



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

***“Saúde é luta”*: as vozes do Conjunto Penal Feminino
de Salvador, Bahia**

Lázaro Vinicius Amorim Silva

Salvador (Bahia)
2018

FICHA CATALOGRÁFICA

(elaborada pela Bibl. **SONIA ABREU**, da Bibliotheca Gonçalo Moniz : Memória da Saúde Brasileira/SIBI-UFBA/FMB-UFBA)

SILVA, Lázaro Vinicius Amorim

“Saúde é luta”: as vozes do Conjunto Penal Feminino de Salvador, Bahia/ Lázaro Vinicius Amorim Silva. (Salvador, Bahia): LVA, SILVA, 2018.

52 f.

Monografia, como exigência parcial e obrigatória para conclusão do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), da Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Professor orientador: Luiz Cláudio Lourenço

Palavras chaves: 1. Mulheres. 2. Cárcere 3. Sociedade 4. Saúde I. LOURENÇO, Luiz Cláudio. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Doutor.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

***“Saúde é luta”*: as vozes do Conjunto Penal Feminino de
Salvador, Bahia**

Lázaro Vinicius Amorim Silva

Professor orientador: **Luiz Cláudio Lourenço**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2018.2, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia)

Outubro de 2018

Monografia: “Saúde é luta”: *as vozes do Conjunto Penal Feminino de Salvador, Bahia*, de **Lázaro Vinicius Amorim Silva**.

Professor orientador: **Luiz Cláudio Lourenço**

COMISSÃO REVISORA:

- **Luiz Cláudio Lourenço**, Coordenador do Laboratório de Estudos sobre Crime e Sociedade (LASSOS) e Professor do Departamento de Sociologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas e do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal da Bahia.
- **Maria de Fátima Diz Fernandes**, Coordenadora do Eixo Ético-Humanístico e integrante do Grupo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Bioética e Ética Médica (GBEM). Professora do Departamento de Patologia e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Lorene Louise Silva Pinto**, Pró-Reitora de Desenvolvimento de Pessoas Universidade Federal da Bahia e Professora do Departamento de Medicina Social e Preventiva da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Mariana Thorstensen Possas**, Pesquisadora do Laboratório de Estudos sobre Crime e Sociedade (LASSOS) e Professora do Departamento de Sociologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas e do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal da Bahia.

TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO: Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no XVI Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em ___ de _____ de 2018.

“Ah, doutor, quando terminar esse seu trabalho aí, ‘cê’ bem que podia voltar pra cá né?! Aqui ninguém ouve a gente não. Isso dói na alma. ”

Gaivota

“Sinto muita vontade de lutar e de vencer. ”

Jaçanã

“Coloquem-nas, todas, em uma imensa lata de lixo, acrescentem algum tipo de tecnologia eletrônica sofisticada para controla-las e deixem que definhem ali. Ao mesmo tempo, criem uma ilusão ideológica de que a sociedade ao redor está mais segura e mais livre porque pessoas negras, latinas, indígenas e asiáticas perigosas, pessoas brancas perigosas e, decerto, pessoas mulçumanas perigosas estão trancadas! Enquanto isso, as corporações lucram, e as comunidades pobres padecem! A educação pública padece! A educação pública não é lucrativa, segundo parâmetros corporativos. A saúde pública padece. Se a punição pode ser lucrativa, então a assistência à saúde também deve ser lucrativa. Isso é completamente ultrajante! É ultrajante.”

Angela Davis

"Ou os estudantes se identificam com o destino do seu povo, com ele sofrendo a mesma luta, ou se dissociam do seu povo, e nesse caso, serão aliados daqueles que exploram o povo."

Florestan Fernandes

*A todos homens e mulheres explorados, que, um dia,
encherão seus peitos de luta para enfrentar quem lhes
roubam a vida.*

EQUIPE

- Lázaro Vinicius Amorim Silva, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. lazarosds2006@hotmail.com
- Luiz Cláudio Lourenço, Faculdade de Filosofia e Ciência Humanas da UFBA.

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

- Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)
- Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FFCH)

SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA E RESSOCIALIZAÇÃO

- Conjunto Penal Feminino de Salvador, Bahia

FONTES DE FINANCIAMENTO

1. Recursos próprios.

AGRADECIMENTOS

Ao Poder Superior, pela organização do universo e pelo dom de existir.

Aos meus ancestrais, que trilharam percursos desconhecidos por mim, mas que fizeram eu estar onde estou hoje.

Aos meus pais, Valdemar e Edilene, por todo amor, carinho e coragem depositados. Vocês me ensinaram a acreditar em mim e são fontes diária de inspiração.

Aos meus irmãos, Laura e Lívis, nem a distância, nem as brigas, nem o tempo conseguem diminuir todo amor e saudades que sinto por vocês.

Aos meus amigos, por caminharem comigo até. Seria mais difícil, sóbria, solitária e infeliz sem vocês.

Ao ELV, por plantar a semente, e ao Coletivo Além do Que Se Vê por regá-la quando eu não tinha mais águas de coragem.

A DENEM, por ser um lugar aprendi que amor e ódio andam juntos. Lugar que eu conheci pessoas inspiradoras e que tenho um carinho tão grande quanto nossas CNs de domingo à noite.

A Djerlly Marques, por secar as lágrimas que eu não deixei cair ao longo desses dois anos, pela leitura deste trabalho inúmeras e por acreditar nele (e mim) muito mais que eu. Cada linha, cada palavra, cada citação tem um pouco do que a gente tem construído junto na militância e na vida de amigos.

A professora Ana Luisa Villas Boa, por ser um ponto fora da curva da medicina e estar sempre de prontidão.

A toda equipe do Conjunto Penal Feminino, em especial Luz Marina, por deixar as portas abertas.

A todas mulheres que entrevistei, vocês me ensinaram muito mais do que as horas que passei decorando diagnósticos, medicações, conceitos e teses.

Aos invisíveis, que são transformados em cifrões nessa sociedade, mas um dia tomarão o poder de quem os massacra e escreverão de sua própria história.

Eu estive por muito tempo pensando se escreveria ou não um role sem se preocupar tanto com a escrita acadêmica. Da forma que eu falo com meus pacientes, como falei com as mulheres ou até mesmo da maneira que mais me aproxima do povo de verdade. Decidi que este trabalho não teria sido eu e meu sem isso aqui.

Fazer TCC dói. Isso mesmo. Dor física. Seja nas costas, nas mãos, nos olhos. Poderia ter feito qualquer outro tipo de trabalho, poderia ter escolhido um tema menos polêmico e teria minha nota 9. Talvez até 10. Mas não. Resolvi fazer dessa dor, gritos.

Falar de cárcere dentro dessa faculdade é um tabu. Aliás, aqui é o lugar onde se pode falar e fazer, mas sempre com cuidado para “não manchar a nossa imagem”. Aqui muito se fala sobre classismo, racismo, machismo, homofobia, drogas, saúde mental, mas não se encara verdadeiramente. Não se enfrenta esses problemas com nossos 210 anos de história.

“Ah, os meninos não fizeram por mal. É só uma foto.”; “Mas esse professor foi meu professor também, ela tá aqui tem tanto tempo, não vai mudar não. Logo ele aposenta.”; “Veja só seu eu vou ter que ficar atrás de aluno. Eles que venham até a mim.”; “Antiguidade aqui é posto.”; “Mas é isso mesmo, mulher que anda de saia curta na rua merece ser estuprada.”; “As mulheres precisam ser instrumentadoras cirúrgicas, porque desde cedo elas só aprendem sobre cama, mesa e banho.”; “E digo mais, não me chame ‘pra’ corrigir trabalho de homem que ‘tá’ querendo virar mulher não. Eu não tô aqui pra isso.”; “Eu sou contra as cotas.”; “As pessoas agora entram pela janela.”

São por esses motivos - e mais tantos outros - que eu resolvi transformar todo ódio ao TCC em um projeto político. Não é mais uma monografia para ser colocada no repositório. Este trabalho é para que a Faculdade de Medicina da Bahia não feche os olhos para o mundo lá fora. Este trabalho é o grito de 20 mulheres que denunciam esse modelo de sociedade. Este trabalho foi meu refúgio. Este trabalho é um pouco de mim e todas as pessoas que estiveram até aqui comigo.

Este trabalho é luta.

SUMÁRIO

I. RESUMO	2
II. OBJETIVOS	3
III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	4
IV. METODOLOGIA	7
V. RESULTADOS	10
V.1 O perfil das internas	10
V.2 SRQ e saúde mental	11
V.3 O que é saúde?	12
VI. DISCUSSÃO	20
VI.1 O poder da Medicina: o que é saúde e doença?	20
VI.2 Gênero, prisões, saúde e sociedade: a mulher presa na sociedade de classes	22
VI.3 Encarceramento e controle de corpos	24
VI.4 O dia em que todos e todas seremos livres	25
VII. CONCLUSÃO	27
VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
IX. ANEXOS	32
ANEXO I	33
ANEXO II	34
XI. APÊNDICES	36
APÊNDICE I	37
APÊNDICE II	39
APÊNDICE III	40
APÊNDICE IV	41

I. RESUMO

Saúde é luta: a voz do Conjunto Penal Feminino de Salvador, Bahia. Em 1946, a OMS definiu saúde como sendo um fator biopsicossocial. Porém, faz-se necessário entender as relações entre o processo saúde-doença pela lógica de exploração, lucro e criminalização de determinados corpos, obedecendo as ordens do capital. Nesse contexto, é importante trazer a temática do entendimento das mulheres para o centro da discussão, fazendo o recorte do corpo feminino encarcerado, uma vez que, o Brasil apresenta taxas alarmantes de encarceramento feminino ano a ano. Este trabalho pretende estabelecer relações entre o que é postulado como saúde segundo a OMS e o que as internas do Conjunto Penal Feminino de Salvador entendem como saúde, caracterizando ainda o perfil sociodemográfico das internas e como o cárcere agrava a saúde mental. O trabalho foi desenvolvido através de questionários aplicados as internas, seguindo as considerações éticas da Resolução CNS-CONEP nº 466/2012. Foram entrevistadas 20 mulheres, com tempo igual ou superior a 30 dias no Conjunto Penal Feminino e que fazem ou fizeram uso do serviço de saúde e/ou assistência social prestados pelo menos uma vez desde o primeiro dia de encarceramento. Desse total, 95% se autodeclararam negras (pretas ou pardas), 70% não possuíam condenação, 40% não possuem o ensino fundamental completo, 85% estão entre os 18 e 34 anos, 80% são solteiras e possuem, em média, 2 filhos. Em relação a saúde mental, as pontuações variaram entre 10 e 18 pontos, sendo a média igual a 14 pontos. As respostas sobre o que é saúde foram divididas em 5 eixos: saúde como ausência de doença, como autocuidado, como bem-estar físico, no sentido de totalidade e como liberdade. Entende-se, portanto, a urgência da discussão desse tema sob uma ótica do modelo capitalista de sociedade, correlacionando como a medicina valida ser saúde e doença, interseccionalidade, a prisão como estratégia de controle de corpos e abolicionismo prisional. Sendo assim, pensar no processo saúde-doença é refletir sobre a estrutura de classes da sociedade e propor a superação da mesma.

