

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Faculdade de Educação

Programa de Pós-graduação em Educação

Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental Coletiva

ALINE MATTOS FUZINATTO

O HÍBRIDO ENSINO-SERVIÇO E PESQUISA-INTERVENÇÃO:

A experiência do Apoio Matricial em Saúde Mental à Equipe de Atenção Básica da
Penitenciária Feminina Madre Pelletier

Porto Alegre

2016

ALINE MATTOS FUZINATTO

O HÍBRIDO ENSINO-SERVIÇO E PESQUISA-INTERVENÇÃO:

A experiência do Apoio Matricial em Saúde Mental à Equipe de Atenção Básica da
Penitenciária Feminina Madre Pelletier

Trabalho de Conclusão do Curso de
Especialização em Educação em Saúde Mental
Coletiva e da Residência Integrada em Saúde
do Programa de PósGraduação em Educação
da Faculdade de Educação da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Ms. Rose Mayer

Porto Alegre

2016

*Agradecimentos: Não há como expressar
tamanho gratidão em uma ou duas folhas.*

RESUMO

O presente trabalho trouxe a reflexão quanto ao cuidado em saúde no contexto das prisões, a partir da aproximação com esse território por meio do cenário de prática da Coordenação Estadual de Atenção Básica no Sistema Prisional, no Departamento de Ações em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde. No primeiro momento relato a experiência do Apoio Institucional às Equipes de Atenção Básica inseridas no Sistema Prisional do Rio Grande do Sul, realizada no ano de 2013. E, no segundo momento, a pesquisa-intervenção ‘A Situação das Mulheres Privadas de Liberdade e o Apoio Matricial em Saúde Mental à Equipe de Atenção Básica da Penitenciária Feminina Madre Pelletier’, realizada entre os anos de 2014 e 2015. Por meio dessas vivências considero que a construção do acesso a saúde nas prisões é, ainda, embrionária. E, tentar entender o encarceramento feminino também me levou a compreender que as mulheres em situação de prisão constituem um grupo especialmente vulnerável, fruto das múltiplas vitimizações sofridas durante sua trajetória vital.

Palavras-chave: Sistema Prisional, Apoio Institucional, Apoio Matricial.

SUMÁRIO

Apresentação	6
Primeiro Momento: A Coordenação Estadual de Atenção Básica no Sistema Prisional como Cenário de Prática da Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva	7
<i>Cena 1 - O Apoio Institucional às Equipes de Atenção Básica inseridas no Sistema Prisional</i>	8
<i>Cena 2 - A elaboração de uma proposta de pesquisa-intervenção de Apoio Matricial em Saúde Mental</i>	10
<i>Cena 3 - O Inquérito Nacional de Saúde na População Penitenciária Feminina e Servidoras Prisionais</i>	13
Segundo Momento: A experiência de Apoio Matricial em Saúde Mental à Equipe de Atenção Básica da Penitenciária Feminina Madre Pelletier	27
<i>Cena 1 - A aproximação das equipes</i>	28
<i>Cena 2 - Os encontros para discussões de casos</i>	36
<i>Cena 3 - As oficinas temáticas de educação permanente</i>	41
Encarceramento feminino no Brasil: Algumas reflexões.....	50
Considerações	52
Referências	53
Anexo A	55

Apresentação

Tive imensa dificuldade em iniciar a escrita do que veio a ser esse Trabalho de Conclusão de Residência em Saúde Mental Coletiva. O bloqueio na escrita deu forma ao receio de não conseguir transmitir a experiência vivida. A reflexão sobre o encarceramento feminino, a partir da aproximação pelo cenário da gestão estadual da atenção básica, envolve antes um emaranhado de afeto e implicação no trabalho.

De início, apresento-me: sou assistente social e desde a graduação me interesse pelo debate sobre as drogas no Brasil e sua relação com o sistema prisional. Em minha monografia explorei essa questão, desde a perspectiva da saúde à segurança pública. Vi uma política de segurança que serve mais para criminalizar a pobreza do que proteger a saúde pública, como se enuncia.

Após a graduação, ingressei na Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Federal de Santa Maria em 2012, período em que vivenciei a prática no Centro de Atenção Psicossocial a usuários de Álcool e outras Drogas Cia do Recomeço, em 2012. Nesse serviço vi incorporada no processo de trabalho da equipe a lógica da Redução de Danos, diretriz da Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, perspectiva que atravessa minha forma de compreender esse fenômeno.

Mesmo com muitos aprendizados vivenciados nesse campo, em 2013 fiz seleção para a Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva EducaSaúde/UFRGS, na busca por um ensino que ampliasse a diversidade dos cenários de prática em gestão e atenção no SUS. Ao ingressar nessa formação tive a possibilidade de inserção na Coordenação Estadual de Atenção Básica no Sistema Prisional – Departamento de Ações em Saúde na Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, de onde emerge esta elaboração.

Nesse trabalho contextualizo a Coordenação Estadual de Atenção Básica no Sistema Prisional como cenário de prática da Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva EducaSaúde/UFRGS em 2013, e a pesquisa-intervenção elaborada nesse período de Apoio Matricial em Saúde Mental a Equipe de Atenção Básica da Penitenciária Feminina Madre Pelletier, a qual participei da execução em 2014 e 2015. Finalizo com algumas reflexões sobre do encarceramento feminino no Brasil, que suscitou minha experiência.

Primeiro Momento: A Coordenação Estadual de Atenção Básica no Sistema Prisional como Cenário de Prática da Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva

No ano de 2013 a Coordenação Estadual de Atenção Básica no Sistema Prisional (CEABSP) foi umas das possibilidades de cenário de prática da Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva EducaSaúde/UFRGS. A escolha por esse cenário veio da expectativa de poder contribuir com a discussão da saúde mental no contexto da privação de liberdade, considerando sua relação direta com a Política de Drogas de matriz proibicionista vigente no Brasil¹ responsável por encarcerar milhares de pobres com o discurso de ‘combate ao tráfico de drogas’.

Ao iniciar as atividades nesse cenário de prática conheci o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP – Portaria Interministerial nº 1777/2003) que institui as Unidades Básicas de Saúde no Sistema Prisional, as equipes mínimas e seu financiamento – irrisório em termos de manutenção de um serviço de atenção básica do SUS. Em 2011, a partir das diretrizes do PNSSP no Rio Grande do Sul é constituído um modelo de gestão e financiamento próprio. Por meio das Resoluções CIB-RS 257/2011 e CIB-RS 453/2011 se amplia o financiamento das Equipes de Atenção Básica no Sistema Prisional e o repasse financeiro para despesas de investimento, respectivamente.

Mesmo a saúde sendo considerada direito de todos e dever do Estado na Constituição Federal de 1988 e o Sistema Único de Saúde instituído em 1990, o acesso a saúde das pessoas privadas de liberdade só começa a ser garantido enquanto política de saúde 17 anos depois. E, somente a partir das Resoluções estaduais é que o incentivo para implementação e manutenção dessas equipes foi potencializado.

As Unidades Básicas de Saúde inseridas no Sistema Prisional (UBSp) são um ponto da rede de atenção a saúde das esferas municipais com funcionamento de 40 horas semanais e têm sua Equipe de Atenção Básica (EABp) composta por sete profissionais de saúde: enfermeiro/a, médico/a, técnico/a de enfermagem, odontólogo/a, auxiliar de consultório dentário, psicólogo/a e assistente social.

¹ É a partir do século XX que no Brasil inicia-se um processo de regulamentação estatal sobre a produção, comércio e uso das substâncias consideradas drogas, alinhado à política internacional conhecida como “Guerra às Drogas”. Com isso, quais substâncias podem ser usadas, em quais situações, para que fins, por quais pessoas, quem pode vender e produzir são questões que permeiam as regras sociais sobre drogas que e estão sempre em disputa.

A CEABSP é a responsável pela habilitação das equipes, transferência de recursos e assessoria técnica aos gestores e trabalhadores. No período da inserção nesse cenário eram 22 EABp habilitadas no Rio Grande do Sul, em diferentes cidades, contemplando o acesso à saúde dentro de uma instituição prisional para aproximadamente 50% da população privada de liberdade.

Cena 1 – O Apoio Institucional às Equipes de Atenção Básica inseridas no Sistema Prisional

O Apoio Institucional às Equipes de Atenção Básica inseridas no Sistema Prisional foi um projeto que aconteceu no ano de 2013 o qual acompanhei o planejamento e a execução. Foram realizados quatro encontros com as EABp do estado, que aconteceram entre maio e julho do referido ano. Seu objetivo foi disparar a proposta do apoio institucional² a essas equipes, promovendo um espaço coletivo de articulação entre a gestão e o cuidado, com a socialização das ações desenvolvidas nas UBSp.

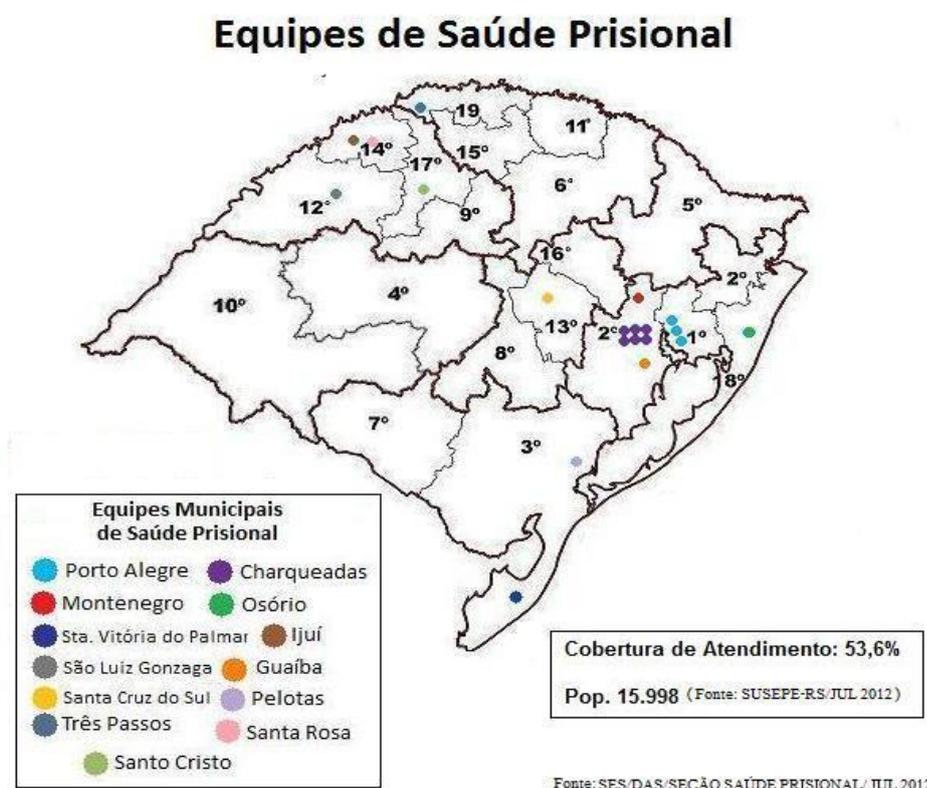
Cada encontro foi organizado em quatro momentos: Contextualização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade a partir de sua minuta, que foi posteriormente aprovada em 2 de janeiro de 2014 (Portaria Interministerial Nº 1/2014); Apresentação da proposta do Apoio Institucional, considerada a singularidade do território das prisões; Formação de Grupos Temáticos divididos nos eixos de discussão: Saúde Mental, Doenças Infectocontagiosas, Saúde da Mulher e Gestão e Trabalho em Equipe, constituiu o terceiro momento; E o último momento, intitulado Café com Ideias, que teve como proposta ofertar um espaço reflexivo que trouxesse o debate sobre a Saúde Mental na Atenção Básica, interlocuções dessas políticas, suas diretrizes e as singularidades e dificuldades no contexto prisional.

Nesses encontros foram convidados os atores envolvidos na atenção e gestão da saúde no sistema prisional: trabalhadores que compõem essas equipes, representantes da Divisão de Saúde do Departamento de Tratamento Penal da Superintendência de Serviços Penitenciários

² O apoio institucional implica um modo de relacionar com outros entes (municípios, estados, regiões), para além das normas, além da indução financeira, aprendendo com os efeitos, aprimorando a prática gestora a partir da análise de resultados em grupos plurais e implicados positivamente com mudanças para melhoria do SUS (BRASIL, 2011, p. 17).

(SUSEPE), da Coordenação Estadual de Atenção Básica no Sistema Prisional, das Coordenadorias Regionais de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde.

Foram realizados na Secretaria Estadual de Saúde - Centro Administrativo Fernando Ferrari em Porto Alegre, no turno da manhã e da tarde. O primeiro encontro abrangeu as Macrorregiões³ Norte e Missioneira, com EABp das 12^a, 14^a e 19^a Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), o segundo e terceiro encontros, a Macrorregião Metropolitana, 1^a e 2^a CRS, pelo maior número de equipes, e o quarto encontro, as Macrorregiões Sul e Vales, com EABp 3^a, 5^a, 8^a e 13^a CRS, distribuídas em diferentes cidades como mostra o mapa:



Durante esses encontros foi possível perceber questões comuns trazidas pelas equipes. Destacou-se a fala dos trabalhadores o uso abusivo de drogas ilícitas entre as pessoas privadas de liberdade no Sistema Prisional bem como o alto uso de psicofármacos. Outro ponto que chamou atenção foi o relato da dificuldade da criação de uma linha de cuidado a essas pessoas

³ A gestão em saúde da Secretaria Estadual de Saúde se organiza a partir de uma forma geo referenciada em macrorregiões sanitárias de saúde: Centro-Oeste, Metropolitana, Missioneira, Norte, Serra, Sul e Vales. E é descentralizada em Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS). Os encontros com as equipes aconteceram de acordo com essa divisão, embora não existam EABp em todas as CRS.

por processos que envolvam as questões de segurança da prisão. Bem como, a necessidade de Apoio Matricial enquanto dispositivo para qualificar o processo de trabalho para atenção à saúde da pessoa privada de liberdade.

Vi emergir a potência do Apoio Institucional: possibilitar espaços de provocação da “cogestão para que trabalhadores possam olhar o próprio trabalho, suas relações dentro do serviço e as relações das equipes com os usuários, a fim de que mudanças possam ocorrer” (BRASIL, 2011, p. 17). Estes encontros impulsionaram a invenção de uma proposta que dialogue com as necessidades trazidas pelas equipes: a pesquisa-intervenção de Apoio Matricial em Saúde Mental como um projeto piloto.

Cena 2 – A elaboração de uma proposta de pesquisa-intervenção de Apoio Matricial em Saúde Mental

‘A Situação das Mulheres Privadas de Liberdade e o Apoio Matricial em Saúde Mental à Equipe de Atenção Básica da Penitenciária Feminina Madre Pelletier’ foi o contorno dessa pesquisa-intervenção. Sua proposição foi construída em conjunto com a preceptora do cenário de prática, coordenadora da CEABSP. A construção dessa pesquisa agregou duas intenções principais: subsidiar a elaboração de políticas públicas mais adequadas às necessidades de formação de trabalhadores nesse território e possibilitar a reflexão sobre o cuidado em saúde de mulheres em prisões.

No Rio Grande do Sul há um total de 100 instituições prisionais. Há mulheres presas em 73 delas. Apenas cinco dessas instituições são exclusivamente femininas, sendo que somente duas possuem UBSp. São aproximadamente 1800 mulheres em situação de cárcere, totalizando 7% da população privada de liberdade do estado. A Penitenciária Feminina Madre Pelletier (PFMP) foi escolhida como campo de intervenção da pesquisa por ser uma instituição exclusivamente feminina, com UBSp e Unidade Materno Infantil⁴.

O objetivo geral da pesquisa foi conhecer o acesso a serviços e ações de saúde das mulheres privadas de liberdade na PFMP, a partir do Apoio Matricial à EABp inserida nessa

⁴ Unidade Materno Infantil (UMI) é um serviço localizado dentro da PFMP em que residem mulheres gestantes a partir do 7º mês e mulheres mães com filhos de até um ano que estão sob sua guarda.

instituição, a fim de construir uma linha de cuidado a saúde das mulheres privadas de liberdade do sistema prisional.

E seus objetivos específicos: diagnosticar e analisar o perfil sócio demográfico e penal de mulheres em situação de privação de liberdade do Rio Grande do Sul; identificar se as políticas de saúde desde uma perspectiva de gênero são implementadas concretamente para as mulheres em prisão e ações de saúde na PFMP; verificar a incidência do uso de medicamentos psicotrópicos na prisão; contribuir para a construção de novos dispositivos de gestão para qualificação do trabalho das UBSp que atendam mulheres privadas de liberdade no sistema prisional.

