

 <https://doi.org/10.56344/2675-4827.v5n1a2024.6>

Percepção de uma equipe de atenção primária à saúde sobre a assistência à mulher privada de liberdade

Perception of a primary health care team on assistance to women deprived of liberty

Ana Clara Cardoso de Oliveira¹, Carolina Machado¹, Mariana Oliveira Alves da Silveira¹, Aidê Amábile Coelho dos Santos Gaspar², Lilian Donizete Pimenta Nogueira³, Lauren Suemi Kawata⁴

Resumo: O aumento do número de mulheres privadas de liberdade e a diminuição de profissionais de saúde nos presídios fazem com que as mulheres sejam atendidas em unidades externas. Esta pesquisa exploratório-descritiva, qualitativa, objetivou identificar e analisar a percepção de uma equipe de Atenção Primária à Saúde – APS sobre a assistência à mulher privada de liberdade na Unidade Básica de Saúde (UBS). O cenário da pesquisa foi uma UBS localizada no Distrito Sul de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil e referência para assistência a mulheres privadas de liberdade no município. A amostra foi composta por cinco profissionais de saúde. Para coleta de dados foi utilizada entrevista semiestruturada. Análise dos dados foi realizada por meio de análise temática. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Barão de Mauá. Os dados oriundos das entrevistas foram categorizados nos seguintes temas: “A igualdade na abordagem durante a assistência à mulher privada de liberdade e a singularidade da rotina no atendimento na UBS”; “A diferença no fluxo da assistência à mulher privada de liberdade”; “A ausência de longitudinalidade como dificultadora da assistência à mulher privada de liberdade na UBS”. Concluímos que a percepção dos profissionais de uma equipe de APS sobre a assistência à mulher privada de liberdade na UBS envolve o atendimento à saúde com igualdade, equidade e respeito, buscando abordagem humanizada, reconhecendo as dificuldades pela ausência de longitudinalidade do cuidado realizado na unidade e pela integralidade.

Palavras-chave: Mulheres. Prisioneiros. Assistência à saúde. Atenção primária à saúde.

¹ Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Barão de Mauá.

² Doutorado em Saúde Coletiva pela UNICAMP, com pós-doutorado pela USP. Docente do Centro Universitário Barão de Mauá. Contato: aide.coelho@baraodemaua.br

³ Doutoranda em Enfermagem pela USP. Docente do Centro Universitário Barão de Mauá. Contato: lilian.pimenta@baraodemaua.br

⁴ Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública pela USP. Docente do Centro Universitário Barão de Mauá. Contato: lauren.suemi@baraodemaua.br

Abstract: The increase in the number of women deprived of their liberty and the decrease in health professionals in prisons means that women are cared for external units. This exploratory descriptive research, qualitative, aimed to identify and analyze the perception of a Primary Health Care team about the care provided to women deprived of liberty in the Primary Health Care (PHC). The research setting was a UBS located in the South District of Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil, and a reference for assistance to women deprived of liberty in the municipality. The sample consisted of five health professionals. For data collection, a semi-structured interview. Data analysis was carried out by means of thematic analysis. The research, was approved from the Research Ethics Committee of Barão de Mauá University Center. The data from the interviews were categorized into the following themes: "Equality in the approach during assistance to women deprived of their liberty and the uniqueness of the routine in care at the UBS"; "The difference in the flow of assistance to women deprived of liberty"; "The lack of longitudinality as a complicating factor in assisting women deprived of their liberty at the UBS". We conclude that the perception of professionals from a PHC team regarding assistance to women deprived of liberty at the UBS involves health care with equality, equity and respect, seeking a humanized approach, recognizing the difficulties due to the lack of longitudinality of the care provided in the unit and for completeness.

Keywords: Women. Prisoners. Delivery of health care. Primary health care.

Recebimento: 18/04/2024

Aprovação: 19/07/2024

INTRODUÇÃO

Pesquisas apontam que países como Estados Unidos, Brasil, Tailândia, El Salvador, Rússia, Uruguai, Turcomenistão, Ruanda, Brunei, China e Belarus apresentam desde o ano de 2000 um acréscimo de 60% no número de mulheres privadas de liberdade, somando assim mais de 740 mil vivendo em cárcere no mundo (ICPS, 2022).

Em 2022, o Brasil chegou ao marco de 42 mil detentas, uma população carcerária quatro vezes maior que a de 2000, ocupando assim a terceira colocação no ranking mundial, após os Estados Unidos com 211 mil e China com 145 mil (ICPS, 2022). Ao caracterizar a população feminina privada de liberdade, o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Infopen) de 2018 identificou a população encarcerada feminina é jovem, com uma representação excessiva da população negra e que sofreu exclusão escolar antes da situação prisional (Brasil, 2018; Germano *et al.*, 2018).