Palavras chaves: 1. Mulher; 2. Cárcere; 3. Sociedade 4. Saúde.

II. OBJETIVOS

PRINCIPAL

Estabelecer relações entre a definição de saúde proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e aquela percebida pelas mulheres encarceradas no Conjunto Penal da Mata Escura em Salvador, Bahia.

ESPECÍFICOS

1. Caracterizar o perfil das internas do Conjunto Penal Feminino de Salvador, Bahia.
2. Analisar a percepção das mulheres encarceradas sobre suas condições de saúde física e mental no ambiente carcerário.

III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Dissociar saúde e doença, ao longo da história da humanidade, é quase impossível. Desde concepções mágico-religiosas até as teorias sociais de saúde latino-americanas da década de 1980, muito se discutiu e foi produzido. Em 1946, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu saúde como sendo “o estado completo de bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades”. Porém, sem dúvida, o significado de saúde deve se vincular com a análise da dinâmica social, como aponta Laurell (1982):

O processo saúde-doença adquire historicidade porque está socialmente determinado. Isto é, para explicá-lo, não bastam os fatores biológicos, é necessário esclarecer como está articulado no processo social. Mas o caráter social do processo saúde-doença não se esgota em sua determinação social, já que o próprio processo biológico humano é social. É social na medida em que não é possível focalizar a normalidade biológica do homem à margem do momento histórico. (LAURELL, pág.12, 1982)

Partindo dessa assertiva, Castellanos (1997) afirma que “as desigualdades sociais em saúde são produzidas pela inserção social dos indivíduos e que estão relacionados com a repartição do poder e da propriedade” e Breilh (1998) aponta que “nas sociedades em que predominam a exploração e dominação, essas diferenças são necessariamente negativas e produtoras de doenças”. Dessa forma, é necessário explicitar não só as relações sociais quando se fala do processo saúde-doença, mas também o que o determina. Laurell (1982) alcança o cerne do problema quando afirma que:

O processo saúde-doença é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, apropriação que se realiza por meio de processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção. Em nossa opinião, as categorias sociais adotadas do materialismo histórico, que nos permitem desenvolver esta proposição geral e aprofundar e enriquecer a compreensão da problemática da essência do processo saúde-doença e sua determinação, são a classe social, tal como propõe Breilh e o processo de trabalho. (LAURELL, pág. 16, 1982).

Para manutenção dessas classes sociais - essencialmente antagônicas -, foram desenvolvidos mecanismos de sustentação da ordem social vigente, dentre eles, a punição. Borges (2018) traz que:

Os sistemas punitivos, portanto, não são alheios aos sistemas políticos e morais, são fenômenos sociais que não se prendem apenas campo jurídico, pelo contrário, tem papel no ordenamento social e tem, em sua constituição a ideologia hegemônica e absolutamente ligada à sustentação de determinados grupos sociais em detrimento de outros. (BORGES, pág. 39, 2018)

Essa afirmação ganha força quando se observa as formas de punir com passar do tempo. Foucault (1997) descreve quatro formas históricas de punição: 1) banimento, presentes principalmente na sociedade grega, onde o indivíduo era expulso de sua terra e poderia ter seus bens e propriedades confiscados; 2) resgate, o dano provocado é convertido em uma dívida que deve ser paga, característico dos germânicos; 3) marcação, esse tipo de punição era comum durante a Idade Média, quando os indivíduos levavam no corpo as marcas da punição, tomando o corpo do condenado objeto para a instrumentalização do poder; 4) encarceramento, que surge junto com os ideais Iluministas do século XVIII, tornando o cárcere a forma de penalização, em geral, mais comum. Atualmente, o encarceramento ainda é a forma de corrigir a ação desviante dos indivíduos para posterior ressocialização. Em se tratando no surgimento das prisões femininas no Brasil “prevaleceu o discurso moral e religioso. Havia a ideia de domesticação do sexo frágil, dócil delicado” (Ferrari, 2010). A punição foi naturalizada no imaginário social, como afirma Borges (2018), sendo necessária para o bom funcionamento da sociedade e ainda é “instrumento de fabricação daqueles que a justiça mandará encarcerar uma ou mais vezes” (Lemos, 2011).

Segundo o último relatório de Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN) de junho de 2016, do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), pela primeira vez na história, o número de pessoas privadas de liberdade ultrapassou 700 mil, representando um aumento de 707% em relação a década de 1990. A taxa de encarceramento nacional aumentou 157% entre 2000 e 2016. O Brasil é o país com a quarta maior população carcerária no mundo. Em se tratando de mulheres, a taxa de crescimento anual é em torno de 32,8%, de acordo com o IFOPEN Mulheres. No final do século passado, Lemgruber (1999) já previa esse aumento expressivo, uma vez que as mulheres vinham conquistando espaço na sociedade e as diferenças entre os gêneros se minimizariam.

À medida em que as disparidades socioeconômicas-estruturais entre os sexos diminuem, há um aumento recíproco da criminalidade feminina. Levando-se isto em conta, é razoável supor que, muito em breve, a população de presas no Brasil revele crescimento marcadamente acentuado. (Lemgruber, pág 06, 1999).

O corpo feminino deixa de ser punido na esfera doméstica, passando a ser marcado dentro do sistema prisional, que não possui o mínimo de estrutura para manter esse corpo encarcerado. De acordo com o IFOPEN Mulheres (2016), apenas 7% dos estabelecimentos prisionais são voltados para o público exclusivamente feminino.

Somente 16% dessas unidades possuem celas/dormitórios para gestantes; 14% possuem berçários e/ou centros de referência materno infantil e 3% creches.

Diante disso, faz-se necessário ouvir essas mulheres. Entender como esse grupo compreende o que é saúde e doença, e como esses processos se estabelecem no contexto prisional, pois como assegura Lima (2005):

A visão de saúde e bem-estar, no padrão de confinamento, na maioria das unidades prisionais, revela uma série de fatores de risco à saúde mental e física desta população, a exemplo da superlotação, precárias condições de higiene, falta de controle da qualidade dos alimentos fornecidos, relações violentas de poder, falta de atividades laborais e físicas, uso de drogas, entre outros. (Lima, pag 28 2005).

Agravos quanto a integridade física e mental são dados consumados no sistema penitenciário. A cada 100 mil mulheres encarceradas, 5,7 vão a óbito por causa de homicídio, quanto que entre as mulheres livres esse número cai para 4,5. Outro dado ainda mais alarmante se refere a taxa de suicídio das mulheres encarceradas. A cada 100 mil mulheres, 48,2 tiram a própria vida; enquanto que esse número entre as mulheres livres é 2,4, sendo quase 24 vezes menor. Minayo (2015) discorre sobre as lesões físicas e problemas mentais mais comuns no cárcere e, na maioria das vezes, negligenciados e reducionistas, assim como aponta Silva & Ribeiro (2013), chamando atenção para urgência desta temática.

O direito a saúde é assegurado pela Lei 8080, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde. As mulheres encarceradas ainda são salvaguardadas pela Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher e o pelo Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário, entretanto, muitas vezes, a situação de saúde das internas é precária e ações de prevenção e promoção em saúde são pouco efetivas. O ambiente carcerário fica marcado como sendo um lugar perigoso, violento e adoecedor.

Há uma série de trabalhos relacionando agravos em saúde e cárcere. Porém quase não existem estudos detalhando o entendimento de saúde das internas. A partir-se disso, revela-se a importância deste trabalho, uma vez que, coloca-se no centro da discussão as vozes das mulheres encarceradas, tornando-as protagonistas da sua concepção de saúde.

IV. METODOLOGIA

IV.1 Método de estudo

Trate-se de estudo de caráter qualitativo e descritivo realizado no Conjunto Penal Feminino de Salvador, Bahia.

IV.2 Participantes da pesquisa

Mulheres encarceradas no Conjunto Penal Feminino de Salvador com um período igual ou superior a 30 dias e que fazem ou fizeram uso do serviço de saúde e/ou assistência social disponibilizados no local desde o momento da entrada no Conjunto Penal Feminino.

IV.3 Critérios de seleção das participantes

✓ Inclusão

1. Estar encarcerada no Conjunto Penal Feminino (CPF) de Salvador por, pelo menos, 30 dias.
2. Declarar-se mulher.
3. Ter utilizado o serviço de saúde e/ou assistência social pelo menos uma vez a partir da data de encarceramento.
4. Concordância em participação do estudo.

✓ Exclusão

1. Não assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).
2. Estar encarcerada período inferior a 30 dias.
3. Nunca ter utilizado os serviços de saúde e/ou assistência social da penitenciária.

IV.4 Coleta dos dados

A coleta de dados desse estudo foi realizada mediante a aplicação de dois questionários (apêndices II e III) às internas no Conjunto Penal Feminino. O primeiro questionário possui 09 questões fechadas e 01 questão aberta. A partir desse instrumento foi possível a caracterização sociodemográfica deste grupo de internas e também o entendimento de cada mulher sobre o que é saúde. Já o segundo questionário, *Self Report Questionnaire* (SRQ), serviu para avaliar o sofrimento mental das mulheres encarceradas.

As internas participantes da pesquisa foram selecionadas aleatoriamente e convidadas a participarem do estudo, com posterior assinatura do TCLE, permanecendo uma via com o pesquisador e a outra anexada no prontuário médico da interna. Antes da

aplicação, explicou-se o direito da desistência a qualquer momento e do apoio psicológico prestado se alguma pergunta causasse constrangimento, levando as internas para o profissional de plantão no serviço.

Foi entregue o questionário para auto aplicação. Algumas mulheres preferiram que o pesquisador registrasse as respostas. Quando isso aconteceu, todas as respostas foram transcritas fidedignamente, respeitando vícios de linguagem e gírias. O pesquisador esteve presente durante todo o tempo de preenchimento dos questionários para sanar possíveis dúvidas.

Após o término da coleta, as respostas foram processadas em uma planilha Excel. Os instrumentos preenchidos, juntamente com os TCLE assinados, serão arquivados por um período de cinco anos e, após esse tempo, destruídos. Vale ressaltar que o TCLE foi elaborado de acordo com a Resolução CNS-CONEP nº 466/2012.

IV.5 Análise de dados

Os dados coletados foram tabulados em uma planilha Excel. As respostas “fechadas” foram descritas mediante o cálculo de frequências simples e relativas, sintetizados em tabelas. As respostas abertas seguiram os seguintes passos: 1) leitura e releitura das respostas sem privilegiar qualquer elemento; 2) leitura intencional, destacando características marcantes de cada fala; 3) análise individual e estabelecimento de eixos em cada resposta; 4) agrupamento de respostas similares 5) discussão do material elaborado. Apenas alguns trechos foram trazidos durante a análise dos resultados. As repostas estão descritas integralmente no Apêndice IV.