O método adotado foi o da pesquisa-intervenção. Escolhido por possibilitar a interrogação dos sentidos cristalizados das instituições, capaz de produzir evidências que viabilizem compreender o jogo de poder e de interesses encontrado no campo da pesquisa. Esse método busca provocar o desmanche dos territórios constituídos, sendo a intervenção associada à construção de analisadores, na dimensão em que pesquisador e pesquisado se constituem no mesmo momento e no mesmo processo (BARROS; PASSOS, 2000).

Com a metodologia do Apoio Matricial, propôs-se o matriciamento em saúde mental com a equipe matriciadora formada por servidores da CEABSP e residentes em Saúde Mental Coletiva EducaSaúde/UFRGS e ESP/RS. O Apoio Matricial é definido por Campos e Domitti (2007) como a gestão do trabalho voltada à reforma das organizações e do trabalho em saúde, que propõe pensar e produzir saúde através de um processo de construção compartilhada entre equipes de saúde constituindo em uma retaguarda especializada sem que o usuário desvincule de sua equipe de referência.

A pesquisa foi proposta no edital do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde (PPSUS) 2013/2015 para ser financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul (FAPERGS). E, a partir da aprovação no primeiro semestre de 2014, organizou-se um Grupo de Pesquisa Transdisciplinar sobre Violência e Políticas Públicas (GPTVPP) da Faculdade do Ministério Público (FMP), com a participação de graduandos e pós-graduandos das áreas da saúde e do direito. O grupo se formou com o intuito de um aprofundamento teórico nas temáticas de gênero e políticas públicas voltadas às mulheres presas, que pudesse constituir o embasamento da abordagem na intervenção com a equipe.

A aproximação inicial ao campo da pesquisa se deu por meio de observação participante. No mês de agosto de 2014, durante dois turnos, estive na UBSp para acompanhar sua rotina, conhecer os trabalhadores e observar as demandas que emergem no cotidiano de trabalho, buscando elementos que pudessem constituir a intervenção. Nesse momento foi possível conhecer o espaço físico da penitenciária, que se diferencia de outras prisões por ser a mesma situada na estrutura de um antigo prédio católico, datado do fim do século XIX⁵.

Essa UBSp foi criada em 2012, prestando atendimento de segunda a sexta-feira, das 8 às 17 horas. Sua equipe é composta por enfermeira, duas técnicas de enfermagem, dois médicos generalistas - que se intercalam no atendimento semanal -, dentista, ginecologista e psiquiatra - que atuam na unidade um turno semanal, bem como psicóloga e assistente social – servidoras da SUSEPE que compõem o serviço por 20 horas semanais. Quanto ao espaço físico da unidade, há uma sala de espera e salas de acolhimento, atendimento médico, odontológico e psicossocial.

O total de mulheres privadas de liberdade tem uma variação diária, sendo aproximadamente 230. O acesso ao atendimento na unidade é organizado pelas galerias em que as mulheres presas residem⁶. É possível efetuar consultas diárias de enfermagem, médicas e odontológicas, dispensação de medicação controlada e com Tratamento Diretamente Observado⁷, e na sexta-feira consulta psiquiátrica. O acolhimento inicial é realizado diariamente com as mulheres que ingressam na prisão.

Acompanhei dois desses atendimentos. A prática envolveu o preenchimento de um questionário de perguntas sobre a vida da usuária, nome dos pais, se têm filhos, relações sexuais e o motivo por que está sendo presa. Também é perguntado se deseja realizar o teste rápido pra HIV, Sífilis e Hepatite B e C. Ao fim do encontro é explicado os dias de atendimento por galeria, o qual é solicitado à chefe de segurança, que regula o acesso ao serviço.

⁵ Aqui vale referenciar o texto de Queiroz (2015, p. 131) “Um presídio com a história da Brasil”, que brevemente contextualiza a criação da PFMP, primeiro presídio exclusivamente feminino do Brasil, que inicialmente foi administrado pela igreja católica, onde se privava a liberdade de mulheres que eram consideradas desajustadas. E, ao ser administrado pela segurança pública, foi cenário de tortura de presas políticas, durante a ditadura militar (1964-1988).

⁶ A divisão das galerias segue as definições da Lei de Execução Penal (1984).

⁷ Tratamento Diretamente Observado (TDO) se refere ao acompanhamento do técnico de saúde para a ingestão da medicação prescrita à usuária.

Para a Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS o acolhimento é uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde. No entanto, nesse contato foi possível observar que o acolhimento inicial é um procedimento como se denomina, triagem. Tem a função de coleta e registro de informações gerais de saúde das mulheres que ingressam na PFMP, para seu acompanhamento clínico, caso haja necessidade, bem como realizar orientações gerais de como acessar o atendimento na unidade durante o período que permanece na prisão.

Cena 3 - O Inquérito Nacional de Saúde na População Penitenciária Feminina e Servidoras Prisionais.

Após esse primeiro contato com o campo, no segundo semestre de 2014, o Grupo de Pesquisa Transdisciplinar sobre Violência e Políticas Públicas foi convidado a participar da coleta de dados do Inquérito Nacional de Saúde na População Feminina e Servidoras Prisionais (INSPFSP) no Rio Grande do Sul. Estudo encomendado pelo Ministério da Saúde à Universidade Federal do Ceará, ainda não publicado, é a primeira pesquisa nacional que teve por objetivo produzir dados que digam respeito às condições de saúde das mulheres presas e servidoras penitenciárias para “subsidiar a implantação e implementação da Política Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, bem como contribuir para o controle e redução dos agravos mais frequentes à saúde destes segmentos sociais” (INSPPF, Manual Operacional, 2014).

A etapa do RS teve como amostra a Penitenciária Feminina Madre Pelletier (PFMP) e a Penitenciária Industrial de Caxias do Sul (PICS). A coleta de dados envolveu entrevistas, com exames laboratoriais (teste rápido para HIV, Sífilis, hepatite B e C, glicemia e baciloscopia), exames físicos (peso, altura, pressão arterial, circunferência abdominal e quadril, exame de suspeição de hanseníase, teste de sensibilidade e espessamento neural) e exame odontológico. Participei da entrevista, que foi feita por meio de um questionário composto por diversas perguntas fechadas de resposta com múltipla escolha sobre dados demográficos, histórico prisional, vida sexual, testagem e conhecimentos sobre HIV, hepatites

virais, e sífilis, saúde mental, tabagismo, consumo de álcool e outras drogas e violência antes de ser presa e depois de ser presa.

Conhecer o contorno sócio demográfico e penal das mulheres presas e sua situação de saúde foi viabilizado de forma mais ampla por meio dos dados disponibilizados pelo INSPPF, dada a escassez de informações disponibilizadas pelo Departamento de Segurança e Execução Penal (DSEP) da Superintendência de Serviços Penitenciários do Rio Grande do Sul.

De acordo com o relatório do mês de julho de 2015 do DSEP, nessa data no estado havia um total de 1716 mulheres presas e na PFMP 230. Conforme disposto na Tabela 1, quanto a escolaridade a maioria tem ensino fundamental incompleto – 56,87% no RS e 55,65% na PFMP, seguido de ensino médio incompleto - 12,70% no RS e 12,60% na PFMP – e fundamental completo - 11,53% no RS e 10,43% na PFMP - respectivamente. 2,09% no RS e 1,30% na PFMP declaram ser analfabetas e 2,27% no RS e 2,17% na PFMP alfabetizadas.

Mulheres jovens - 55,87% no RS e 61,72% na PFMP - possui 34 anos ou menos, de nacionalidade brasileira - 99,53% no RS e 99,56% na PFMP. Quanto ao motivo pelo qual estão presas, essas mulheres são acusadas e/ou condenadas por distintos delitos relacionados ao tráfico de drogas - 96,95% no RS e 95,27% na PFMP. No Rio Grande do Sul 52,50% é reincidente, enquanto que na PFMP este índice é um pouco menor, 45,65%.

Tabela 1

Variável	RS		PFMP	
	N	%	N	%
Total de mulheres privadas de liberdade	1716	100	230	13,4
Grau de instrução				
Analfabeta	36	2,09%	3	1,30%
Alfabetizada	39	2,27%	5	2,17%
Ensino Fundamental incompleto	976	56,87%	128	55,65%
Ensino Fundamental completo	198	11,53%	24	10,43%
Ensino Médio incompleto	218	12,70%	29	12,60%
Ensino Médio completo	201	11,71%	35	15,21%
Ensino Superior incompleto	34	1,98%	6	2,60%
Ensino Superior completo	12	0,69%	0	0,00%
Não informado	2	0,11%	0	0,00%
Faixa etária				
18 a 24 anos	267	15,55%	50	21,73%
25 a 29 anos	346	20,16%	48	20,86%

30 a 34 anos	346	20,16%	44	19,13%
35 a 45 anos	487	28,37%	62	26,95%
46 a 60 anos	245	14,27%	24	10,43%
Mais de 60 anos	25	1,45%	2	0,86%
Não informado	0	0,00%	0	0,00%
Cor de pele/Etnia				
Amarela	11	0,62%	0	0,00%
Branca	1097	93,92%	147	63,91%
Indígena	15	0,87%	2	0,86%
Negra	190	11,07%	42	18,26%
Parda	402	23,42%	39	16,95%
Estado civil				
Casada	156	9,09%	12	5,21%
União Estável/Amigada	502	29,25%	54	23,47%
Desquitada	4	0,23%	0	0,00%
Divorciada	33	1,92%	9	3,91%
Separada	47	2,73%	7	3,04%
Solteira	920	53,61%	142	61,73%
Viúva	54	3,14%	6	2,60%
Nacionalidade				
Brasil	1708	99,53%	229	99,56%
África do Sul	8	3,47%	0	0,00%
Guine Bissau	1	0,43%	1	0,43%
Libania	1	0,43%	0	0,00%
Uruguai	5	0,29%	0	0,00%
Reincidência				
Reincidentes	901	52,50%	105	45,65%
Não reincidentes	815	47,49%	125	54,34%
Crime Acusado/Consumado				
Crime Contra Administração Pública	5	0,29%	-	-
Crime Contra Costumes	25	1,45%	-	-
Crime Contra Fé Pública	11	0,64%	-	-
Crime Contra Patrimônio	157	9,14%	-	-
Crime Contra Paz Pública	23	1,34%	-	-
Crime Contra Pessoa	24	1,39%	-	-
Participação Contra Adm Pública	4	0,23%	-	-
Estatuto do Desarmamento	72	4,19%	-	-
Legislação Específica	27	1,57%	-	-
Outros Crimes	43	2,50%	-	-
Atentado Violento ao Pudor	7	0,40%	-	-
Corrupção de Menores	6	0,34%	-	-
Estupro	12	0,69%	1	0,43%
Falsificação Papel/Selo/Sinal	3	0,17%	1	0,43%

Falsidade Ideológica	1	0,05%	1	0,43%
Moeda Falsa	1	0,05%	-	-
Uso de Documento Falso	6	0,34%	3	1,30%
Apropriação Indébita	1	0,05%	1	0,43%
Estelionato	13	0,75%	4	1,73%
Furto Qualificado	1	0,05%	1	0,43%
Furto Simples	30	1,74%	4	1,73%
Latrocínio	53	3,08%	6	2,60%
Receptação	38	2,21%	6	2,60%
Receptação Qualificada	1	0,05%	-	-
Roubo Qualificado	4	0,23%	3	1,30%
Roubo Simples	16	0,93%	1	0,43%
Formação de Quadrilha	23	1,34%	4	1,73%
Homicídio Qualificado	5	0,29%	1	0,43%
Homicídio Simples	19	1,10	3	1,30%
Corrupção Ativa	4	0,23%	-	-
Arma de Fogo	45	2,62%	-	-
Disparo de Arma de Fogo	1	0,05%	-	-
Porte Ilegal de Arma de Fogo	6	0,34%	-	-
Porte de Arma Rest	20	1,16%	-	-
Estatuto da Criança e do Adolescente	26	1,51%	4	1,73%
Tortura	1	0,05%	-	-
Tráfico de Entorpecentes	1635¹	96,95%	223²	95,27%

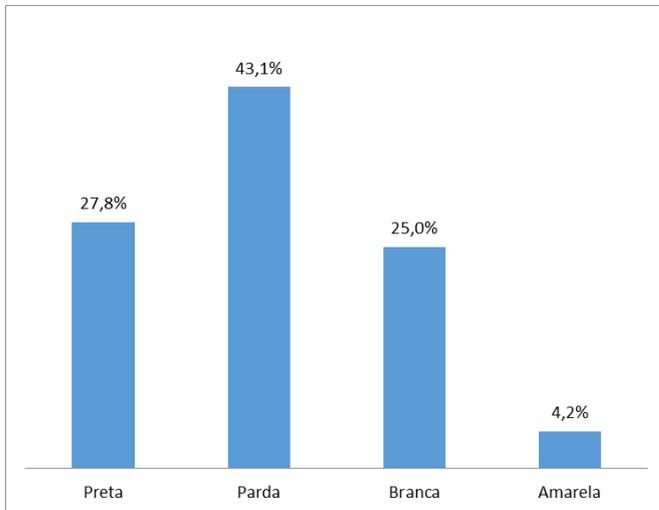
Fonte: Departamento de Segurança e Execução Penal (Susepe) Sitematização: CEABSP

¹ 901 - 52,50% Exclusivamente por tráfico de entorpecentes.

² 186 - 80,86% Exclusivamente por tráfico de entorpecentes.

Esses números são semelhantes às características sócio demográficas coletadas na mostra para o INSPSP. Entretanto, chama atenção a discrepância quanto a **raça/cor/etnia** dessa população. Segundo o relatório do DSEP de julho de 2015, 63,9% das mulheres presas na PFMP são brancas, e nas entrevistas deste estudo 70,9% se autodeclararam pretas ou pardas. Esta diferença pode estar relacionada com a maneira como esse dado é coletado para o sistema de informação da SUSEPE, que a declaração do quesito cor possa estar sendo preenchida por uma terceira pessoa. Aqui é importante ressaltar que no Brasil atualmente a autodeclaração tem sido utilizada para que a própria pessoa possa indicar a cor/raça com a qual se identifica.

Gráfico 1. Raça/cor/etnia



Houve também uma diferença quanto a **reincidência**. Segundo o relatório do DPEN, apenas 45,65% são reincidentes, no INSPPS a maioria (59,2%) afirmou ser reincidente. Uma possível explicação para esta incidência entre as entrevistadas pode estar relacionada ao menor grau de periculosidade das mulheres presas na penitenciária da capital, conhecido por ser a “porta de entrada” das mulheres que aguardam decisão judicial ou foram condenadas exclusivamente por tráfico de entorpecentes.

Gráfico 2. Reincidência



As outras variáveis coletadas no INSPPS, não disponíveis no Relatório do DSEP, aqui descritas são quanto às **condições socioeconômicas**. 25,4% das entrevistadas, em algum momento de sua vida, já viveram em situação de rua. 40,8% das mulheres afirmaram serem elas próprias a principal fonte de renda antes de ser presas. Após a prisão, o percentual que afirma continuar sendo a principal fonte de renda cai para 7,0%. Quanto à **renda mensal** antes de serem presas, a maioria (59,1%) declarou que seus rendimentos eram de até dois salários mínimos, sendo que 21,1% declararam não ter rendimentos. Quanto a atual **renda**

mensal familiar, 49,3%, afirmaram não ultrapassar dois salários mínimos.