A principal ocorrência que levam as mulheres às penitenciárias é o tráfico de drogas, que corresponde a 62% dos atos realizados por mulheres contra o código penal (Brasil, 2018). A maioria das encarceradas são mães (74%), sendo que 56% têm dois ou mais filhos (Brasil, 2018). Portanto, seus filhos, a comunidade e a sociedade são atingidos pelo aprisionamento, o que acaba resultando em um cenário geracional relacionado a pobreza (Germano *et al.*, 2018).

Levando em consideração as especificidades da população privada de liberdade e o crescimento de forma exponencial do número de mulheres encarceradas no Brasil, foram criadas políticas e leis para que elas tivessem seus direitos garantidos, principalmente em relação ao acesso à saúde.

A Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas (PNAMPE), criada em 2014, visa prover ações dos governos estaduais voltadas: ao direito à assistência jurídica, à assistência à gestante e à maternidade na prisão, aos recursos materiais, ao acesso à saúde, à educação e ao trabalho, à atenção psicológica e à capacitação de profissionais do sistema prisional feminino. Dessa forma, a PNAMPE considera principalmente as especificidades dessa população e as consequências negativas que o encarceramento pode gerar em suas vidas.

O Brasil também apresenta o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), criado em 2003, para que a pessoa privada de liberdade fosse incluída no Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando os seus direitos humanos e acesso as unidades de saúde (Brasil, 2004a). O PNSSP estabeleceu algumas metas voltadas à saúde da mulher presidiária, tendo como objetivo implementar ações em 100% das unidades penitenciárias, como: detecção e tratamento contra o câncer cérvico-uterino e de mama; diagnóstico e tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis - ISTs; assistência à métodos contraceptivos, pré-natal, parto, puerpério e intercorrências; imunização; educação continuada (Brasil, 2004a).

Ao longo dos anos, o PNSSP passou por uma avaliação e foi identificado o declínio deste modelo e a necessidade de incluir efetivamente as pessoas encarceradas no SUS, já que a população penitenciária aumentou e as ações na APS, oferecidas aos profissionais de saúde, eram voltadas somente para as unidades

penitenciárias e não ao itinerário carcerário, como: delegacias, colônias penais agrícolas e industriais, e nem para as penitenciárias federais (Brasil, 2014).

Diante desse cenário, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) em 2014, com o objetivo de atender aos princípios do SUS e de fornecer promoção e prevenção de saúde para todas as pessoas do itinerário carcerário, aos profissionais do serviço penal e aos familiares (Brasil, 2014). No SUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), criada em 2004 pelo Ministério da Saúde do Brasil, integra os cuidados de saúde a todas as presidiárias, envolvendo assim promoção de saúde, salientando ações educativas preventivas acerca da saúde sexual, frisando a transmissão e a prevenção de ISTs (Brasil, 2004b).

Apesar do grande objetivo das políticas e das leis voltadas à atenção integral, promoção e prevenção voltadas para a saúde das mulheres privadas de liberdade, a realidade do sistema prisional feminino se distancia das resoluções governamentais (Ribeiro, 2022).

As condições do presídio brasileiro em relação a assistência à saúde das mulheres ainda é um problema, já que se encontram em circunstâncias precárias devido à superlotação, que gera a diminuição dos recursos financeiros para itens de higiene pessoal, compra de medicamentos e falta de profissionais de saúde (Póvoa, 2019). Ainda mostrando as contradições entre a legislação brasileira e sua aplicação na realidade, Ribeiro (2022) sinalizou que, apesar da legislação prever a assistência social às mulheres privadas de liberdade, essa população tem a falta de objetos básicos de higiene como um problema. O autor apontou a necessidade de prisões que tragam condições adequadas para cuidados na gestação, lactação e maternidade (Ribeiro, 2022).

A assistência prestada por profissionais de saúde é prejudicada por diversos fatores, dentre eles: falta monetária para mantê-los nos presídios, diminuição de recursos materiais e o desprovimento de determinadas especialidades, principalmente de médicos, por exemplo: o médico clínico-geral atende à demanda das mulheres que precisam do médico ginecologista (Póvoa, 2019).

A diminuição dos profissionais de saúde no presídio faz com que as mulheres precisem ser atendidas nas unidades de saúde externas, porém a escolta policial é

insuficiente, também devido à baixa verba, afetando o acesso e a assistência à saúde (Póvoa, 2019).

Além desses problemas que contribuem para as condições precárias que as mulheres vivem no cárcere, é importante ressaltar que as gestantes e puérperas podem enfrentar todas essas situações citadas, além da preocupação sobre a gestação e o parto, a violação de seus direitos e a incerteza da permanência com seus filhos no presídio, podendo precisar de apoio e acompanhamento psíquico e social (Chaves *et al.*, 2019).

