lorenzo IV (org). Introdução às técnicas qualitativas de pesquisa aplicadas em saúde. Recife: IMIP; 2009.
43. Marconi AM, Lakatos EV. Fundamentos da Metodologia Científica. 5ª edição. São Paulo: Atlas; 2003.
44. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao Pré-natal de baixo risco. Editora do Ministério da Saúde; 2012.
45. Minayo MCS, Minayo-Gomez C. Díficeis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. In: Goldenberg P, Marsiglia RMG, Gomes AMH. (Orgs.). O clássico e o novo:tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
46. Marcondes NAV, Brisola EMA. Análise por triangulação de métodos: um referencial para pesquisas qualitativas. Revista Univap. 2014; 20(35): 201-8.
47. Gibbs G. Análise de dados qualitativos. Bookman, Artmed; 2009.
48. Souza DV, Zioni F. Novas perspectivas de análise em investigações sobre meio ambiente: a teoria das representações sociais e a técnica qualitativa da triangulação de dados. Saúde e Sociedade. 2003; 12(2): 76-85.
49. Bardin L. Análise de Conteúdo. Tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. Ed.70, São Paulo; 2011.
50. Minayo MCS. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes; 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Para mulheres privadas de liberdade

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa **AÇÕES DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA MULHER EM PENITENCIÁRIAS NA PARAÍBA.**

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

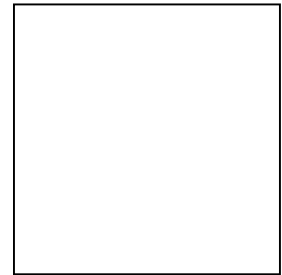
- O trabalho **AÇÕES DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA MULHER EM PENITENCIÁRIAS NA PARAÍBA** terá como objetivo descrever as ações de pré-natal, controle do câncer de colo do útero e controle do câncer de mama realizadas nas penitenciárias femininas da Paraíba e identificar aspectos positivos e negativos para execução de ações de atenção à saúde da mulher em penitenciárias da Paraíba sob a ótica das mulheres privadas de liberdade, profissionais de saúde e gestores.
- Ao voluntário só caberá a autorização para responder a entrevista semi-estruturada e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.
- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083)33445301 com Vanessa Giuliani de Freitas Mesquita.

- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, como pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Local e data: _____ / _____ / _____

Assinatura do(a) participante

Assinatura da Pesquisadora Responsável



**Impressão do dedo polegar caso não
saiba assinar**

Para profissionais de saúde, coordenação de saúde da mulher e Gerência de Saúde da SEAP

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa **AÇÕES DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA MULHER EM PENITENCIÁRIAS NA PARAÍBA.**

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

- O trabalho **AÇÕES DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA MULHER EM PENITENCIÁRIAS NA PARAÍBA** terá como objetivo descrever as ações de pré-natal, controle do câncer de colo do útero e controle do câncer de mama realizadas nas penitenciárias femininas da Paraíba e identificar aspectos positivos e negativos para execução de ações de atenção à saúde da mulher em penitenciárias da Paraíba sob a ótica das mulheres privadas de liberdade, profissionais de saúde e gestores.
- Ao voluntário só caberá a autorização para responder a entrevista semi-estruturada e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.
- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083)33445301 com Vanessa Giuliani de Freitas Mesquita.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, como pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Local e data: _____ / _____ / _____

Assinatura do(a) participante

Assinatura da Pesquisadora Responsável

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para mulheres privadas de liberdade

- 1) Após seu aprisionamento, quais ações para a saúde da mulher você recebeu?

- 2) Quais dessas ações já foram realizadas após o seu aprisionamento?

CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

- Atividades educativas sobre o câncer de colo de útero (abordagem: o que é, modo de contágio, importância do rastreamento, manifestações clínicas, formas de tratamento)

SIM () NÃO ()

- Exame citológico / Papanicolaou

SIM () NÃO () **QUANDO FOI O ÚLTIMO:**

- Recebimento do resultado do exame citológico e esclarecimentos

SIM () NÃO ()

- Prescrição do tratamento de doenças sexualmente transmissíveis detectadas no rastreamento?