A saúde mental das internas foi avaliada através do *Self Report Questionarie* (SRQ). O SRQ é “um instrumento multidimensional, utilizado para suspeição diagnóstica de transtornos mentais comuns” como aponta Santos et al. (2009). A pontuação do questionário pode variar entre zero e 20 pontos, sendo que pontuação acima de 7 indicam sofrimento mental do indivíduo. As perguntas podem ser divididas em 4 dimensões específicas: I - sintomas de humor depressivo, II - sintomas somáticos, III - pensamentos depressivos e IV - decréscimo da energia vital.

IV.6 Considerações bioéticas e deontológicas

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), cujo comprovante de submissão se encontra no Apêndice II, e somente após a aprovação, iniciou-se a coleta

de dados, seguindo a Resolução CNS-CONEP nº 466/2012. A Carta de Anuência foi assinada e encontra-se no apêndice I.

A aplicação dos questionários se deu somente após a assinatura do TCLE (anexo II). O anonimato e a confidencialidade foram assegurados para as participantes, que, também, estiveram livres para interromper ou se recusar a responder qualquer pergunta a qualquer momento sem nenhum prejuízo a mesma. Evitando a identificação das mulheres, foi-lhes atribuído aleatoriamente nomes de pássaro, além desse recurso denotar a ideia de liberdade.

IV.6.1 Riscos e benefícios

Essa pesquisa apresenta como risco quebra de sigilo e anonimato. Dessa forma, para minimizá-lo, não houve identificação dos questionários, que foram armazenados onde somente os pesquisadores possuem acesso. Outro risco, seria constrangimento, caso alguma pergunta rememore algo vivido pela entrevistada. Nessa situação, foi garantido o direito imediato de interrupção do estudo e encaminhamento para o serviço de apoio psicológico do Conjunto Penal.

Não há benefício direto para as participantes, entretanto os dados podem ser utilizados como instrumento para se repensar na organização do Conjunto Penal Feminino e como base para novos trabalhos.

V. RESULTADOS

A coleta de dados durou cinco dias, num intervalo de duas semanas. Todas foram feitas durante o vespertino, na sala da diretora do presídio, e estavam presentes somente o pesquisador e interna durante a aplicação do questionário. Nenhuma mulher solicitou interrupção do questionário. Dos 20 internas, cinco não precisaram se ausentar durante a aplicação do SRQ e, por isso, esses questionários não foram inutilizados. As respostas abertas na íntegra se encontram no Apêndice IV, preferiu-se selecionar intencionalmente alguns trechos para serem explorados neste trabalho.

V.1 O perfil das internas

A capacidade do Conjunto Penal Feminino é de 132 internas. Atualmente, segundo a Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização, existem 109 vagas ocupadas. Neste trabalho, foram entrevistadas 20 mulheres, todas com mais de 30 dias de encarceramento e que faziam ou fizeram uso do serviço de saúde e/ou assistência social da penitenciária pelo menos uma vez desde o primeiro dia de encarceramento. A média de idade é de 29 anos e 95% (19) delas se autodeclararam pretas ou pardas. Em se tratando da escolaridade, a maioria das mulheres não concluíram o ensino fundamental (40%) ou ensino médio (30%) e uma pequena parcela possui ensino superior completo (10%).

As mulheres são majoritariamente solteiras, 80% (16), apesar de possuírem, em média quase 2 filhos (1,95 filho/mulher). Analisando somente as mulheres que são mães (16), 87,5% (14) são solteiras e média de filhos por mulher é 2,4. Predominantemente, as internas seguem privadas de liberdade aguardando sentença. Apenas 30% das mulheres do grupo estavam em regime fechado, nenhuma em semiaberto e 70% não eram condenadas. As profissões das detentas variam bastante: trabalhavam no mercado de beleza (cabelereira, manicure e esteticista), diaristas, na construção civil, fisioterapeuta, corretora de imóveis, ambulante, comerciante, atendente de supermercado, cafetina, cuidadora de idosos, babá e duas entrevistadas estavam desempregadas.

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica do grupo de mulheres 20 encarceradas no Conjunto Penal Feminino de Salvador, Bahia

VARIÁVEIS	n (%)
-----------	-------

FAIXA ETÁRIA	
18 – 24	6 (30)
25 – 29	5 (25)
30 – 34	6 (30)
35 – 45	1 (5)
46 – 60	2 (10)

RAÇA/COR	
Branca	1 (5)
Parda/Preta	19 (95)

ESCOLARIDADE	
Fundamental incompleto	8 (40)
Médio completo	2 (10)
Médio incompleto	6 (30)
Não alfabetizada	1 (5)
Superior completo	2 (10)

ESTADO CIVIL	
Casada	4 (20)
Solteira	16 (80)

SENTENÇA	
Regime fechado	6 (30)
Sem condenação	14(70)

III.2 SRQ e saúde mental

Durante a aplicação do SRQ, 5 mulheres precisaram se ausentar por diferentes razões, por isso, somente 15 questionários foram considerados válidos. As pontuações variaram entre 18 e 10 pontos (média de 14 pontos), indicando, portanto, possíveis transtornos mentais em toda a amostra.

Os sintomas de humor depressivo é o item com maior prevalência entre as internas. Nenhuma das entrevistadas apresentou menos que 3 respostas positivas das 4 que tratam desse tema. Seguidos por sintomas somáticos que apresentaram, numa escala de 0 a 1, o índice de 0,79 neste conjunto de perguntas. A questão “*Dorme mal?*” destaca-se por ser positiva em todos os questionários. O item IV, decréscimo da energia vital, apresentou índice 0,59 numa escala de 0 a 1. A pergunta “*Encontra dificuldades para realizar com satisfação as atividades diárias?*” foi positiva somente em uma entrevista. As atividades realizadas pela penitenciária (yoga, leitura, ir à escola, dança, entre outras) são encaradas pelas internas como momentos de “fuga do cárcere”, provavelmente, por essa razão houve uma apenas uma resposta positiva. O último item, pensamentos depressivos, pontou menor índice – 0,48 – comparando com os anteriores. Todavia é importante frisar duas perguntas: “*É incapaz de desempenhar um papel útil na sua vida?*” e “*Tem tido a ideia de acabar com sua vida?*”. A primeira recebeu menor pontuação positiva dentro desse item (3), e a segunda; maior (11). Algumas mulheres relataram a tentativa suicídio de variadas formas dentro da prisão, e exemplo da ingestão de água sanitária, altas doses de remédio e automutilação.

Tabela 2: Pontuação no SRQ das mulheres do Conjunto Penal Feminino de Salvador, Bahia

PONTUAÇÃO	n (%)
10	1 (6,67)
11	3 (20,00)
12	1 (6,67)
13	1 (6,67)
14	2 (13,33)
15	2 (13,33)
16	2 (13,33)
17	2 (13,33)
18	1(6,67)

III. 3 O que é saúde?

Diante dos dados apresentados, ao se pensar em saúde, é importante delimitar o espaço ocupado pelas mulheres na sociedade, como já afirmara Brito (1991):

Pensar a saúde, especialmente a saúde da mulher, pressupõe situar as mudanças, nas relações em todos os planos da vida social - nas relações familiares, na imagem feminina, nas relações do cotidiano. Isto significa considerar a emancipação total da mulher, sua plena realização enquanto pessoa, através da atuação no mundo, contra os preconceitos que dificultam o seu desenvolvimento. (Brito, pág. 212, 1991)

Ademais, entender como o cárcere está inserido na dinâmica social torna-se fundamental neste estudo. Analisar saúde, gênero e prisões significa também discutir racismo, machismo, patriarcado e as intersecções entre eles. Dessa forma, após a leitura sistemática das entrevistas, levando em consideração as nuances que dialogam entre si, foram identificados cinco eixos que revelam a compreensão das mulheres sobre o conceito de saúde: 1) saúde como ausência de doenças; 2) saúde como autocuidado; 3) saúde associada ao bem-estar físico; 4) saúde no sentido de totalidade e/ou associada a um poder divino; 5) saúde como liberdade.

Não obstante essas dimensões aparentarem sobreposição e/ou complementariedade, elas são distintas sob a ótica de cada mulher. Não se deve deixar de lado as considerações individuais e subjetivas de cada corpo feminino, uma vez que, a história traçada por essas mulheres influencia diretamente o entendimento sobre saúde e doença. Entretanto, é de extrema responsabilidade não considerar esses corpos e, por consequência, suas particularidades, numa perspectiva individual, pelo contrário, precisa-se interpretá-los em conjunto, como afirma Laurel (1982):

A melhor forma de comprovar empiricamente o caráter histórico da doença não é conferida pelo estudo de suas características nos indivíduos, mas sim quanto ao processo que ocorre na coletividade humana. A natureza social da doença não se verifica no caso clínico, mas no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos. (Laurell, pág. 3, 1982)

Todas as respostas trazem particularidades que devem ser entendidas como o processo social do adoecer, e há, sem dúvidas, uma relação intrínseca entre ele, o processo de saúde-doença e a compreensão do que é saúde. Entender que esse processo se liga a exploração de corpos marcados socialmente para geração de lucro e manutenção da ordem social é o primeiro passo para discutir a concepção das internas sobre saúde-doença. Laurell (1982) assegura que:

Este modo de entender a relação entre o processo social e o processo saúde-doença aponta, por um lado, o fato de que o social tem uma hierarquia distinta do biológico na determinação do processo saúde-doença e, por outro lado, opõe-se à concepção de que o social unicamente desencadeia processos biológicos imutáveis [...] e permite explicar o caráter social do próprio processo biológico. Esta conceituação nos faz compreender como cada formação social cria determinado padrão de desgaste e reprodução e sugere um modo concreto de desenvolver a investigação a este respeito. (Laurell, pág. 15, 1982)

Assim sendo, assumir que o cárcere viabiliza o modelo de organização social e interfere no entendimento de saúde/doença, correlacionar gênero, prisões, saúde dentro da dinâmica social capitalista torna-se o horizonte deste trabalho. Cada eixo a seguir apresentado é resultado disso.

1) Saúde como ausência de doença

Sem dúvida estabelecer um elo entre saúde e ausência de doença a forma bastante comum e recorrente. Andorinha traz de maneira muito direta essa concepção: *“vixe, o que é saúde? É não ser doente, né? É isso. É isso né? Não ser doente”* ou ainda como é pontuado por Garça: *“É poder respirar. [Ter] bem estar no corpo. É viver saudavelmente”*.