Pesquisa realizada no Ceará, com a finalidade de analisar a assistência à saúde de mulheres privadas de liberdade, considerando a Teoria de Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, identificou que as mulheres encarceradas sofrem mais agravos a saúde que mulheres em geral (Araújo *et al.*, 2020). A mesma pesquisa também identificou relatos sobre o surgimento de doenças adquiridas na prisão e o agravamento de doenças já existentes, entrelaçando com relatos de ambiente insalubre, número excessivo de mulheres na cela, e com a ineficiência quanto ao acesso a assistência à saúde (Araújo *et al.*, 2020).

Estudo realizado por Lima e colaboradores (2021) mostrou que mulheres privadas de liberdade enfrentam situações de extrema vulnerabilidade que tem como consequência problemas de saúde tanto físicos como mentais. Além disso, muitas vezes, essas mulheres têm acesso limitado ou até mesmo inexistente a serviços de saúde básicos e até mesmo terciários, seja pela falta de estrutura das instituições prisionais ou pela escassez de políticas públicas que abrangem essa população. Revisão integrativa sobre cuidado a mulheres grávidas privadas de liberdade concluiu que a vivência no pré-natal no presídio apresenta dificuldades e envolve especificidades que demandam uma atenção ampliada de profissionais da saúde e de gestores (Sales *et al.*, 2020).

Diante do panorama apresentado, questionamos: qual a percepção de uma equipe de Atenção Primária à Saúde - APS sobre a assistência à mulher privada de liberdade na Unidade Básica de Saúde (UBS)?

Há uma necessidade cada vez mais nítida acerca do atendimento a mulheres privadas de liberdade, sendo assim, esta pesquisa apresentou como objeto geral

identificar e analisar a percepção de uma equipe de APS sobre a assistência à mulher privada de liberdade na UBS.

A percepção dos profissionais da saúde, sobre o tema discutido, se faz importante, pois são os prestadores de assistência para essa população. Portanto seus relatos e vivências são relevantes, pois através deles pode-se voltar a atenção à assistência que as mulheres privadas de liberdade recebem em uma unidade de APS no SUS.

MÉTODO

A presente pesquisa foi realizada através do método de estudo exploratório, descritivo e abordagem qualitativa. O campo de estudo foi no município de Ribeirão Preto. Localizando-se a nordeste do estado de São Paulo, a uma distância de 315 km da Capital do Estado, Ribeirão Preto somou mais de 720 mil habitantes no ano de 2021 (Ribeirão Preto, 2021a).

Segundo a Secretaria da Administração Penitenciária (SAP), em 2023, o município possuía uma penitenciária masculina com capacidade de 865 presidiários e uma população de 1260, e uma penitenciária feminina com capacidade de 405 presidiárias e uma população de 135. Além das Penitenciárias, há um Centro de Detenção Provisório (CDP) com capacidade de 586 presidiários e uma população de 831 (Brasil, 2023).

A Rede de Saúde de Ribeirão Preto é dividida em 5 distritos e cada um deles possui unidades de saúde diferentes. Na APS, a região Norte possui: 5 UBS, 5 Unidades de Saúde da Família (USF) e 1 Centro de Saúde Escola (CSE). O setor Leste contém: 5 UBS, 1 USF e 1 Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS). Já o distrito Central apresenta: 2 UBS, 1 UBDS, 1 USF e 1 CSE. A região Oeste possui: 5 UBS, 6 USF, 1 CSE, 1 Centro Médico Social Comunitário (CMSC) e 6 Núcleos de Saúde da Família (NSF). E o setor Sul contém: 3 UBS, 1 UBDS e 1 USF (Ribeirão Preto, 2021b).

Na APS, a unidade básica de saúde, cenário da pesquisa, é responsável pelo atendimento às mulheres encarceradas. Seu horário de funcionamento é de segunda à sexta-feira das 07h às 21h. A UBS conta com os serviços de clínica médica, pediatria, ginecologia, obstetrícia, odontologia, enfermagem, assistência

farmacêutica, vacinação, triagem neonatal, assistência domiciliar, planejamento familiar e atividades educativas (Ribeirão Preto, 2023a)

De acordo com as escalas disponíveis no site da prefeitura da cidade e na unidade, no momento da coleta de dados, a unidade apresentava 16 médicos (sendo 7 pediatras, 5 clínicos e 4 ginecologistas/obstetras) 2 dentistas, 3 auxiliares de saúde bucal, 6 enfermeiros e 20 técnicos/auxiliares de enfermagem (Ribeirão Preto, 2023b).

