

Comportamentos de saúde nas experiências sexuais de mulheres em situação de cárcere

Health behaviors in sexual experiences of women in prison

Comportamientos de salud en las experiencias sexuales de mujeres en la prisión

Karlayne Reynaux Vieira de Oliveira¹

ORCID: 0000-0002-8920-5154

Amuzza Aylla Pereira dos Santos¹

ORCID: 0000-0001-6299-7190

Jovânia Marques de Oliveira e Silva¹

ORCID: 0000-0001-7452-2651

Maria Elisângela Torres de Lima Sanches¹

ORCID: 0000-0001-8987-3825

Jessica de Melo Albuquerque¹

ORCID: 0000-0002-9678-1387

Marianny Medeiros de Moraes¹

ORCID: 0000-0001-8208-4268

¹Universidade Federal de Alagoas. Maceió, Alagoas, Brasil.

Como citar este artigo:

Oliveira KRVO, Santos AAP, Silva JMO, Sanches METL, Albuquerque JM, Moraes MM. Health behaviors in sexual experiences of women in prison. Rev Bras Enferm. 2019;72(Suppl 3):88-95. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0092>

Autor Correspondente:

Amuzza Aylla Pereira dos Santos
amuzza.santos@gmail.com



Submissão: 25-02-2018

Aprovação: 11-06-2018

RESUMO

Objetivo: descrever os comportamentos de saúde relacionados às experiências sexuais de mulheres do sistema prisional feminino no período de janeiro a março de 2017. **Método:** estudo descritivo com abordagem qualitativa. Utilizou-se um questionário semiestruturado contendo perguntas mistas e consulta aos prontuários. A análise dos dados foi realizada por meio da análise de conteúdo de Bardin e adotou-se como referencial a Teoria das Necessidades Humanas Básicas. **Resultados:** participaram do estudo 18 mulheres, jovens, solteiras, pardas, com nível fundamental completo. Após esta caracterização, foram evidenciadas duas categorias: *Comportamentos de saúde nas vivências sexuais* e *Assistência à saúde frente às vivências sexuais*, onde 33,3% descreveram comportamentos de saúde como ações de prevenção a Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), 27,7% associam ao uso de preservativo masculino, 16,6% à prevenção de gravidez indesejada, 11,1% aos cuidados de saúde e higiene. **Considerações finais:** evidenciou-se que os comportamentos de saúde relatados pelas mulheres nas experiências sexuais estão associados a ações de prevenção a ISTs, uso da camisinha, gravidez indesejada e cuidados com a saúde e higiene. Entretanto, é possível inferir que as mesmas compreendem e possuem conhecimento superficial acerca dos comportamentos de saúde e que não há adoção da prática regular nas suas experiências sexuais.

Descritores: Saúde da Mulher; Prisões; Sexualidade; Comportamentos Saudáveis; Integralidade em Saúde.

ABSTRACT

Objective: to describe the health behaviors related to the sexual experiences of women in the female prison system from January to March, 2017. **Method:** descriptive study with a qualitative approach. A semi-structured questionnaire containing mixed questions and patient records was used. The data analysis was performed through the Bardin's content analysis and adopted as reference the Theory of Basic Human Needs. **Results:** 18 women, young, single, brown, with a complete fundamental level participated in the study. After this characterization, two categories were evidenced: *Health behaviors in sexual experiences* and *Health care in the face of sexual experiences*. 33.3% reported on health behaviors such as Sexually Transmitted Infections (STIs), 27.7% associated with male condom use, 16.6% on prevention of unwanted pregnancies, 11.1% on health care and hygiene. **Final considerations:** it was evidenced that the health behaviors reported by women in sexual experiences are associated with actions to prevent STIs, use of condoms, unwanted pregnancies, and health and hygiene care. However, it is possible to infer that they understand and possess superficial knowledge about health behaviors and that there is no adoption of regular practice in their sexual experiences.

Descriptors: Women's Health Services; Prisons; Sexuality; Health Behaviors; Comprehensive Health Care.

RESUMEN

Objetivo: describir los comportamientos de salud relacionados con las experiencias sexuales de mujeres del sistema prisional femenino en el período de enero a marzo de 2017. **Método:** estudio descriptivo con enfoque cualitativo. Se utilizó un cuestionario semiestruturado que contenía preguntas mixtas y consulta a los prontuarios. El análisis de los datos fue realizado por medio del análisis de contenido de Bardin y se adoptó como referencial la Teoría de las Necesidades Humanas Básicas. **Resultados:** participaron del estudio 18 mujeres, jóvenes, solteras, pardas, con nivel fundamental completo. Después de esta caracterización, se evidenciaron 2 categorías: *Comportamientos de salud en las vivencias sexuales* y *Asistencia a la salud frente a las vivencias sexuales*, donde el 33,3% describió comportamientos de salud como acciones de prevención a Infecciones Sexualmente Transmisibles (ISTs), el 27,7% se asocian al uso del preservativo masculino, 16,6% a la prevención de embarazos no deseados, 11,1% a la atención de salud e higiene. **Consideraciones finales:** se evidenció que los comportamientos de salud reportados por las mujeres en las experiencias sexuales están asociados a acciones de prevención a la ISTs, uso del condón, embarazo no deseado y cuidados con la salud e higiene. Sin embargo, es posible inferir que las mismas comprenden y poseen conocimiento superficial acerca de los comportamientos de salud y que no hay adopción de la práctica regular en sus experiencias sexuales.