SIM () NÃO () **QUAIS AS MEDICAÇÕES UTILIZADAS?**

- Avaliação de sintomas do câncer de colo uterino (sangramento, corrimento e dor pélvica)

SIM () NÃO ()

- Encaminhamento para centros de referência, caso necessário

SIM () NÃO ()

CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA

- Atividades educativas sobre o câncer de mama (abordagem: o que é, importância do rastreamento, manifestações clínicas, fatores de risco, formas de tratamento)

SIM () NÃO ()

- Incentivo e instrução para realizar o auto-exame das mamas

SIM () NÃO ()

- **Exame Clínico das Mamas (inspeção e palpação)**

SIM () NÃO ()

IDADE: QUANDO FOI O ÚLTIMO:

- **Requisição de mamografia**

SIM () NÃO ()

FOI REALIZADA? QUANDO FOI A ÚLTIMA:

- **Requisição de ultrassonografia mamária como exame complementar**

SIM () NÃO ()

FOI REALIZADA? QUANDO FOI A ÚLTIMA:

- **Recebimento dos resultados dos exames de imagem e esclarecimentos**

SIM () NÃO ()

- **Avaliação de sintomas do câncer de mama (presença de nódulo, secreção mamilar, endurecimento da mama, eritema mamário, edema na mama, inversão mamilar, descamação ou ulceração no mamilo)**

SIM () NÃO ()

- **Encaminhamento para centros de referência, caso necessário**

SIM () NÃO ()

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Está ou esteve grávida durante o seu aprisionamento? (Se a resposta for NÃO, a entrevista continuará na pergunta 3)

Se grávida no momento de coleta. Está com quantas semanas?

- **Quantas consultas foram realizadas?**

- **Recebeu cartão da gestante?**

SIM () NÃO ()

- **O cartão foi preenchido em todas as consultas?**

SIM () NÃO ()

- **As consultas foram intercaladas por médico e enfermeiro?**

SIM () NÃO ()

- **Atividades educativas (abordagem: importância do pré-natal, aleitamento materno, imunizações, periodicidade das consultas, desenvolvimento da gestação, modificações corporais)**

SIM () NÃO ()

- **Escuta da gestante e retirada de dúvidas**

SIM ()

NÃO ()

-Exames solicitados Hemograma Tipagem sanguínea e fator Rh Glicemia de jejum VDRL anti HIV Toxoplasmose Sorologia Hepatite B Exame de urina Ultrassonografia obstétrica Outros QUAIS:**- Recebeu o resultado dos exames**

SIM ()

NÃO ()

- Foi prescrito e disponibilizado ácido fólico e sulfato ferroso?

SIM ()

NÃO ()

- Imunização Hepatite B dT dtpa**- Exame clínico para avaliar desenvolvimento da gestação durante as consultas**

SIM ()

NÃO ()

- Acompanhamento do estado nutricional, ganho de peso e controle de pressão arterial durante a gravidez

SIM ()

NÃO ()

- Consulta puerperal

SIM ()

NÃO ()

- Encaminhamento para centros de referência, caso necessário

SIM ()

NÃO ()

3) Quanto às ações realizadas:

- Que profissional realiza estas ações?

- Onde elas acontecem?

- Com que período são realizadas? Existe fila de atendimento?

- O que é necessário para contatar os profissionais?

4) Para onde você é encaminhada, caso necessário, para receber atendimento (assistência pré-natal, ações de controle do câncer de colo do útero e controle do câncer de mama), realizar exames/procedimentos e tratamento? O seu deslocamento é garantido?

5) Como avalia as ações efetuadas na penitenciária e na rede de serviços?

Para profissionais enfermeiros da unidade de saúde penitenciária

- 1) Quais as ações à saúde da mulher são realizadas durante o aprisionamento?
- 2) Quais dessas ações de atenção básica à saúde da mulher são realizadas?

CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

- Atividades educativas sobre o câncer de colo de útero (abordagem: o que é, modo de contágio, importância do rastreamento, manifestações clínicas, formas de tratamento)

SIM () NÃO ()

- Exame citológico / Papanicolaou

SIM () NÃO () **QUAL A PERIODICIDADE?**

- Entrega do resultado do exame citológico e esclarecimentos

SIM () NÃO ()

- Prescrição do tratamento de doenças sexualmente transmissíveis detectadas no rastreamento?

SIM () NÃO () **QUAIS AS MEDICAÇÕES PRESCRITAS?**

- Avaliação de sintomas do câncer de colo uterino (sangramento, corrimento e dor pélvica)

SIM () NÃO ()

- Encaminhamento para centros de referência, caso necessário

SIM () NÃO ()

CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA

- Atividades educativas sobre o câncer de mama (abordagem: o que é, importância do rastreamento, manifestações clínicas, fatores de risco, formas de tratamento)

SIM () NÃO ()

- Incentivo e instrução para realizar o auto-exame das mamas

SIM () NÃO ()

- Exame Clínico das Mamas (inspeção e palpação)

SIM () NÃO ()

A PARTIR DE QUAL IDADE? QUAL A PERIODICIDADE?**- Requisição de mamografia**

SIM () NÃO ()

A PARTIR DE QUAL IDADE? QUAL A PERIODICIDADE?**- Requisição de ultrassonografia mamária como exame complementar**

SIM () NÃO ()

A PARTIR DE QUAL IDADE? QUAL A PERIODICIDADE?**- Entrega dos resultados dos exames de imagem e esclarecimentos**

SIM () NÃO ()

- Avaliação de sintomas do câncer de mama (presença de nódulo, secreção mamilar, endurecimento da mama, eritema mamário, edema na mama, inversão mamilar, descamação ou ulceração no mamilo)

SIM () NÃO ()

- Encaminhamento para centros de referência, caso necessário

SIM () NÃO ()

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL**- Quantas consultas são realizadas? Qual a periodicidade das consultas?****- O cartão da gestante é entregue?**

SIM () NÃO ()

- O cartão é preenchido em todas as consultas?

SIM () NÃO ()

- As gestantes são cadastradas no SisPreNatal?

SIM () NÃO ()

- As consultas são intercaladas por médico e enfermeiro?

SIM () NÃO ()

- Atividades educativas (abordagem: importância do pré-natal, aleitamento materno, imunizações, periodicidade das consultas, desenvolvimento da gestação, modificações corporais)

SIM () NÃO ()

- Escuta da gestante e retirada de dúvidas

SIM () NÃO ()

-Exames solicitados

- () Hemograma () Tipagem sanguínea e fator Rh () Glicemia de jejum
 () VDRL () anti HIV () Toxoplasmose () Sorologia Hepatite B
 () Exame de urina () Ultrassonografia obstétrica
 () Outros QUAIS:

- Os exames são requisitados no 1º e 3º trimestre?

SIM () NÃO ()

- O resultado dos exames é entregue?

SIM () NÃO ()

- É prescrito e disponibilizado ácido fólico e sulfato ferroso?

SIM () NÃO ()

- Imunização

() Hepatite B () dT () dtpa

- Exame clínico para avaliar desenvolvimento da gestação durante as consultas

SIM () NÃO ()

- Acompanhamento do estado nutricional, ganho de peso e controle de pressão arterial durante a gravidez

SIM () NÃO ()

- Consulta puerperal

SIM () NÃO ()

- Encaminhamento para centros de referência, caso necessário

SIM () NÃO ()

3) Quanto às ações realizadas:

- Que profissional realiza estas ações?
- Onde elas acontecem?
- Há insumo material adequado e suficiente?
- Como as ações são ofertadas às reeducandas?
- Com que período são realizadas? Existe fila de atendimento?

4) Para quais serviços as reeducandas são encaminhadas para a realização de exames/procedimentos e tratamento adequado? O deslocamento é garantido?