Para coleta de dados, desenvolvida em 21 e 25 de julho de 2023, foi utilizado uma entrevista semiestruturada com as seguintes questões: Descreva como é realizado um atendimento à mulher privada de liberdade nesta unidade. Quais fatores que facilitam a assistência à mulher privada de liberdade na APS? Quais fatores que dificultam a assistência à mulher privada de liberdade na APS? Quais os desafios da assistência à mulher privada de liberdade na APS?

Cada participante preencheu uma ficha de caracterização. As entrevistas foram áudio-gravadas e transcritas. É importante salientar que as entrevistas foram agendadas previamente e realizadas na UBS, a fim de não prejudicar a rotina da Unidade.

Para seleção dos profissionais, a supervisora da UBS indicou os profissionais que já realizaram atendimento a mulheres privadas de liberdade (enfermeira, médico ginecologista, auxiliar de enfermagem, farmacêutica e auxiliar de farmácia).

A amostra foi composta por 5 profissionais que atuam na unidade e que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão e que aceitarem participar da pesquisa. Os critérios de inclusão foram: ser profissional da equipe de saúde atuante na UBS e já ter participado de um atendimento à mulher privada de liberdade na UBS. Foram excluídos profissionais auxiliares de enfermagem que estiveram de férias ou licença no mês da coleta de dados.

Para preservar o sigilo, os profissionais participantes foram identificados aleatoriamente por números, sendo: profissional 1, profissional 2, profissional 3, profissional 4 e profissional 5.

A análise de dados da pesquisa foi realizada por análise temática de Minayo, seguindo as três etapas: pré-análise (escolha dos materiais que podem ser utilizados para alcançar o objetivo da pesquisa), exploração do material (leitura de todos os materiais, o que permite escolher os principais dados para compreendê-los, de acordo

com a especificidade temática da pesquisa) e tratamento dos resultados obtidos (a interpretação dos resultados obtidos nos materiais) (Minayo, 2004).

A pesquisa foi realizada seguindo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Barão de Mauá, sob o número CAAE: 69322223.3.0000.5378 , parecer número 6.156.096.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes da pesquisa apresentaram idade entre 34 e 56 anos, com média de 47,8 anos. A maioria (n= 3) era do sexo feminino. Dos 3 profissionais de nível superior, todos apresentaram especialização (1 em Ginecologia e Obstetrícia; 1 em Obstetrícia e Saúde da Família; 1 em Saúde da Família e Humanização em Atenção à Saúde).

Os anos de término da graduação foram: 1991, 1998 e 2012, o que indica profissionais com mais de 10 anos de formação. O tempo de exercício da profissão variou de 11 a 32 anos, com média de 17,8 anos. Os tempos de atuação na APS e na unidade podem ser vistos na tabela 1. As médias foram, respectivamente, 14,6 anos e 8 anos, o que pode possibilitar experiência em APS e criação de vínculo com a população da área adscrita.

Tabela 1 – Profissionais segundo tempo de atuação na APS e na Unidade. Ribeirão Preto, julho de

Profissional	Tempo de atuação na APS	Tempo de atuação na Unidade
Profissional 1	15 anos	10 anos
Profissional 2	17 anos	17 anos
Profissional 3	5 anos	5 anos
Profissional 4	4 anos	1 ano
Profissional 5	32 anos	7 anos

2023.

Fonte: autoral, 2023.

Apenas 1 participante realizou alguma capacitação para assistência à população privada de liberdade.

A percepção dos profissionais sobre a assistência à mulher privada de liberdade

A percepção dos profissionais sobre a assistência à mulher privada de liberdade na UBS foi analisada e sistematizada em três temas “A igualdade na abordagem durante a assistência à mulher privada de liberdade e a singularidade da rotina no atendimento na UBS”, “A diferença no fluxo da assistência à mulher privada de liberdade” e “Ausência de longitudinalidade como dificultadora da assistência à mulher privada de liberdade na UBS”.

A igualdade na abordagem durante a assistência à mulher privada de liberdade e a singularidade da rotina no atendimento na UBS

Os profissionais referiram que a mulher é tratada com igualdade, independente se ela se encontra em situação de cárcere ou não, mas existem particularidades importantes durante a sua permanência na unidade, por exemplo: uso de algemas e acompanhamento pela escolta policial.