Descritores: Salud de la Mujer; Prisiones; Sexualidad; Conductas Saludables; Integralidad en Salud.

INTRODUÇÃO

A intensificação do número de pessoas em condição de encarceramento no mundo tem representado situação de alerta para todas as instituições envolvidas nesse universo prisional, principalmente com relação aos direitos em saúde garantidos por meio de políticas públicas. Nessa perspectiva, identifica-se a precariedade de atenção à saúde da mulher e a assistência à saúde no cenário prisional, principalmente, referente às especificidades que permeiam o universo feminino, como a sexualidade que, mesmo no cárcere, as mesmas são capazes de vivenciar experiências afetivas e possuem o direito de exercê-la⁽¹⁾.

Concernente ao panorama nacional, dados do Departamento Penitenciário Nacional - DEPEN (2014) revelam que a população carcerária brasileira ultrapassou a marca de 600 mil pessoas privadas de liberdade, equivalente à uma taxa de 300 presos para cada cem mil habitantes. Quanto ao público feminino, apresentou acentuado crescimento representado pela elevação de 12.925, em 2005, para 33.793 presidiárias, até dezembro de 2014⁽²⁾.

Corroborando os dados acima, este mesmo relatório evidencia que o Brasil apresenta a sexta maior taxa de presos por 100 mil habitantes, considerando os países com uma população de, no mínimo, 10 milhões de pessoas, acompanhados dos Estados Unidos, Cuba e Tailândia. Entretanto, diferentemente desses países que vêm reduzindo suas taxas de encarceramento, o Brasil apresenta um aumento da taxa de aprisionamento equivalente a 7% ao ano⁽²⁾.

No estado de Alagoas, a realidade não diverge das estatísticas do país. Em 2014, a população prisional de Alagoas era equivalente a 5.785 pessoas e em 2018 esse número já atinge 7.955 reeducandos. Em 2007, o número de reclusas era de 79 mulheres, atingindo 176 no ano de 2013, e conforme o último relatório da População Carcerária publicado pela Secretaria de Estado de Ressocialização e Inclusão Social (SERIS) em 02 de Fevereiro de 2018, esse número atingiu a marca de 224 mulheres em situação de prisão no Estabelecimento Prisional Feminino Santa Luzia (EPFSL)⁽³⁾.

Com o significativo crescimento da população carcerária apenas no final do século XIX, houve aprofundamento de estudos acerca das questões relacionadas à sexualidade, consequentemente, maximizando seu sentido, deixando de ser considerada apenas pelo aspecto reprodutivo para incorporar o prazer como necessidade humana e fenômeno que envolve toda a existência dos indivíduos⁽⁴⁾.

A Constituição Federal Brasileira, em seu art. 226, dispõe sobre o direito ao planejamento familiar, e na Lei Federal nº 9.263 de 1996, garante direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole à mulher, ao homem ou ao casal, reafirmando a responsabilidade pela assistência ao planejamento familiar e pelas ações preventivas e educativas, reconhecendo o dever do estado em promover condições e recursos informativos, educacionais e científicos que assegurem o livre exercício desse direito. Quanto ao exercício da sexualidade, a Resolução nº 04 (29/06/2011) considera um direito reprodutivo, constitucionalmente assegurado por meio da legislação, de práticas e políticas viabilizadas também através da visita íntima para homens e mulheres em privação de liberdade, independente da orientação sexual, e devendo ser garantido pelas administrações penitenciárias⁽⁵⁻⁷⁾.

Apesar de o sistema prisional ser visto em termos quantitativos como um universo masculino, isso não deve ser razão para desconsiderar a execução de políticas voltadas para a atenção à mulher no cárcere, pois a constituição garante que todos devam receber igualmente a assistência voltada para atenção à saúde visando às suas necessidades e tornando-se indispensável uma relação entre a promoção da saúde e prevenção de agravos que possam estar associados ao ambiente prisional e sua exclusão^(1,8-9).

As Regras de Bangkok, definidas pela Assembleia Geral das Nações Unidas e aprovadas em 2010 estabeleceram os direitos humanos relativos à maternidade, família, saúde da mulher, inclusive saúde sexual e reprodutiva, apresentando uma reafirmação das responsabilidades dos países na aplicação de leis e políticas que visem garantir a promoção e proteção dos direitos humanos⁽¹⁰⁾.

A saúde das mulheres ainda se apresenta como um desafio para a efetiva implementação de políticas públicas, principalmente com relação às garantias dos princípios de acessibilidade, integralidade, resolutividade e humanização da assistência à saúde previstos na Constituição Federal e nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Os respectivos direitos são limitados através das barreiras impostas na vivência intramuros, com inúmeras violações e constrangimentos em que as mulheres em situação de cárcere são expostas, produzindo riscos, danos físicos, psíquicos e morais⁽¹¹⁻¹³⁾.

Diante do exposto, a relevância do estudo justifica-se a partir da necessidade de descrever o comportamento de saúde relacionado à experiência sexual que compõe o cenário prisional estudado, visando desvelar a existência ou não de práticas regulares de saúde que possam interferir no processo saúde-doença das mulheres que vivem neste cenário, buscando reconhecer a assistência necessária para diminuição dos agravos relacionados às doenças associadas ao sexo inseguro.