5) Enquanto profissional qual avaliação faz das ações efetuadas?

- Requisição de mamografia

SIM () NÃO ()

A PARTIR DE QUAL IDADE? QUAL A PERIODICIDADE?

- Requisição de ultrassonografia mamária como exame complementar

SIM () NÃO ()

A PARTIR DE QUAL IDADE? QUAL A PERIODICIDADE?

- Entrega dos resultados dos exames de imagem e esclarecimentos

SIM () NÃO ()

- Avaliação de sintomas do câncer de mama (presença de nódulo, secreção mamilar, endurecimento da mama, eritema mamário, edema na mama, inversão mamilar, descamação ou ulceração no mamilo)

SIM () NÃO ()

- Encaminhamento para centros de referência, caso necessário

SIM () NÃO ()

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

- Quantas consultas são realizadas? Qual a periodicidade das consultas?

- O cartão da gestante é entregue?

SIM () NÃO ()

- O cartão é preenchido em todas as consultas?

SIM () NÃO ()

- As gestantes são cadastradas no SisPreNatal?

SIM () NÃO ()

- As consultas são intercaladas por médico e enfermeiro?

SIM () NÃO ()

- Atividades educativas (abordagem: importância do pré-natal, aleitamento materno, imunizações, periodicidade das consultas, desenvolvimento da gestação, modificações corporais)

SIM () NÃO ()

- Escuta da gestante e retirada de dúvidas

SIM () NÃO ()

-Exames solicitados

() Hemograma () Tipagem sanguínea e fator Rh () Glicemia de jejum

() VDRL () anti HIV () Toxoplasmose () Sorologia Hepatite B

() Exame de urina () Ultrassonografia obstétrica

() Outros QUAIS:

- Os exames são requisitados no 1º e 3º trimestre?

SIM () NÃO ()

- O resultado dos exames é entregue?

SIM () NÃO ()

- É prescrito e disponibilizado ácido fólico e sulfato ferroso?

SIM () NÃO ()

- Imunização

() Hepatite B () dT () dtpa

- Exame clínico para avaliar desenvolvimento da gestação durante as consultas

SIM () NÃO ()

- Acompanhamento do estado nutricional, ganho de peso e controle de pressão arterial durante a gravidez

SIM () NÃO ()

- Consulta puerperal

SIM () NÃO ()

- Encaminhamento para centros de referência, caso necessário

SIM () NÃO ()

3) Quanto às ações realizadas:

- Que profissional realiza estas ações?

- Onde elas acontecem?

- Há insumo material adequado e suficiente?

- Como as ações são ofertadas às reeducandas?

- Com que período são realizadas? Existe fila de atendimento?

4) Para quais serviços as reeducandas são encaminhadas para receber atendimento (assistência pré-natal, ações de controle do câncer de colo do útero e controle do câncer de mama), realizar exames/procedimentos e tratamento? O deslocamento é garantido?

5) Qual avaliação você faz das ações ofertadas?

- Requisição de mamografia

SIM () NÃO ()

A PARTIR DE QUAL IDADE? QUAL A PERIODICIDADE?

- Requisição de ultrassonografia mamária como exame complementar

SIM () NÃO ()

A PARTIR DE QUAL IDADE? QUAL A PERIODICIDADE?

- Entrega dos resultados dos exames de imagem e esclarecimentos

SIM () NÃO ()

- Avaliação de sintomas do câncer de mama (presença de nódulo, secreção mamilar, endurecimento da mama, eritema mamário, edema na mama, inversão mamilar, descamação ou ulceração no mamilo)

SIM () NÃO ()

- Encaminhamento para centros de referência, caso necessário

SIM () NÃO ()

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

- Quantas consultas são realizadas? Qual a periodicidade das consultas?

- O cartão da gestante é entregue?

SIM () NÃO ()

- O cartão é preenchido em todas as consultas?

SIM () NÃO ()

- As gestantes são cadastradas no SisPreNatal?