Os profissionais relataram que realizam um atendimento e uma abordagem igualitária em seus atendimentos, focando sempre na assistência humanizada sendo a mulher privada de liberdade ou não, como pode ser visualizado nos depoimentos a seguir:

“... É um atendimento normal... Já que é um atendimento como qualquer outra paciente, não há diferença.” Profissional 1

“... É uma abordagem que eu como profissional, trato ela como qualquer outra mulher.” Profissional 3

“Olha, para mim não muda nada, eu procuro atendê-las como qualquer outra pessoa. (...) Eu não vejo nenhuma diferença que a gente tenha que fazer em relação a elas, a gente tem que tratar de forma humana e igual qualquer paciente que venha aqui (...) A gente tem que tratar de forma humana e igual qualquer paciente que venha aqui” Profissional 5

As falas dos profissionais indicam uma abordagem igual, porém é importante destacar as singularidades que podem interferir na abordagem, ou seja, existem pontos imutáveis que implicam em equidade, o que pode ser observado nos trechos abaixo:

“... Era uma mulher que não podia olhar reto... ela tinha que olhar sempre para o pé durante todo atendimento (...) Ela estava algemada em mão, pé, tudo. As outras mulheres não, tem umas que eu atendi, já fiz pré-natal, nem algemada estava”.
Profissional 3

“... Porque as vezes ela tem dificuldade de relatar, porque tem uma pessoa junto, mas também não podemos pedir para essa pessoa sair, porque tem que ser acompanhado.”
Profissional 5

Os profissionais relatam que os desafios da abordagem dessas mulheres consistem nas singularidades desse atendimento, que se inicia desde a chegada dessa mulher à unidade com escolta e até a sua permanência, muitas vezes algemada e acompanhada do agente penitenciário. Além das orientações focando sempre na realidade vivida por elas.

“... Olha dependendo é um desafio não só por essa mulher em situação prisional, o desafio as vezes é a abordagem que nós temos com essa mulher (...) É difícil essa abordagem (...) Às vezes, a gente orienta um hábito de vida saudável, mas ela está nesta situação né (...) Não podemos dar a mesma orientação a essa mulher. Não posso orientar ela a procurar comer tais coisas, sendo que ela tem essa restrição.”
Profissional 3

Estes resultados corroboram a literatura que aponta que a assistência à saúde de mulheres privadas de liberdade deve levar em consideração as singularidades sociais e culturais desta população, as quais são fatores determinantes no planejamento das ações (Araújo et al., 2020).

“... Procuo ser o mais humano, o mais delicado, porque às vezes ela tem dificuldade de relatar, porque tem uma pessoa junto, mas também não podemos pedir para essa pessoa sair, porque tem que ser acompanhado (...) Na hora do exame, a gente pede para ela ir ao banheiro se trocar, a escolta solta a

algema, nesse meio tempo eu peço para a auxiliar de enfermagem nos ajudar, aí a escolta fica aqui, ela não vai acompanhar o exame.” **Profissional 5**

As mulheres privadas de liberdade têm direito a uma atenção à saúde que atenda aos princípios de humanização e de integralidade (Delziovo, 2015). Diante disso, é possível observar que os profissionais relataram que não as tratam de uma forma diferente por serem presidiárias, atendendo à humanização, já que elas não são discriminadas pela sua condição atual.

Desse modo, é possível observar que os entrevistados prezam por um atendimento humanizado e sem discriminações, e pela equidade do cuidado, visando realizar orientações e tratamentos diante das restrições que elas se encontram.

A diferença no fluxo da assistência à mulher privada de liberdade

Ao longo deste tema, é possível identificar características do fluxo da mulher privada de liberdade no serviço de APS, isto é, como é o manejo no quesito de agendamento da consulta para a mulher privada de liberdade e como é o vínculo dessa mulher com a equipe. É possível também identificar quais os profissionais envolvidos em todos esses processos.

Observa-se nas falas abaixo que o agendamento das consultas é feito por um responsável de dentro da penitenciária, e esse mesmo responsável que indica qual será a necessidade da consulta, ou seja, ele comunica se será com a enfermeira iniciando pré-natal ou se será com o médico ginecologista.

“... Nós atendemos a penitenciária feminina, a responsável de lá, entra em contato via telefone conosco, e solicita um agendamento, e aí ela informa se precisa de médico ginecologista ou pré-natal que inicia com a enfermeira, então é feito o atendimento para essas duas categorias profissionais.” **Profissional 3**

“Por exemplo isso de agendar consulta sempre é na recepção, mas essa paciente não será ela que vai fazer esse agendamento (...) É agendado pela instituição que ela se encontra” **Profissional 1**

Estas falas que envolvem o agendamento das mulheres privadas de liberdade mostram um fluxo em que a unidade é referência em saúde para o sistema prisional corroborando com a literatura que traz a importância de parcerias no âmbito municipal para garantia do direito à saúde (Lopes; Pinheiro, 2016).