Conhecê-los trará subsídios para melhor assisti-las, por meio de uma assistência multiprofissional, estímulo a comportamentos saudáveis e seguros, visando efetivar o direito à saúde e sexualidade, principalmente quando se entende que a vida sexual deve ser compreendida como um aspecto multifatorial que se integra a percepções de grupos sociais de culturas específicas e podendo envolver inúmeros sentimentos e iniciativas, não se restringindo apenas à vivência do ato sexual, condição que no ambiente prisional sofre múltiplas influências e restrições inerentes ao cárcere⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

OBJETIVO

Descrever os comportamentos de saúde relacionados às experiências sexuais de mulheres do sistema prisional feminino.

MÉTODO

Aspectos éticos

Estudo originado a partir da execução do projeto de extensão intitulado "ações de cuidado às mulheres em situação prisional: estratégias para integralidade e equidade da assistência na promoção da saúde e prevenção de agravos", por acadêmicos de Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

A autorização para a execução da pesquisa foi emitida pela Secretaria de Estado de Ressocialização e Inclusão Social (SERIS) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) sob CAAE nº 57828516.0.0000.5013. Assim, o estudo foi desenvolvido e as participantes envolvidas na pesquisa foram esclarecidas quanto ao propósito da pesquisa. Assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e seguiram as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Visando garantir o anonimato das informações, as participantes foram caracterizadas conforme a ordem cronológica de aplicação das entrevistas, referidas pela letra R, inicial da palavra Reeducanda.

Referencial teórico-metodológico

A contextualização do estudo foi ancorada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, desenvolvida com base na Teoria de Motivação Humana de Maslow, que se fundamenta nas necessidades humanas básicas organizadas em cinco níveis hierárquicos: (1) necessidades fisiológicas; (2) segurança; (3) amor; (4) estima e (5) auto-realização⁽¹⁶⁾.

A teoria traz como fundamento que o ser humano tem necessidades básicas que podem ser classificadas em três níveis: necessidades psicobiológicas (relacionadas ao corpo físico: oxigenação, nutrição, sono e repouso, abrigo, integridade física, sexualidade, locomoção e eliminação), psíquicas (aquelas que derivam das crenças, etc.) e psicossociais (relacionadas às suas convivências com outros seres humanos: segurança, amor, liberdade, entre outras)⁽¹⁶⁾.

Essas necessidades básicas possuem variadas características resultantes da interação entre o meio interno e externo que podem gerar estados de equilíbrio e desequilíbrio com o tempo e o espaço. A adoção dos comportamentos de saúde pode ser interpretada como necessidades humanas universais, uma vez que o sexo é inserido nesse contexto diretamente relacionado à existência e sobrevivência comuns a todos os indivíduos. Entretanto, podem ter representações variadas de um para o outro a depender não só da forma de se manifestar, mas a significância que determinada necessidade representa para as mulheres privadas de liberdade, as condições externas que influenciam nessa necessidade e as formas de supri-las⁽¹⁷⁾.

Tipo de estudo

Estudo de natureza descritiva com abordagem qualitativa, com emprego da técnica de entrevista por meio de um questionário semiestruturado e consulta aos prontuários.

Procedimentos metodológicos

Cenário do estudo

O estudo foi desenvolvido no Estabelecimento Prisional Feminino Santa Luzia, em Maceió, Alagoas, único no estado que é capaz de abrigar mulheres encarceradas.

Participantes do estudo

A amostra foi composta por 18 mulheres que aceitaram participar do estudo no período da coleta de dados e que atenderam

aos critérios de inclusão: ter vivências sexuais no Estabelecimento Prisional Feminino podendo estar em prisão provisória ou já condenada, que desejem compartilhar suas vivências sexuais e comportamentos de saúde no cenário prisional, em condições de responder às perguntas.

Coleta e organização dos dados

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a março de 2017. Utilizou-se a técnica de entrevista por meio de um questionário/roteiro semiestruturado contendo 27 perguntas fechadas e 5 perguntas abertas e dividido em duas partes: a primeira com questões relativas aos dados sociais (escolaridade, estado civil, ocupação), demográficas (faixa etária, naturalidade e endereço), antecedentes ginecológicos, obstétricos e sexualidade. A segunda fase foi relacionada ao objeto do estudo, com questionamentos acerca da descrição e definição dos comportamentos de saúde, a adoção e regularidade desses comportamentos em atividades sexuais e a descrição dos comportamentos adotados nas experiências sexuais.

Análise dos dados

Os dados explicitados na caracterização dos participantes da pesquisa foram analisados por meio da estatística descritiva, com base na frequência relativa e absoluta em percentual. Para categorizar os dados coletados concernentes às categorias evidenciadas, os mesmos foram transcritos na íntegra e analisados de acordo com a técnica de Análise de Conteúdo, na perspectiva de Bardin, descrita como um conjunto de técnicas de análise das comunicações por procedimentos sistemáticos e objetivos que permitem a inferência relacionada à produção e recepção de conhecimento. Nessa fase, os dados coletados e analisados foram organizados em categorias temáticas⁽¹⁸⁾.