SIM () NÃO ()

- As consultas são intercaladas por médico e enfermeiro?

SIM () NÃO ()

- Atividades educativas (abordagem: importância do pré-natal, aleitamento materno, imunizações, periodicidade das consultas, desenvolvimento da gestação, modificações corporais)

SIM () NÃO ()

- Escuta da gestante e retirada de dúvidas

SIM () NÃO ()

-Exames solicitados

() Hemograma () Tipagem sanguínea e fator Rh () Glicemia de jejum

() VDRL () anti HIV () Toxoplasmose () Sorologia Hepatite B

Exame de urina Ultrassonografia obstétrica

Outros QUAIS:

- Os exames são requisitados no 1º e 3º trimestre?

SIM () NÃO ()

- O resultado dos exames é entregue?

SIM () NÃO ()

- É prescrito e disponibilizado ácido fólico e sulfato ferroso?

SIM () NÃO ()

- Imunização

Hepatite B dT dtpa

- Exame clínico para avaliar desenvolvimento da gestação durante as consultas

SIM () NÃO ()

- Acompanhamento do estado nutricional, ganho de peso e controle de pressão arterial durante a gravidez

SIM () NÃO ()

- Consulta puerperal

SIM () NÃO ()

- Encaminhamento para centros de referência, caso necessário

SIM () NÃO ()

3) Quanto às ações realizadas (nas unidades com ESP e sem ESP):

- Que profissional realiza estas ações?

- Onde elas acontecem?

- Há insumo material adequado e suficiente?

- Como as ações são ofertadas às reeducandas?

- Com que período são realizadas? Existe fila de atendimento?

4) Para quais serviços as reeducandas são encaminhadas para receber atendimento (assistência pré-natal, ações de controle do câncer de colo do útero e controle do câncer de mama), realizar exames/procedimentos e tratamento? O deslocamento é garantido?

5) Qual avaliação você faz das ações ofertadas na penitenciária e na rede de serviços?

APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

Para mulheres privadas de liberdade

Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada **AÇÕES DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA MULHER EM PENITENCIÁRIAS NA PARAÍBA** poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, a pesquisadora Vanessa Giuliani de Freitas Mesquita a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

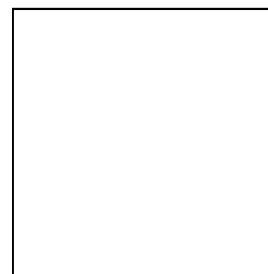
Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso da pesquisadora acima citada em garantir-me os seguintes direitos:

1. poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, jornais, congressos entre outros eventos dessa natureza;
3. minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização, em observância ao Art.5º, XXVIII, alínea “a” da Constituição Federal de 1988;
5. os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa Vanessa Giuliani de Freitas Mesquita, e após esse período, serão destruídos e,
6. serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Ademais, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução N°. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Local e data: _____ / _____ / _____

Assinatura do(a) participante



Assinatura da Pesquisadora Responsável

**Impressão do dedo polegar
caso não saiba assinar**

Para profissionais de saúde, coordenação de saúde da mulher e Gerência de Saúde da SEAP

Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada **AÇÕES DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA MULHER EM PENITENCIÁRIAS NA PARAÍBA** poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, a pesquisadora Vanessa Giuliani de Freitas Mesquita a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso da pesquisadora acima citada em garantir-me os seguintes direitos:

1. poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, jornais, congressos entre outros eventos dessa natureza;
3. minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização, em observância ao Art.5º, XXVIII, alínea “a” da Constituição Federal de 1988;
5. os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa Vanessa Giuliani de Freitas Mesquita, e após esse período, serão destruídos e,
6. serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Ademais, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Local e data: _____ / _____ / _____

Assinatura do(a) participante

Assinatura da Pesquisadora Responsável

ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/UEPB



COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE POS-GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUADO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Prof. Dra. Silvana Patrícia Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER DO RELATOR: (15)