Gráfico 3. Condições socioeconômicas

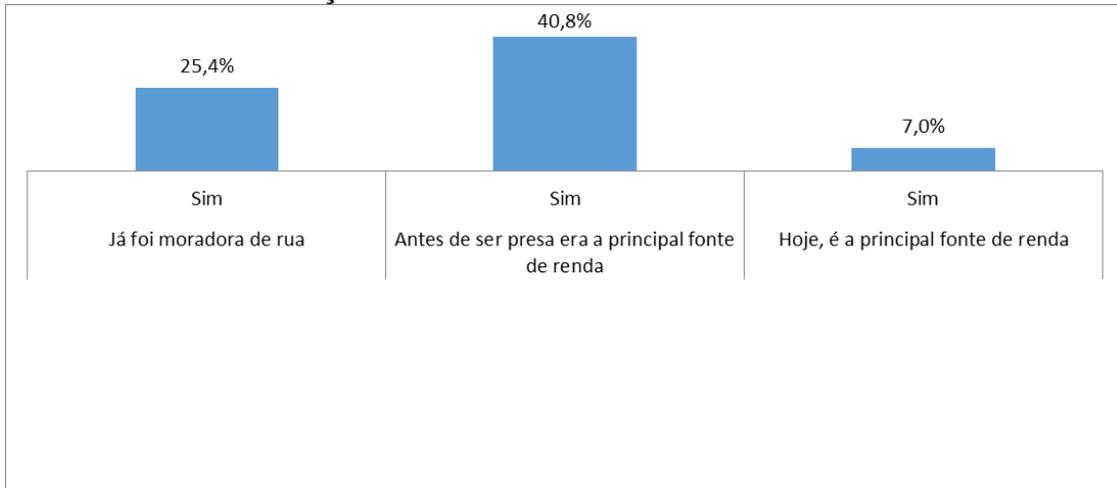


Gráfico 4. Renda mensal

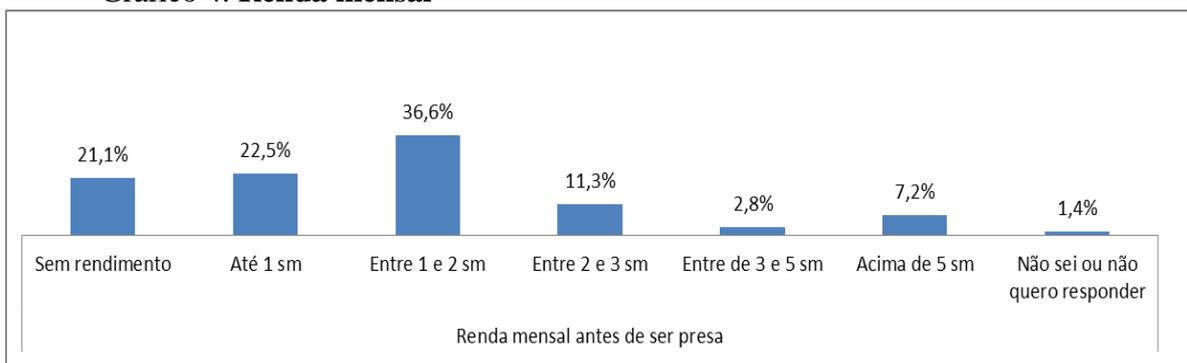
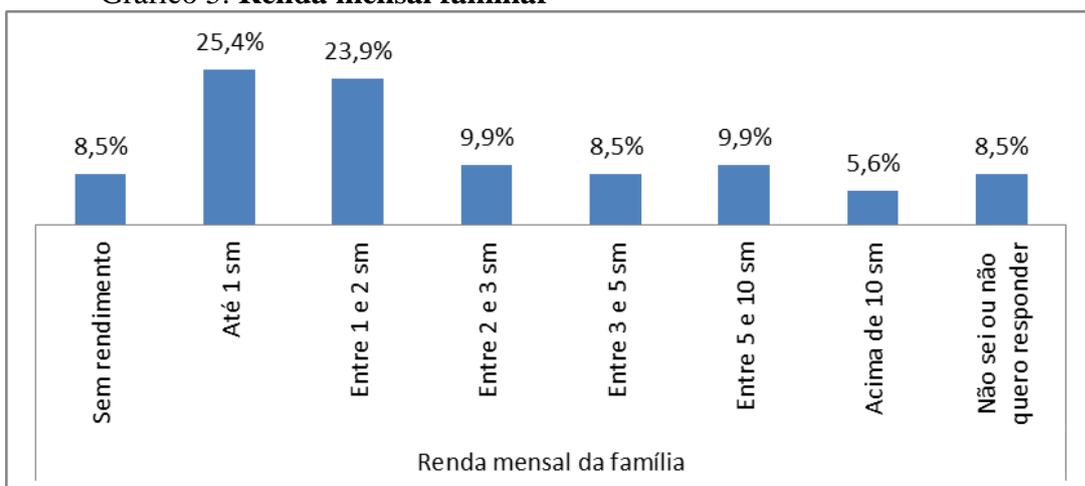


Gráfico 5. Renda mensal familiar



Quanto a sua **ocupação laboral**, 23,6% das mulheres declararam não trabalhar, 25% mencionaram trabalhar com serviços domésticos e 25% com prestação de serviços, ainda 20,8% responderam ocupações mal especificadas e outro. 59,7% declararam já ter participado de **programa social de transferência de renda**, sendo o mais citado o Programa Bolsa Família, 29,2%, seguido do auxílio reclusão, 8,3%.

Gráfico 6. Ocupação Laboral

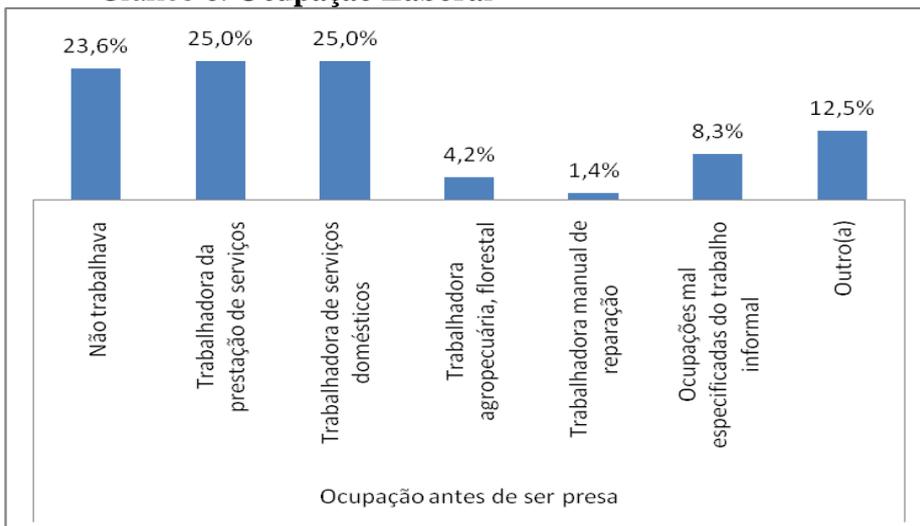
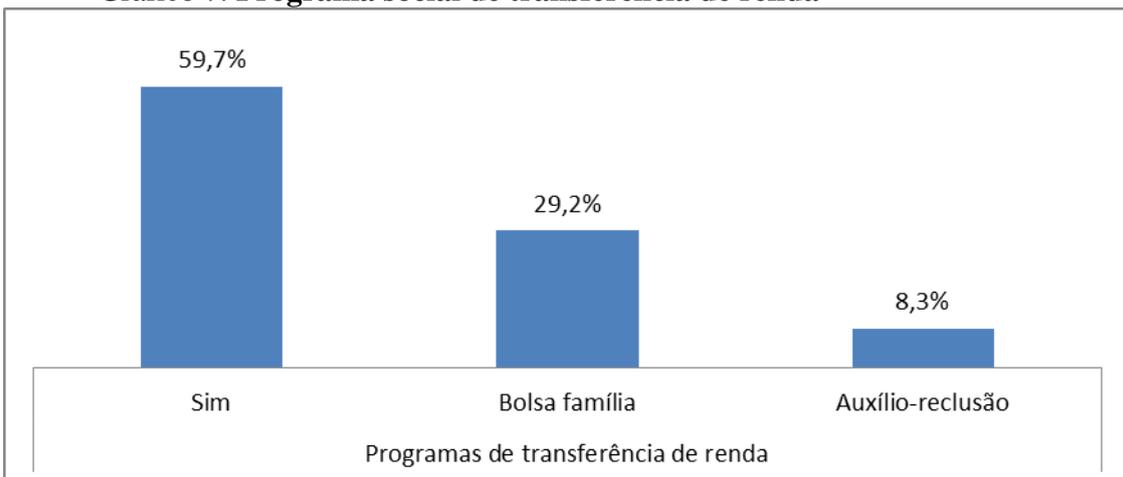
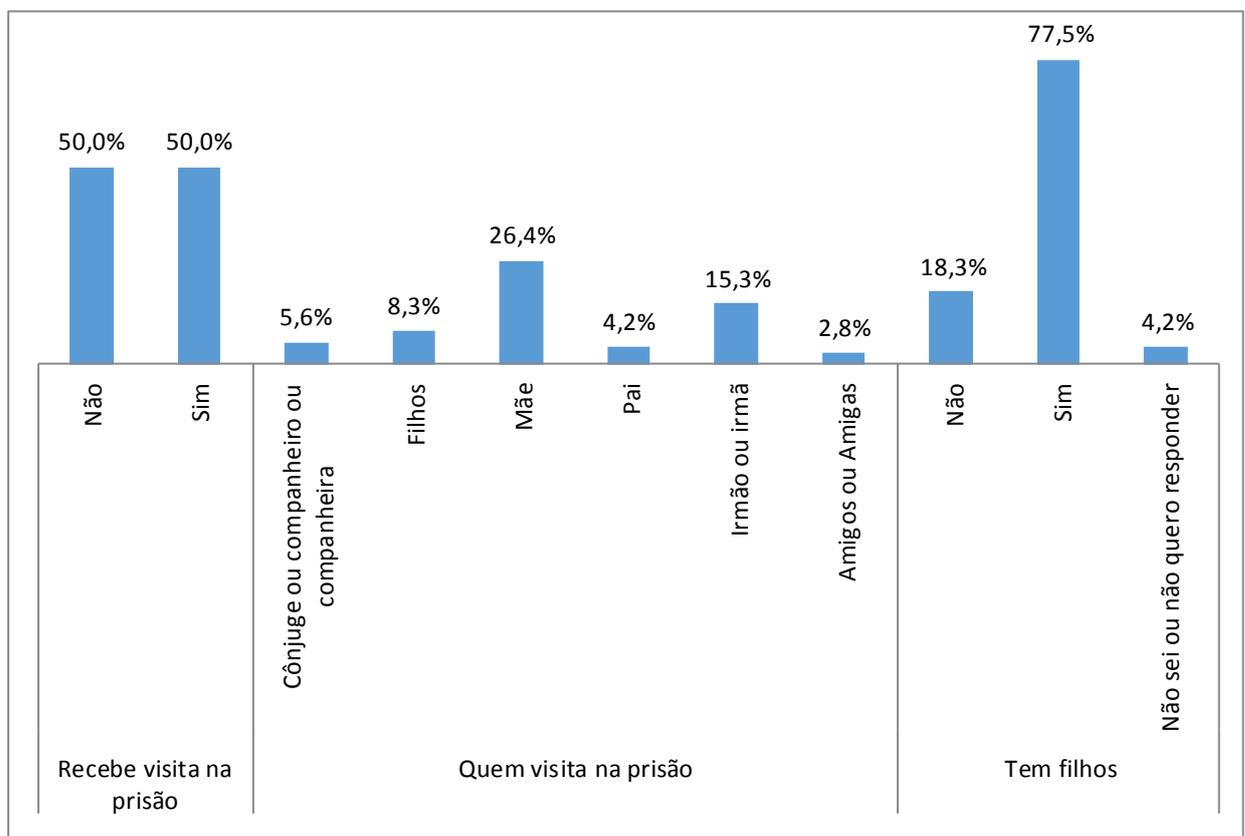


Gráfico 7. Programa social de transferência de renda



Quanto às **visitas na prisão**, 50% das mulheres entrevistadas declararam não receber. Das que recebem visita, 26,4% dizem ser visitadas pelas mães, 15,3% irmão ou irmã. Apenas 8,3% recebem visita dos filhos, sendo que 77,5% afirmam ter filhos, visível indicação de que o encarceramento traz consequências significativas para a manutenção dos vínculos afetivos entre as mulheres mães e seus filhos. Somente 5,6% recebem visita do companheiro ou companheira, e mesmo tendo direito de receber visita íntima na prisão, todas declararam não receber.

Gráfico 8. **Visitas na prisão**



Sobre as **atividades ocupacionais**, laborais e de lazer desenvolvidas na PFMP, apenas 18,3% das participantes afirmam exercer trabalho remunerado na prisão; 93,1% mencionam não praticar nenhum exercício físico ou prática esportiva. E o principal recurso de lazer acessível às mulheres é a televisão, assistida por mais de seis horas ao dia pela maioria delas, 53,5%. Quando questionadas sobre seu estado de **saúde**, a maioria (52,1%) das mulheres o considera bom, 26,8% regular e 14,1% consideram ruim ou muito ruim.

Gráfico 9. Trabalho/ Prática de Atividade Física

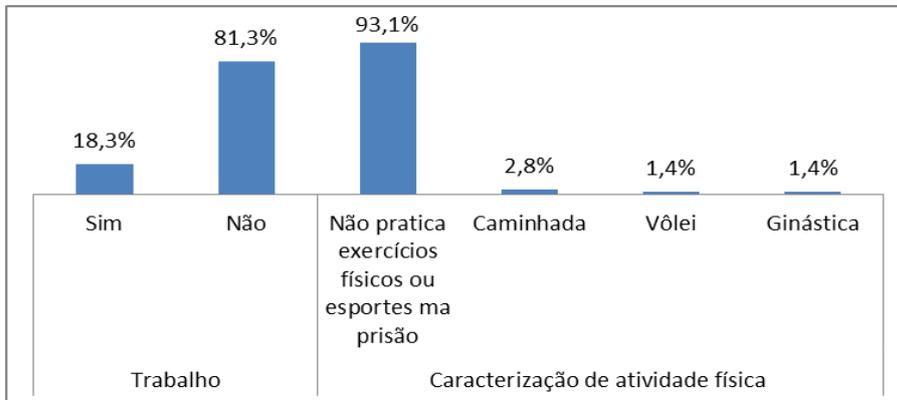
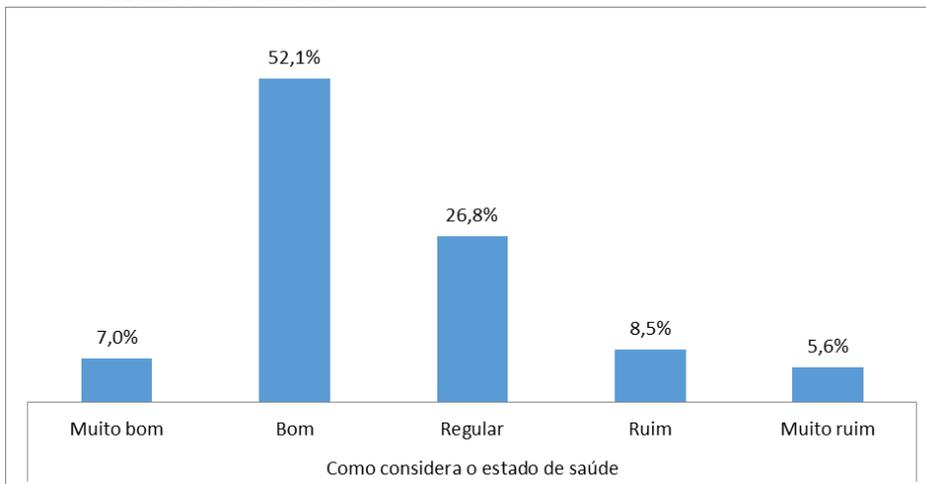


Gráfico 10. Saúde



Quanto ao **consumo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas**, 76,1% declara ser fumante. Sobre o uso de álcool, 46,5% disse nunca ter ingerido bebida alcóolica e 26,8% diz consumir álcool mais de duas vezes por semana. Quanto ao uso de drogas ilícitas antes do encarceramento 70% das participantes referiram usar crack todos os dias, 85,4% afirmaram usar maconha diariamente e 88,1% mencionam já ter usado cocaína mais de uma vez por semana, números superiores ao consumo da população em geral.