RESULTADOS

A apresentação dos resultados deste estudo foi dividida em três momentos: o primeiro refere-se à caracterização das participantes da pesquisa que foi subdividida em dados sociodemográficos e ginecológicos e obstétricos; o segundo refere-se às categorias temáticas *Comportamentos de saúde nas vivências sexuais* e *Assistência à saúde frente às vivências sexuais*.

Caracterização dos participantes da pesquisa

Dados sociodemográficos

Com relação à faixa etária das 18 participantes, 55,5% (10) tinham entre 18 e 24 anos, 50% (9) afirmaram ser solteira, 27,7% (5) casadas e 22,2% (4) declararam ter uma união estável. O número de reeducandas com nível fundamental completo correspondeu a 44,4% (8) delas, 44,4% (8) também com ensino fundamental incompleto e 11,1% (2) referiram possuir ensino médio completo. Observou-se a predominância de 66,6% (12) participantes que se declaram pardas, e 44,4% (8) declararam-se católicas. Com relação ao local de residência das entrevistadas, 33,3% (6) são de Maceió (Capital) e 44,4% (8) de cidades diferentes do estado de Alagoas.

Dados ginecológicos e obstétricos

Em relação às variáveis ginecológicas e obstétricas, obteve-se que em relação à menarca, 61.1% (11) informou que a mesma ocorreu até os 12 anos. Quanto à primeira relação sexual, coitarca, a maioria 44,4% (8) informou que ocorreu entre 12 e 15 anos. Quanto ao passado obstétrico, 77% (14) afirmaram já terem sido mães. Com relação ao número de gestação, 27.7% (5) tiveram 2 partos e o mesmo número para as que tiveram 3 partos. Com relação à faixa etária das mulheres no período que vivenciaram a maternidade, tem-se que 71% (10) informaram que foram mães pela primeira vez entre os 15 e 20 anos. Quanto ao número de abortos, a maioria 83.3% (15) informou que nunca sofreu aborto.

Comportamentos de saúde nas vivências sexuais

O estudo evidenciou que no tocante à compreensão do conceito ou definição dos comportamentos de saúde sem relacionar às vivências sexuais, 72,2% (13) das reeducandas afirmaram entender o que são essas iniciativas.

Dentre as participantes que compreendem, 77% (10) referiram adotar algum comportamento de saúde algumas vezes nas relações sexuais, 38,5% (5) informaram nunca terem adotado e apenas três (23%) fizeram uso de algum comportamento sempre que se relacionaram, conforme relatos descritos:

Comportamento de saúde é que a pessoa deveria está sendo acompanhada sempre, porque é importante para a saúde. (R014)

Comportamento de saúde é o cuidado com a saúde em 1º lugar para se proteger. (R016)

Com relação aos comportamentos de saúde nas vivências sexuais, os mais citados foram: a prática de comportamentos de saúde visando à prevenção de doenças transmitidas sexualmente, não especificando a forma de prevenção adotada com 33,3% (6), o uso de método contraceptivo – camisinha com 27,7% (5), a prevenção da gravidez associada ao único comportamento de saúde com 16,6% (3), os cuidados com a saúde de uma maneira geral sem maiores explicações com 11,1% (2) e 5,5% (1) a consulta ginecológica com forma de comportamento, dentre esses valores, algumas mulheres apresentaram mais de uma resposta, com isso, 22,2% (4) das entrevistadas não definiram o tipo de comportamento adotado. Os achados descritos podem ser observados nos relatos abaixo:

Eu tinha quinze anos, sabia dos métodos, fiz uso de comprimido e injeção, mas quando eu engravidei eu fiz porque queria engravidar de primeiro. (R015)

Eu sempre me cuidei, sempre soube que meu marido saía com outras pessoas, aí eu morria de medo de pegar alguma coisa. (R011)

O estudo revelou a compreensão daquelas que estabelecem relações homossexuais recebem visita íntima e mantêm relações com parceiros fixos. As mesmas afirmaram a ausência da prática de comportamentos de saúde, por entender que a estabilidade da relação e a confiança não lhe imputou a necessidade de se

prevenir, e para outras, sem penetração não haveria exposição ao risco de contaminação, como se pode verificar:

Não uso nada, aqui não entra nada, e agora eu vou prevenir mais o quê? Eu sou o "hominho" da relação, eu só mexo com elas, elas não colocam nada em mim. (R002)

Não uso camisinha porque confio no meu parceiro, não sentia dor na relação sexual, e meu parceiro era fixo. (R013)

Quando indagadas sobre o item Infecção Sexualmente Transmissível (IST) que questionava se a reeducanda contraiu IST em algum momento da vida, 16,6% (3) afirmaram ter contraído alguma IST e 71,5% (13) negaram possuir qualquer tipo de IST.

No estudo, 11,1% (2) assumiram ser portadoras do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e seus discursos referem ausência de comportamentos de saúde por compreender que por ser HIV positivo, não exista patologia mais grave que a mesma pudesse ser acometida, por este motivo não enxergavam a necessidade de proteção, conforme a fala abaixo descreve:

Eu já tenho Aids e agora vou prevenir mais o quê? (R002)

Meu marido era casado com outra mulher que se drogava e fazia sexo com os homens para conseguir droga, ela também usava injeção para se drogar, ele deve ter pego dela, eu descobri que tinha Aids aqui no presídio. Ele nem sabe que tem, eu ainda não vi ele. No começo, eu usava camisinha com ele, mas depois que virou meu marido, não, né! (R018)

Com relação à realização de exames preventivos, especificamente, a colpocitologia oncótica, o estudo traz o total de 82,5% (15) que, em algum momento da sua vida, já realizaram o exame de citologia. Dentre essas quinze, apenas 20% (3) fizeram o exame há mais de dois anos e três não lembravam a periodicidade. Porém, 60% (9) tiveram acesso ao procedimento no período de um ano.