Número do parecer: 45482115.7.0000.5187

Data da relatoria: 27/05/2015

Pesquisador: Vanessa Giuliani de Freitas Mesquita

Apresentação do Projeto: Ações de atenção básica à saúde da mulher em penitenciária: a realidade da Paraíba. Será uma pesquisa descritivo-exploratória com abordagem qualitativa que será realizada nas quatro penitenciárias femininas da Paraíba: Penitenciária de Recuperação Feminina Maria Júlia Maranhão, Penitenciária Feminina de Campina Grande, Presídio Feminino de Patos e Presídio Feminino de Cajazeiras. Os sujeitos da pesquisa serão as reeducandas em cumprimento do regime fechado nas penitenciárias femininas da Paraíba, os profissionais médicos e enfermeiros que compõem as unidades de saúde implantadas nas penitenciárias, a coordenação de saúde da mulher da Secretaria de Saúde dos municípios onde não há unidade de saúde implantada na penitenciária e a Gerência de saúde da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária (SEAP). O fechamento amostral será por saturação teórica em cada unidade penitenciária e o instrumento de coleta de dados será uma entrevista semi-estruturada, que ocorrerá de forma individual e será audiogravada. A análise dos dados será por análise de conteúdo e seguirá a proposta metodológica de Bardin (2011).

Objetivo da Pesquisa: Compreender as ações de atenção básica à saúde da mulher realizadas nas penitenciárias da Paraíba.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: A pesquisa apresenta riscos de natureza psicológica, porém é relatado que o sujeito da pesquisa poderá se recusar a participar (TCLE). Apresenta como maior benefício o estudo de um tema preocupante em população encarcerada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: A proposta do projeto é relevante, descritivo-exploratória com abordagem qualitativa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Encontram-se anexados os termos de autorização necessários para o estudo.


Recomendações: Não há o que se recomendar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: O presente estudo encontra-se sem pendências, devendo o mesmo prosseguir com a execução na íntegra de seu cronograma de atividades.

Situação do parecer: Aprovado

ANEXO 2 – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DE ARTIGO


01/09/2016 ScholarOne Manuscripts

 Physis Revista de Saúde Coletiva

[# Home](#)

Author

Review

Submission Confirmation 

Thank you for your submission

Submitted to
Physis Revista de Saúde Coletiva

Manuscript ID
PHYSIS-2016-0190

Title
AÇÕES DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA MULHER EM PENITENCIÁRIAS: a realidade da Paraíba

Authors
Mesquita, Vanessa Giuliani
Costa, Gabriela

Date Submitted
01-Sep-2016

ANEXO 3 – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL




SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
GERÊNCIA EXECUTIVA DO SISTEMA PENITENCIÁRIO - GESIPE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

A Gerência do Sistema Penitenciário da Paraíba, autoriza a Sr.^a Vanessa Giuliani de Freitas Mesquita, aluna do Mestrado em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba, RG nº 3349377 SSP/PB, a realizar a pesquisa intitulada “ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER EM PENITENCIÁRIAS: a realidade da Paraíba”, que será realizada nas Unidades Femininas de Patos, Campina Grande e Cajazeiras e Júlia Maranhão, concretizada pela aluna sob a coordenação/orientação da docente Professora Dr.^a GABRIELA MARIA CAVALCANTI COSTA.

Deverão ser respeitadas pelo pesquisador, todas as normas de segurança da unidade penal e o cumprimento da Resolução 466/12, devendo após o término da pesquisa enviar a essa Gerência cópia de toda pesquisa.

João Pessoa-PB, 27 de março de 2015.


CLÁUDIO DA CRUZ SANTOS, Assessor da Gesipe
Cláudio da Cruz Santos
PM
519.779-1
727.349.494-1



SECRETARIA DE ESTADO DA CIDADANIA E DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
Gerente Executivo do Sistema Penitenciário - GESIPE
Av. João da Mata s/n – Bloco II – 5º Andar
Centro Administrativo – Jaguaribe
Cep: 58015-900 – João Pessoa – PB
Fone: (0xx83)3218.4432/Tel/Fax 3218.4457