Gráfico 11. Uso de cigarro/ Consumo de Bebida Alcoólica

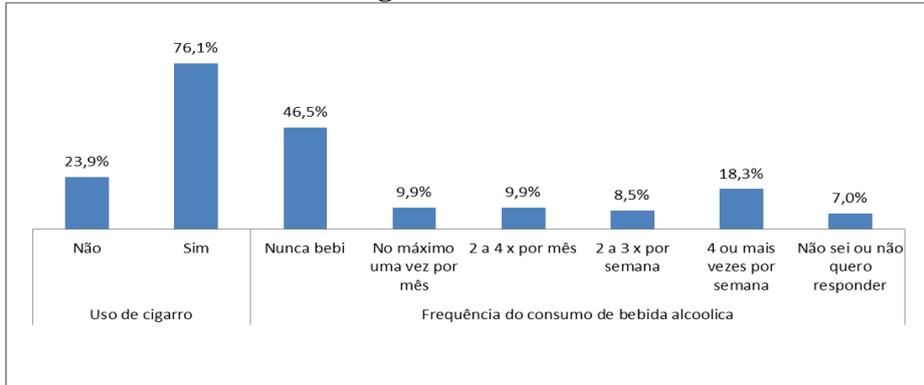
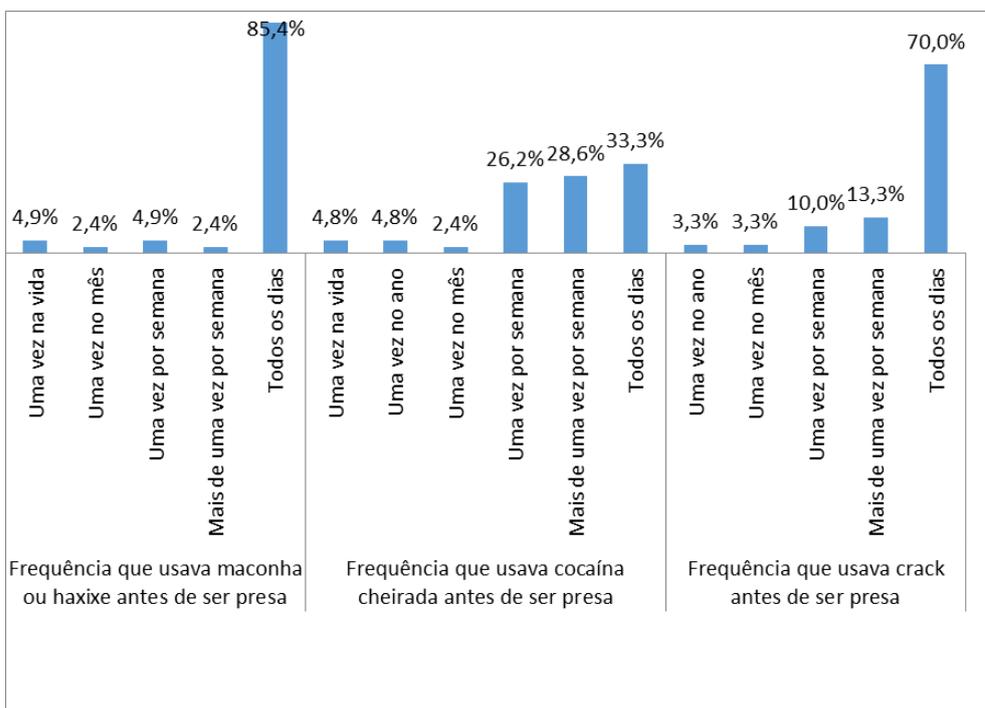
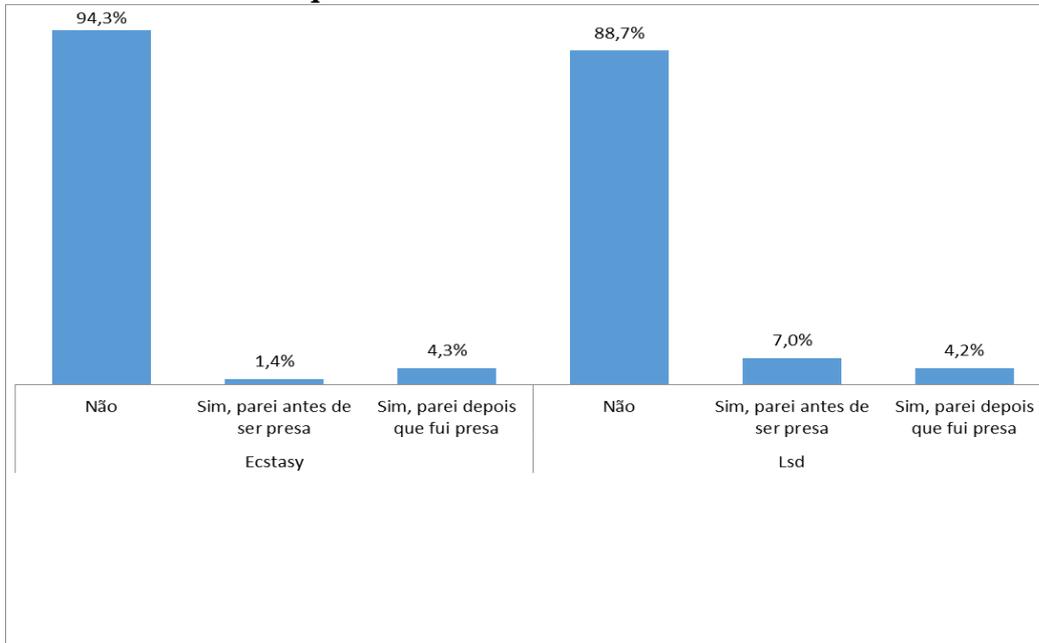


Gráfico 12. Frequência de consumo de substâncias psicoativas



No que se refere **ao consumo de substâncias sintéticas** a incidência é bem menor. 94,3% disse nunca ter feito uso de ecstasy e 88,7% afirmam nunca terem consumido Lsd. Um dos fatores que pode ajudar a explicar esta diferença do consumo de maconha, crack, cocaína e ecstasy e Lsd é o perfil sócio-econômico de usuários e traficantes desta droga, bem como do local onde ela é mais consumida (e ao qual está mais associada): A ação repressiva do estado no combate ao tráfico se dá justamente nas periferias dos centros urbanos (MADEIRA; STOCK, 2007).

Gráfico 13. **Freqüência de consumo de substâncias sintéticas**

Sobre a **saúde mental** das mulheres, foram realizadas perguntas sobre sintomas de ansiedade e depressão. Em ambas a maioria dos sintomas teve resposta afirmativa por mais de 60% das entrevistadas. Apareceu também de um alto índice de uso de medicamento calmante: 83,3% afirmaram tomar algum medicamento calmante antes de ser presa e 79,2% disseram continuar a utilizar estas medicações após o encarceramento.

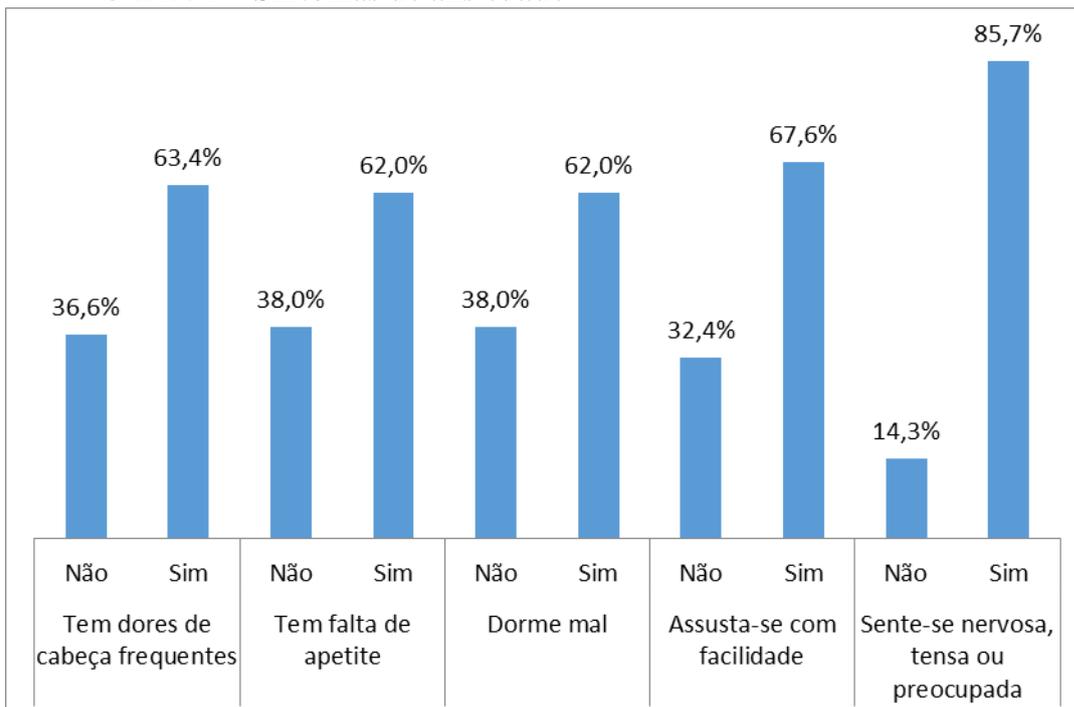
Gráfico 14. **Sintomas de ansiedade**

Gráfico 15. Sintomas de depressão

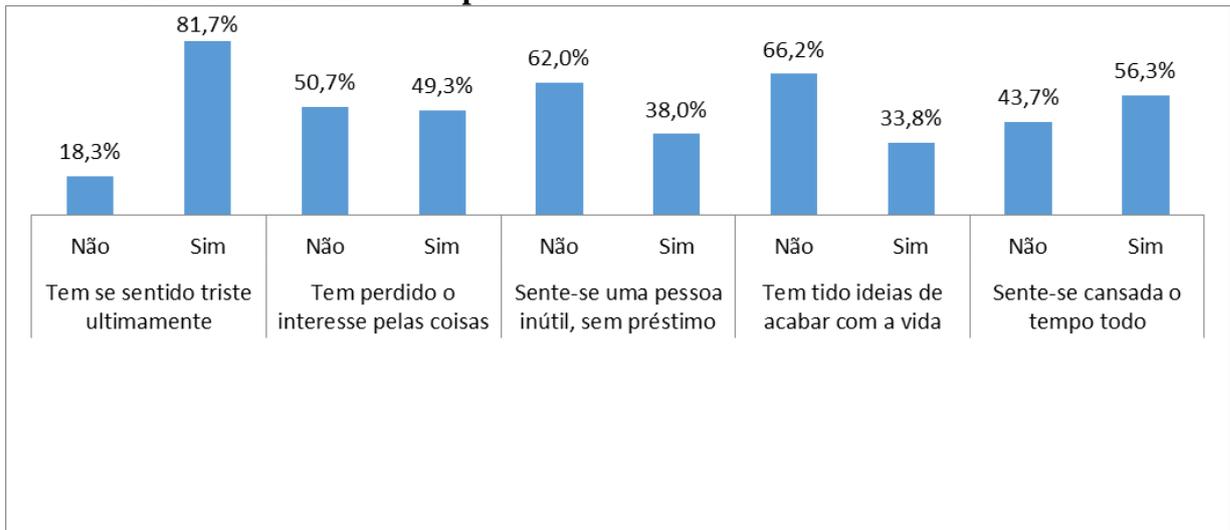
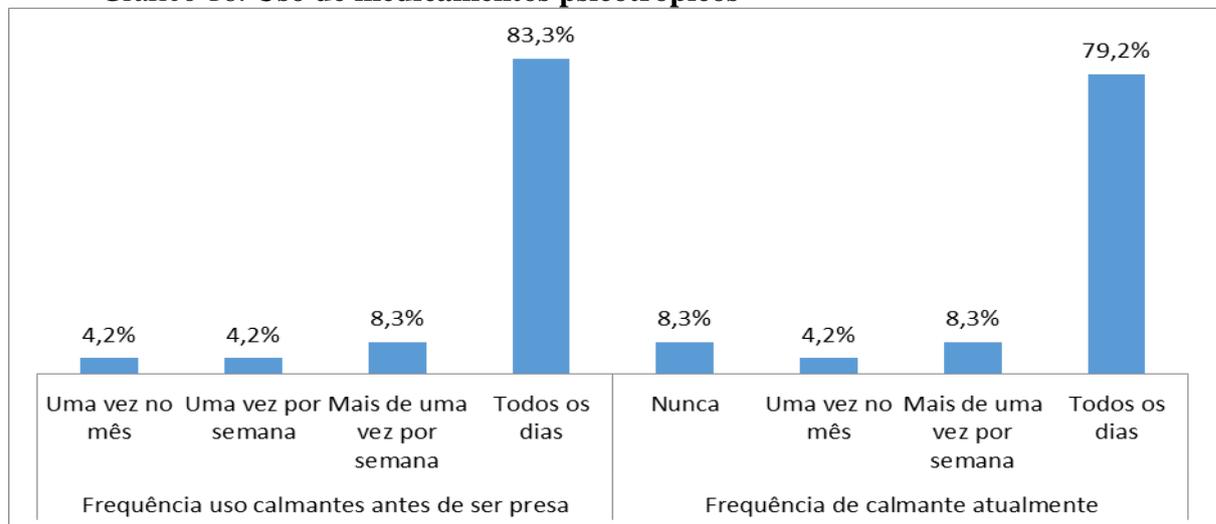


Gráfico 16. Uso de medicamentos psicotrópicos



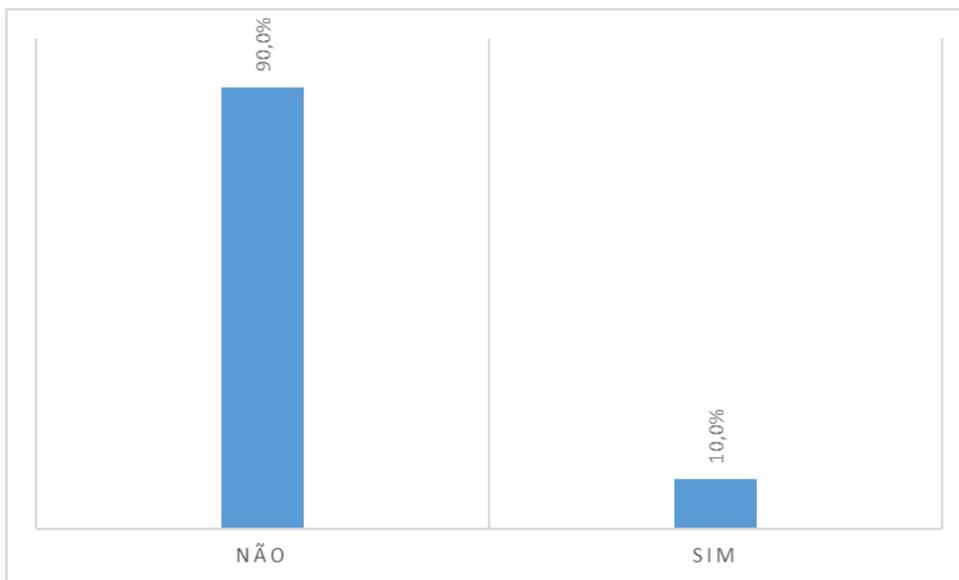
A interpretação quanto à incidência de sintomas que caracterizam ansiedade e depressão está atrelada ao ambiente do encarceramento, que de saída é ansiogênico e causa intenso sofrimento à pessoa que o vivencia. Vincula-se também ao uso excessivo de medicamentos psicotrópicos, o que diz respeito a forma como se tem constituído o cuidado em saúde mental na nossa sociedade. O aumento do uso de dispositivos de medicalização na atenção em saúde mental, nesse caso os psicofármacos, corresponde a um modelo de atenção à saúde que reflete sobre os processos de subjetivação das mulheres privadas de liberdade.

Vê-se a medicalização sendo usada no silenciamento do processo de saúde-doença. Torna-se um dispositivo que garante o afastamento e o não-enfrentamento do sofrimento advindo da solidão e da tristeza. É apresentado como uma solução química individualizante

para tais demandas, dificultando a instalação de formas de resistências e cuidado coletivo e singularizantes.

No entanto, mesmo com histórias de vida sofridas, encontrei mulheres que não descreditavam suas vidas. Mesmo abandonadas por suas redes afetivas anteriores à prisão, acreditam em seu potencial de produzir vida e de ser protagonista da sua história. Quando perguntado se consideravam que **é incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida**, ao fim da entrevista, todas as mulheres que entrevistei responderam não.

Gráfico 17. **É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida**



Os resultados parciais dessa coleta reafirmam o já sabido: as prisões em sua maioria são realizadas apreendendo pequenas quantidades portadas por jovens, majoritariamente negras, de baixa escolaridade. Persistindo a situação em que se criminaliza “as principais vítimas dos efeitos perversos da exclusão globalizada: a juventude pobre de nossas cidades recrutada pelo mercado ilegal e pela falta de oportunidades imposta pelo atual modelo econômico” (BATISTA, 2004, p. 4).

Durante as entrevistas tive a sensação de que em cada entrevista as mulheres compartilhavam comigo parte de sua história de vida, caminhos diversos que se cruzaram no momento em que foram sentenciadas com a privação de liberdade. Vi o contexto do encarceramento feminino no Brasil: marcado por mulheres que em algum momento se envolveram com drogas consideradas ilícitas, em sua maioria como alternativa à vulnerabilidade que vivenciavam.

Tive a oportunidade de entrevistar mulheres fortes, capazes de sobreviver às mais opressoras e degradantes condições que o sistema prisional brasileiro pode propiciar. Vítimas do sistema capitalista que, por meio de sua política de drogas proibicionista, criminaliza a pobreza e superlota sistema prisional brasileiro de pessoas multiplamente marginalizadas. Muitas com filhos, abandonadas, recebendo poucas ou nenhuma visita e que sofreram os mais diversos tipos de violência antes e durante a permanência na prisão.

O encontro com essas mulheres revitalizou em mim questionamentos e reflexões já existentes. Durante as entrevistas percebia múltiplas expressões da questão social⁸ que atravessavam suas vidas, o que me trouxe uma pergunta: como para além de quantificar enriquecidamente as informações da vida dessas pessoas, poderia viabilizar a garantia de seus direitos por meio da pesquisa? Percebi a potência da pesquisa-intervenção que propusemos: realizar transformações cotidianas nos processos de trabalho para a qualificação da atenção integral à saúde dessa população.

⁸ Entende questão social por: [...] o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação de seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (IAMAMOTO, 2007, p. 27).