Assistência à saúde frente às vivências sexuais

As justificativas apresentadas com relação aos comportamentos de saúde possibilitaram estabelecer a relação por meio dos discursos das entrevistadas entre a ausência de comportamentos e a falha ou inexistência da assistência à saúde de forma integral. As mulheres relacionaram assistência a condutas pontuais, como descrevem as falas:

No dia de receber a visita por mês é que a gente vai para o local, recebe toalha, sabonete e camisinha para usar com o companheiro. (R007)

Eu acho até que eles só dão camisinha para a gente não engravidar no presídio né, para não ser mais problema para eles. (R005)

Têm tempos que a gente recebe um monte de vacina e faz aqueles testes, mas depois não aparece ninguém. Eles chamam a gente e faz sem nem a gente saber o que é! (R009)

A preocupação com a saúde sexual e reprodutiva, um fator que, para elas, merece atenção por ser uma necessidade fisiológica

que, para algumas, produz estados de desequilíbrio e por estar relacionada aos fatores psicobiológicos que no ambiente prisional são negligenciadas, condição que interfere significativamente na vivência do período de reclusão e na promoção do autocuidado, como algumas mulheres em seus relatos:

Eu sinto vontade de estar com meu marido, mas até para receber visita íntima é difícil, já que eu não estou fazendo nada eu vou me prevenir para quê? A gente acaba se acostumando, tudo que a gente tem aqui eles entregam remédio e pomada. (R018)

Essa situação do meu marido com outra e eu aqui sem saber de nada, isso está me endoidando, na minha cabeça tá tudo doído aqui dentro e eu só quero remédio para dormir. (R001)

O acometimento por problemas de saúde de origem crônica e aguda também precisa ser considerado e receber atenção adequada a depender do nível de complexidade. As mesmas revelam interesse em receber atenção secundária se a equipe de saúde do estabelecimento não possuir recursos para executar, como evidenciado nos relatos:

Eu tô com um monte de coisa de problema de saúde, eu sou alérgica, tenho pedra nos rins, dor no estômago, insônia, esses problemas pode ser porque meu marido que está preso arrumou outra mulher e a gente chega aqui e só fazem repetir remédio. (R006)

A maioria das mulheres enfatizou um tipo de assistência ausente ou até muito incompleta a depender da classificação de assistência à saúde adotada por cada uma. É unânime o reconhecimento que as mesmas não recebem assistência da forma que as mesmas precisam e merecem, o contexto exposto é identificado pelas reeducandas e as mesmas referem a necessidade, conforme descrito:

Eu descobri que estava grávida lá fora, fiz tudo que é exame, com aqueles equipamentos que mostram tudo, aqui o que tem não dá nem para ouvir o coração do bebê! A gente não tem nem direito de fazer uma ultra! (R018)

Até meu remédio minha família é quem traz porque tem remédio que aqui não tem, minha família trouxe, com nome e tudo, e até agora eu não recebi! (R010)

DISCUSSÃO

Os comportamentos de saúde foram descritos como ações inespecíficas adotadas visando à prevenção de IST's, o uso de preservativo masculino (camisinha), os cuidados para prevenção de gravidez indesejada, os cuidados com a saúde de maneira geral que incluem higiene íntima, consulta médica, conhecimento das alterações do corpo e a consulta ginecológica. Entretanto, observaram-se que os comportamentos descritos não estão relacionados com a adoção dessas práticas de forma regular nas experiências sexuais, e que determinadas iniciativas ainda são diminutas com vistas à importância dessas práticas na saúde da mulher. Neste sentido, evidenciou-se, a partir dos discursos, a correlação que as participantes fazem à irregularidade ou ausência dos comportamentos de saúde nas vivências sexuais associadas

à participação discreta, ineficaz e negligente dos profissionais envolvidos na assistência à saúde integral no ambiente carcerário.

Os comportamentos de saúde não representam uma relação efetiva com as práticas adotadas nas experiências sexuais de forma regular, mesmo existindo ações individuais que visem à prevenção de agravos que possam comprometer a saúde das mulheres, principalmente aquelas que vivem em situação de cárcere, pois os cuidados com a saúde sexual de maneira geral e a gravidez indesejada associada ao uso do preservativo são iniciativas ainda diminutas com vistas à importância dessas práticas na saúde da mulher. Portanto, evidenciou-se, a partir dos discursos, a correlação que as participantes fazem com a irregularidade ou ausência dos comportamentos de saúde nas vivências sexuais que estão associadas à participação discreta, ineficaz e negligente dos profissionais envolvidos na assistência à saúde integral no ambiente carcerário⁽¹⁹⁾.