Os profissionais identificam que essa mulher é privada de liberdade de acordo com a maneira em que ela chega na unidade, sempre escoltada e algemada. Além do primeiro contato da equipe ser com algum agente penitenciário e não com mulher. A algema se mantém até o momento da consulta ginecológica, entretanto se a escolta permanece, os profissionais relatam que essa escolta é feita por uma pessoa do sexo feminino e, mesmo que se mantenha presente na sala de consulta, não é invasiva e respeita a privacidade da paciente, o que pode ser observado nos excertos a seguir:

“Então quando essa paciente chega eu sei que ela é privada pois ela vem com a escolta (...) No momento do atendimento recebemos primeiro a escolta que apresenta uma pastinha que a gestante tem (...) Aqui dentro não há tanta diferença por ela ser presa ou não, a diferença mesmo é que ela chega de forma diferente” Profissional 1

“... Elas chegam com escolta né, e com algum funcionário da penitenciária, geralmente com a polícia militar e a escolta da penitenciária também.” Profissional 3

“(...) Então eu chamo ela, que ainda está algemada (...) É somente quando ela chega aqui que é diferente de outras... Lá dentro da sala ela não está algemada, de jeito nenhum por que ela vai ao banheiro tira toda a roupa, se troca. (...) Entra a escolta também, que no caso é uma mulher, o guarda fica para fora, não fica o tempo todo em cima dela, fica sempre ao lado encostado. Sempre fica presente.” Profissional 1

“... Elas entram algemadas e acompanhadas por alguém do sistema penitenciário, fica alguém na porta e entra outro agente junto, normalmente é alguém do sexo feminino.” Profissional 5

Estes resultados apresentados corroboram com a literatura que mostra que uso de algemas na assistência à saúde apresenta como justificativas protocolos, risco de fuga, risco de prejuízos a outras pessoas ou a si (Sales et al., 2021), porém os momentos em que as algemas são retiradas possibilitam a dignidade.

Há também uma grande diferença na comunicação com essa mulher relatada pelos profissionais da saúde, já que seus retornos e futuros exames não serão comunicados a ela, e sim para os agentes penitenciários, que também realizam a retirada dos medicamentos na farmácia.

“Na verdade, a gente só entrega os pedidos e é lá no presídio que colhem (...) A diferença mesmo é que ela sai sem saber as coisas que ela vai fazer [referente a exames e retornos] (...) Ou então quando orientamos os outros a irem na farmácia, sempre nesse caso é a própria carcereira que vai pegar a medicações (...) A paciente não podia saber quando ela irá retornar ou sobre exames (...) Por exemplo, se o médico pediu ultrassom, exames ou retorno ela não pode saber, não é ela que vai ficar ciente (...) Você não pode ficar explicando as coisas (...) sobre exames de sangue ou alguma outra coisa quando vai fazer ou dia que irá vir” **Profissional 1**

“(...) uma vez eles me explicaram que elas não podem saber [a data do agendamento]” **Profissional 3**

“Geralmente não são elas que vem, são os agentes penitenciários que vem e entregam os receituários dos remédios que elas precisam...” **Profissional 4**

Algo que chama a atenção no trecho abaixo é que, mesmo que as informações importantes da paciente são passadas para membros da escolta, os profissionais relatam que esses pouco conhecem o histórico da paciente.

“Mas assim, essa acompanhante quando é questionada sobre a paciente elas nunca sabem, pois ela só faz parte da escolta, então isso é uma dificuldade.” **Profissional 1**

Contudo, é possível observar que mesmo que a equipe preze pela assistência humanizada e seguindo os princípios do SUS, fatores externos como a pouca informação que a escolta tem dessa mulher e a restrição de instruções sobre reagendamentos e futuros exames dificultam na criação de vínculo da equipe de saúde com a paciente privada de liberdade.

A ausência de longitudinalidade como dificultadora da assistência à mulher privada de liberdade na UBS

Os profissionais destacam um rompimento de um dos atributos mais importantes da Atenção Básica de Saúde que é a longitudinalidade, prejudicando a continuidade do tratamento destas mulheres, o que dificulta o conceito de recuperação de saúde. Ademais os profissionais acrescentam em suas falas a dificuldade em estabelecer vínculos com essa população, resultante da falta da longitudinalidade.

“... Essa gestante também não faz todo o acompanhamento aqui, ela não vem todos os meses, acho que volta médico lá para acompanhar ela (...) A gente não tem acesso a elas (...) Não sei nem se ela volta, não sei quem a vê, isso que é muito diferente das outras.” **Profissional 1**

“Não ter o contato direto (...) Fica muito difícil a gente saber justamente por isso, a gente não tem o prontuário delas, não tem o contato direto, então para nós fica um atendimento distante.” **Profissional 2**

“Como a gente não consegue encaminhar do posto para esses exames, porque o CPF de uma mulher assim é bloqueado, e para a gente fazer o encaminhamento, a gente precisa desse CPF. Então a própria penitenciária que faz o encaminhamento, então eles que providenciam o transporte e tudo, e isso não ficamos sabendo como será, pois, é a própria penitenciária que faz esse controle.” **Profissional 3**