Ainda é possível perceber que algumas falas se voltam especificamente para agravos físicos e mentais. Os trechos seguintes exemplificam: *“saúde é não ter doença. Eu tô cheia de problemas. Eu tenho sífilis, HIV, sinto ‘muita dores’ no meu corpo. Tenho princípio de tuberculose. Muita dor de cabeça.”* (Gaivota) ou *“...meu psicológico tá mal também. Tenho medo de pegar depressão e cometer uma besteira”*. (Beija-flor).

A relação entre saúde e ausência de doença é corroborado ao longo da história pelo poder biomédico, principalmente após o surgimento da medicina moderna. Durante esse período, dividiu-se os corpos em órgãos, sistemas, células e o desequilíbrio do normal gerava de doenças. Batistela (2007) evidencia que a partir do século XVIII

A saúde passa a ser entendida como seu oposto lógico: a inexistência de patologia, ou seja, a própria fisiologia. Essa profunda transformação na forma de conceber a doença irá assentar as bases do sistema teórico do modelo biomédico, cuja força explicativa é responsável pela sua presença até os dias de hoje. (Batistela, pág. 53, 2007)

O modelo uniaxial de saúde – também conhecido como modelo biomédico – propunha que a superação da doença se daria intervindo na causa-efeito de maneira imediata, não levando em consideração a inserção do indivíduo em sociedade e as relações existentes. Somado a isso, a uniaxialidade

(...) tem também como base o mecanicismo cartesiano, vendo o corpo humano como uma máquina complexa, que para ser entendida precisa ser dividida em partes para que posteriormente a soma das partes representasse o todo. Essa máquina não é vista de forma perfeita e por isso admite-se neste modelo que a doença tem origem natural, ou seja, inevitavelmente a máquina apresentará problemas e serão resolvidos apenas a partir de técnicas curativistas. (BASTOS, pág. 12, 2013)

Leavell e Clarck (1976) *apud* Bastos (2013) questionam o modelo biomédico sugerindo uma nova teoria para explicar saúde-doença, a multicausalidade, formulando o conceito de história natural da doença (HND):

Nome dado ao conjunto de processos interativos compreendendo as inter-relações do agente, do suscetível e do meio ambiente que afetam o processo global e seu desenvolvimento, desde as primeiras forças que criam o estímulo patológico no meio ambiente, ou qualquer outro lugar, passando pela resposta do homem ao estímulo, até as alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte. (Leavell e Clarck, 1965, *apud* Bastos, pág 16, 2013)

O conceito de saúde dessa corrente ainda remete aos problemas do modelo unicausal, disfarçados agora por tratar das inter-relações do ambiente-agente-indivíduos, porém sem nenhuma profundidade. Batistela (2007) aponta que “embora se reconheça a existência de aspectos sociais envolvidos no processo saúde-doença, estes são subalternizados em detrimento dos aspectos biológicos” e Palmeira et al. (2004) conclui:

O modelo multicausal avançou no conhecimento dos fatores condicionantes da saúde e da doença. A crítica que se faz a ele reside no fato de tratar todos os elementos da mesma forma, ou seja, naturalizar as relações entre o ambiente, o hospedeiro e o agente, esquecendo que o ser humano produz socialmente sua vida em um tempo histórico e que por isso, em certos períodos, podem ocorrer doenças diferentes com intensidades e manifestações também diferentes. (Palmeira et al., pág. 38, 2004)

2) Saúde como autocuidado

As internas também trouxeram autocuidado/cuidar de si como concepção de saúde, como pode ser observado nos exemplos a seguir: “*é ter que me cuidar*” (Calopsita); “*é você ‘tá’ bem com você mesma. Se cuidar*” (Ararinha) e “*É a pessoa se cuidar.*” (Gaivota).

A enfermagem, conhecida como a arte do cuidado, possui uma corrente que discute o *autocuidado*, conhecida como a Teoria do Autocuidado de Orem. Segundo ela:

Alcançar o autocuidado é um processo aprendido, é uma prática da pessoa para si mesma e desenvolvida por ela mesma. Onde o indivíduo deve ser livre para acertar, para aprender, para utilizar ou rejeitar o que lhe é oferecido, para pedir ajuda, para obter informações sobre si mesmo e, se desejar, para deixar o hospital/ instituição de saúde. Então, a essência do objetivo do autocuidado é o autocontrole, a liberdade, a responsabilidade do indivíduo e a busca pela melhoria de sua qualidade de vida. (Gonçalves e Schier, pág. 274, 2005)

Já Foucault (2006) teoriza sobre o *cuidado de si* afirmando que as “ações que são exercidas de si para consigo, [são] ações pelas quais nos assumimos, nos modificamos, nos purificamos, nos transformamos e nos transfiguramos”, sendo isso

uma prática social. O indivíduo necessita de autonomia sobre quais práticas de cuidado utiliza no seu dia a dia, uma vez que ele possui domínio sobre seu corpo.

É necessária uma análise crítica dessas duas linhas de pensamento, uma vez que ambas atribuem ao indivíduo a responsabilidade sobre si e seu corpo, colocando o sujeito como único mantedor do seu bem-estar físico e mental, sem considerar as relações desse mesmo indivíduo com a sociedade onde ele se insere. Em se tratando de mulheres encarceradas, encarrega-las dessa forma é, no mínimo, cruel. Dentro da prisão, elas se tornam ainda mais vulnerabilizadas e nem se reconhece como seres humanos, como Fênix diz *“aqui a gente morre e ninguém faz nada. Aqui a gente é bicho”*.

O dever de si para consigo no processo de cuidado se potencializa na organização social capitalista, uma vez que as pessoas se individualizam e passam a crer numa subjetividade particular, levando a sensação de autonomia sobre si, mas, na verdade, ele se insere numa lógica de submissão, uma vez que seu corpo fonte de exploração de trabalho.

3) Saúde como bem-estar físico

Em alguns trechos é possível identificar que as internas relacionam alimentação, sono, ausência de atividade física e local onde elas vivem como peça-chaves para seu entendimento de saúde-doença: *“Aqui a gente tem que tomar água da torneira. A gente tem que comer legume e verdura e aqui não tem. [saúde é] dormir bem. A gente não dorme e pensa muito, isso afeta a saúde. Não faz esporte. Isso é muito ruim”* (Gralha) ou ainda *“saúde é uma boa alimentação, noite de sono, e aqui a gente não tem isso. Alimentação aqui é horrível”* (Beija-flor).

A essência desses trechos dialoga com o primeiro eixo, uma vez que saúde se vincula intimamente a algo (alimentação, habitação/sono, modo vida/atividade física). Como já explanado, esse modelo de idealizar saúde se difundiu através do modelo biomédico com o surgimento da medicina moderna. A associação entre causa e efeito, aponta que a superação do primeiro faria o segundo desaparecer. Albuquerque e Silva (2014) dialogam quanto nocivo pode ser construir essa analogia:

Estabelecer, simplesmente, uma relação de correspondência entre fatores determinantes, tomados como elementos que geram desiguais condições de saúde e doença, pressupõe a possibilidade de intervir sobre eles, desconsiderando os limites e possibilidades impostos pelo modo de produção dominante. (Albuquerque e Silva, pág. 959-60, 2014)

Os determinantes trazidos por Albuquerque e Silva (2014) são educação, atividade física, moradia, meio ambiente, hábitos ou estilos de vida, transporte, lazer entre vários outros. Quando analisados numa perspectiva desconexa

Deixando intocados os fundamentos do capitalismo, tais assertivas acabam por assumir um aspecto de pregação moralista. Ao se responsabilizar as próprias pessoas e grupos por suas condições de existência, dilaceradas pelas necessidades do capital, dissemina-se a falácia de que a mudança dependeria da boa vontade e do despertar do humanismo que repousa nas boas almas humanas. (Albuquerque e Silva, pág. 959, 2014)

Vale ressaltar que o Estado não cumpre sua obrigação para com as internas. Segundo a Lei de Execução Penal, de julho de 1984, é dever do Estado dar “assistência material ao preso e ao internado [que] consistirá no fornecimento de alimentação, vestuário e instalações higiênicas”. Os próximos trechos provam que isso não acontece: *“A gente aqui não tem saúde não. Eu caí e cortei o dedo. Só fizeram um curativo. Que saúde aqui? É rato andando no meio do pátio. Ave Maria”* (Fênix) e *“Eu só me alimento bem dois dias da semana, quarta e sexta, que é o dia que minha mãe traz comida aqui.”* (Cacatua).

4) Saúde no sentido de totalidade

Algumas mulheres remetem saúde dando sentido à vida, como é observado nos seguintes trechos: [saúde] *“é vida. É essencial. Graças a Deus eu não sinto nada aqui não, mas a vida aqui não é boa não”* (Cacatua) ou *“é tudo. Quando uma pessoa tá bem de saúde, ela tá de bem com a vida”* (Bem-te-vi). Santos (2012) dialoga que as “práticas terapêuticas populares, mágico-religiosas, permanecem vivas nas raízes dos mais variados povos” e afirma ainda que “vivemos e recriamos crenças e tradições milenares de acordo com o contexto cultural e social que estamos inseridos”.

A definição de saúde da OMS muito se aproxima com o ideal de totalidade e completude apontando como um estado pleno bem-estar físico, mental e social.

Na perspectiva desse pensamento a saúde seria algo inalcançável, impossível de acontecer. Quando decidimos que o estado de saúde é um estado completo de bem-estar biopsicossocial, estamos afirmando que ninguém, absolutamente ninguém, irá alcançar esse estado. Na prática estamos afirmando que as pessoas sempre estarão doentes, reproduzindo a afirmação do modelo biomédico de que um indivíduo sadio é um ser deficientemente estudado, produzindo nesse sentido uma dependência gigantesca da medicina, já que nunca seremos sadios, com a reprodução da medicalização da sociedade. Para o sistema de saúde, esse pensamento é completamente inviável, sendo muito custoso e não resolve os reais problemas da população. (BASTOS, pág. 22, 2013)

A atribuição ampliada e religiosa de saúde para este grupo revela ainda a existência de um valor social em estar ou não doente, que se sobrepõe aos aspectos biológicos. O final da fala de Cacatua sinaliza isso “*‘tando’ bem de saúde você conquista tudo na sua vida*”. Para Stotz (1993):

Desde meados dos anos 80, [...] a concepção de saúde adquiriu crescente sentido de um *projeto* que remete aos usos sociais do corpo e da mente. Neste projeto admite-se a impossibilidade de uma plenitude, deixando patente que os indivíduos devem conviver, de acordo com a sua posição social, seus pertencimentos de gênero, etnia ou raça, ou seja, suas *diferenças*, com diversos graus de sofrimento, incapacidade ou mesmo de doença. A concepção de saúde (a noção do que deva ser saúde) passou a ser socialmente demarcada, em termos positivos, pelas aspirações individuais ou de grupos, construídas consensualmente ou impostas, em torno de ideais de vida saudável e, no limite negativo, pela doença, incapacidade ou sofrimento admitidos de acordo com os papéis e status dos indivíduos. Esta noção de saúde é a expressão ideológica do liberalismo. A saúde tem de ser um *quid pro quo*, um valor de troca ou um bem mercantilizável. (STOTZ, pág. 5, 1993)

5) Saúde como liberdade

O último eixo se refere a atribuição de “saúde como liberdade” e do cárcere como a negação de uma vida saudável, e apareceu em 14 das 20 entrevistas. Algumas entrevistadas relacionam o ambiente prisional ao aparecimento de doenças ou morbidades, como por exemplo: “*a gente tá depressivo aqui dentro. Por tá num lugar privado. Minha saúde estaria boa mesmo se eu estivesse lá fora. Aqui dentro a pessoa se sente muito oprimida*” (Curica) ou “*não tenho saúde aqui dentro, só que lá fora eu tinha. Não sei se eu descobrir aqui dentro. Antes eu não tinha. Cada vez tá aparecendo mais doença.*” (Gaiyota).