No presente estudo, identifica-se a importância de considerar fatores, como individualidade, gênero, raça, idade, escolaridade, relações afetivas existentes, fatores econômicos e ambiente físico associados às condições de saúde durante o encarceramento e os comportamentos de saúde das mulheres em privação de liberdade. O panorama apresentado, com 122 mulheres do Presídio do Espírito Santo, é similar às características descritas nesta pesquisa. Ele evidenciou que o perfil sociodemográfico deste grupo é de mulheres de baixa renda, pardas, casadas ou em união estável, na faixa etária média de 30 anos, com pouca escolaridade, trabalho sem qualificação. Quanto aos cuidados de saúde, não utilizavam nenhum tipo de contracepção, apesar de receberem visitas íntimas semanais, nunca ou raramente usaram preservativos como método contraceptivo ou para prevenção de DST⁽²⁰⁾.

Os discursos revelam que mesmo com a limitação de estabelecer uma relação dos comportamentos de saúde anteriores e atuais em momento de privação de liberdade, o fato de elas obterem consciência da importância dos comportamentos de saúde e já utilizarem algum tipo de comportamento em determinado momento da vida, tal prática não pode ser interpretada como afirmação atual e presente em suas vivências. Essa condição pode ser associada às relações sexuais desprotegidas, prostituição e uso de drogas que ocorrem durante encarceramento e que são facilitadoras de comportamentos que predisõem a disseminação de patógenos de transmissão sexual⁽²¹⁾.

Nessa perspectiva, constata-se que o acesso aos cuidados de saúde de grupos discriminados socialmente é um aspecto central que admite a garantia de direitos de família e reprodutivos das mulheres como elementos estratégicos e necessários para o efetivo cumprimento do direito à saúde. Com vistas aos direitos sexuais e reprodutivos, frente à população feminina carcerária não há a mesma conotação que se atribui aos homens, e isto é bastante nítido quando se refere à simples visita íntima, um direito assegurado para a população masculina há mais de duas décadas e que, na maioria dos presídios, não é assegurado para as mulheres⁽²²⁾.

Diante dessa afirmação, os discursos possibilitaram inferir que há receio, medo e insegurança das mulheres em relação à prática dos comportamentos de saúde, por considerar um risco para desconstrução dessa relação estabelecida com tantas dificuldades, realçando o dever de reconhecer o universo de fatores

de risco que as reeducandas estão expostas quando se trata da temática "comportamentos de saúde nas vivências sexuais", uma vez que a adoção ou não desses comportamentos está relacionada diretamente com as necessidades inerentes à pessoa humana⁽²²⁾.

Considerando a carência de suprir essa necessidade humana básica, o estabelecimento de relações amorosas no cárcere envolve questões bem mais amplas que não estão restritas apenas à adaptação das carências e regras institucionais, mas a inserção social nesse contexto, um meio de status entre o grupo e um escape diante das incertezas do futuro revelando uma assimetria significativa entre homem e mulher nas relações de gênero e sexualidade, que atua como um organizador das vivências sexuais⁽²³⁾.

Panorama muito diferente das penitenciárias masculinas onde o exercício da sexualidade é mais aceitável e informal, nestes locais o sexo sempre foi bem tolerado, entretanto, nas prisões femininas a sexualidade e o homoerotismo foram reprimidos até recentemente. Dentro desta perspectiva, reafirma-se a presença de traços excludentes e discriminatórios em diferentes esferas, quando a sexualidade é compreendida e viabilizada como necessidade apenas para homens onde, nos presídios masculinos, as mulheres representam uma parcela significativa nos dias de visitação, fato totalmente contrário à condição das esposas quando presas. Não só é esperado que seus parceiros abandonem-na, como as próprias mulheres consideram compreensível que eles sigam com suas vidas⁽²³⁻²⁴⁾.

Aspecto recorrente nos discursos é a escolha pela homossexualidade assumida no período de reclusão, motivada não só por obstáculos institucionais e burocráticos, mas pela necessidade de satisfação sexual, emocional, onde compartilham a maior parte dos momentos de solidão, tristezas e carências não preenchida. Para muitas, a homossexualidade é uma alternativa capaz de suprir a necessidade de apoio que encontrariam em seus maridos e companheiros⁽²⁵⁾.

Goffman⁽²⁶⁾ afirma que a segregação compulsória exerce influência poderosa sobre a identidade dos presos, aquisição de novas identidades em suas relações afetivas e profissionais, onde o cotidiano e as interações sociais dos espaços prisionais produzem novos atributos identitários resultantes das experiências no cárcere. Esta prática que pode ser explicada através da Lei da adaptação exposta na Teoria das Necessidades Humanas Básicas que considera a adaptação que o indivíduo desenvolve ao meio que está envolvido, objetivando encontrar seu potencial máximo de equilíbrio⁽¹⁷⁾.

Com base nessa condição, o estudo evidenciou que das mulheres entrevistadas que estabelecem relações homossexuais, onde, relaciona a ausência de comportamentos de saúde à precariedade de atenção qualificada, cuidados direcionados à saúde e orientação profissional deficiente a partir das suas escolhas sexuais revelaram a ausência da prática de comportamentos de saúde estritamente relacionada ao ato sexual, uma vez que na fala das mesmas, por não haver penetração no ato sexual ou o contato com homens, não existia o risco de contaminação ou agravos que pudessem comprometer sua saúde, como as ISTs⁽¹⁹⁾.