“A gente tem uma certa dificuldade, porque ela não pode fazer exame aqui, a gente não consegue dar sequência, muitas vezes, então fica um tratamento meio quebrado, aí ela dá sequência com o médico de lá (...) Acho que a frequência com que elas vêm é muito ruim, elas não conseguem vir em uma frequência que elas deveriam. Por exemplo, estou fazendo um pré-natal (...) mas falta muito, fica muito espaçado, dificulta bastante, não sei como que é a lógica do transporte para elas, o que complica um pouquinho (...) A gente faz o pedido de qualquer exame de bioquímico, sangue ou urina, ela leva o pedido e colhe lá, eu não vejo o resultado, quem vê é o colega lá. Isso também dificulta, até porque a grande maioria delas não voltam (...) o problema fica nesse seguimento quebrado (...) Por exemplo, sífilis e HIV (...) então não tenho o retorno para dar o seguimento longitudinal que elas precisariam (...) eu vou passar o tratamento, mas eu

“não vou fazer o seguimento porque elas não voltam”
Profissional 5

Os resultados apresentados indicam a necessidade de melhorias de articulação entre a equipe da APS e a equipe do sistema prisional para continuidade da assistência, o que também foi apontando em outra pesquisa que identificou a necessidade de integração entre unidades da rede de atenção à saúde e a equipe do sistema prisional (Schultz et al., 2020).

A fala do profissional abaixo, demonstra que a assistência a essas mulheres é focada no tratamento e não na prevenção.

“...a maioria que vem aqui não vem para fazer prevenção, elas vêm por uma queixa, como: odor, sangramento, mas a gente aproveita e faz o rastreamento também, mas muito raramente elas voltam (...) até porque a grande maioria delas não voltam, não tem retorno para checar e nem para a gente reavaliar a conduta, então assim, a maioria que vem aqui não vem para fazer prevenção, elas vêm por uma queixa, como: odor, sangramento, mas a gente aproveita e faz o rastreamento também, mas muito raramente elas voltam.” **Profissional 5**

Estes resultados vão de encontro a uma pesquisa que aponta a dificuldade de detecção precoce de problemas de saúde e a ausência de atividades educativas a mulheres privadas de liberdade (Araújo et al., 2020).

Os entrevistados enfatizam a dificuldade dos retornos dessas mulheres a unidade, acarretando assim na quebra da longitudinalidade, o que resulta na ausência de acompanhamento contínuo no tratamento na UBS para a recuperação desta mulher. Cabe frisar que a falta de uma relação terapêutica entre a usuária e o profissional de saúde pode dificultar o conhecimento sobre os antecedentes e histórico de saúde da mulher.

CONCLUSÃO

Concluimos que a percepção dos profissionais de uma equipe de APS sobre à assistência à mulher privada de liberdade na UBS, envolve o atendimento à saúde com igualdade, equidade e respeito, buscando abordagem humanizada,

reconhecendo que dificuldades se fazem presentes, pela ausência de longitudinalidade do cuidado e da integralidade.

Percebemos que os principais desafios diante dos resultados envolvem a ausência do seguimento de saúde na unidade, tendo como consequências a falta de criação de vínculo profissional-paciente e da integralidade, pois todos os atendimentos prestados para as reclusas são focados apenas no tratamento de patologias que estas mulheres possuem no momento, o que exclui os atendimentos preventivos e promocionais de saúde. Além desses pontos, é importante salientar que os participantes desta pesquisa indicaram que prezam por uma assistência humanizada, mas com externalidades que influenciam fortemente no momento das ações.

Reconhecemos os limites dos resultados, pois a pesquisa foi realizada somente em uma UBS, considerando esta ser a unidade de referência para a penitenciária feminina em Ribeirão Preto. Ademais reconhecemos, que as entrevistas foram direcionadas aos profissionais que realizaram atendimento à mulher privada de liberdade, mas identificamos que os atendimentos poderão ser realizados por outros profissionais quando estes não estiverem presentes na unidade.

Enfim, consideramos que os resultados apontam as perspectivas da necessidade de estratégias que possibilitem o acompanhamento longitudinal e a criação de vínculos, para que assim essa população receba uma assistência mais qualificada e integral, conforme previsto nas políticas e legislações.

Conflito de interesse: Os autores não têm conflitos de interesse a divulgar.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. M. de et al. Assistência à saúde de mulheres encarceradas: análise com base na teoria das necessidades humanas básicas. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n.3, abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0303>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/QHkfskQfG88yTr3yWBPfcMs/?lang=pt>. Acesso em: 02 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Lei nº 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: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2014a. Disponível em:

https://dspace.mj.gov.br/bitstream/1/361/3/PRI_GM_2014_210.html. Acesso em: 24 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias**. Brasília: Departamento Penitenciário Nacional, 2018. Disponível em:

https://conectas.org/wp-content/uploads/2018/05/infopenmulheres_arte_07-03-18-1.pdf. Acesso em: 26 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf. Acesso em: 28 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf Acesso em: 28 fev. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/Cartilha-PNAISP.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2023.