Em outros trechos a privação de liberdade gera ausência de saúde: “*Eu não me sinto saudável aqui. Eu me sinto incapacitada. Ninguém tem saúde aqui*” (Uirapuru) ou “*te juro que não sei falar muito não. A prisão contribui pra minha tristeza. Sinto falta da vida que eu vivia. Sinto falta de ficar livre. Agora eu não tô livre.*” (Jaçanã). Por fim, ainda há mulheres que apontam saúde como alguém ou algo que está fora do cárcere, como por exemplo: “*minha saúde são meus filhos. Eu não tenho eles aqui.* (Uirapuru); “[saúde é] *não guardar mágoa. Me senti doente quando meu filho morreu, pelo ódio que tava guardando dentro de mim. Eu queria matar quem matou ele*” (Tangará) ou “*Aqui a pessoa praticamente não dorme direito, porque se preocupa muito com a família. Sinto muita falta de puder dar um abraço nos meus sobrinhos.*”

Sinto muita saudade. Aqui dentro a pessoa aprendo o que quer pra sua vida. Um abraço faz falta.” (Rouxinol).

A prisão moderna é uma das formas de controle social e fortalecimento do sistema capitalista. Angela Davis (2018) pontua que é de suma importância falar sobre racismo, prestar atenção no sistema educacional e a assistência à saúde e moradia e começarmos a “fazer perguntas sobre os papéis econômico, político e ideológicos das prisões.” Para ela “a instituição da prisão serve como um local para depositar pessoas que representam grandes problemas sociais” e ainda “o espaço da cadeia ou da prisão não é apenas material ou objetivo, mas também ideológico e psíquico.”

Sendo assim, é indispensável transpor a barreira de que as prisões são lugares para ressocialização do indivíduo, mas servem, na verdade, como braço do estado capitalista para manter a ordem vigente. Essa discussão ainda é pouco aprofundada, porque caminha para um terreno difícil até mesmo para os estudiosos do cárcere: o abolicionismo. Debater abolicionismo prisional significa pensar em uma sociedade nova. Angela Davis (2018) pauta esse tema dizendo:

Eu acredito que uma sociedade sem prisões é uma possibilidade futura realista, mas em uma sociedade transformada, na qual a força motriz seja constituída pelas necessidades do povo, não pelo lucro. Ao mesmo tempo, o abolicionismo prisional parece uma ideia utópica precisamente porque a prisão e as ideologias que a apoiam estão bastante enraizadas em nosso mundo contemporâneo. O aprisionamento é cada vez mais usado como uma estratégia para desviar dos problemas sociais subjacentes, como racismo, pobreza, desemprego, ausência de educação e assim por diante. Esses temas nunca são abordados com seriedade. É apenas uma questão de tempo até que as pessoas comecem a perceber que a prisão é uma solução enganosa. A pressão abolicionista pode e deve se dar no interior de outros movimentos progressistas e de maneira articulada com reivindicações por educação de qualidade, estratégias antirracistas de contratação, sistema de saúde gratuito. Pode ajudar a promover uma crítica ao capitalismo e movimentos em direção ao socialismo. (Davis, pág. 23, 2018)

Destarte, a crítica desse trabalho não é conceituar ou não saúde a partir das entrevistas, mas sim “entender saúde da forma mais abrangente possível e delimitar as fronteiras de suas limitações” (BASTOS, 2013), retomando a afirmação Czeresnia (2003) *apud* BASTOS (2013) “a saúde e o adoecer são formas pelas quais a vida se manifesta. Correspondem a experiências singulares e subjetivas, impossíveis de serem reconhecidas e significadas integralmente pela palavra [saúde]”.

Por fim, vale ressaltar também que compreender os novos olhares sobre as práticas e saberes a respeito de saúde/doença é essencial para uma formação médica ampliada. O exercício da profissão deve romper a lógica biologicista e médico-centrada.

A participação do sujeito no processo de cuidado e compressão da saúde/doença deve ser colocado em primeiro plano. Sendo assim, estudos como este são

Fundamentais para se começar a pensar em práticas de saúde mais humanas, e por isso, a antropologia da saúde e da doença não pode ficar desvinculada de outras disciplinas que compõe a grade curricular, em especial dos cursos que formam profissionais de saúde, pois traz inúmeras contribuições que envolvem as reflexões em torno do processo saúde/doença, cultura e sociedade. (SANTOS, 2012)

VI. DISCUSSÃO

Debruçar-se sobre a definição de saúde proposta em 1946 pela OMS e correlacionar com o entendimento de saúde das internas do Conjunto Penal Feminino de Salvador foi o pontapé inicial deste estudo. Mesmo assim, decidi ir além e me aproximar de temas como machismo, racismo, abolicionismo prisional e a dinâmica social capitalista.

Pouco se encontra na literatura pesquisas que tentam entender a concepção de saúde dentro âmbito prisional. Os trabalhos se desenvolvem principalmente na linha de apontar as insalubridades no cárcere ou quais doenças e agravos são mais prevalentes nesse contexto. Mesmo assim, conseguimos escutar as mulheres e debater, através de suas falas, o entendimento de saúde das internas e como o complexo mundo das prisões está inserido na sociedade de classes.

Optou-se por dividir a discussão em tópicos capazes de responder as inquietações do autor. Mesmo com pouco arcabouço literário, foram levantados elementos fundamentais para compreensão do que é *saúde* e *doença* e como elas se desenvolvem em sociedade. Inicialmente, foram apresentadas ideias de como a medicina ao longo da história legítima ou não o que saúde, atendendo aos interesses de uma elite dominante. Logo em seguida, procurou-se trazer a interseccionalidade no contexto da saúde prisional, apontando como gênero, classe e raça são produtos indissociáveis na sociedade capitalista. No terceiro item, é descrito como determinados corpos historicamente são punidos e como as prisões são protótipos obsoletos, porém lucrativos. Para finalizar, reitera o fracasso das prisões na tentativa de ressocialização dos indivíduos e dialoga-se com autores que propõe abolicionismo prisional e um novo modelo de sociedade. Como consagrado por Angela Davis é necessária “uma mudança de narrativa. Às vezes temos de realizar o trabalho mesmo que não vislumbremos que ele será realmente possível.”

VI. 1 O poder da Medicina: o que é saúde e doença?

Nas diferentes sociedades humanas e suas histórias, “saúde e doença sempre estiveram vinculadas aos diferentes processos de produção e reprodução” (Bastistela, 2007), mas somente no final do século XVIII, com o estabelecimento da medicina moderna ganharam significados tão conflitantes. O cartesianismo, apontando os corpos

como máquinas complexas capazes de executar ações quando os órgãos funcionam da melhor maneira possível, é um dos pilares para a *nova* Medicina. Desenvolve-se nesse período a anatomia-patológica, através das dissecações dos cadáveres e a procura das doenças dentro do corpo dos indivíduos. O modelo biomédico de entendimento de saúde-doença ganhou força, consolida-se e, até hoje, faz-se presente.

As respostas agrupadas nos eixos 1 (Saúde como ausência de doenças), 3 (Saúde associada ao bem-estar físico) e 4 (Saúde no sentido de totalidade e/ou associada ao poder divino) retomam a essência do modelo biomédico em se pensar em saúde. Apesar da diferença entre os eixos, todos eles dialogam de como o corpo está ou não associado a saúde. O eixo 1 estabelece relação entre corpo e doença; o eixo 2 entre corpo e determinantes relacionados com saúde e doença e o eixo 3 traz a necessidade de plenitude do corpo, seja âmbito físico quanto no mental.

É sobre esse corpo, sadio ou não, que a medicina se fundamenta e recebe a “incumbência de operar sobre o sofrimento humano” (Passos & Gomes, 2012). O entendimento desse sofrimento, passa, portanto, pelas ideias difundidas historicamente e ainda presentes nas escolas médicas, que ainda apresentam fortes influências dos modelos unicausal (biomédico) e/ou multicausal.

Ambos modelos, já discutidos neste trabalho, não exploram o indivíduo como ser social. O mesmo corpo que é fragmentado para o aprendizado e intervenção não é visto dentro de uma sociedade marcada pelo antagonismo de duas classes, e é onde se reside o problema. A medicina se negou, e nega ainda, a entender como os corpos adoecem a partir da exploração de sua força trabalho. Todavia sempre foi dispositivo para melhorar as funcionalidades do corpo a fim de que ele continuasse a ser explorado e gerasse lucro. Para Donnagelo (1976);

A continuidade do processo de acumulação capitalista ou da reprodução das condições — econômicas e político-ideológicas — da produção constitui, portanto, o ponto de referência mais amplo para a análise da medicina como prática social na estrutura capitalista. O fato de que ele encontre na reprodução da força de trabalho um de seus componentes fundamentais, aponta imediatamente para uma das formas possíveis de participação da medicina em tal processo, uma vez que o corpo representa, por excelência, o seu objeto. Dado, porém, que esse objeto só se define no conjunto das relações sociais, ao exercer-se sobre o corpo, definindo os limites de sua capacidade física e normatizando as formas de sua utilização, a medicina não apenas cria e recria condições materiais necessárias à produção econômica mas participa ainda da determinação do valor histórico da força de trabalho e situa-se, portanto, para além de seus objetivos tecnicamente definidos. (Donnagelo, 1976, pág 34).

A medicina, portanto, valida e instrumentaliza o modelo social de organização, porém se nega a pensar em como ele é o fator desencadeador do processo saúde-doença. É imprescindível situar saúde e doença no campo social, aprofundando nessas relações, para que a partir de então possa pensar em defini-las, uma vez que “saúde depende de múltiplos fatores”, como aponta Nogueira (2009).