Segundo Momento: A experiência de Apoio Matricial em Saúde Mental à Equipe de Atenção Básica da Penitenciária Feminina Madre Pelletier

Esse relato é construído a partir dos registros em diário de campo, que possibilitaram transcrever minhas percepções dos encontros, e a partir delas tecer algumas reflexões sobre o processo vivido. Após a coleta de dados do Inquérito Nacional de Saúde na População Feminina e Servidora Prisionais no Rio Grande do Sul, para dar início a intervenção, nos reunimos com a direção do PFMP, levando o retorno de como os pesquisadores envolvidos perceberam esse momento. Essa reunião aconteceu em dezembro de 2014 no PFMP. Estavam presentes a diretora do presídio, a enfermeira coordenadora da EABp, a médica ginecologista e a coordenação da pesquisa.

Foi falado das positivas impressões que as pesquisadoras responsáveis pelo INSPFSP tiveram sobre a instituição e o trabalho da equipe de saúde apontando que, dos presídios onde essa coleta de dados já foi realizada, esse se destacava por à primeira vista não violar os direitos das mulheres como em outras prisões, e ter uma organização que minimamente considera as questões de gênero no cárcere. A proposta da pesquisa de apoio matricial em saúde mental foi sistematizada em um documento com o cronograma das ações de intervenção com a equipe, prevista pelo período de seis meses, com encontros quinzenais, de março a agosto de 2015. Com ideia de realiza-lo em duas dimensões como proposto por Campos e Domitti (2007): suporte assistencial (ação direta com usuários) e técnico-pedagógico (ações de apoio educativas com e para a equipe).

Adotando o método de pesquisa-intervenção, considerou-se que “a construção de um objeto de pesquisa encontra-se, fundamentalmente indissociada de seu percurso metodológico”. “A relação entre pesquisador e objeto é um jogo mútuo de afetações e interferências que vão dando contornos de um objeto nunca totalmente apreensível” que se faz “conforme se processam os encontros e efeitos do pesquisar sobre o campo de estudos e o pesquisador, sem traçar, **antecipadamente**, os possíveis caminhos e resultados para a pesquisa” (Costa, Paulon; 2012, p. 574). Ao longo do processo foi possível visualizar três cenas distintas: a aproximação entre equipes; os encontros para discussões de casos; e as estratégias de educação permanente.

Cena 1: a aproximação das equipes

Autorizada a execução da proposta, para ter uma aproximação com a equipe a ser realizado o apoio matricial em saúde mental, foram realizados dois grupos focais⁹ pré-intervenção em janeiro e fevereiro de 2015. O objetivo desses grupos foi de apresentar a proposta de trabalho à equipe e conhecer os trabalhadores da equipe de referência, como organizam seu processo de trabalho e as atividades desenvolvidas, sua articulação com os outros setores da casa e reconhecer a principais problemáticas quanto a atenção a saúde mental a serem matriciadas, a partir da percepção dos diferentes trabalhadores que compõem a EABp.

Com perguntas abertas estabelecidas em um roteiro semiestruturado (Anexo A), os grupos focais aconteceram em janeiro e fevereiro de 2015. Em dois momentos com a intencionalidade de que todos os trabalhadores da equipe. No primeiro momento estiveram presentes o médico generalista, a enfermeira, a técnica de enfermagem, o odontologista, a assistente social e a psicóloga. E, no segundo, médico psiquiatra, a enfermeira que já havia participado do primeiro grupo, e a enfermeira (que passou a compor a equipe duas semanas antes da realização dessa atividade), e a outra técnica de enfermagem da EABp.

Realizados os dois grupos, a partir da transcrição das gravações, foi realizada a análise textual discursiva. Esse método de análise considera a linguagem desempenha o papel central, pois é a partir dela que o pesquisador pode inserir-se no movimento de compreensão, construção e reconstrução das realidades (MORAES; GALIAZZI, 2006). Foram elencadas três categorias principais: gênero, saúde e prisão. Elaboradas a partir dos trechos de falas dos participantes dos grupos focais, preservando seu anonimato.

Quanto a categoria gênero foi possível identificar que o discurso de construção de um “sujeito universal”, a mulher, dos serviços de saúde. Aponta a homogenização da noção do que significa ser mulher e a invisibilidade dos homens transexuais: “[...] *é um perfil diferente, né? A presa feminina do preso masculino. A mulher necessita mais dessa linha de atenção*”. Identifica-se a noção de um estereótipo de gênero com a homogeneização da noção do que

⁹ O grupo focal pode ser definido como uma técnica de pesquisa qualitativa que utiliza a interação grupal para produzir dados que levam em conta o processo do grupo, tomados como maior do que a soma das opiniões, sentimentos e pontos de vista individuais, ou seja, como o exercício de aprender a pensar coletivamente (KIND, 2004).

significa ser mulher: “[...] elas vêm mais por carência, não sei se dá pra dizer isso.[...] Elas vêm mais pra conversar.”

A invisibilização das diferenças de gênero no presídio e a polarização em referência a genitais - pênis = homem, mulher=vagina – apontam a negação das diferenças de gênero, enquanto construções sociais. Considera-se que o gênero é constituído de significados culturais atribuídos e assumidos pelo corpo sexuado. Não se faz possível dizer que ele decorra de uma ou duas maneiras, denunciando “uma descontinuidade radical entre os corpos sexuais e gênero culturalmente construídos” (BUTLER, 2012).

Dentro da construção de um conceito de saúde são identificadas a linha de cuidado, a saúde como qualidade de vida e bem-estar físico e psíquico e a influência de componentes externos como relações sociais e questões estruturais e materiais. Quanto a linha de cuidado, a unidade de significado extraída foi atendimentos individualizados e as combinações feitas com cada presa:

"A gente trabalha em linha de cuidado individual, né. Você faz, muitas vezes, um combinado com a Fulana de Tal, mas com a outra tu não pode fazer o mesmo porque ela não vai cumprir[...]"

No entanto, é trazido na fala dos trabalhadores que na prisão há demandas que são coletivas e incidem diretamente na saúde das presas:

“Quando a gente tinha o grupo das multiplicadoras (...), promotoras de saúde de dentro das galerias, a gente fazia essa reunião e vinha a situação delas em relação à comida, as ideias que elas tinham [...] As promotoras de saúde é uma coisa bem legal. Tu ouve, né, o coletivo[...]"

Diante disso, percebe-se a necessidade de uma reflexão crítica acerca das práticas educativas em saúde. Mostra-se fundamental uma articulação que objetive a ampliação do conceito de saúde desde uma perspectiva da reforma sanitária. Cabe levar-se em conta as ações que apostem na educação popular, contribuindo para um novo paradigma no campo da saúde e que se fazem importantes na incorporação de metodologias mais participativas e dialógicas nas práticas de educação em saúde (STOTZ, 1993).

Nesse sentido, a formação de promotoras de saúde¹⁰ como agentes multiplicadoras pode ser um importante dispositivo que se relaciona com o fortalecimento do poder político e o reconhecimento das prioridades e das demandas dos sujeitos e das populações privadas de liberdade. E, por meio disso, potencializar ações de tomadas de decisão e construção coletiva de estratégias que visa a melhoria das condições de saúde e de qualidade de vida desde uma perspectiva dos sujeitos (BUSS, 2000).

Segundo Castro (2014) é possível contribuir para o planejamento de programas, projetos e ações em promoção de saúde ao passo que se conhece os modos de ver a saúde. Isso colabora com a compreensão dos significados das dimensões estratégicas das práticas educativas em saúde e também no ato de cuidar, possibilitando dessa forma, a valorização das propostas de Educação em Saúde e ao desenvolvimento dos indivíduos como sujeitos de si e o fortalecimento do coletivo.

Quanto ao conceito de saúde, percebe-se a noção abstrata de qualidade de vida como promotora de saúde, na qual as atividades físicas e trabalho são reconhecidos, bem como sua ausência, fator que contribui para adoecimento físico e psíquico. E, aponta a influência de componentes externos como relações sociais e questões estruturais e materiais:

“por isso a necessidade de atividade laboral, não importa qual seja [...] pelo menos está se mexendo, não tá na cela olhando para o teto [...] só tem um jeito de elas não ficarem pensando no que está acontecendo lá fora, fazendo alguma coisa[...].”

“Toda e qualquer atividade que quebre a rotina delas diminui a ansiedade e muitas vezes repercute na ampla prescrição medicamentosa. Diminui o uso da medicação, né[...].”

“ [...] Então em alguns conceitos a parte social também é incluída, não adianta o indivíduo estar bem de saúde física, bem mentalmente e ter problema de relacionamento com os demais, que vai trazer prejuízo para o indivíduo, então acarreta em um prejuízo da saúde dele [...]”

“Também a estrutura básica em saneamento, saneamento básico aonde mora, tratamento, isso também influencia na saúde [...]”(SIC)

O discurso da equipe remete ao conceito da Organização Mundial de Saúde que, em 1946, a define como “o completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na

¹⁰ Projeto de formação de mulheres privadas de liberdade como multiplicadoras de saúde na prisão que aconteceu em 2012.

ausência de doença ou de enfermidade". Também faz menção ao seu sentido amplo, definido na 8ª Conferência Nacional de Saúde 1986, que aponta como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde” (Brasil, 1986; p. 4). Mas, é possível aplicar esse conceito no contexto da prisão? Quanto a saúde mental, essa é identificada como a principal demanda:

“[...] é uma carência por ansiedade. Ela pode vir por uma cefaleia, uma dor de cabeça, mas daí quando tu começa a cutucar e ver, sempre tem um fator emocional ligado à queixa[...].”

“as questões de saúde mental, as demandas de saúde mental são as mais emergentes nos atendimentos de um modo geral[...].”

Quanto à medicalização e ao tratamento, são observadas a adesão ao tratamento e o uso de medicação como escape de sofrimentos no cárcere. A dificuldade de acompanhamento e atenção corrobora o aumento do uso de medicações psicotrópicas. Destaca-se o número de comprimidos de Diazepam¹¹ feito a cada pedido: 6 mil comprimidos/mês para 100 presas. O uso da medicação como escape para o sofrimento no cárcere foi também citado, bem como seu uso como moeda de troca:

“O Diazepam é um problema aqui porque, como ele promove um bem-estar, ele reduz a ansiedade, então elas gostam de tomar esta medicação. Então, é preciso estar muito atento para o que eu estou dando para uma pessoa usar de forma recreacional pra passar bem ou uma pessoa que realmente precisa da medicação, né[...].”

“E eu acho que, assim, a gente trabalha com uma população com vícios, né. Desde a drogadição, o álcool e o vício por medicamentos também, né. Aqui o Diazepam é um grande vício. E quando elas passam no doutor pra tentar ir desmamando elas não aceitam. Não aceitam a troca por um outro remédio. Um pouco por dependência, um pouco por moeda de troca, né. A gente não tem muito como afirmar isso, mas assim, é uma dificuldade também[...].”*

O aumento do uso de dispositivos de medicalização na atenção em saúde mental, nesse caso os psicofármacos, corresponde a um modelo de cuidado médico-centrado ofertado que

¹¹ O Diazepam é um remédio ansiolítico, relaxante muscular e anticonvulsivante, sendo usado no tratamento de ansiedade, agitação e espasmos musculares.

incide diretamente nos processos de subjetivação das mulheres privadas de liberdade. No entanto, é novamente mencionado pela equipe que a realização de atividades laborais contribui para a melhora das condições de saúde das mulheres:

“por isso a necessidade de atividade laboral, não importa qual seja. [...] pelo menos tá se mexendo, não tá na cela olhando pro teto [...] Eu acho muito importante pra cabeça a atividade laboral, seja lavar o forno, carregar o lixo, tá fazendo alguma coisa”.

“isso é uma coisa que a sociedade tem que proporcionar ao presídio, o Estado tem que proporcionar”. “curso de cabeleireiro, maquiagem [...] é gritante o número de presas que tomam medicação controlada depois que a empresa fechou [...]”

Essa fala também reproduz o posto histórico e socialmente de que a mulher é vista como responsável pelos serviços domésticos ligados à higiene, limpeza e cuidado do ambiente de moradia - atribuições de trabalho ligadas diretamente ao estereótipo do gênero feminino, ainda que as instituições prisionais sejam essencialmente masculinas. Falas que reforçam o papel naturalizado da mulher como cuidadora do espaço doméstico, intrínseca à nossa cultura (NARDI, SILVEIRA & MACHADO, 2013).

Nas dificuldades e facilidades para trabalhar saúde mental é citado o estabelecimento de vínculo com a equipe como facilitador do trabalho em contraponto à falta de agente de segurança para movimentação mulheres nos fluxos de atendimento:

“A referência é aqui”. “Apoio, segurança, confiança [...] até questões de segurança severíssimas vem desembocar aqui [...]”

“eu acho que a coisa ruim é essa ausência de segurança, às vezes não tem como, então como se trabalha? [...]”

“É que nem eu ali, eu fico sozinho, fecho a porta e a presa... ela vai falar coisas que não falaria se tivesse guarda ali [...]”

Como dificuldade é também mencionada a falta de atendimentos especializados às mulheres presas, apontada como outra demanda no que se refere a articulação com outros serviços de saúde e políticas públicas: *“E nós ficamos numa boca de sinuca, e nós abraçamos ela da melhor maneira possível, sem internação, mas precisando de uma internação [...]”.*

A terceira categoria elaborada foi a prisão, que abrange as especificidades do

encarceramento de mulheres e organização de processo de trabalho em equipe. No que se refere às especificidades do encarceramento de mulheres destaca-se o abandono das mulheres presas, gerando seu adoecimento como consequência do sofrimento causado pelo cárcere:

“[...] as visitas prometem e não vêm. Elas ficam sozinhas aí por anos [...]”

“[...] se eu tivesse preso, iria reclamar e ser mais doente que elas. Porque não deve ser fácil [...]”

“Muitas vezes pelo fato de estarem enclausuradas, detidas, presas, todas as queixas se multiplicam em dez vezes, né. A dor é mais intensa, a ansiedade é mais intensa, a depressão é mais intensa. Então, a gente lida com coisas bem tensas, depressões graves, ansiedades refratárias à medicação porque é um ambiente ansiogênico já de saída, né [...]”

Quanto a organização do processo de trabalho a equipe aponta que há um despreparo da rede quando se refere a prisão, bem como a falta de recursos para que atendam as suas necessidades. É citada a falta de resolutividade aos encaminhamentos de casos saídos da prisão associada a migração das usuárias em razão de suas situações de vulnerabilidade:

“falta um preparo da rede. Existe esse despreparo da rede no atendimento das prisões, do sujeito preso.” “[...] hoje pra nossa maior dificuldade é tu referenciar na rede e ela migrar de endereço [...]”

“o nosso público, as nossas pacientes, elas são muito migratórias, hoje ela tá na residência tal, que tem um beco lá, que tem uma boca de tráfico, e daí ela migra pra outro endereço, os telefones das famílias mudam muito [...]”

A partir dessa análise foi elaborado uma síntese com os principais pontos levantados: As principais demandas da UBS estão relacionadas a saúde mental - ‘depressão’ e ‘ansiedade’ – sendo o acolhimento e a escuta a principal forma da equipe trabalhar com essa demanda; há um alto uso de medicação psiquiátrica (6mil benzodiazepínicos/mês) paralelo a citada baixa adesão aos tratamentos; a realização de atividades grupais é tida como uma possível estratégia para se trabalhar essa demanda, bem como a retomada das promotoras de saúde; e também a necessidade de articulação e qualificação do trabalho em rede para o acolhimento da mulher egressa da prisão.

Esse retorno foi levado ao primeiro encontro de apoio matricial, que aconteceu em abril de 2015. Estiveram presentes psicóloga, enfermeira, ginecologista e dentista. Nesse momento foi pactuado como seriam realizadas as reuniões de matriciamento, sendo acordado que os encontros aconteceriam quinzenalmente, nas sextas-feiras, das 10h às 12h, tendo como principal ferramenta metodológica a discussão de caso. A periodicidade foi definida a partir da organização da equipe para trabalhar com essa proposta, considerando que o atendimento com o psiquiatra ocorre uma vez por semana, sendo possível viabilizar sua participação sem que as consultas deixassem de ser realizadas.

Em abril aconteceu a primeira reunião, com a proposta de dar início à metodologia de discussão de caso, aqui apresentados com nomes fictícios, preservando o anonimato dessas mulheres. Estiveram presentes a técnica de enfermagem, as duas enfermeiras, psicóloga, médica ginecologista e médico psiquiatra. A equipe matriciadora formada para essa intervenção estava composta pela psicóloga coordenadora dessa pesquisa, médica servidora na coordenação estadual atenção básica no sistema prisional, eu, residente em Saúde Mental Coletiva EducaSaúde/UFRGS e dois bolsistas de iniciação científica nessa pesquisa, graduandos de Direito da Faculdade do Ministério Público.