Os discursos recidivantes associavam a prática ou não de comportamentos de saúde nas vivências sexuais com a falta de assistência em saúde e a dificuldade para ter acesso aos serviços e exames na condição de presidiária, além da escassez

de atividades educativas, rodas de conversa, palestras informativas, planejamento reprodutivo, distribuição de preservativos e anticoncepcionais, com exceção das mulheres que recebem visita íntima, pois são as únicas que recebem preservativo no momento da visita.

Contudo, vale salientar que foi criado conforme Portaria interministerial nº. 1.777 de 09 de setembro, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP). Este prevê a inclusão da população penitenciária no SUS, garantindo que o direito à cidadania se efetive na perspectiva dos direitos humanos, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, através do trabalho conjunto entre os Ministérios da Saúde e da Justiça. Foi instituída para organizar o acesso da população privada de liberdade, sob a tutela do Estado, ações e serviços de saúde do SUS de forma integral, universal, equânime, contínua e com qualidade. A portaria prevê a estruturação de Unidades Básicas de Saúde nos estabelecimentos prisionais⁽²⁷⁾.

Nesta perspectiva, a realidade diária percorre um caminho diferente das prioridades definidas no Caderno de Atenção Básica sobre Saúde Sexual e Reprodutiva, onde suas ações devem estar fundamentadas no respeito aos direitos dos indivíduos, não estando restrita às iniciativas de anticoncepção e concepção, mas na oferta de informações e acompanhamento contínuo dos indivíduos durante sua vida sexual e reprodutiva. Desta forma, o pressuposto descrito por Wanda Horta define o cuidado respeitando e mantendo a unicidade e individualidade do ser humano, vislumbrando o suprimento das necessidades humanas básicas por meio de ações integrais onde o indivíduo pode ser tornar elemento ativo do seu autocuidado⁽²⁸⁻²⁹⁾.

Corroborando com as determinações anteriores, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher define que o SUS deve ser orientado e capacitado para atenção à saúde da mulher que contemple as ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, considerando as necessidades de saúde da população feminina, a garantia do direito à saúde em todos os ciclos de vida respeitando suas especificidades⁽²⁹⁾.

Portanto, a assistência deverá ser norteadada pelo princípio da humanização, contribuindo para o reconhecimento da atenção à saúde como direito que viabilize o grau de informação das mulheres em relação ao seu corpo e condições de vida, ampliando sua capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto e momento de vida.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

Através deste material, a realidade pôde ser explorada e, dessa forma, objetiva-se dar visibilidade ao cenário que as mulheres estão expostas. Por meio deste estudo, sugerem-se transformações assistenciais, busca de estratégias de qualificação dos profissionais envolvidos no cuidado desse público e que possam influenciar positivamente na assistência à mulher, independente da condição sexual e experiências vivenciadas no ambiente prisional. Dessa forma, outros caminhos poderão ser percorridos visando vencer um desafio tão complexo que é a qualidade da saúde disponibilizada, não só para os privados de liberdade, mas para todos que possuem esse direito garantido em Constituição Federal como cidadãos.

Limitações do estudo

As limitações do estudo se referem às dificuldades de acesso por parte dos entrevistadores em conseguir realizar as entrevistas, visto que as mulheres, para participarem dos estudos, teriam que ser escoltadas por agentes penitenciários, e por não haver o suficiente, algumas vezes, as entrevistas foram canceladas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu descrever os comportamentos de saúde nas experiências sexuais associados a ações de prevenção a IST's, uso da camisinha, gravidez indesejada, cuidados com a saúde e higiene. Entretanto, é possível inferir que as mesmas compreendem e possuem conhecimento superficial acerca dos comportamentos de saúde, e na condição de privação de liberdade, foi identificado um elevado número de mulheres que não adotam comportamentos de saúde com regularidade nas suas experiências sexuais.

Ficou evidenciada a insuficiência de informações e conhecimentos incorretos acerca de questões relacionadas a essas iniciativas, riscos e práticas de saúde pelas mulheres no cárcere. Sob a ótica delas, os profissionais envolvidos na assistência em saúde do sistema prisional têm contribuído para a permanência dessas práticas errôneas e prejudiciais, justificando sua culpa a partir da ineficácia de suporte assistencial integral, quando em suas ações cotidianas representam o fazer em saúde a partir de iniciativas fragmentadas que não incluem a promoção, prevenção e recuperação da saúde. Logo, o ciclo do cuidado pode até ser iniciado em algum momento da reclusão, porém não se completa. Desta maneira, não se pode considerar que as mulheres possuem acesso integral aos serviços de saúde.