Faz necessário junto a isso, destacar que não se deve pensar em saúde somente como fator socialmente demarcado, mas somada aos fatores biológicos. Laurell (2007) tenta elaborar uma analogia para explicar:

Temos, por um lado, o processo social e, por outro, o processo biológico, sem que seja imediatamente visível como um se transforma no outro. Na verdade, enfrentamos uma ‘caixa negra’, na qual o social entra de um lado e o biológico sai de outro, sem que se saiba o que ocorre dentro dela. (Laurell, pág XX, 2007)

Essa análise não cabe na definição de saúde proposta pela OMS em 1946. A tentativa rasa de discutir como o contexto *biopsicossocial* dos indivíduos esbarra nas relações do *ser individual* com si próprio e o meio, sem levar em consideração o lugar que o mesmo *ser individual* ocupa na sociedade. Segre & Ferraz (1997) chegam a afirmar que esta definição dada pela OMS é, no mínimo, ultrapassada.

Quando as mulheres dimensionam o seus corpos e concepções nesses eixos, torna-se explícito o poder da “racionalidade médica hegemônica”, descrita por Gomes (2007), e que “a concepção de normalidade estaria diretamente relacionada à manutenção da integridade estrutural e funcional das características biológicas naturais do corpo”.

Gênero, prisões, saúde e sociedade: a mulher presa na sociedade de classes

De acordo com o INFOPEN Mulheres de 2016, a taxa de aprisionamento de mulheres no Brasil aumentou 525% entre os anos de 2000 e 2016. Atualmente, a cada 100 mil mulheres, 40,6 estão privadas de liberdade. O nosso país é o 3º no mundo que mais encarcera mulheres, estando atrás apenas dos Estados Unidos e Tailândia. Em se tratando de números absolutos, em 2016, mais 42 mil mulheres estavam privadas de liberdade. O INFOPEN assegura ainda que esse dado é subnotificado, uma vez que alguns estados não fazem o recorte de gênero no levantamento das pessoas custodiadas em carceragens de delegacias.

A Bahia ocupa o 17º lugar no ranking nacional da população prisional feminina, totalizando 604 mulheres. Desse total, 71% não possui condenação ainda, ou seja, estão privadas de liberdade esperando a decisão do poder judiciário quanto as penas. É o terceiro estado com maior taxa de presas sem condenação, ficando atrás apenas do Amazonas (81%) e Sergipe (79%). Esse valor se aproxima do encontrado neste trabalho, onde 65% das mulheres esperam o julgamento. A lentidão do judiciário somado a quantidade deficitária de recursos humanos podem ser razões para índices tão elevados. Entretanto, é importante discutirmos esses indicadores concomitante a cor, escolaridade, estado civil e número de filhos das mulheres se a intenção for alcançar o cerne desse problema.

No Brasil, 62% da população carcerária feminina é negra, 50% tem entre 18 e 29 anos, quase a metade (45%) não completou o Ensino fundamental, 60% são solteiras e 38% possui até um filho. Sendo assim, a mulher encarcerada brasileira é jovem, negra, mãe solo que não chegou ao ensino médio. Na Bahia, o perfil continua quase semelhante. 86% são negras, 57% estão entre 18 e 29 anos, 30% possuem ensino médio incompleto e 60% delas são solteiras. O grupo deste estudo segue com índices semelhantes: 95% são negras, com idade média de 29 anos, 40% não concluíram o ensino fundamental, 80% são solteiras e possuem em média quase 2 filhos. O perfil se assemelha com o nacional. É interessante correlacionar esses dados com os números referentes a quantidade de mulheres encarceradas aguardando sentença.

Fica evidente que o corpo feminino majoritariamente presente no sistema prisional é negro e pobre. Fala-se, portanto, de “seletividade” no sistema penal através da criminalização da pobreza e da raça. O Relatório de Aplicação de Penas do Ipea de 2015 aponta que as varas criminais atendem proporcionalmente mais réus negros que brancos, enquanto que nos Juizados Especiais Criminais (Jecrims), que são órgãos destinados a promover conciliação, julgamento e execução de infrações consideradas com potencial ofensivo menor, acontece o inverso. Torna-se importante ainda lembrar que a classe social está embutida nesses dados, uma vez que 70% dos pobres ou vulneráveis do país em 2015 eram negros, segundo o Ipea. Borges (2018) tenciona que “somos compelidas a acreditar que o sistema de justiça criminal surge para garantir normas e leis que asseguram segurança para a sociedade. Mas, na verdade, se trata de um sistema que surge já com uma repressão que cria o alvo que intenta reprimir”.

Dessa forma, olhar para o sistema prisional feminino é compreendê-lo através do patriarcado-racismo-capitalismo, como sistema simbiótico de dominação e exploração, apontado por Saffioti (1931), indissociáveis e que se retroalimentam e falar de saúde da mulher é ainda mais delicado. Não obstante cobertas pela Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher e o pelo Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário, trabalhos demonstram índices de saúde alarmantes. O INFOPEN mulheres 2016 afirma que para cada mil presas; 31 possuem HIV, 27; sífilis e 8; hepatite. A proporção nacional do número de consultas realizadas por mulheres privadas de liberdade é 2,3.

Como exposto, um dos eixos de concepção de saúde para as internas foi autocuidado. Percebe-se a necessidade da autonomia sobre si num espaço onde a privação é a ordem máxima. Se as escolhas fora do âmbito prisional são socialmente construídas, lá dentro elas nem existem. A mulher presa está imersa numa lógica de pseudocuidado do Estado, e tenta atribuir a si própria o cuidado sobre o corpo, sendo esse duplamente vilipendiado. O autocuidado apontado, talvez, possibilite para as internas conceber algum resquício de liberdade, mas, na verdade, é utilizado pelo sistema capitalista para submeter os indivíduos às ordens de alguém, como aponta Althusser (1989).

Encarceramento e controle de corpos

A melhor análise histórica sobre as prisões foi elaborada por Foucault em *Vigiar e Punir*. Na obra, o autor traz como a punição esteve presente ao longo do desenvolvimento do humano. Como aponta Borges (2018), Foucault “apresenta a genealogia das punições e das prisões. Não no sentido de preocupar-se com a origem propriamente do sistema punitivo, mas de entender processos e mudanças ocorridas neste sistema e como ele foi, no decorrer histórico, reinventando-se e reformulando.”

O corpo deixa de ser punido na esfera física, passando a ser penalizado na esfera moral, com a perda de direitos, sendo a liberdade o primeiro deles. Para Sykes (1958) “o confinamento do criminoso representa uma rejeição moral deliberada do criminoso pela comunidade” e pontua ainda que “precisamos ver a vida na prisão como algo mais que um assunto de paredes e trancas, celas e fechadura”.

A justificativa para o encarceramento é a ressocialização dos corpos que transgrediram as normas estabelecidas socialmente. O cárcere, através da culpabilização

e isolamento, deveria ser capaz de adequar os comportamentos dos indivíduos para que eles possam retornar a viver em sociedade. Porém, como muito bem apontado por Davis (2018) “as prisões são lugares violentos que reproduzem violência” e “serve[m] como local para depositar pessoas que representam grandes problemas sociais. ”, de modo que, “quando a pessoa é libertada, provavelmente se tornou pior. ”

Percebe-se de fato que as prisões representam locais de reprodução de opressões e adoecimento, principalmente mental. Os dados do SRQ são prova disso. Todos os questionários apontam comprometimento da saúde mental. Trestman e colaboradores (2007) trazem que as presas possuem grau de comorbidade psicopatológica alto, dependência de substâncias, transtorno de estresse pós-traumático e depressão maior. Silva & Ribeiro (2013) atestam ainda que a depressão é o transtorno psiquiátrico mais comum nessa população. Tais apontamentos vão ao encontro dos resultados deste estudo, visto que as mulheres apresentaram mais pontuação na categoria que observa “sintomas de humor depressivo” no SRQ. O choro e a tristeza são sentimentos relatados pelas mulheres durante a resposta do questionário. Elas sentem saudades da família, que nem sempre as visitas, saudades dos filhos e da vida em liberdade. São depositadas no cárcere pelo Estado, que mal se responsabiliza pela integridade física e mental, reforçando que essa tentativa de correção e normatização dos corpos é ultrapassada e fracassada. “Nesse sentido, o sistema penitenciário contribui para a perpetração da violação de direitos humanos e termina por não cumprir seus costumeiros e propalados escopos: a redução da delinquência e a violência da sociedade. ” (Borges, 2011)

O dia em que todos e todas seremos livres

Superada a ideia de que as prisões têm cumprido seu papel na ressocialização dos indivíduos, necessita-se, com urgência, falar em abolicionismo prisional. Myamoto & Krohling (2012) asseguram que:

O confinamento da pessoa ao espaço privado provoca a sua invisibilidade uma vez que passa a não ser vista pelos outros e seus assuntos são desprovidos de interesse pelos mesmos. Este raciocínio aplicado à mulher desvela que, sendo relegada ao espaço privado pela construção social e cultural de desigualdade de gênero, a mulher é lançada à invisibilidade social e, como tal, passa a não ser o foco de atenção dos cientistas, dos pensadores, dos intelectuais, dos juristas, dos políticos. Acentuam-se, dessa forma, as desigualdades sociais entre homens e mulheres, pois, como as mulheres se tornam invisíveis pelo seu confinamento ao espaço privado, os assuntos femininos não estarão na escala de prioridades sociais. (Myamoto & Krohling, pág. 237-38, 2012)

O padrão de confinamento, que serve para aprisionar determinados corpos vulnerabilizados historicamente, é, de fato, um dos braços do Estado capitalista de organização social. Precisa-se começar a discutir isso, convidando para o debate as pessoas encarceradas, pois, como Davis (2018) aponta “sem a participação efetiva das pessoas encarceradas, não existe campanha”. A alta frequência das respostas demarcando saúde como liberdade aponta para a necessidade desse convite e converge para um único horizonte: a necessidade dos fins das prisões.

Apesar de ser um terreno relativamente recente e que carece de discussões mais aprofundadas, falar de abolicionismo prisional significa pautar um novo modelo de organização social, visando a superação dos valores burgueses e colocando a classe explorada como autora de sua própria história. O fim das prisões não vai acontecer enquanto que a exploração e dominação dos corpos forem os carros chefes da nossa sociedade. Para discutir o fim das prisões, necessita-se falar sobre machismo, racismo, classismo, LGBTfobia, saúde, educação, segurança, trabalho e todos outros elementos que compõe essa sociedade. Davis (2018) conta como surgiu as primeiras ideias sobre abolicionismo penal:

A ideia que deu ânimo a quem trabalhava pelo abolicionismo prisional foi a necessidade de consideramos o contexto mais amplo. Nós não podemos pensar apenas sobre crime e punição. Não podemos considerar a prisão somente como um local de punição para quem cometeu um crime. Temos que avaliar o quadro mais amplos [...] Temos de falar sobre racismo. O abolicionismo significa tentar abolir o racismo. [...] Temos de prestar atenção no sistema educacional. [...] Precisamos observar questões relativas a assistência à saúde e, principalmente, assistência à saúde mental. Temos que abolir a falta de moradia. (Davis, pág. 37, 2018)

Sendo assim, cabe a toda sociedade se apropriar dessa questão, a fim de que possamos, coletivamente, um mundo sem desigualdade, sabendo que “à medida que amadurecem, nossas lutas produzem novas ideias, novas questões e novos campos nos quais engajamos na busca pela liberdade.” (Davis, 2018)

VII. CONCLUSÃO

- O entendimento de saúde do grupo de mulheres privadas de liberdade extrapola a definição da OMS, e deve ser analisado a luz da determinação social do processo saúde-doença.
- O perfil do grupo das internas do Conjunto Penal feminino é semelhante ao do restante do país. Suas características são marcadas historicamente por ocupar os espaços subalternos da sociedade.
- A integridade mental das internas se encontra comprometida, e o principal problema evidenciado se relaciona com sintomas depressivos.
- Convidar as pessoas encarceradas para discutirem sobre a situação que se encontram é fundamental para alcançar um mundo sem prisões.

VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Albuquerque GSC, Silva MJS. Sobre saúde, os determinantes de saúde e a determinação social de saúde. *Revista Saúde e Debate* 2014; 38 (103), 953–65.
2. Althusser L. *Lire le Capital II*. Paris: François Maspero, Capítulo “L’objet du Capital”, 1973
3. Assunção CHV. A Saúde da mulher: a situação das encarceradas do Presídio Feminino de Florianópolis. 2014;1–64.
1. Barata RB. *Como e Por que as desigualdades sociais fazem mal à Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009
2. _____. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. *Revista USP*, São Paulo, n.51, p. 138-145, setembro/novembro 2001
4. Bastistella C. Abordagens contemporâneas do conceito de Saúde. In *O território e o processo saúde-doença*. / Organizado por Angélica Ferreira Fonseca e Ana Maria D’Andrea Corbo. – Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
5. _____. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In *O território e o processo saúde-doença*. / Organizado por Angélica Ferreira Fonseca e Ana Maria D’Andrea Corbo. – Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
6. Bastos J, Morelli TC, Fernandes M. Determinação Social do Processo saúde-doença: Conceito para uma nova prática em saúde. *Revista COES- Cordenação Educação em Saúde*. 2013;33.
7. Bolsoni BV. O Cuidado De Si E O Corpo Em Michel Foucault: Perspectivas Para Uma Educação Corporal Não Instrumentalizadora. *IX Anped Sul*. 2012;1–16.
8. Borges J. *O que é: encarceramento em massa?* Belo Horizonte-MG: Letramento: Justificando, 2018
9. Borges PCC. *Sistema Penal e Gênero: tópicos para a emancipação feminina*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2011.
10. Brasil. *Lei de Execução Penal*. Lei nº 7210 de julho de 1984.
11. _____. *Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990*. Diário oficial da República Federativa do Brasil. Brasília - DF, 19 de setembro de 1990.

12. _____. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN) – Brasília, junho de 2016.
13. _____. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN) Mulheres – Brasília, junho de 2016.
14. _____. Portaria Interministerial nº 1777, 09 de setembro de 2013. Diário oficial da República Federativa do Brasil. Brasília – DF, 09 de setembro de 2013.
15. Brito JC; D’acri V. Referencial de Análise para Estudo da Relação Trabalho, Mulher e Saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 7 (2): 201-204, abril-junho de 1991
16. Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Rev Bras Enferm. 2004;57(5):611–4.
17. Castellanos, PL. Epidemiologia, Saúde Pública, Situação de Saúde e Condições de Vida. Considerações Conceituais. Condições de Vida e Situação de Saúde, Rio de Janeiro, Abrasco, 1997.
18. Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. Cad Saúde Pública [Internet]. 2003;(saúde, prevenção e promoção):39–53.
19. Cutolo LRA. Modelo biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. Arq Catarinenses Med. 2006;35(4):16–24.
20. Davis, A. A liberdade é uma luta constante. 1 edição – São Paulo: Boitempo, 2018.
21. Diniz D. Cadeia: Relato sobre mulheres. 1ª ed., Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 2015.
22. Donnangelo MCF. Saúde e Sociedade. São Paulo, Duas Cidades, 1976
23. Felix L, Nóbrega M, Fontes W, Soares M. Analysis from theory of the Orem self care according to Fawcett criteria. Rev Enferm UFPE line [Internet]. 2009;3(2):392–8.
24. Ferrari IF. Mulheres encarcerada: elas, seus filhos e as nossas políticas. Revista de Mal-estar e Subjetividade. Volume X, nº 4, pág. 1325-52. Fortaleza, dezembro de 2010.
25. Foucault M. A hermenêutica do sujeito. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
26. _____. Vigiar e Punir. São Paulo: Ed. Vozes, 1997.

27. Freudenberg N. Jails, prisons, and the health of urban populations: a review of the impact of the correctional system on community health. *J Urban Health* [Internet]. 2001;78(2):214–35
28. Gomes RM. *As mudanças no mundo do trabalho e a qualificação do trabalho em saúde*. Curitiba, 2007
29. Gonçalves, LHT; Schier, J. “Grupo aqui e agora” – uma tecnologia leve de ação socioeducativa de enfermagem. Lúcia Hisako Takase Gonçalves e Jordelina Schier. *Texto Contexto Enferm* 2005 Abr-Jun; 14(2):271-9.
30. IPEA. *A aplicação de penas e medidas alternativas: relatório de pesquisa*. 2015.
31. Laurell, AC *La salud-enfermedad como proceso social*. *Revista Latinoamericana de Salud*, México, 2, 1982, pp. 7-25.
32. Lemgruber J. *Cemitério dos vivos: análise sociológica de uma prisão de mulheres*. 2ª edição, Forense, Rio de Janeiro, 1999
33. Lemos DS. *Conceito de punição em Michel Foucault – A moderna política dos castigos*. Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2011.
34. Lima GMB. *Mulheres presidiárias: sobreviventes de um mundo de sofrimento, desassistências e privações*. João Pessoa: Dissertação de mestrado [Programa de Pós-graduação em Enfermagem] - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2005.
35. Minayo, MCS (Org.) *Deserdados Sociais: condições de vida e saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.
36. Miyamoto Y, Krohling A. Sistema prisional brasileiro sob a perspectiva de gênero: invisibilidade e desigualdade social da mulher encarcerada. *Rev Direito, Estado e Soc* [Internet]. 2014;(40):223–41.
37. Moreira MA, Souza, H.S. Vivências de mulheres aprisionadas acerca das ações de saúde prestadas no sistema penitenciário. *O Mundo da Saúde*, São Paulo – 2014, 38 (2), 219-27.
38. Nogueira RP, Gomes RM, *Capitalismo e Saúde*. Rio de Janeiro : CEBES , 2012 .
39. _____. Determinantes, determinação e determinismo sociais Saúde em Debate, vol. 33, núm. 83, septiembre-diciembre, 2009, pp. 397-406 Centro Brasileiro de Estudos de Saúde Rio de Janeiro, Brasil
40. OMS, Organização Mundial de Saúde. *Constituição da Organização Mundial de Saúde*. Basic Document. Quadragésima quinta edição. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 1946.

41. Palmeira G. et al. Processo saúde doença e a produção social da saúde. In: EPSJV. (Org.) Informação e Diagnóstico de Situação. Rio de Janeiro: Fiocruz, EPSJV, 2004. (Série Material Didático do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde – Proformar)
42. Saffioti HIB. O poder do macho. São Paulo: Moderna, 1987.
43. Santos ACB, Silva AF, Sampaio DL, Sena LX, Gomes VR, Lima VLA. Antropologia da Saúde e da Doença: Contribuições para a construção de novas prática em saúde. Rev NUFEN. 2012;4(2):11–20.
44. Santos CAS. Ó Pa Í, Prezada! Racismo E Sexismo Institucionais Tomando Bonde No Conjunto Penal Feminino De Salvador. 2014.
45. Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. Revista Saúde Pública 1997; 31 (5), 538-42.
46. Silva EF; Ribeiro ER. Atenção à saúde da mulher em situação prisional. Revista Saúde e Desenvolvimento. 2013, 4 (2), 159-72.
47. Stotz EN. Enfoques sobre educação e saúde. Particip Pop Educ e Saúde Teor e prática. 1993;11–2. Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília, 2005.
48. Sykes GM A sociedade dos cativos: um estudo de uma prisão de segurança máxima. Universidade de Princeton, Princeton, maio de 1958.
49. Trestman R L *et al.* Current and lifetime psychiatric illness among inmates not identified as acutely mentally ill at intake in Connecticut's jails. Journal of American Academy of Psychiatry and Law, 35: 490-500, 2007

IX. ANEXOS

ANEXO I

SRQ - *Self Report Questionarie*

PERGUNTAS	RESPOSTAS	
Você tem dores de cabeça frequente?	SIM	NÃO
Tem falta de apetite?	SIM	NÃO
Dorme mal?	SIM	NÃO
Assusta-se com facilidade?	SIM	NÃO
Tem tremores nas mãos?	SIM	NÃO
Sente-se nervosa, tensa ou preocupada?	SIM	NÃO
Tem má digestão?	SIM	NÃO
Tem dificuldades de pensar com clareza?	SIM	NÃO
Tem se sentido triste ultimamente?	SIM	NÃO
Tem chorado mais do que costume?	SIM	NÃO
Encontra dificuldades para realizar com satisfação as atividades diárias?	SIM	NÃO
Tem dificuldades para tomar decisões?	SIM	NÃO
Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento?)	SIM	NÃO
É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	SIM	NÃO
Tem perdido o interesse pelas coisas?	SIM	NÃO
Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	SIM	NÃO
Tem tido ideia de acabar com a vida?	SIM	NÃO
Sente-se cansada o tempo todo?	SIM	NÃO
Você se cansa com facilidade?	SIM	NÃO
Têm sensações desagradáveis no estomago?	SIM	NÃO

ANEXO II

UFBA - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA



Continuação do Parecer: 2.789.935

Outros	7.pdf	06/11/2017 15:37:18	LAZARO VINICIUS AMORIM SILVA	Aceito
Outros	6.pdf	06/11/2017 15:36:43	LAZARO VINICIUS AMORIM SILVA	Aceito
Outros	4.pdf	06/11/2017 15:36:16	LAZARO VINICIUS AMORIM SILVA	Aceito
Outros	2.PDF	06/11/2017 15:35:30	LAZARO VINICIUS AMORIM SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	1.pdf	06/11/2017 15:31:39	LAZARO VINICIUS AMORIM SILVA	Aceito
Orçamento	81.pdf	06/11/2017 15:29:32	LAZARO VINICIUS AMORIM SILVA	Aceito
Folha de Rosto	5.PDF	06/11/2017 15:27:34	LAZARO VINICIUS AMORIM SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 30 de Julho de 2018

Assinado por:

Daniela Gomes dos Santos Biscarde
(Coordenador)

X. APÊNDICES

APÊNDICE I

TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA: Análise sobre a percepção de saúde das detentas no Conjunto Penal Feminino da Mata Escura em Salvador – BA.

A senhora está sendo convidada pelo Estudante de Medicina Lázaro Vinicius Amorim Silva, matrícula 201511541, do curso graduação em Medicina da Faculdade de Medicina de Bahia da Universidade Federal da Bahia, sob a orientação do Professor Luiz Cláudio Lourenço da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal da Bahia, para participar deste estudo.

O objetivo principal dessa pesquisa é analisar o discurso das mulheres privadas de liberdade no Conjunto Penal Feminino da Mata Escura em Salvador – BA e compreender como o cárcere influencia no entendimento de saúde das detentas. A pessoa responsável por esse estudo está justificando porque deseja compreender o significado de saúde para a população feminina privada de liberdade, fazendo correlações com a definição da Organização Mundial de Saúde.

Após leitura desse documento e esclarecido seus termos, o responsável da pesquisa lhe deixa ciente que, caso deseje participar do estudo, terá o direito de saber seus resultados. Segundo as informações prestadas, a pesquisa conta em levantamento de alguns dados pessoais, e a Senhora está sendo informada que pode deixar de responder parte ou todas as perguntas constantes no questionário. Será aplicado um questionário, não identificado, contendo informações que possam trazer sua percepção sobre o que é saúde. Esclarecemos a possibilidade de haver desconforto ou constrangimento a participante no momento da abordagem, como lembrança de fatos ocorridos antes e depois do encarceramento, mas, caso aconteça, a resposta às perguntas dos questionários pode ser interrompida imediatamente e a senhora será encaminhada para o serviço de apoio psicológico. Os registros de sua participação serão transcritos e mantidos confidencialmente, sendo de conhecimento apenas no pesquisador e orientador do projeto, por um período de 05 (cinco) anos na Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FFCH) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). A sua anuência sobre a participação no estudo implica na permissão para aplicação do questionário. Também solicitamos que a senhora concorde com a publicação dos dados coletados,

sempre seguindo aspectos éticos determinados pelo Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Não será colhido nenhum material biológico das entrevistadas. Também deixamos cientes que, caso a senhora não aceite participar desta pesquisa, não haverá qualquer tipo de prejuízo. Informamos que, caso tenha alguma dúvida ou reclamação a fazer, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Telefone: (71) 3283-7615. E-mail: cepee@ufba.br. Endereço: R. Dr. Augusto Viana, s/n - Canela, Salvador - BA, 40110-060, Salvador, Bahia. Se a senhora se considera exclusivamente na condição de voluntária, sem nenhuma dúvida, assine este termo abaixo. Contatos dos pesquisadores responsáveis: Dr Luiz Claudio Lourenço - orientador do projeto – e-mail: lulalourenco@gmail.com; Estudante de graduação de Medicina Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia: Lázaro Vinicius Amorim Silva – autor do projeto – e-mail: lazarosds2006@hotmail.com;

Assinatura da participante voluntária

Assinatura do pesquisador

Salvador, ____ de _____ de 20__

APÊNDICE II**Questionário**

1. Idade: _____
2. Cor: () Branca () Preta () Parda () Outra
3. Escolaridade: () Fundamental incompleto
() Fundamental completo
() Médio incompleto
() Médio completo
() Superior incompleto
() Superior completo
() Não alfabetizada
4. Estado civil: () Solteira () Casada () Viúva () Divorciada () Outro
5. Possui filhos: () Não () Sim Quantos? _____
6. Ocupação: _____
7. Tipo de sentença: () Regime fechado () Regime semiaberto
8. Há quanto tempo foi sentenciada?: _____
9. O que é saúde para você?

APÊNDICE III



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
 SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
 PENITENCIÁRIA E RESSOCIALIZAÇÃO



CARTA DE ANUÊNCIA

(Elaborado de acordo com a Resolução 466/2012-CNS/CONEP)

Declaramos para os devidos fins que aceitamos a atuação como pesquisador o acadêmico Lázaro Vinicius Amorim Silva, da Faculdade de Medicina da Bahia, a desenvolver seu projeto de pesquisa intitulado "*Análise sobre a percepção de saúde das detentas no Conjunto Penal Feminino da Mata Escura em Salvador – Bahia*" sob a orientação do Professor Dr. Luiz Cláudio Lourenço, nesta instituição.

Ciente dos objetivos e da metodologia da pesquisa supracitada concedo a anuência para o desenvolvimento, desde que sejam assegurados os seguintes requisitos:

- O cumprimento das resoluções éticas da Resolução nº 466/2012-CNS/CONEP;
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para essa instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa;
- No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Salvador, 30 de outubro de 2017

Luz Marina Ferreira da Silva

Assinatura: Luz Marina Ferreira da Silva
 CPF: 000.000.000-00
 Número de Matrícula: 1234

APÊNDICE IV

Entrevistada	O que é saúde?
Gaivota	“É a pessoa se cuidar. Não ter doença. Eu tô cheia de problemas. Eu tenho sífilis, HIV, sinto ‘muita dores’ no meu corpo. Tenho princípio de tuberculose. Muita dor de cabeça. Não tenho saúde aqui dentro, só que lá fora eu tinha. Não sei se eu descobrir aqui dentro. Antes eu não tinha. Cada vez tá aparecendo mais doença”.
Andorinha	“Vixe, o que é saúde? É não ser doente, né? É isso. É isso né? Não ser doente. Se cuidar sempre. Aqui você não é bem alimentada. Não dorme bem e isso tudo prejudica a saúde. Minha saúde ‘tá’ do mesmo jeito. Eu tenho saúde”.
Ararinha	“Você ‘tá’ bem com você mesma. Se cuidar. Em mim, isso aqui não interfere em nada não. A falta da minha filha atrapalha meu psicológico. Eu fico triste e nervosa. Só que dentro de mim. Sozinha”.
Cacatua	“É vida. É essencial. Graças a Deus eu não sinto nada aqui não, mas a vida aqui não é boa não. ‘Tando’ bem de saúde você conquista tudo na sua vida. Eu sou muito chata pra comer aqui. Graças a Deus minha mãe traz comida aqui. Eu só me alimento bem dois dias da semana, quarta e sexta, que é o dia que minha mãe traz comida aqui”.
Arara	“É bem estar tanto físico, quanto psicológico. O físico a gente vai levando como pode. O psicológico nunca fica bem longe da família, da filha. Esse negócio de ansiedade, eu tenho muito aqui e não tinha lá fora. Eu quero ver meu filho”.
Beija flor	“Pra mim, eu não tenho saúde. Saúde é uma boa alimentação, noite de sono, e aqui a gente não tem isso. Alimentação aqui é horrível. Meu psicológico tá mal também. Tenho medo de pegar depressão e cometer uma besteira. Aqui a gente aprende muita coisa ruim. Não tem o que conversar. É só sobre morte, roubo, tráfico. Não tem como falar”
Garça	“É poder respirar. Ter uma boa alimentação, bem estar no corpo. É viver saudavelmente. Eu não tenho isso. A gente tenta se esforçar pra sobreviver. Viver trancada numa cela. Tá longe de sua liberdade. Não poder tomar um vento. Tem vezes que dá um pânico, eu chego surto”.
Jaçanã	“Te juro que não sei falar muito não. Mas sei que minha gordura me faz mal, dá pressão alta. A prisão contribui pra minha tristeza. Sinto falta da vida que eu viva. Sinto falta de ficar livre. Agora eu não tô livre”.

Uirapuru	“Eu não me sinto saudável aqui. Eu me sinto incapacitada. Ninguém tem saúde aqui. Minha saúde são meus filhos. Eu não tenho eles aqui. Saúde é luta”.
Sabiá	“Desde que tô aqui a saúde tá um pouco difícil. Minha saúde mental está afetada porque eu quase não converso, minha saúde tá afetada pela alimentação. A comunicação complica muito. As pessoas não acredita que eu tô com dor. Dizem que eu não tenho nada. É complicado manter a saúde aqui. Sinto muita saudade da minha família, das minhas fihas, de saber como elas tão, de como está o colégio. Se tá bem, se tá mal. Isso afeta muito minha saúde”.
Tangará	“A gente tá bem não só físico, mas o psicológico também. Se o psicológico não tiver legal acaba com tudo. Paz de espírito. Estar bem com o próximo. Não guardar mágoa. Me senti doente quando meu filho morreu, pelo ódio que tava guardando dentro de mim. Eu queria matar quem matou ele”.
Bem-te-vi	“É tudo. Quando uma pessoa tá bem de saúde, ela tá de bem com a vida. Vim parar aqui pra pagar pelos meus erros. Eu tô privada de minha liberdade, estou privada de minha saúde, porque vivo aqui dentro presa”.
Rendeira	“É o mais importante, porque hoje em dia eu me sinto fraca. Tô nem conseguindo lutar com a vida. Sinto muito mal. Muita dor na minha cabeça, no meu corpo. Sinto falta de minha neta, minha filha, minha liberdade. Isso atrapalha minha saúde. Eu sinto muito vazio”.
Calopsita	“É ter que me cuidar. Se alimentar direito e ficar em paz, tranquila. Eu fico congelada, só chorando todo tempo. Pedindo socorro a Deus. Eu sinto falta da visita da minha mãe. Eu não vejo a hora de sair desse lugar”.
Rouxinol	“Aqui a pessoa praticamente não dorme direito, porque se preocupa muito com a família. Sinto muita falta de poder dar um abraço nos meus sobrinhos. Sinto muita saudade. Aqui dentro a pessoa aprendo o que quer pra sua vida. Um abraço faz falta”.
Águia	“É a gente tá bem. Tá num dia alegre. Não tá se sentindo mal. Assim, eu não tô nem triste, nem alegre. Nesse lugar não tem como ficar alegre não. Tem dias que nós tá bom. Aqui não tem como ficar com o coração limpo não. Saber que não sei quando vou sair, quando vou ver meu filho novamente. A vida vai assim. O que mais me dói é isso. Não saber quando vou voltar”.
Gralha	“Aqui a gente tem que tomar água da torneira. A gente tem que comer legume e verdura e aqui não tem. Tenho saudades da minha família. Não tenho notícias

	deles. [Saúde é] dormir bem. A gente não dorme e pensa muito, isso afeta a saúde. Não faz esporte. Isso é muito ruim. A gente não faz nada”.
Coruja	“Não sei. Eu tô com a mente vazia. Não consigo raciocinar direito não. Mas eu só quero minha liberdade de novo”.
Curica	“A gente tá depressivo aqui dentro. Por tá num lugar privado. Minha saúde estaria boa mesmo se eu estivesse lá fora. Aqui dentro a pessoa se sente muito oprimida”.
Fênix	“A gente aqui não tem saúde não. Eu caí e cortei o dedo. Só fizeram um curativo. Que saúde aqui? É rato andando no meio do pátio. Ave Maria. Aqui a gente morre e ninguém faz nada. Aqui a gente é bicho”.