Ao iniciar o encontro perguntamos à equipe se haviam elegido um caso para ser discutido nessa reunião. A equipe não havia escolhido ainda, emergindo espontaneamente o relato sobre *Ana Paula*: Usuária que teve progressão de regime para prisão domiciliar sem que a equipe tivesse conhecimento prévio. No seu histórico clínico há registro de epilepsia, sintomas psicóticos e uso de drogas. A equipe relata que não entendeu como ocorreu sua progressão de pena, pois não foi solicitado laudo médico para a UBSp, considerando o histórico de comportamento considerado indisciplinar pela segurança da penitenciária, gerando frequentes sanções de isolamento.

Relatam que em um episódio ocorrido em janeiro, *Ana Paula* incendiou a cela em que estava isolada e teve algumas queimaduras pelo corpo. Descrevem um comportamento, cuja confrontação cria situações de risco. Segundo a equipe, as crises registradas em prontuário aconteceram em sua maioria no fim de semana, quando a equipe não está atendendo, e tiveram como desdobramentos sua transferência ao Instituto Psiquiátrico Forense (IPF). Trazem também que ela é acompanhada pelo setor psicossocial da penitenciária (psicólogos e assistentes sociais da SUSEPE, que não compõem a EABp), e que possivelmente lá tivessem articulado os encaminhamentos do caso para a Rede de referência no território. Sabiam

apenas que o provável território de retorno da usuária era para a Restinga (Zona Sul de Porto Alegre).

A partir da descrição trazida pela equipe pode-se construir alguns elementos de análise desse caso. Primeiro destacou-se que a construção de um itinerário terapêutico em que esse não cessa quando há progressão de pena. A intervenção segue na articulação com os diferentes pontos da rede de atenção à saúde do território, podendo ser pensado nesse caso com a Estratégia de Saúde da Família e o Centro de Atenção Psicossocial de referência. Não havendo governabilidade sobre as decisões judiciais, há a corresponsabilização no cuidado em saúde, que opera na continuidade de atenção que busca acolher as necessidades da mulher egressa do Sistema Prisional. Outro destaque foi a ausência da comunicação entre o setor saúde e psicossocial na prisão. Esta constatação desdobrou-se na proposta de realização de uma reunião entre os técnicos de referência de cada equipe nesse caso.

A reunião seguinte acontece em maio. O planejamento inicial desse encontro foi compor a Discussão de Caso com o psicólogo de referência do psicossocial de *Ana Paula* até sua saída da PFMP. Iniciamos o encontro retomando essa pactuação. É trazido pela equipe de saúde que o setor psicossocial não poderá participar, pois suas reuniões de equipe coincidem com o horário do matriciamento. É pontuado pela equipe que há desejo de participação de alguns trabalhadores do setor psicossocial, sendo levantada a possibilidade de troca do horário do matriciamento. Na discussão da viabilidade dessa troca propõe-se iniciar o apoio nas sextas-feiras às 9h, visto que a reunião do setor psicossocial inicia as 10h. A proposta é avaliada como viável sendo pactuado entre os presentes que os encontros acontecerão das 9h às 10h30m.

Na definição dos casos para discussão, a enfermeira traz que acredita ser importante investir no cuidado das mulheres que estão no presídio - deixando de lado nesse momento o investimento na linha de cuidado de usuárias que saiam em liberdade. Também, é pontuado pela médica a importância de discutir casos que estejam na governabilidade da EABp, para que o trabalho seja viável. Nesse momento outros dois casos são citados: *Fabiane e Patrícia*.

Fabiane frequenta a unidade quase que diariamente, bastante solicitante, segundo a equipe. Reincidente no presídio, o relato é de que tem um 'baixo controle de impulsos' e 'parece ser esquizofrênica'. Seu prontuário é incompleto, já esteve presa no presídio de Guaíba e seu antigo prontuário ficou lá. Faz uso de medicação psiquiátrica injetável, pois não adere a medicação via oral. Há 3 semanas a usuária foi encaminhada ao Instituto Psiquiátrico Forense (IPF), pois estava no isolamento e tentou cortar os pulsos, retornando à PFMP na

semana seguinte. Foi abusada sexualmente por seu padrasto na infância e foi abandonada por sua mãe. Tem um irmão, mas tem relação conflituosa com a cunhada. Tem um filho de 5 anos, com o qual a equipe não teve contato.

Patrícia deu à luz no cárcere, acompanhada na UMI da PFMP. Passou a vida institucionalizada, do abrigo à prisão. Segundo a equipe apresenta dificuldade em se vincular com seu filho. Para a discussão desse caso a equipe da UMI é chamada para uma articulação conjunta da intervenção. A coordenadora da UMI vai à reunião e combina que o caso seja discutido junto com as técnicas de referência de *Patrícia*, sendo pactuado entre as equipes que sua discussão seja feita em maio.

A partir das breves descrições dos casos fica pactuado com a equipe que seja discutido um caso por reunião, sendo programado *Patrícia* para o final de maio, junto as suas técnicas de referência na UMI, e *Fabiane* para o início de junho, junto ao técnico de referência do setor psicossocial. Desses movimentos de aproximação entre equipes foi possível perceber que a atenção a saúde da mulher privada de liberdade se dá de forma fragmentada pelos diferentes setores da instituição, perceptível no desconhecimento da EABp em diferentes situações sobre as histórias de vida das mulheres atendidas pela UBSp.

Cena 2 – organizando as discussões de casos

Disparada essa aproximação inicial, a intervenção anda na direção da organização de uma metodologia de trabalho. Para isso é realizada a estruturação das discussões de casos, sendo pactuado um por encontro para que a discussão seja esgotada em seus olhares, construindo estratégias de cuidado próximas às necessidades dessas mulheres. No fim do mês de maio é realizado o terceiro encontro de apoio matricial. Nesse dia participaram, além de equipe de apoio e de referência, coordenadora, psicóloga e assistente social da UMI, para a discussão do caso de *Patrícia*. O encontro inicia com uma roda de apresentação para a familiarização de todos. Após, a psicóloga da UMI apresenta o caso:

Patrícia, 20 anos, estudou até o terceiro ano do ensino fundamental. Tem cinco irmãos que foram abandonados por sua mãe. Segundo a usuária, aos 13 anos ela denunciou sua mãe ao Conselho Tutelar por negligência. Ela e os irmãos ficaram em situação de rua, sendo posteriormente abrigados, onde ficou institucionalizada até os 18 anos. Foi morar um período

na casa do tio, não se adaptou e iniciou uso de crack. Quando estava em situação de rua conheceu o pai de seu filho, nessa data com cinco meses.

Engravidou aos 19 anos, e em outubro de 2014 foi diagnosticada toxoplasmose. No 3º trimestre do pré-natal iniciou acompanhamento de alto risco – conforme protocolo de gestantes com sífilis, concluindo tratamento em novembro. Seu filho foi diagnosticado com toxoplasmose ao nascer, ficou internado na Unidade de Tratamento Intensivo do Hospital Presidente Vargas e hoje, completado o tratamento, está morando com *Priscila* na UMI com acompanhamento no referido hospital. *Priscila* Já foi acompanhada pelo Ação Rua no período que esteve em situação de rua, tendo vínculo com um educador social de referência. Também já esteve vinculada ao Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) Partenon e Centro, e à Escola Porto Alegre. Em sua rede de apoio socioafetiva é referido o apoio da sogra. Seu companheiro está preso no Presídio Central de Porto Alegre (PCPA).

O bebê está fazendo adaptação na casa da avó paterna, que será quem ficará com a criança quando ela completar um ano e precisar sair da UMI. Nesse momento de adaptação a criança tem ficado um a dois dias por semana intercalados na casa dessa avó. Quanto a sua situação jurídica, *Patrícia* está em cumprimento de pena em regime fechado por tráfico de drogas, podendo ter progressão de pena para o semiaberto no primeiro semestre de 2016.

Posterior a descrição do caso, a equipe da UMI traz que a usuária segue sendo acompanhada e que apresenta melhora em seu autocuidado e cuidado do filho. A enfermeira da UBSp traz um episódio em que a usuária alimentou seu filho com feijão aos quatro meses e que por isso ele teve uma indisposição alimentar. A equipe da UMI pontua que após essa situação ela foi orientada a seguir a dieta prescrita pela nutricionista.

É pontuado pela enfermeira que é importante que se pense as possibilidades de plano terapêutico singular que pode se construir para a usuária. É trazida também, a necessidade de se pensar a reinserção da usuária, sendo seu ponto de apoio mais próximo a avó paterna de seu filho – sua sogra, o que aponta para a possibilidade de investimento para fortalecimento desse vínculo, que organize um espaço protegido para o desenvolvimento do filho de *Patrícia*.

A estratégia inicial de intervenção sugerida é de se acionar a ESF para acompanhar a família que ficará com seu filho. Pactuou-se que a enfermeira da unidade entrará em contato com a enfermeira da unidade de seu território para a discussão do caso e posterior visita domiciliar conjunta à casa da avó paterna para que a unidade acompanhe e dê seguimento ao atendimento da família.

No fim do encontro a psicóloga da UMI leu um poema que lhe remeteu a história de vida de *Patrícia*: Poesia Lua Nova Demais de Elisa Lucinda citada na dissertação ‘As Prisões do Feminino e as Mulheres nas Prisões: um recorte sobre a maternidade encarcerada’ de Aline Barbosa Figueiredo Gomes (UFF: 2010). Esta leitura foi um momento que sensibilizou a todos e contribuiu para a integração entre as equipes na construção de um cuidado compartilhado.

Retornamos à PFMP no início de junho. Da equipe de referência estavam presentes a técnica de enfermagem, uma enfermeira, psicóloga, assistente social e médico psiquiatra. Ao iniciar o encontro, é trazido pela equipe que a direção da instituição questionou a equipe quanto à frequência dos encontros de apoio, pois ocorreram dois encontros em semanas subsequentes, e que o encontro desse dia teria que acontecer em um tempo menor, para que a equipe pudesse retomar os atendimentos de consultas com o médico psiquiatra que haviam acumulado. Apontamos que essa combinação entre equipe de apoio e equipe de referência foi uma exceção, e retomando a pactuação inicial de encontros quinzenais.

Para esse encontro estava planejada a discussão de caso de *Fabiane*, em conjunto com o técnico de referência do setor psicossocial. A equipe traz que o técnico de referência foi convidado e não compareceu por compreender não ter muitos subsídios para a discussão do caso, mas que, ao se apropriar da situação, poderia estar presente em uma próxima reunião. Fica encaminhada a discussão do caso para o próximo encontro. Episódio que me despertou a sensação de desconforto, pois pareceu a que a percepção do trabalho de apoio fosse antes um espaço de avaliação das práticas de cuidado, do que de reflexão.

Há um momento de silêncio no grupo, desde o qual onde intervimos com o questionamento de se haveria outro caso que a equipe gostaria de trazer para discussão. Nesse momento surgem várias conversas paralelas na reunião e emerge o caso de *Rodrigo*. O psiquiatra pergunta se estavam se referindo a *Julia*, que ele havia atendido antes de iniciar a reunião. É confirmado e explicado que *Rodrigo* é o nome social de *Julia*. Espontaneamente se inicia o relato do caso entre a equipe:

Rodrigo tem 24 anos e foi preso no dia anterior à reunião por participar de um assalto a mão armada. Nesse mesmo dia é feito seu acolhimento inicial na UBSp pela técnica de enfermagem. No atendimento *Rodrigo* conta que na noite anterior fez uso do equivalente a R\$300,00 de cocaína e que participou do assalto por sentir fissura. Disse que estava residindo em uma pensão no centro de Porto Alegre, com a companheira e estava preocupado em poder receber visita. Ela é seu principal vínculo, além da avó de 74 anos que mora na Lomba do

Pinheiro.

O psiquiatra relatou que durante a consulta *Rodrigo* descreveu sintomas de abstinência e que lhe prescreveu carbamazepina. Avaliou que o usuário parecia estável e sem sintomas psicóticos, o que já havia sido registrado em seu prontuário durante sua primeira passagem na PFMP, quando recebeu diagnóstico de bipolaridade e psicose. A psicóloga da unidade relata que já conhecia *Rodrigo* de sua primeira prisão e que ele já passou por algumas internações por uso de drogas, o qual começou aos 13 anos. Já teve três tentativas de suicídio e foi interno na FASE por cometer um homicídio. Matou o padrasto que o abusava sexualmente.

É discutida a necessidade de construir uma proposta terapêutica em conjunto com *Rodrigo* que articule os recursos da prisão na atenção às suas necessidades, considerando que não há previsão para sua saída. Também é falado da importância de se fortalecer o vínculo com o usuário. Fica pactuado que a discussão do caso seja retomada no final de junho.

O encontro seguinte acontece no meio de junho. É retomado o caso de *Patrícia*, discutido em reunião anterior, sendo informado que esse terá acompanhamento do Apoiadora Institucional da Saúde Prisional do município de Porto Alegre. O intuito é que a articulação do cuidado esteja cada vez mais próxima ao território, ficando combinado que será feito pela apoiadora o agendamento de discussão do caso no território do Morro da Cruz, onde residi a sogra da usuária. Após essa combinação se inicia a discussão do caso de *Fabiane*, apresentado por seu técnico de referência no setor psicossocial:

Fabiane tem 24 anos, é natural de Porto Alegre, e ficou presa em Guaíba até março de 2015. Lá estava em atendimento psicológico e, segundo a avaliação da psicóloga que a acompanhava, necessitava também acompanhamento psiquiátrico mais constata. A família de *Fabiane* é composta pela mãe e três irmãos. Seu pai faleceu quando ela tinha seis anos de idade. Ela refere não ter tido infância. Se casou aos 12 anos com um adolescente de 14. Esse relacionamento durou 9 anos e a sogra apoiava, prestava assistência. Ela teve três filhos e um aborto. Dois de seus filhos estão abrigados e um está com a tia paterna. Com o final do casamento ela esteve em situação de rua em diferentes momentos, quando iniciou o uso de álcool. Aos 19 anos casou novamente e teve outro filho, que está com sua tia materna.

Tem diversas passagens no sistema prisional, fica dois meses em liberdade e retorna. Desde os 12 anos ela tem passado pela FASE, e mais recentemente teve duas prisões, uma na Penitenciária Feminina de Guaíba e uma na PFMP. Antes da última vez em que foi presa em Guaíba, ficou um ano em liberdade, e estava trabalhando como gari. Já passou por algumas internações psiquiátricas, e faz uso de medicação psicotrópica. *Fabiane* nunca frequentou a

escola e não é alfabetizada, algo que o psicólogo observa que produz bastante sofrimento para ela. Tem passagem pelo IPF, e ao retornar volta com dúvidas em relação ao tratamento medicamentoso mais eficaz. Com histórico de agressão a agentes de segurança, foi transferida para Porto Alegre em março de 2015 e em seu acolhimento inicial não deu informações precisas sobre seus familiares, referindo apenas trabalhar como doceira antes de ser presa pela última vez.

Em abril ficou em isolamento por acharem um celular com ela. Após o isolamento tem um episódio de surto e é encaminhada ao IPF, onde foi administrada medicação injetável. O psiquiatra refere histórico de transtorno afetivo bipolar com sintomas psicóticos. A assistente social da UBSp faz o relato de que conhece a usuária há muitos anos e que ela está muito melhor no que se refere ao seu comportamento agressivo. *Fabiane* já foi atendida com sintomas de abstinência por uso de crack, o qual não faz mais uso. Do acompanhamento de suas relações sociais traz que um dos irmãos está preso por homicídio e o outro está na Restinga e faz uso abusivo de drogas. Aponta que a vulnerabilidade dela é não ter referência/suporte.

Fabiane passou por um episódio de violência no cárcere por colegas de cela. A enfermeira relata que a usuária referiu ser obrigada a guardar drogas de suas colegas e que, contrariada, usou as substâncias, sendo posteriormente agredida. Sua companheira relatou que a viu apanhando e que ao defendê-la também foi agredida. A agressão foi percebida pela segurança quando a usuária foi chamada para audiência e tentou esconder os hematomas se maquiando. Foi realizado corpo de delito e as mulheres que a agrediram foram transferidas ao presídio de Guaíba.

O psicólogo de referência dela analisa que seu caso torna visível o misto de vulnerabilidade social, sofrimento psíquico e institucionalização. Afirma que não há progresso em seu tratamento dentro do cárcere. Para ele é ilusório acreditar que o ambiente prisional é um ambiente de cuidado e é preciso pensar o desencarceramento com estratégias para que as pessoas não retornem ao cárcere. A equipe de saúde traz a preocupação quanto à residência de *Franciele* quando ela sair em liberdade. Acreditam que quando ela tiver um endereço fixo, podem pensar no CAPS, num serviço de atendimento para auxiliá-la. É construída a proposta de solicitação judicial de uma moradia de transição para a usuária por meio de um parecer social.

Esse segundo momento do apoio matricial reafirmou que a atenção a saúde das mulheres presas é realizada de maneira fragmentada, com pouca comunicação entre os setores

do presídio, sendo essa relação tencionada nas discussões de caso, que convocaram em diferentes momentos os atores envolvidos no cuidado das usuárias. Essas percepções desencadearam a construção das oficinas temática de educação permanente.

Ao fim da reunião é pactuada a próxima data de apoio, sendo proposta uma oficina com a temática de gênero, que integrasse o Setor Psicossocial e a Equipe de Atenção Básica, agendada para o início de julho. Ficou latente a necessidade de se trabalhar também as temáticas como Plano Terapêutico Singular e cuidado em rede, apontando as potencialidades do trabalho interno articulado entre os diferentes setores da instituição para atender às necessidades das mulheres presas para construir uma linha de cuidado que aponte para o resgate da cidadania e para a reinserção social.

Cena 3 - as oficinas temáticas de educação permanente

Esse momento é marcado pela intencionalidade de potencializar o processo pedagógico proposto por meio do apoio, qualificando a prática das equipes envolvidas na produção do cuidado em saúde das mulheres presas, por meio de oficinas temáticas de educação permanente. Parte-se do que Ceccim e Feuewerker (2004) definem como educação permanente: aquela que parte da aprendizagem significativa – que promove e produz sentidos, e tem como pressuposto que a transformação das práticas profissionais se baseiem na reflexão crítica sobre as intervenções reais de ação em rede.

Pretendeu-se construir espaços de discussão temática que problematizassem a necessidade de qualificação da prática a partir do percebido no processo de apoio, entendendo que o próprio cenário “informa e recria a teoria necessária, recriando a própria prática” (CECCIM; FEUEWERKER, 2004, p. 50). Tratou-se de compor oficinas que possam complementar o aprendizado significativo, a partir do cotidiano de trabalho.

A primeira oficina foi com a temática de Integração, Gênero e Educação em Saúde. Esse encontro reuniu todos os trabalhadores da equipe de Atenção Básica, Setor Psicossocial e Unidade Materno Infantil da PFMP, e foi facilitado por Guilherme Gomes Ferreira¹². Essa

¹² Assistente Social (PUCRS, 2012) e Mestre em Serviço Social (PUCRS, 2014). Atualmente é doutorando do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUCRS, com bolsa integral da CAPES e período sanduíche no Instituto Universitário de Lisboa - ISCTE-IUL. Presta assessoria técnica voluntária em matéria de Serviço Social no G8-Generalizando - Grupo de Direitos Sexuais e de Gênero do Serviço de

temática emergiu das discussões de caso que trouxe o debate sobre o cuidado de um homem trans, dando visibilidade a essa questão na penitenciária feminina.

O encontro iniciou com uma roda de apresentação entre os presentes, aproximadamente trinta pessoas, entre técnicos da UBS, Setor Psicossocial, UMI e pessoas vinculadas ao Grupo de Pesquisa. O debate de gênero é introduzido partindo do conceito de que o gênero se produz a partir da linguagem/discurso de uma determinada sociedade. Debateu sobre como essas categorias são construções históricas e sociais, partindo do pressuposto de que todas possuem uma narrativa na cultura e não são dadas de modo natural. Nesse sentido, pode parecer que o que determinada sexualidade ou identidade de gênero “normais”, são produzidas como regra dentro de um sistema cultural de sexo/gênero.

É exibida uma cena do filme *Meninos Não Choram* (1999), que conta a história de um homem trans. Na cena eleita, o personagem aparece escondendo suas características sexuais e o sofrimento que experimenta ao ser reconhecido socialmente como mulher quando descobrem que se trata de um homem transexual. Tal cena serviu para trazer a reflexão de que as identidades de gênero não são somente aquelas tidas como “comuns”.

Nesse momento, é questionada a diferença entre a homossexualidade (identidade sexual) e a transexualidade (identidade de gênero), e seus limites na normalidade. Guilherme pontua a diferença entre a orientação sexual, que é o desejo, atribuído a determinado sexo/gênero, de identidade de gênero, que é o sentimento de pertencimento a um determinado gênero que todas as pessoas possuem, demonstrando assim que as questões relativas à sexualidade e gênero são formadas por diferentes aspectos, desde sociais e culturais até psicológicos e biológicos.

A relevância de se trazer o tema para o debate está relacionada a uma trajetória de invisibilidade e de criminalização da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) frente à comunidade, à família, às instituições, ao Estado e ao acesso

Assessoria Jurídica Universitária da UFRGS. Membro-diretor da iniciativa Freeda - espaços de diversidade, de assessoria e consultoria em gênero e sexualidade. Consultor da Coleção Educação e Direitos Humanos da Editora Appris. Membro do Corpo Editorial da Revista Memória LGBT. Consultor da Política Nacional de Diversidade no Sistema Penal através do Departamento Penitenciário Nacional. Pesquisador voluntário vinculado ao Departamento de Saúde Prisional da Secretaria de Saúde do RS. Tem experiência na área de Serviço Social, atuando principalmente nos seguintes temas: Sistema Penal e de Segurança Pública; Relações de Gênero; Diversidade Sexual e de Gênero; Teoria Queer e Teoria Marxista; Movimentos Sociais; Direitos Humanos; Criminologia Crítica; Acesso à Justiça; Justiça Restaurativa; e Infância e Juventude.

ao mercado de trabalho. Práticas transfóbicas são legitimadas pelo preconceito e a violência institucional contra a identidade de gênero. Produz-se uma invisibilidade social que aponta, ainda, a forma como as políticas públicas têm reconhecido as demandas e as experiências de travestis e transexuais - tornando esses sujeitos, muitas vezes, abjetos e deslegitimando seu acesso a direitos e a cidadania (Nardi, Silveira & Machado, 2013).

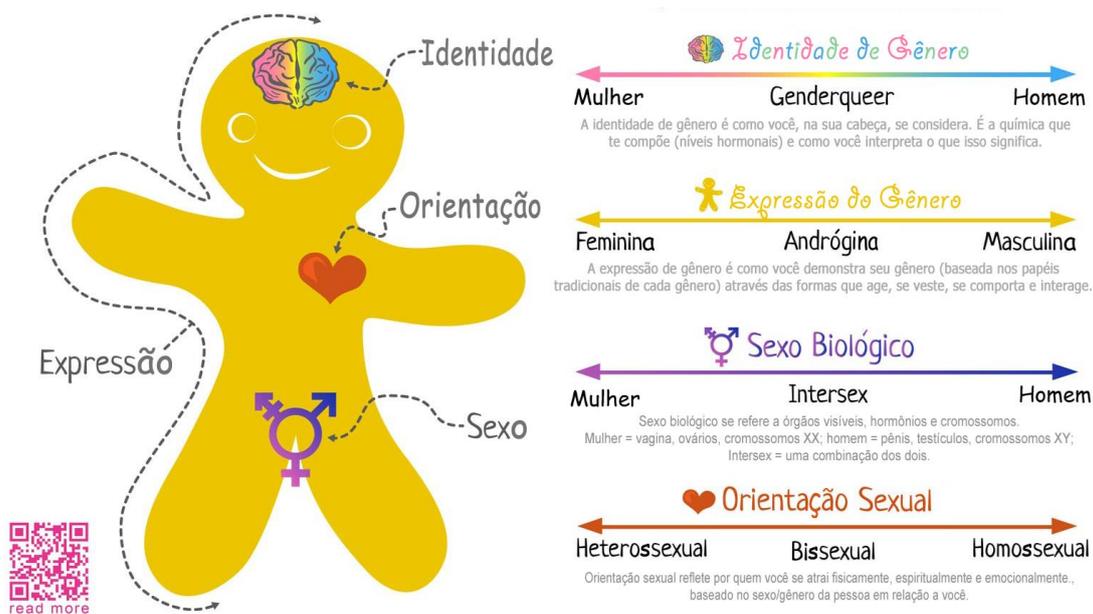
O caso do *Rodrigo* é citado como exemplo de transsexualidade dentro da prisão e indaga-se a especificidade do acolhimento desse usuário. Guilherme pontua que o respeito à escolha do usuário, considerando que usar pronomes de acordo com o gênero com a qual a pessoa se identifica é um primeiro passo para a cidadania de pessoas trans. O acolhimento e a escuta sensível são apontados como potência principal do cuidado em saúde na prisão.

A invisibilização das diferenças de gênero no presídio e a conseqüente polarização em referência a genitais - pênis = homem, mulher=vagina - são pré-conceitos inferenciáveis, pela não referência explícita a diferentes gêneros, enquanto construções sociais, nas falas do grupo focal. A isso, soma-se a dificuldade do reconhecimento das diferenças na atenção às pessoas LGBTTs, como, por exemplo, no caso das identidades de gênero transmasculinas, presentes nessa instituição. Faz-se, então, importante a distinção entre sexo e gênero, uma vez que esse último é tido como culturalmente construído e não um resultado direto do sexo e, tampouco, apresenta-se fixo a ele (BUTLER, 2012).

Também é pontuado que as prisões são instituições essencialmente masculinas, mesmo as femininas, o que demanda dos profissionais uma abordagem sensível à população encarcerada. Apesar do aumento da população prisional feminina mundial, o percentual de mulheres presas em comparação a homens se mantém em torno de 2 a 9% em todo o mundo, segundo estudos populacionais internacionais referentes ao tema de encarceramento feminino. A invisibilidade das questões de gênero em prisão constitui terreno fértil para a reprodução da violência institucional. As mulheres em situação de prisão constituem um grupo especialmente vulnerável e também podem ser vítimas de violência institucional, fruto da invisibilidade das especificidades de gênero em prisão (STOCK; MORENO; CORREA; ROMERO, 2012).

O gênero é constituído de significados culturais atribuídos e assumidos pelo corpo sexuado, não se faz possível dizer que ele decorra de uma ou duas maneiras, denunciando “uma descontinuidade radical entre os corpos sexuados e gênero culturalmente construídos” (BUTLER, 2012). Ainda segundo a autora, não existe uma razão para supor que os gêneros devam permanecer em um modelo binário de homem e mulher, tais como nos são impostos compulsoriamente.

Segundo Bento (2008), “transexualidade, travestilidade, transgênero são expressões identitárias que revelam divergências com as normas de gênero fundadas no dimorfismos, na heterossexualidade e nas idealizações”. Logo, a transexualidade se apresenta como uma possibilidade de desdobramento da ordem do gênero binário. Os conceitos de identidade sexual, orientação sexual, expressão de gênero e sexo biológico são brevemente apresentados a partir de uma imagem lúdica assexuada:



A partir disso, vale apontar que o processo de marginalização, violência física, psíquica e institucional contra os grupos de dissidência sexual e de gênero (ou seja, sujeitos que escapam ou transgridem a norma hegemônica heterossexual e cisgênero¹³) são problemas históricos inseridos em nossa sociedade. Marcados pelas agressões advindas das famílias, do espaço escolar, do trabalho e de outras instituições - destacamos aqui, a violência a LGBTTs no contexto prisional -, juntamente com a escassez de políticas que protejam e garantam a [sobre]vivência destes sujeitos nos espaços públicos.

Ao fim do encontro tive impressões positivas dos efeitos produzidos nos trabalhadores que participaram daquele momento. Em sua maioria com as quais ainda não havíamos tido contato, se não a equipe da UBS nas reuniões anteriores e alguns técnicos de referência dos

¹³ “São conceituadas como ‘cisgêneros’ as pessoas cuja identidade de gênero está de acordo com o que socialmente se estabeleceu como padrão para o seu sexo biológico” (JESUS, 2012, p.15)

casos discutidos que não compunham a equipe de saúde. Ao fim desse encontro, com a intencionalidade de dar continuidade às oficinas, foi proposto outro momento de integração com a temática de Projeto Terapêutico Singular (PTS).

A oficina temática de PTS aconteceu no final de julho e foi facilitada por Aguida Luana Veriato Schultz¹⁴. Com perguntas norteadoras para o debate sobre o tema, o PTS é introduzido pela facilitadora como uma ferramenta para realizar o cuidado em saúde com ações com base na abordagem centrada na pessoa.

Segundo a PNH o PTS é “um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar” (BRASIL, 2007, p. 40). Decorre da escuta, discussões em equipe e da participação do usuário, e pode ser aplicado nos diferentes níveis de atenção e setores formais e informais. Sua organização é apresentada em quatro momentos distintos: diagnóstico, definição de objetivos e metas, divisão de responsabilidades e reavaliação.

A dimensão de diagnóstico aqui não se restringe à identificação de uma patologia categorizada no Código Internacional de Doenças, mas sim à complexidade da atenção à saúde que necessita respostas capazes de articular a atuação multiprofissional e transdisciplinar à rede de cuidado, forma e informal. Envolve assim, aspectos orgânicos, psíquicos e sociais, rede de apoio familiar e da comunidade, suas potencialidades e vulnerabilidades. A definição dos objetivos e metas é estabelecida a partir da identificação desses problemas, sendo traçados a curto, médio e longo prazo, negociada entre a pessoa envolvida e o técnico de referência, com o qual o usuário tem o vínculo mais consolidado.

É trazido que para a divisão das responsabilidades nas ações é preciso definir o papel de cada trabalhador dentro do projeto e corresponsabilizar a pessoa pelo seu PTS, envolvendo também familiares e a comunidade em que ela está inserida. Para isso é fundamental a definição de um técnico de referência¹⁵ que acompanhe o desenvolvimento das intervenções. É sua responsabilidade acionar outras equipes quando necessário e realizar novas negociações com o usuário. Essa organização é apresentada em uma planilha de sistematização do PTS.

¹⁴ Possui graduação em serviço social pela Universidade de Cruz Alta (UNICRUZ - 2012). Especialização em Saúde Mental Coletiva, pelo Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (RIS/ESP - 2014). Atualmente é assistente social residente na ênfase de Saúde da Família e Comunidade, pelo Programa de Residência Integrada do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC). Tem experiência na área de serviço social, atuando principalmente nos seguintes temas: Saúde Mental Coletiva, Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde, Intersetorialidade e Gestão em saúde.

¹⁵ A definição do técnico de referência independe da formação profissional e para tal é importante que se considere o vínculo com o usuário.

Ao fim do encontro é sugerida a continuidade da oficina para a aplicação do instrumento “Planejando o Plano de Cuidados de Forma Compartilhada”:

PLANEJANDO O PLANO DE CUIDADOS DE FORMA COMPARTILHADA

Lista de problemas	Objetivo e meta	Atividades / Periodicidade	Responsável	Observações
- Complexidade do problema ... para problemas complexos – respostas complexas: equipes multidisciplinares; rede de serviços, etc	Apresentar o objetivo e as metas que se pretende alcançar em relação a cada problema identificado. Se possível esboçar os prazos em que se pretende alcançar as metas	O que precisa ser feito e com qual periodicidade?	Qual/quais as pessoas responsáveis para que as atividades ocorram?	

O segundo momento aconteceu no meio de agosto. Com a proposta de oficina prática para elaboração de PTS. Se reuniram novamente as equipes de saúde, psicossocial e UMI. O instrumento acima apresentado no encontro anterior foi utilizado como disparador das discussões de caso. Os trabalhadores presentes se reuniram em dois grupos distintos de referência de acompanhamento das usuárias, possibilitando a integração dos diferentes técnicos que produzem o cuidado no cotidiano. Foi discutida a elaboração de PTS de três casos que relato a partir da proposta construída nesse momento:

PTS 1 – *Rodrigo*: Já apresentado em reunião de discussão de caso com a equipe de saúde. Retomado no quadro de planejamento, é citado como problema suas questões clínicas de HIV e HTLV, decorrentes de sua baixa imunidade e agravadas por sua relação de uso de cocaína. Nesse momento estava preso na denominada 'galeria da saúde', recebendo acompanhamento médico mensal e tendo dispensação de medicação diretamente observada diária. Um dos objetivos do PTS foi construção da estratégia de saída em prisão domiciliar, visto que o cárcere estava contribuindo para o seu adoecimento. A estratégia de intervenção elaborada pelo grupo foi o acompanhamento jurídico de seu caso, a aproximação com a sua avó, referência de seu cuidado fora da prisão, e contato com a ESF do território de residência da avó, para dar continuidade ao tratamento na rede de atenção à saúde do território em que ele irá residir ao sair da prisão.

PTS 2 – *Elisa*: o caso é apresentado pela assistente social do setor psicossocial. Com

38 anos, foi presa em fevereiro de 2013. Sua história de vida é marcada pela violência e abuso, que iniciou com seu pai e se reproduziu em seu casamento, começado nos anos 2000. Seu companheiro a violentou até o momento de sua prisão. Foi condenada pelo abuso sexual de suas filhas, realizado por ele, que é também pai delas. Tem a cognição comprometida por um Acidente Vascular Cerebral e faz uso de medicação psiquiátrica. Segundo a técnica de referência seu quadro clínico piorou após a entrada no presídio. Já passou por sete internações no IPF, por tentativa de suicídio e alucinações auditivas. Sua permanência no cárcere é entendida como injusta pela equipe que a acompanha, sendo uma das possibilidades de intervenção pensadas nesse momento a produção de um relatório com a solicitação de prisão domiciliar. O caso é acompanhado pelo projeto DES'MEDIDA¹⁶ e a articulação do cuidado com a rede do município de referência, que é Sapiranga, já foi realizada. A estratégia de intervenção elaborada pelo grupo foi a articulação do seu acompanhamento jurídico junto ao assistente social e à juíza da vara de execuções criminais, para sua saída da prisão.

PTS 3 – *Soraia*: Caso trazido pela equipe da UMI. Usuária de 31 anos, proveniente de Sapucaia do Sul, gestante com 39 semanas, possui mais três filhos que estão sob a guarda de sua avó paterna. Não mantém vínculo com seus irmãos e seus pais já são falecidos. Seu principal vínculo é com a sogra, mesmo que com certa dificuldade. *Soraia* está no presídio com pena prevista de quatro anos. Estava em regime semi aberto, no entanto retornou ao regime fechado por ter removido a tornozeleira que utilizava. Aguarda julgamento para retornar a cumprir a pena no semi aberto. Está sendo acompanhada pela equipe da UMI e realiza o seu pré-natal na prisão. Não realizou pré-natal em suas outras gestações, pois nunca se vinculou a nenhum serviço de saúde. É tabagista e usuária de crack. Seu companheiro está foragido. *Soraia* tem uma casa construída nos fundos da casa da sogra, mas não costumava ficar lá quando estava com a tornozeleira. Ficou pelas ruas de Porto Alegre, e por vezes, foi atendida pelos profissionais do Consultório na Rua do Centro de Porto Alegre. A estratégia de intervenção elaborada pelo grupo foi a realização de uma visita domiciliar do assistente social do Tribunal de Justiça ao local que *Soraia* residirá ao sair da prisão, para verificar em que condições nascerá seu filho. Outra articulação ocorreu com o CAPS ad do território que possa ser serviço de referência para a continuidade do seu cuidado.

¹⁶ Desinstitucionalização da Medida de Segurança: O Programa de Extensão da UFRGS que tem por objetivo assessorar juízes de primeira instância na aplicação e execução da sentença dos processos judiciais com indicativo de incidente de insanidade mental ou já sentenciados com medida de segurança, oferecendo ao paciente infrator condições singulares de tratamento, através de programa de atenção intersetorial e interinstitucional, pautado no modelo antimanicomial, que atenda às necessidades de cada sujeito e contribua na inserção social junto à família, comunidade e/ou território social..

Após esse encontro as intervenções dessa pesquisa na PFMP chegaram ao fim. Esse processo foi abruptamente interrompido pelas greves dos servidores estaduais que tiveram seus salários parcelados durante o segundo semestre do 2015. No entanto, a ação produzida por meio das discussões de caso teve intencionalidade de ir ao encontro de uma proposta de cuidado em saúde que considere os múltiplos aspectos que envolve o encarceramento feminino.

Foi possível perceber que o cuidado em saúde ofertado na UBSp opera principalmente nas necessidades de atenção às questões biológicas das mulheres presas. Quanto às questões psicossociais, o cuidado se fragmenta entre o setor psicossocial e a UMI. Entre essas equipes a comunicação é um nó crítico. Dos casos discutidos foi possível acompanhar a linha de cuidado em saúde traçada para os casos de *Patrícia*, *Rodrigo*, *Soraia* e *Elisa*. Ao mesmo tempo, os casos de *Ana Paula* e *Fabiane* foram invisibilizados no processo, um pela progressão de regime da usuária atendida e outro pela troca de local de trabalho do técnico de referência.

Patrícia segue em regime fechado, seu filho está com onze meses e segue fazendo adaptação na casa da avó paterna. Há possibilidade de que a progressão de pena dela para semi-aberto ocorra junto à saída de seu filho. A técnica de referência de *Patrícia* está articulando com o Centro de Referência em Assistência Social do território em que seu filho residirá o acompanhamento da família.

Rodrigo está em prisão domiciliar e, segundo a equipe de saúde, que era sua referência, foi orientado a buscar a Estratégia de Saúde da Família de seu território, sendo-lhe entregue medicação necessária para o período de 30 dias e seus exames clínicos. *Soraia* também está em prisão domiciliar. Foi realizada reunião de discussão de caso entre os técnicos de referência do setor psicossocial da PFMP com a equipe do CAPS AD de referência. Ficou encaminhado que esse serviço realizará o seu acompanhamento, que iniciará intervenção por meio de Visita Domiciliar, articulando também a Estratégia de Saúde da Família do território em que reside.

Elisa esteve em regime fechado até dezembro de 2015. Acompanhada pelos componentes do programa Desmedida, da UFRGS, que foram à Sapiranga, conversaram com a família da usuária e identificaram a rede de atenção à saúde necessária para acompanhá-la. Constataram que há uma rede organizada e que *Elisa* será acompanhada pelo CAPS, mantendo vínculo com Unidade de Saúde da Família do seu território. No relatório elaborado,

foi reiterada a necessidade e a importância de que a usuária seja acompanhada na rede de saúde do município de origem. *Elisa*, que aguardou dois anos uma nova decisão judicial, teve prisão domiciliar deferida no último mês do ano de 2015.

A partir do que apontam Ceccim e Ferla de que as Linhas de Cuidado se referem à construção de diagramas singulares, que não sejam centrados na patologia, mas “em uma existência encarnada num viver individual” (2006, p.167), as intervenções propostas durante o Apoio Matricial, almejavam a elaboração de Planos Terapêuticos Singulares sensíveis às múltiplas vulnerabilidades vivenciadas por essas mulheres. Buscou-se trabalhar a fragmentação do processo de trabalho e assim criar espaço que viabilizasse um contexto favorável para se pensar a produção de um cuidado não restrito à doença ou ao núcleo profissional.

Dessa forma, a ação produzida nessa pesquisa teve a Clínica Ampliada como diretriz norteadora do trabalho por considerar que essa não desvaloriza nenhuma abordagem disciplinar, busca na integração de várias abordagens disciplinares possibilitando “um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional” (BRASIL, 2012). Para além das condições biológicas de saúde, que o cuidado opere na produção e afirmação da vida, viabilizado de qualquer ponto da rede em que a/o usuária/o acesse.

Encarceramento feminino no Brasil: Algumas reflexões

Ao fim da pesquisa constatei o que já tinha como hipótese: que o cárcere, além de privar a liberdade das pessoas, reforça a violação de direitos fundamentais da população mais vulnerável da nossa sociedade. As pessoas presas no Sistema Prisional são vítimas de uma múltipla marginalização e a questão social tem recorte de gênero, classe e etnia. A concentração da repressão penal se coloca na última ponta do comércio de substâncias entorpecentes, ou seja, naquele setor mais débil, incapaz de reagir aos comandos de prisão. É uma realidade que superlota os presídios majoritariamente por jovens pobres, negros e de baixa escolaridade:

(...) Hoje, a grande maioria dos presos por tráfico de drogas é formada pelos chamados “aviões”, “esticas”, “mulas”, verdadeiros “sacoleiros” das drogas, detidos com uma “carga” de substância proibida, através da qual visam obter lucros insignificantes em relação à totalidade do negócio (D’ELIA FILHO, 2007, p. 103, 116-7)

Foi possível identificar nos casos relatados essa múltipla marginalização, bem como a relação com o universo das drogas ilícitas. Fazendo uma leitura a partir de um recorte vitimológico, é possível colocar em evidência essas múltiplas experiências como abusos, violências e negligências vivenciados em todas as histórias de vida descritas. Essas adversidades no curso vital estão diretamente associadas ao envolvimento com o delito. Entende-se o encarceramento feminino de outra perspectiva:

(...) antes que agressoras autônomas e rebeldes, as reclusas são escravas das suas duras condições sociais, sendo a criminalidade uma forma de sobrevivência devido às circunstâncias de extrema vulnerabilidade social e emocional. Em alguns casos, também como um mecanismo de enfrentamento à marginalidade, às privações e às experiências prévias de vitimização (CAFFARENA; STOCK; MORENO; CORREA; ROMERO, 2012).

Esses autores apontam que na literatura vitimológica enfatiza-se algumas condições que tornam as mulheres mais propensas ao crime: marginalização econômica e social, característica comum tanto nas prisões femininas como nas masculinas; desigualdades entre

os gêneros e a violência institucional pela invisibilidade das especificidades de gênero na prisão; e a condição de vítima do delito, a necessidade de dependência e lealdade a algum/a parceiro/a, aprisionada à relação pelas próprias condições sociais etc.). Nesse recorte identifica-se algumas rotas para a criminalidade das mulheres:

- Mulheres na rua: mulheres oriundas de lares abusivos ou de situações de abandono. A rua é uma fuga do lar, e muitas mulheres acabam recorrendo à prostituição, aos vícios e aos relacionamentos pouco saudáveis. Suas vidas são uma contínua alternância entre a rua e a prisão.

- Mulheres e droga: compreende o caminho ao tráfico de drogas. Muitas mulheres vinculam-se ao tráfico por conta de seus parceiros ou familiares. Elas próprias dificilmente fazem abuso de substância ou apresentam outras condutas vinculadas ao crime.

- Mulheres “nocivas”: por causa de um histórico de vitimização, abuso sexual ou negligência familiar, as mulheres descritas por essa rota apresentam uma atitude hostil e defensiva, o que pode acentuar o risco para o delito.

- Mulheres maltratadas por seu parceiro: a relação com parceiros abusivos exerce forte influência no desenvolvimento de uma criminalidade defensiva e reativa, relacionada ao comportamento antissocial. (DALY, 1992 e 1994, apud CAFFARENA; STOCK; MORENO; CORREA; ROMERO, 2012)

A exclusão social ao lado dos obstáculos para o acesso às redes de apoio social e comunitárias, que favoreceriam que mulheres enfrentassem positivamente as situações de violência, tornam as mesmas mais vulneráveis ao encarceramento. A maioria das mulheres que se encontram em situação de prisão estão inseridas em relações familiares negligentes, com pais ausentes e sofreram violência no âmbito familiar. O sistema prisional brasileiro denuncia sua falta de recursos e políticas sociais efetivas.

As questões que emergiram demonstram a dificuldade de uma prática de trabalho desde um viés intersetorial e transdisciplinar em uma instituição prisional, resultando na fragmentação do cuidado em saúde. Diante disso, é fundamental que diferentes serviços de saúde estendam seu atendimento aos presídios, a fim de qualificar o cuidado dentro da instituição juntamente a outras políticas públicas, bem como a universidade, na produção de um conhecimento capaz de contribuir para a garantia dos direitos fundamentais dessa população.

O aumento no crescimento da população prisional feminina representa uma preocupação social. É reconhecido que mulheres em situação de vulnerabilidade são também mais vulneráveis ao encarceramento. Os dados aqui explicitados revelam a importância da realização de pesquisas no âmbito das ciências da saúde e das ciências sociais sobre o encarceramento feminino. Trata-se de um importante modo de tirar a mulher da invisibilidade do sistema prisional, potencializando a necessária promoção de direitos fundamentais neste ambiente.

Considerações

Este trabalho teve a intencionalidade de dar visibilidade a essa experiência que entendo ter sido potencializada pelo híbrido da formação ensino-serviço, possibilitado pela Residência Multiprofissional em Saúde. Por meio da utilização do método da pesquisa-intervenção foi possível a aproximação com o campo das mulheres encarceradas e a reflexão sobre o cuidado em saúde no Sistema Prisional.

Considerando que a prática do apoio se fundamenta na reflexão do processo de trabalho, aqui o seu desenvolvimento assumiu muitas vezes um lugar gerencial. Antes operacionalizando as intervenções propostas do que potencializando que mudanças cotidianas das práticas partissem da equipe apoiada. Em uma análise de implicação me percebi em um não lugar, situado no entre ensino-serviço e pesquisa-intervenção, híbrido dessa experiência. Ainda assim, tive a oportunidade de acompanhar esse processo desde sua idealização até seu fechamento, proporcionado por esse mesmo (não) lugar. Analisá-lo diante dessa fragilidade institucional constituiu-se um desafio.

Apesar disso, tive a possibilidade de vivenciar a aproximação a um campo que desde o início da formação me despertou indagações, a prisão. Confirmei o que pressupunha: por meio da guerra às drogas, a proibição cria um mercado ilegal que tem afetado de maneira cruel a realidade das classes mais pobres da sociedade, que vê no tráfico uma possibilidade de renda e nessa relação acaba sendo criminalizado pelo Estado que é ínfimo em garantir condições reais para o seu desenvolvimento social.

Tentar entender o encarceramento feminino também me levou a compreender que as mulheres em situação de prisão constituem um grupo especialmente vulnerável, fruto das múltiplas vitimizações sofridas durante sua trajetória vital. E nesse trabalho, sistematizar indagações e reflexões quanto às mulheres presas foi por si relevante, visto que as estruturas dos estabelecimentos penais quase nunca estão adaptadas às suas necessidades e essas são ali invisibilizadas.

Essa pesquisa possibilitou o exercício da atitude investigativa, desde a qual as problematizações aqui realizadas buscaram a interpretação crítica da realidade. Participar desse estudo foi bastante significativo para mim, por pontuar questões que ainda precisam ser profundamente debatidas na sociedade brasileira. Penso ser fundamental que a produção do conhecimento na saúde esteja sintonizada com a garantia e expansão de direitos de populações historicamente excluídas.

Referências

BARROS, Regina Benevides de; PASSOS, Eduardo. A Construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. V. 16. Rio de Janeiro: 2000.

BENTO, B. **O que é transexualidade**. São Paulo: Brasiliense, 2008.

BRASIL. **Caderno de referência para o processo de formação de profissionais do Apoio Institucional Integrado do Ministério da Saúde: QUALISUS-REDE / Ministério da Saúde**. Secretaria-Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. Portaria Interministerial nº 1777. 2003.

_____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade**. Portaria Interministerial nº 1. 2014.

_____. **Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde**. Humaniza SUS, 2004.

_____. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BUTLER, Judith. **Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade**. Tradução de Renato Aguiar. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

STOCK, B.S. **Exclusión Social y Violencia de Género en los Centros Penitenciarios de Andalucía**. In CAFFARENA, B.M. Mujeres en las Cárceles de Andalucía. Madrid: Dykinson, 2012. p- 21-237.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referencia: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>. CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *Revista Saúde Coletiva*. PHYSIS: Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo. Linha de Cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araujo de (org.). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. COSTA, Diogo

Faria Corrêa da Costa; PAULON, Simone Mainieri. Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro: 2012.

JESUS, J. C. Identidades de gênero e políticas de afirmação identitária. In: **VI Congresso Internacional de Estudos Sobre a Diversidade Sexual e de Gênero**, 2012, Salvador. Anais eletrônicos. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2012. p 1-15.

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista**. Belo Horizonte, v.10, n.15, p.124-36, 2004.

MADEIRA, Rafael Machado; STOCK, Bárbara Sordi. **Revista Sociologia Jurídica**. Ecstasy em Porto Alegre: a relação entre o perfil do usuário e o modelo “médico-sanitário-jurídico”. ISSN: 1809-2721, N. 05 - Julho-Dezembro/2007.

NARDI, H. C.; SILVEIRA, R. S.; MACHADO, P. S. (Org.). **Diversidade sexual, relações de gênero e políticas públicas**. Porto Alegre: Sulina. 2013.

QUEIROZ, Nana. **Presos que menstruam: A brutal vida das mulheres – tratadas como homens – nas prisões brasileiras**. São Paulo: Record. 2015.

RIO GRANDE DO SUL. **Resolução CIB 257**. 2011.

RIO GRANDE DO SUL. **Resolução CIB 453**. 2011.

STOCK, B.S. Exclusión Social y Violencia de Género en los Centros Penitenciarios de Andalucía. In CAFFARENA, B.M. **Mujeres en las Cárceles de Andalucía**. Madrid: Dykinson, 2012. p- 21-237.

Anexo A

ROTEIRO GRUPO FOCAL

1. ACOLHIMENTO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA
2. LEITURA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
3. APRESENTAÇÃO INDIVIDUAL

Bloco 1 – Atenção à saúde:

1. O que é saúde para vocês?
2. Quais as principais demandas da UBS? Por quê?
3. Como a equipe trabalha com essas demandas?

Bloco 2 – Potencialidades e fragilidades:

1. O que é saúde mental para vocês?
2. Como é o trabalho da equipe referente a atenção em saúde mental?
3. Quais as facilidades e dificuldades que vocês encontram para desenvolverem ações de cuidado em saúde mental?

Bloco 3 – Perspectiva de futuro:

1. Na sua opinião, o que precisa ser realizado/feito e que ainda não existe para o atendimento a estas pessoas?
2. Vocês trabalham a partir da construção de um projeto terapêutico construído junto com a usuária?