BRASIL. Secretaria da Administração Penitenciária. **Unidades Prisionais em Dados**. São Paulo: Secretaria da Administração Penitenciária, 2023. Disponível em <http://www.sap.sp.gov.br/dados-unidades.html>. Acesso em 11 dez. 2023.

CHAVES, L. H. et al. Gestação e maternidade em cárcere: cuidados de saúde a partir do olhar das mulheres presas em uma unidade materno-infantil. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, [s.n.], [s.p.], 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300112>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/physis/a/7z5kcxDVhFvksgJcGRRxQqv/?lang=pt>. Acesso em: 23 fev. 2023.

DELZIOVO, C. R. et al. **Atenção   Saúde da Mulher Privada de Liberdade**, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7427/1/Saude_Mulher.pdf. Acesso em: 18 out. 2023.

GERMANO, I. M. P. et al. Criminologia Crítica, Feminismo e Interseccionalidade na Abordagem do Aumento do Encarceramento Feminino. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Fortaleza, v. 38, n. spe.2, p. 27-43, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703000212310>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/pcp/a/MHtjGhJrYXTLYzWmS6X4W6Q/?lang=pt>. Acesso em: 01 mar. 2023.

INTERNATIONAL CENTRE FOR PRISON STUDIES- ICPS. **World Prison Brief data**. 2021. Disponível em: <https://www.prisonstudies.org/country/brazil>. Acesso em: 27 fev. 2023.

LIMA, A.S. et al. Vulnerabilidade em saúde vivenciadas por mulheres privadas de liberdade. **Revista Científica de Enfermagem**, São Paulo, v.11, n.36, p.515-524. DOI: https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.3_6.515-524. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/536/555>. Acesso em: 10 mar. 2023.

LOPES, T. C.; PINHEIRO, R. Trajetória de mulheres privadas de liberdade: práticas de cuidado no reconhecimento do direito à saúde no Centro de Referência de Gestantes Minas Gerais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1193-1212, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000400007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/DtQd7vgkHTZf55PWdTc9Pjh/>. Acesso em: 10 mar. 2023.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

PÓVOA, L C. **A mulher e o sistema prisional: uma análise interseccional do encarceramento feminino**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/27130>. Acesso em: 23 fev. 2023.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto - SP. **IBGE estima população de Ribeirão Preto em 720.116 pessoas**. Ribeirão Preto: Prefeitura de Ribeirão Preto, 2021a. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/noticia/ibge-estima-populacao-de-ribeirao-preto-em-720116-pessoas>. Acesso em: 09 mar. 2023.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto – SP. Secretaria da Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Ribeirão Preto 2022-2025**. Ribeirão Preto: Prefeitura de Ribeirão Preto, 2021b. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude513202201.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2023.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto – SP. Secretaria da Saúde. **Relação das unidades de saúde**. Ribeirão Preto: Prefeitura de Ribeirão Preto, 2023. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/saude/ubs-parque-ribeirao-preto>. Acesso em: 09 mar. 2023.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto – SP. Secretaria da Saúde. **Escalas médica e odontológica**. Ribeirão Preto: Prefeitura de Ribeirão Preto, 2023b. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/saude/escala>. Acesso em: 09 mar. 2023.

RIBEIRO, S. S. **Políticas públicas no sistema prisional**: um olhar sobre a política nacional de atenção às mulheres em situação de privação de liberdade e egressas do sistema prisional (PNAMPE). 2022. 47 f. Monografia (Bacharel) - Curso de Ciência Política, Universidade de Brasília Instituto de Ciência Política, Brasília, 2022. Disponível em:
https://bdm.unb.br/bitstream/10483/32407/1/2022_SarahSousaRibeiro_tcc.pdf. Acesso em: 26 fev. 2023.

SALES, A. C. et al. Cuidado em saúde das mulheres grávidas privadas de liberdade: revisão integrativa. **Rev Baiana de Enfermagem**, [s.l.], v. 35, [s.n.], [s.p.], 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v35.36114>. Disponível em:
<https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/36114>. Acesso em: 01 abr. 2023.

SCHULTZ, A. L. V. *et al.* Limites e desafios para o acesso das mulheres privadas de liberdade e egressas do sistema prisional nas Redes de Atenção à Saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30(3), [s.n.], p. 1-19, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312020300325> Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/physis/a/9ZG5kXknWnwXNJFkyTmBV9m/?lang=pt>. Acesso em: 23 out. 2023.