AGRADECIMENTOS

À todas as mulheres em situação de privação de liberdade no estado de Alagoas, por compartilharem as suas experiências no íntimo, possibilitando a revelação do olhar crítico desenvolvido nesta pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho MLB, Freitas LDA. As faces e os disfarces dos presídios femininos: violações x direitos. In: XII Seminário Nacional Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea, 2016 Mar 19-20. Rio Grande do Sul: Universidade de Santa Cruz do Sul; 2016.
2. Ministério da Justiça e Segurança Pública (BR). Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento nacional de informações penitenciárias – InfoPen Atualização: junho de 2016 [Internet]. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública; 2017 [cited 2017 Aug 5]; Available from: http://depen.gov.br/DEPEN/noticias-1/noticias/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias-2016/relatorio_2016_22111.pdf
3. Alagoas (estado). Secretaria de Estado de Ressocialização e Inclusão Social. População Carcerária [Internet]. Maceió; 2016 [cited 2018 Feb 20]. Available from: <http://www.seris.al.gov.br/populacao-carceraria/mapa-07-11.07.2016.pdf>
4. Ribeiro MAJ, Silva ICR. A saúde no sistema prisional [Internet]. Goiás: Pontifícia Universidade Católica de Goiás; 2013 [cited 2017 Jun 12]. Available from: <http://www.cpgls.pucgoias.edu.br/8mostra/Artigos/SAUDE%20E%20BIOLOGICAS/A%20saude%20no%20sistema%20prisional.pdf>
5. Senado Federal (BR). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Brasília: Senado Federal; 1988. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao/compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao/constituicao/compilado.htm)
6. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos (BR). Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências [Internet]. Brasília; 1996 [cited 2018 Jan 7]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9263.htm
7. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (BR). Resolução nº 4, de 29 de junho de 2011. Recomenda aos Departamentos Penitenciários Estaduais ou órgãos congêneres seja assegurado o direito à visita íntima a pessoa presa, recolhida nos estabelecimentos prisionais [Internet]. Diário Oficial da União, no 139, 2014 July 23 [cited 2018 Jan 7]. Available from: <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/cnrcp/resolucoes/2011/resolucao4de29dejunhode2011.pdf>
8. França MHO. Criminalidade e prisão feminina: uma análise da questão de gênero. Rev Ártemis. 2014;18(1):212-27. doi: 10.15668/1807-8214/artemis.v18n1p212-227
9. Nicolau AIO, Ribeiro SG, Lessa PRA, Monte AS, Bernardo EBR, Pinheiro AKB. Knowledge, attitude and practices regarding condom use among women prisoners: the prevention of STD/HIV in the prison setting. Rev Esc Enferm USP. 2012;46(3):707-14. doi: 10.1590/S0080-62342012000300025
10. United Nations (UN). United Nations Rules for the Treatment of Women Prisoners and Non-custodial Measures for Women Offenders (the Bangkok Rules) [Internet]. Geneva: UN; 2010 [cited 2018 Feb 21]. Available from: <http://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/BangkokRules.pdf>
11. Ventura M, Simas L, Larouzé B. Maternidade atrás das grades: em busca da cidadania e da saúde. Um estudo sobre a legislação brasileira. Cad Saúde Pública. 2015;31(3):607-19. doi: 10.1590/0102-311x00092914
12. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos (BR). Lei nº 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Brasília; 1990 [cited 2018 May 18]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

13. Diuana V, Ventura M, Simas L, Larouzé B, Correa M. Women's reproductive rights in the penitentiary system: tensions and challenges in the transformation of reality. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(7):2041-50. doi: 10.1590/1413-81232015217.21632015
14. Araújo IA, Queiroz ABA, Moura MAV, Penna LHG. Social representations of the sexual life of climacteric women assisted at public health services. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(1):114-22. doi: 10.1590/S0104-07072013000100014
15. Melo GC, Trezza MCSF, Reis RK, Santos DS, Riscado JLS, Leite JL. Behaviors related to sexual health of people living with the Human Immunodeficiency Virus. *Esc Anna Nery*. 2016;20(1):167-75. doi: 10.5935/1414-8145.20160022
16. Leopardi MT, Wosny AM, Martins ML. Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa-Livro; 1999.
17. Horta WA. Enfermagem: teoria das necessidades humanas básicas. *Rev Enferm Novas Dimens*. 1979;5(3):133-6.
18. Bardin L. Análise de conteúdo. 70ª ed. Lisboa; 2011.
19. Miranda AE, Merçon-de-Vargas PR, Viana MC. Saúde sexual e reprodutiva em penitenciária feminina, Espírito Santo, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(2):255-60. doi: 10.1590/S0034-89102004000200015
20. Brewer TF, Derrickson J. AIDS in prison: a review of epidemiology and preventive policy. *AIDS*. 1992;6(7):623-8.
21. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. 2011;377(9780):1863-76. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60138-4
22. Ferrari IF. Mulheres encarceradas: elas, seus filhos e nossas políticas. *Rev Mal-Estar Subj [Internet]*. 2010 [cited 2017 Apr 12];10(4):1325-54. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482010000400012
23. Cordeiro F. Criminalidade, gênero e sexualidade em uma penitenciária para mulheres no Brasil. *Trivium*. 2017;9(1):1-15. doi: 10.18379/2176-4891.2017v1p.1
24. Heilborn ML. Corpos na cidade: sedução e sexualidade. In: Gilberto Velho (Org). *Antropologia urbana*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1999: 96-102.
25. Oliveira MGF, Santos AFPR. Desigualdade de gênero no sistema prisional: considerações acerca das barreiras à realização de visitas e visitas íntimas às mulheres encarceradas. *Cad Espaço Fem [Internet]*. 2012 [cited 2017 Dec 14];25(1):236-46. Available from: <http://www.seer.ufu.br/index.php/neguem/article/view/15095>
26. Goffman E. *Prisões, Manicômios e Conventos*. São Paulo: Perspectiva; 1996.
27. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário [Internet]. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005 [cited 2018 May 27]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pdf
28. Ministério da Saúde (BR). Manual de Controle Doenças Sexualmente Transmissíveis DST [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2018 May 27]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_controle_das_dst.pdf
29. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [cited 2018 May 28]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf