



## Mulheres privadas de liberdade no sistema prisional: interface entre saúde mental, serviços sociais e vulnerabilidade

*Women deprived of their liberty in the prison system: interface between mental health, social services and vulnerability*

**Águida Luana Veriato  
Schultz<sup>1</sup>**

[orcid.org/0000-0002-4716-6783](https://orcid.org/0000-0002-4716-6783)  
[aguida\\_schultz@hotmail.com](mailto:aguida_schultz@hotmail.com)

**Miriam Thais Guterres  
Dias<sup>1</sup>**

[orcid.org/0000-0002-3881-4961](https://orcid.org/0000-0002-3881-4961)  
[miriamtgdias@gmail.com](mailto:miriamtgdias@gmail.com)

**Renata Maria Dotta<sup>2</sup>**

[orcid.org/0000-0002-1830-1624](https://orcid.org/0000-0002-1830-1624)  
[renata.dotta@uol.com.br](mailto:renata.dotta@uol.com.br)

**Recebido em:** 20/1/2020.

**Aprovado em:** 25/8/2020.

**Publicado em:** 23/12/2020.

**Resumo:** O artigo analisa, a partir da perspectiva de uma Equipe de Atenção Básica prisional (EABp), como o ambiente prisional afeta a saúde da população feminina privada de liberdade e quais as principais necessidades em saúde identificadas a partir do cotidiano de trabalho desta equipe. Através de uma pesquisa qualitativa, realizaram-se reuniões de grupo focal com a participação de 10 profissionais de uma EABp implantada em um presídio feminino no Sul do Brasil. Por meio da análise temática evidenciou-se que o ambiente prisional pode tanto produzir quanto desencadear ou agravar os problemas de saúde dessa população. A escassa oferta de serviços sociais voltados à educação, ao desporto, ao lazer e à área ocupacional afetam as condições de vida nesse local. São atividades primordiais para a redução dos danos decorrentes do confinamento, pois funcionam como protetoras e promotoras da saúde no cárcere. Tal condição denuncia a fragilidade organizacional e o pouco envolvimento dos órgãos gestores na defesa e garantia dos direitos de cidadania das mulheres presas.

**Palavras-chave:** Prisões. Saúde. Saúde mental. Vulnerabilidade. Direitos humanos.

**Abstract:** The article analyses, from the perspective of a Equipe de Atenção Básica prisional (EABp), how the prison environment affects the health of women deprived of their liberty and what are the main health needs identified from the daily work of this team. Through a qualitative survey, focal group meetings were held with the participation of 10 professionals from an EABp implemented in a women's prison in southern Brazil. The thematic analysis showed that the prison environment can either produce or trigger or aggravate the health problems of this population. The scarce supply of social services aimed at education, sports, leisure and the occupational area affect the living conditions in this place. These activities are essential to reduce the damage caused by confinement, since they act as protectors and promoters of health in prison. This condition denounces the organizational fragility and the little involvement of management bodies in defending and guaranteeing the citizenship rights of women prisoners.

**Keywords:** Prisons. Health. Mental health. Vulnerability. Human rights.

### Introdução

O total das pessoas privadas de liberdade no Brasil, em 2014, chegou a 715.665, conferindo ao país a terceira maior população carcerária do mundo (WALMSLEY, 2017). A porcentagem de mulheres presas no país compreende 6,4%, desse total. As taxas de encarceramento feminino cresceram 525% entre 2000 e 2016, o número de reclusas era de 5.601 e passou a ser 37.380. Dessas mulheres, 28% cumprem pena por tráfico de drogas. Outro número que chama atenção quanto ao tipo de prisão e natureza



Artigo está licenciado sob forma de uma licença  
Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

<sup>1</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.

<sup>2</sup> Fundação Escola do Ministério Público (FMP), Porto Alegre, RS, Brasil.

do regime, é das 30,1% das mulheres que estão sem condenação (prisão provisória) (BRASIL, 2018).

O aumento no crescimento da população prisional feminina representa uma preocupação social importante dado o impacto que produz em suas famílias e na comunidade. Compreender o encarceramento feminino é entender que as mulheres em situação de prisão constituem um grupo especialmente vulnerável, fruto das múltiplas vitimizações sofridas durante suas trajetórias vitais. É importante ressaltar que essas mesmas mulheres, muitas vezes, são expostas a processos de revitimização a partir da violência institucional vivenciada no ambiente carcerário.

Neste contexto, a invisibilidade das especificidades de gênero em prisão favorece a revitimização feminina, agora por parte da instituição total que as abriga. Logo, entender a vulnerabilidade dessa população é fundamental, especialmente para se pensar estratégias para que o cuidado em saúde seja desenvolvido considerando as necessidades dessas pessoas, uma vez que o seu perfil é composto por jovens negros/as, de baixa escolaridade e renda (BRASIL, 2018), e marcado por condições adversas à saúde. Portanto, o Estado não pode eximir-se do desenho de estratégias de enfrentamento dessas vulnerabilidades, com vistas à redução dos danos decorrentes do tempo em que essa população permanece em privação de liberdade, especialmente aquelas que envolvem os cuidados em saúde.

O Estado brasileiro vem paulatinamente descumprindo sua responsabilidade constitucional em garantir os direitos sociais à população brasileira (BOSCHETTI, 2018), não atendendo aos princípios básicos para os que estão fora da prisão, e praticamente excluindo qualquer possibilidade de acesso aos 'dentro' dela. Trata-se de uma realidade complexa, em face das extensas desigualdades do Brasil. Em verdade, é um contrassenso imaginar que dentro do cárcere se tenha mais acesso aos serviços sociais, se isso for equiparado aos que vivem "fora" dele. A sobrevivência do lado de "fora" ocorre, muitas vezes, em condições mínimas para uma vida com dignidade. É justamente por meio dessa realidade paradoxal

que se intensificam os discursos de ódio e se reforçam as práticas punitivas e segregatórias. Travada a luta pela sobrevivência, o que impera são as ideias de aniquilação; que morram os de "dentro" e sobrevivam os de "fora".

O pensamento dual faz com que a ideia do "dentro" e a do "fora" sejam analisadas de maneira isolada. Como se a prisão não fizesse parte da mesma humanidade ou fosse produto dela. Como se não refletisse as contradições sociais, as desigualdades e, conseqüentemente, as formas de vida que tornam uma pessoa estrangeira à outra (ROSANVALLON, 2013). A prisão é, na verdade, uma construção humana que exprime o ápice de toda a violência do homem contra o homem. Torná-la mais humana é um contrassenso, um paradoxo.

A atenção à saúde em ambientes de privação de liberdade é uma questão importante, embora, muitas vezes, negligenciada pelo poder público. O princípio internacional da equivalência de cuidados de saúde nas prisões, onde os padrões de atenção e oferta de serviços devem ser equivalentes aos fornecidos na comunidade em geral, é mundialmente reconhecido como uma necessidade de Saúde Pública (WHO, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que uma das mais fortes lições aprendidas no fim do século XX é que a Saúde Pública não pode mais ignorar a saúde das pessoas privadas de liberdade. Por isso, existe um crescente reconhecimento de que uma boa atenção à saúde nos sistemas prisionais representa uma boa saúde pública.

No caso específico das mulheres privadas de liberdade, as Regras de Bangkok (Regras das Nações Unidas para o tratamento de mulheres presas e medidas não privativas de liberdade para mulheres infratoras) propõe estratégias diferenciadas frente aos cuidados em saúde dessa população (BRASIL, 2016). Especificamente a Regra nº 6 estabelece que o exame médico da mulher presa deve ser capaz de determinar a necessidade de cuidados de saúde básicos e, também, a presença de infecções sexualmente transmissíveis, cuidados de saúde mental, histórico de saúde reprodutiva, dependência de

drogas e violência de gênero. Trata-se do principal marco normativo internacional que aborda essa problemática e que serve de complemento para as Regras Mínimas para o tratamento de reclusos, popularmente conhecidas como Regras de Mandela (UNODOC, 2015).

No Brasil, o direito à saúde da população privada de liberdade conta com parâmetros normativos como: a Lei de Execução Penal (LEP), de 1984; a Constituição Federal de 1988; as Leis Orgânicas n.º 8.080 e 8.142, de 1990, que regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS); o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), de 2003; a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde no Sistema Prisional (PNAISP), e 2014, e especificamente às mulheres presas destaca-se, a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMP), publicada em 2014 (SCHULTZ *et al.*, 2017).

Em 2014, com o processo de implementação de Equipes de Atenção Básica prisional (EABp), o Estado brasileiro busca ampliar o escopo da atenção à saúde nas prisões, redirecionando-a aos princípios e diretrizes do SUS e condizendo com os atributos da Atenção Primária à Saúde. Essas equipes visam garantir o acesso às ações integrais de saúde, entre as quais, a prevenção, o diagnóstico, a redução de danos e o tratamento das principais doenças que atingem esta população (BRASIL, 2014).

A saúde assume uma dimensão coletiva, cujo estatuto de direito humano depende da sua ligação a uma rede de serviços. Viabilizar os princípios do SUS em um contexto de subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (FUNCIA, 2019) requer que as EABp sejam implementadas em paralelo com o reconhecimento das vulnerabilidades e necessidades reais das mulheres, e das desigualdades das quais elas se originam. Além disso, é fundamental a corresponsabilização entre os equipamentos da saúde, do sistema prisional e de justiça criminal, a fim de criar estratégias viáveis para reduzir os danos causados pelo cárcere e de fato implementar ações em direção ao cuidado integral à saúde da população privada de liberdade.

Por fim, levantar dados referentes aos dilemas para a efetividade da atenção à saúde no contexto do encarceramento feminino, no que diz respeito às questões relacionadas ao acesso aos direitos sociais, à saúde mental, e melhores condições de vida na prisão, é por si só relevante, já que a estrutura dos estabelecimentos penais e as medidas de regular a convivência no cárcere quase nunca estão adaptadas às necessidades da mulher, já que são desenhadas sob a perspectiva masculina. Partindo desse pressuposto, o presente artigo analisa, a partir da perspectiva de uma EABp, como o ambiente prisional afeta à saúde da população prisional feminina e quais as principais necessidades em saúde identificadas a partir do cotidiano de trabalho desta equipe.

### Percurso metodológico

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratória e descritiva, desenvolvida em uma Unidade de Atenção Básica prisional (UBSp) implementada em um presídio feminino localizado no estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Essa unidade prisional foi selecionada por possuir uma equipe completa do tipo II (com Saúde Mental). Além disso, a escolha também levou em conta a localização geograficamente privilegiada do estabelecimento prisional, já que este se encontra em perímetro urbano, condição fundamental para a acessibilidade da equipe de pesquisa.

Participaram do estudo 10 profissionais de saúde que compunham a EABp, provenientes de diferentes núcleos de formação: quatro da enfermagem (dois de nível superior e dois de nível técnico), três da medicina (clínico geral, psiquiatra e ginecologista), um do serviço social, um da psicologia e um da odontologia. A amostra foi por conveniência.

Para condução da investigação, utilizou-se a técnica de grupo focal (GF), orientada por um roteiro temático construído especialmente para o estudo. Essa técnica se baseia na produção de dados a partir da interação grupal entre os participantes. Ao considerar pontos de vista individuais e compartilhados, busca a reflexão coletiva sobre um dado fenômeno (BAUER; GASKELL, 2017).

As reuniões de GF foram audiogravadas e

guiadas por três pesquisadoras: uma moderadora, responsável por coordená-las; uma observadora, encarregada de observar e registrar as expressões faciais e corporais; uma anotadora, para auxiliar a registrar os acontecimentos, as falas dos participantes, as conversas paralelas e os comentários complementares. Cada reunião teve duração de aproximadamente 120 minutos. O anonimato dos participantes foi preservado, por meio dos códigos: P1 (participante 1) até P10 (participante 10).

Os GF ocorreram na sala de reuniões da UBSp, localizada na entrada da unidade de saúde. A escolha desse ambiente foi realizada em comum acordo, diante da possibilidade de reunir todos os profissionais da EABp em seu ambiente de trabalho, sem a necessidade da presença de agentes penitenciários. Os participantes demonstraram grande interesse na construção coletiva do conhecimento, bem como na reflexão sobre as particularidades da atenção à saúde no contexto do Sistema Prisional.

O material foi transcrito, salvo em documentos de texto e importados para o *software* QSR NVivo®, versão 11 para Windows. A partir de então o *corpus* foi analisado por meio do método da Análise Temática, seguindo seis fases: familiarização com os dados, geração de códigos iniciais, busca pelos temas, revisão dos temas, definição dos temas e relatório/análise final (BRAUN; CLARK, 2006).

A perspectiva teórico-epistemológica adotada neste estudo fundamenta-se na Teoria Social Crítica, a partir do diálogo entre a Criminologia Crítica (ZAFFARONI, 1991, 2001; WACQUANT, 2008) e as Determinações Sociais da Saúde (LAURELL, 1976; CAMPOS, 2009; BREILH, 2010). Diante disso, a partir dos dados empíricos, foram construídos dois eixos temáticos: "A ocupação do tempo em prisão: interface entre sofrimento psíquico e a falta de acesso aos serviços sociais." e "Medicalização da assistência à saúde".

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul sob o CAAE n.º 40678115.1.0000.5312, e à Comissão de Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e seguiu os preceitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º

466/2012, que orienta pesquisas com seres humanos. O estudo foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (Fapergs), sob o Edital: "Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS), vigente no período de 2013 a 2015.

## Resultados e discussão

### *A ocupação do tempo em prisão: interface entre sofrimento psíquico e a falta de acesso aos serviços sociais*

Sob a ótica da sociologia, há o entendimento de que o tempo pode ser determinado por seus aspectos físicos, mas também por sua dimensão social, uma vez que a experiência social, ou a prática, não está no tempo, mas no que ela faz do tempo. Sendo assim, o tempo "só é realmente sentido quando se rompe a coincidência quase automática entre as esperanças e as oportunidades" (BOURDIEU, 2001, p. 256)

Diante disso, o tempo em prisão apresenta uma realidade paradoxal, pois:

O preso, muitas vezes, 'depara-se com o tempo' em situações cotidianas inversas às do mundo de fora. Não raro, além dos muros, 'sentimos o tempo', 'percebemos sua presença', pela escassez, pela sua falta. Na prisão, o tempo é muitas vezes representado como uma imensa entidade, todos ali parecem ter alguma forma de reflexão sobre essa noção. O detento depara-se com o tempo pelo excesso com o qual este se apresenta, o que cria uma interessante dualidade verbal, simultaneamente o 'tempo perdido' e o 'tempo excessivo'. [...] Deparando-se com o excesso do tempo como uma 'entidade', passar o tempo, matar o tempo, são sempre expectativas recorrentes, mas, devido até a própria grandeza do 'inimigo' que se pretende 'matar', são armas por demais frágeis. Mata-se parte do tempo de um dia e no seguinte ele volta inteiro (GOIFMAN, 1998, p. 116).

Ao que se complementa:

Condenam-se homens a ociosidade. Enquanto o tempo livre passa a ser valorizado pela sociedade no sentido de melhoria da qualidade de vida, essa valorização só aparece para pessoas que trabalham sistematicamente, na qual o descanso é necessário. Essa valorização positiva do tempo livre não encontra seu espaço quando esses mesmos atores sociais olham para a prisão. O tempo livre não é visto como merecido, e nem como desejado, para uma grande parte da população carcerária (GOIFMAN, 1998, p. 103).

A condição de isolamento decorrente do processo de encarceramento força as pessoas privadas de liberdade (PPL) à inatividade e à ociosidade (GOIFMAN, 1998; AUDI *et al.*, 2016; MINAYO; RIBEIRO, 2016; CONSTANTINO; ASSIS; PINTO, 2016); à limitação do espaço, à impossibilidade de ir a outros lugares, de buscar e estar com quem desejam (MATTHEWS, 2003); ao isolamento, à separação, à distância do meio familiar e social (GOFFMAN, 2001; MINAYO; RIBEIRO, 2016; FREDENBERG; HELLER, 2016); à falta de ar, de sol, de luz, à precariedade das condições sanitárias, à falta de higiene, à alimentação muitas vezes deteriorada (VARELLA, 1999; WACQUANT, 2001; HUMAN RIGHTS WATCH, 2016; VALENÇA *et al.*, 2016); à convivência forçada, à disciplina e à submissão, à vigilância permanente (GOFFMAN, 2001; AGUIRRE, 2007; DIJANA *et al.*, 2008); aos regulamentos que devem ser seguidos sem explicações nem possibilidades de questionamento e ao sistema de regalias que transforma direitos em recompensas por comportamentos tidos como bons (VARELLA, 1999; MATTHEWS, 2003; DIAS; DARKE, 2015).

Tal conjunto de fatores torna a população privada de liberdade especialmente vulnerável ao desenvolvimento de múltiplos agravos, essencialmente às morbidades psiquiátricas. Para os profissionais da EABp, participantes da pesquisa, o ambiente de confinamento, no modo como se encontra, age como estressor, pois "É o ambiente aí, né, o externo influenciando na saúde delas, na psique" (P7, informação verbal). E complementa:

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 (P7, informação verbal).

Para eles, o longo período de isolamento e as condições adversas de se viver na prisão contribuem para o processo de adoecimento físico e psíquico das mulheres privadas de liberdade (MPL). Afirmam que as demandas mais emergentes estão associadas às condições agudas de saúde, como

"diarreia, náusea, vômito, dor de cabeça" (P5, informação verbal) e "sem dúvida, o fator emocional" (P3, informação verbal). Todavia, as demandas mais recorrentes e problemáticas, segundo os profissionais, estão, geralmente, associadas ao sofrimento psíquico. Os sintomas depressivos, os transtornos de ansiedade (fobia social e claustrofobia) e a insônia se apresentariam como um dos principais problemas de saúde entre as mulheres privadas de liberdade na penitenciária. Assim:

[...] ela pode vir por uma cefaleia, uma dor de cabeça, náusea... mas daí quando tu começa a cutucar e ver, assim, normalmente, é um... Sempre tem algum fator emocional ligado à queixa. Quando tu toca na ferida, é a depressão que rege a sintomatologia anterior, isso é bem característico. A não ser uma pneumonia, que é uma doença clínica – alguma coisa assim, né – sempre vai ter um fator emocional ligado à queixa (P3, informação verbal).

Sem dúvidas, em primeiro lugar, está a depressão. Em segundo lugar, o transtorno de ansiedade generalizada, que é uma ansiedade que, a princípio, não tem causa definida. A insônia é um grande problema. E depois, algumas ansiedades específicas, tipo fobia, fobia social, fobia de lugares fechados – a claustrofobia, este tipo de coisa. Mas a que sai em primeiro lugar acho que é a depressão, em disparada (P7, informação verbal).

Alguns estudos consideram que as pessoas privadas de liberdade possuem taxas mais elevadas de transtornos mentais, quando comparadas com a comunidade em geral (GUNTER, 2008). Estimativas apontam entre 10 e 15% para a doença mental grave entre as PPL em comparação com o constatado na população geral, que é de 2% (LAMB; WEINBERGER; GROSS, 1999).

Porém, os agravos psicossociais decorrentes do confinamento apresentam claras distinções de gênero. Em um estudo de revisão sistemática, incluindo 109 amostras, totalizando 33.588 pessoas privadas de liberdade em 24 países, encontraram-se altos níveis de morbidade psiquiátrica. A prevalência de depressão maior foi de 14,1% entre as mulheres reclusas e 10,2% entre reclusos masculinos (FAZEL; SEEWALD, 2012). Esses números corroboram as evidências encontradas em recentes pesquisas realizadas no Brasil, que consideram uma prevalência maior de

transtornos mentais graves entre as mulheres, em comparação com os presos do sexo masculino (ARAÚJO; NAKANO; GOUVEIA, 2009; SANTOS *et al.*, 2016; MINAYO; RIBEIRO, 2016).

No Rio de Janeiro, por exemplo, 6,3% dos homens encarcerados e 7,5% das mulheres apresentam sintomas depressivos graves (MINAYO; RIBEIRO, 2016); na Paraíba, em média, 10,5% dos homens e 17,2% das mulheres (ARAÚJO; NAKANO; GOUVEIA, 2009); em São Paulo, 11,2% dos homens e 25,5% das mulheres (SANTOS *et al.*, 2016). Todavia, no Rio Grande do Sul, a taxa é ainda maior, pois 48,7% das mulheres encarceradas apresentam depressão grave (CANAZARO; ARGIMON, 2010).

Os profissionais da EABp consideram que, além do ambiente de confinamento e seus modos de sociabilidade despóticos, o abandono familiar também contribui para o adoecimento das MPL, já que: "As visitas prometem e não vêm. Elas ficam sozinhas aí, por anos [...]" (P5, informação verbal). Alguns estudos também indicam esse problema. Uma investigação realizada no Rio de Janeiro, com 1.573 PPL, evidenciou que o abandono familiar afeta mais as mulheres (41,4%) do que os homens (26,1%) (MINAYO; RIBEIRO, 2016).

A ausência dos familiares pode ser justificada por diferentes motivos, entre os quais: o fato de os parentes assumirem o cuidado dos filhos das MPL; a unidade prisional estar localizada longe do local de residência da família; o medo, a vergonha e a humilhação da "revista" para adentrarem os presídios; os companheiros terem constituído outras parcerias afetivas (MINAYO; RIBEIRO, 2016), ou estarem também encarcerados; os familiares não contarem mais com a ajuda advinda da prática ilícita que elas lhes proporcionavam antes da prisão; e o estigma social da mulher que comete um delito (SIMÕES, 2014).

Importa salientar que essa população apresenta histórias de vida marcadas por um precário vínculo familiar, baixos índices de sociabilidade e acesso à educação, abuso de substâncias psicoativas e exposição a diversas formas de violência, como negligência familiar, abuso sexual e violência doméstica (SCHULTZ, 2018). Nesse sentido, a prisão, para a população feminina, implica problemas

ainda mais impactantes, por exemplo, maior estigmatização social e altos níveis de problemas de saúde, com ênfase no sofrimento psíquico.

Todos esses dados indicam que o ambiente prisional pode tanto produzir quanto desencadear ou agravar as morbidades psiquiátricas, sejam elas preexistentes ou não. Essas evidências reforçam a ideia de que a execução da pena privativa de liberdade expõe as reclusas a condições de extrema vulnerabilidade. Além disso, pode revitimizá-las, alimentando diversas formas de violência dentro da prisão (abuso sexual, psicológico, físico, violência autoinfligida, homicídio e outras). Reforçando, portanto, o objetivo da prisão: segregar e aniquilar (ZAFFARONI, 1991).

Outro aspecto que chamou a atenção durante a pesquisa, foi a preocupação de todos os profissionais da EABp com a escassez de serviços sociais voltados à promoção do desporto, da educação, do lazer e do trabalho no presídio. Para eles, a falta de atividades como esporte, trabalho, lazer, cursos profissionalizantes e demais ações educacionais contribuía para o adoecimento físico e mental das mulheres, indicando que o acesso a esses serviços sociais poderia funcionar também como um recurso para a proteção da saúde em prisão, conforme identificado nos excertos:

Muito, muito tempo, antigamente, aqui tinha aqui uns jogos de vôlei, esporte, que eu acho isso uma coisa muito importante, se falando de saúde. Tá! Algumas poucas trabalham, mas as que não trabalham e ficam só na cela, deitada olhando para o teto, ficando doentes. Daí ela traz um baseado, alguma coisa, um celular. Se tivesse um esporte, trabalho, educação, eu acharia, fora toda a parte de saúde, uma limpeza de cabeça muito boa, que ajuda na saúde, e é uma baita coisa para saúde mental delas (P4, informação verbal).

E assim, ano passado eu não sei, mas ano retrasado, elas tinham trabalho, tinham bastante curso, tinha algumas que trabalhavam com a escola, outras estudavam e agora isto está meio parado mesmo. Mas enfim, eu acho que esse tempo que ela fica pouco na cela é saudável para ela. Ela saía de manhã, ia trabalhar, tinha os cursos do Senac, aí para aula... Isso dá uma qualidade melhor, assim, sabe. Porque era um número mínimo que tinha, dentro da galeria, que ficava sem fazer nada, era muito pouco (P2, informação verbal).

O problema se tornou ainda mais impactante em decorrência do fechamento de uma empresa terceirizada que empregava mão de obra prisional na instituição. Na percepção dos profissionais, as mulheres, ao perderem a atividade ocupacional, tornaram-se ainda mais vulneráveis aos riscos e processos de adoecimento. Além de permanecerem mais tempo dentro das galerias (mais de 20h), também perderam a possibilidade de auxiliar financeiramente suas famílias, bem como arcar com as dívidas geradas dentro da prisão. Confirmam-se, então, os termos do paradoxo prisional: como é possível conceber a reintegração à sociedade, eliminando a sociabilidade das PPL? Como é possível prepará-las para a vida em liberdade se, na prisão, é suprimida a possibilidade de ação livre e o acesso aos mínimos sociais?

Um estudo etnográfico realizado com reclusas no estado do Rio Grande do Sul produziu narrativas interessantes sobre o cotidiano em prisão, levando à constatação de que o tempo de confinamento das mulheres funciona como uma tortura, como um símbolo de mortificação, pois, na penitenciária, "não há absolutamente nada para fazer" (LEITE, 2012, p. 13). Com efeito, há o aumento dos sintomas de estresse, ansiedade, e do uso de substâncias psicoativas. Como pode ser observado:

Outra tortura é o tempo que demora a passar. Algumas celas não têm televisão e o calendário é feito à mão. A gente se acorda às 7.00 h para a conferência (as agentes vêm conferir se ninguém fugiu ou se ninguém morreu), quem quer café com leite e pão deve sair com a caneca na mão para pegar. Voltamos para a cela em menos de dois minutos, e resta sentar na cama sem ter absolutamente nada para fazer. Assim passamos o tempo todo esperando o dia passar. Para não ficar muito tempo acordadas e ansiosas, quase todas pegam remédio calmante para dormir o dia todo e assim não ver o dia passar (LEITE, 2012, p. 13).

Nesse caso, o ócio deixa de ser sinônimo de lazer e prazer. Na prisão, torna-se mais um entre os tantos outros mecanismos de punição e tortura. Esse é um determinante social desfavorável às condições de vida na prisão e uma afronta à dignidade humana, o que provoca uma série de desdobramentos (diretos e indiretos) para a saúde das reclusas e, conseqüentemente, para o trabalho da EABp.

De tal modo, evidencia-se que tais problemas não são exclusivos ao contexto da penitenciária pesquisada, é um fenômeno também vivenciado em outras regiões do Brasil. Como exemplo dessa situação alarmante, citam-se os dados obtidos através de um estudo sobre a saúde da população prisional feminina do estado de São Paulo: das 1.013 MPL entrevistadas a maioria informou que não estudava na penitenciária (95,8%), não tinha qualquer renda (63,8%), não realizava atividade ocupacional no cárcere (88,5%) e não praticava atividade física ou lazer (70%) (AUDI *et al.*, 2016). Em contraponto, algumas poucas investigações realizadas no Brasil indicam que as MPL que exercem alguma atividade laboral apresentam menos sintomas depressivos (CANAZARO; ARGIMON, 2010), a exemplo do que se encontrou em investigações realizadas com a população prisional masculina (CONSTANTINO; ASSIS; PINTO, 2016).

Estudos internacionais evidenciaram que praticar alguma atividade física em prisão diminuiu significativamente os sintomas de depressão, estresse e ansiedade, bem como melhorou a condição física da população masculina privada de liberdade (NELSON *et al.*, 2006; BUCKALOO; KRUG; NELSON, 2009; BATTAGLIA *et al.*, 2013; MANNOCCI *et al.*, 2015). Em um estudo quanti-qualitativo realizado com MPL no Canadá, identificou-se que a prática de atividade física orientada contribuiu para a redução dos níveis de estresse e para a melhora da qualidade do sono. As reclusas participantes da pesquisa relataram que esse tipo de atividade proporcionou momentos de diversão e sentimento de prazer, visto tratar-se de ação social que estimula práticas de lazer na prisão (ELWOOD *et al.*, 2013).

As publicações sobre os benefícios da atividade física, desportiva ou de lazer nas prisões são escassas (MANNOCCI, *et al.* 2015), principalmente no Brasil. Isso indica que a oferta desse tipo de atividade pode estar sendo subvalorizada, sobretudo nas prisões femininas, corroborando a percepção dos profissionais da EABp. Certamente, o assunto merece pesquisa específica, pois trata-se de maneira simples, efetiva e econômica para promover saúde em ambientes prisionais (MANNOCCI, *et al.* 2015).

Se na lógica da cultura prisional (autoritária, moralista, compensatória e paternalista) essas iniciativas podem ser destinadas, sobretudo, a manter a calma no interior do ambiente prisional (ADORNO; SALLA, 2007), em face da natureza (humana) aterrorizada pelo ócio e pelo tédio, por outro lado, na lógica dos Direitos Humanos e do SUS, constituem-se como direitos inalienáveis de cidadania. São atividades que, na perspectiva da Saúde Pública, contribuem para o bem-estar físico, social e intelectual das pessoas.

Todavia, é importante esclarecer que apenas a oferta dessas ações não significa que o sofrimento decorrente do confinamento deixará de existir. Como descrito anteriormente, há outros fatores que contribuem para isso. O simples fato de estar preso é um deles, visto todo o estigma e a violência associados à reclusão. Entretanto, os profissionais da EABp e os estudos consideram que o acesso a essas atividades contribui significativamente para o bem-estar psicológico das presas, tornando-se, por isso, um importante recurso para reduzir os danos consequentes do tempo decorrido em prisão.

Nessa direção, os profissionais consideraram que a oferta e o acesso aos bens/serviços sociais na prisão deveriam ser entendidos como um direito de cidadania. Para tanto, criar estratégias para o enfrentamento das adversidades seria requerer, sobretudo, esforço e envolvimento dos diferentes atores sociais envolvidos nessa atmosfera, entre os quais, o meio acadêmico e a sociedade. Tirar as prisões do esquecimento e dar luz às sombras constituiria uma necessidade premente. Reivindicou um dos profissionais:

E isso é uma coisa que a sociedade tem que proporcionar ao presídio, à instituição, a sociedade tem que saber, tem que se lembrar daquelas pessoas lá, que elas têm direitos. O Estado tem que fazer, tem que proporcionar para as empresas, as universidades algumas coisas para mexer com isso aí. Eu não estou falando só daqui, eu estou falando de toda a população carcerária. Tinha que ter um jeito de proporcionar benefícios para estas pessoas [...] (P4, informação verbal).

Esse profissional referiu a necessidade de garantir o acesso aos direitos de cidadania na prisão

através da articulação de esforços interinstitucionais e intersetoriais (DIAS, 2018). Por um lado, esse procedimento faria surgir novos sujeitos e segmentos sociais, identidades e interesses, e por outro, forjaria uma gramática civil capaz de, a um só tempo, coletivizar e socializar reivindicações junto às pessoas privadas de liberdade, institucionalizando-as no interior do Sistema.

No intuito de ampliar a corresponsabilização entre diferentes segmentos sociais, seria ampliada, também, a redução dos danos decorrentes do confinamento. Logo, seria mais viável qualificar estratégias políticas em defesa dos direitos desta população, condição que se irradiaria para além dos muros do cárcere.

Todavia, na falta dessas proposições e diante da segmentação de esforços, o que se constatou foi que a penitenciária, funcionando dessa maneira, simularia uma "máquina deteriorante" legitimada pelo Estado (ZAFFARONI, 2001, p. 135). A estada nesse ambiente seria capaz de piorar a condição de saúde das MPL, quando deveria, na verdade, protegê-las, assegurando que não saíssem dali em pior situação de saúde do que no momento de sua entrada (WHO, 2007a). Assim, na ausência de condições favoráveis para enfrentar essa realidade, o medicamento ganhou destaque pelo lugar ocupado naquele contexto.

### Medicalização da assistência à saúde

Entre os profissionais, por ocasião da pesquisa, era unânime o entendimento de que a prescrição e a dispensação de medicamento psicotrópico em grande número constituíam fatores contribuintes ao desfavorecimento da atenção à saúde na penitenciária e um problema a ser enfrentado pela instituição. Todavia, a reflexão sobre esse assunto pareceu adquirir relevo entre eles a partir do momento em que foi possível refletir sobre a forma reducionista e individualizadora encontrada por eles próprios para responder aos problemas de saúde da população atendida: a medicalização.

Então, o consumo de psicotrópicos poderia ser um analisador das práticas da EABp e/ou da penitenciária? Seria um provocador de silêncios mascarado de cuidado em saúde? A medica-

lização como produto do modelo biomédico reflete o saber hegemônico instaurado na Saúde Pública brasileira (CAMPOS, 2009). Em contextos prisionais, ela pode ser, à primeira vista, uma alternativa rápida para aliviar a dor e o sofrimento. Em contrapartida, tornou-se um problema difícil de ser administrado pela EABp, recaindo muita tensão sobre seu gerenciamento. Trata-se de uma questão que pode ser justificada pelo lugar que o produto ocupa no cotidiano da penitenciária. Além de sua função terapêutica, o medicamento também seria uma droga para uso recreacional e uma mercadoria que, assim como tantas outras, faria circular a economia interna daquele ambiente.

Um recurso terapêutico, geralmente, esbarrava na "não adesão" (P3, informação verbal) ou na "adesão complicada" (P7, informação verbal) ao tratamento. A não adesão ao tratamento farmacológico, segundo os profissionais, era associada à intolerância, por parte das MPL, aos efeitos colaterais: boca seca, constipação e ganho de peso corporal. Uma das consequências da não adesão estaria associada ao aumento dos níveis de ansiedade que, muitas vezes, evoluía para uma situação de crise. Na falta de estrutura física e técnica para atenção à crise, a EABp recorria ao serviço de retaguarda especializada de referência: o manicômio judiciário da Superintendência dos Serviços Penitenciários (Susepe).

Mas, então, a adesão é bem complicada. Elas não têm muita tolerância, isto é um aspecto que traz um pouco de dificuldade de pôr os planos em ação. Muitas vezes, a gente faz uma prescrição, mas elas reclamam e acabam até indo para o IPF [manicômio judiciário] em função. [...] tomam um antidepressivo que secou a boca já não querem mais tocar aquilo, porque a língua fica muito seca e não sei o quê... Se fica constipada, ah então aquele remédio ali pode riscar da... (P7, informação verbal).

Com vistas a enfrentar essa questão, os profissionais passaram a ofertar ações de caráter contínuo. Porém, não contemplavam a promoção da saúde, somente a adesão ao tratamento. Na sala de espera da UBSp, as MPL eram informadas sobre os efeitos do medicamento, o motivo pelo qual tinha sido prescrito, sua importância para o tratamento e, sobretudo, eram indagadas se estavam usando

o fármaco. Tal procedimento levou os profissionais a se mostrarem intrigados, pois algumas MPL apresentavam dificuldades para "aderir ao tratamento" proposto. Além de não fazerem uso do medicamento, até o devolviam. Referiu:

A gente fez grupos de medicação, quando elas, as presas, recebem a medicação – de sete em sete, ou de quinze em quinze dias, né. Ai então, por exemplo, hoje é segunda e ela vem buscar a medicação dela. Daí a gente reunia cinco presas e fazia uma fala, se elas realmente estavam tomando, se elas sabiam por que estavam tomando. E a cada dia a gente se surpreendia. "Não, eu não estou tomando". As [suprimido o núcleo profissional] mesmo faziam ali, em sala de espera mesmo. Devolviam e não levavam (P3, informação verbal).

Diante de todos os fatores desfavoráveis para se viver em um ambiente de confinamento, admitiram que esse tipo de prática fosse, por vezes, ineficaz e pouco realista, pois: "É que às vezes são coisas paliativas também, que a gente tem que saber que são paliativas [...] elas estão tristes porque estão aqui [na prisão] [...]" (P4, informação verbal). Reconheceram a necessidade de ofertar "grupos de rotina" (P3, informação verbal), uma vez que: "A gente ainda não tem aqueles grupos para os quais eu poderia indicar, ou encaminhar, as pacientes" (P7, informação verbal). Referia-se o profissional, no caso, à possibilidade de a EABp ofertar grupos terapêuticos e de redução de danos na penitenciária.

Importa destacar que para a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2005), os programas de redução de danos na prisão devem oferecer um conjunto contínuo de abordagens, incluindo educação e promoção da saúde, terapias individuais e grupais, desintoxicação e substituição de material (**trocas** de utensílios usados para o consumo de drogas, como agulhas, piteiras etc.) e desinfecção das instalações. Se necessário, é preciso que haja disponibilidade de espaços para as PPL que estão em abstinência de drogas. Portanto, para propor práticas de redução de danos os profissionais têm que conhecer as particularidades da vida na prisão, as características e o perfil epidemiológico da população atendida, a fim de adequar as ações à realidade.

de local. Para um dos profissionais, a oferta de ações de promoção à saúde só seria possível a partir do momento em que a equipe somasse esforços para tal, afirmando que a integração entre os profissionais da equipe seria primordial. Além disso, ampliaria a integração da EABp com o Setor Técnico da Penitenciária, conforme se constatou no excerto:

[...] acho que talvez uma integração nossa, da equipe, para planejar este tipo de coisa, como grupos [...], vários tipos de grupos, aí seria uma organização nossa, da equipe, até para eu poder estar participando de algumas, em outros casos o psicólogo [do Setor Técnico], em dependência da necessidade, né. Acho que o recurso é esse né, é o recurso humano. Não precisamos muito material para isso. Temos aqui a estrutura (P7, informação verbal).

Por outro lado, o que se observou foi a pouca integração entre os profissionais da EABp para pensar e planejar ações de promoção à saúde. Uma das possíveis consequências dessa fragmentação do cuidado é a medicalização da assistência, pois tal fenômeno denuncia algo mais que um processo de medicalização coletiva, embora isso também pudesse ocorrer. Em determinado momento, os profissionais perceberam um aumento significativo pela demanda do psicotrópico, já considerada alta por eles.

Diante da escassa ou inexistente oferta de ações voltadas para o enfrentamento dos problemas de saúde da população adscrita naquele território prisional, como, por exemplo, programas e projetos de promoção e prevenção (redução de danos e ações terapêuticas), de serviços sociais (educação, cultura/lazer, desporto) e principalmente ocupacionais, foi possível constatar uma situação de caos: "É gritante o número de presas que estão tomando medicação controlada depois que a empresa fechou [...] Então, hoje a gente tem mais de 50% tomando medicação e a gente trabalhava com uns 30%, 40%" (P3, informação verbal). Diante de todas as deficiências, instaurou-se uma crise organizacional, e a procura pelas consultas com o psiquiatra aumentou. A busca foi por soluções medicamentosas.

Esse fenômeno provocou nos profissionais um sentimento de impotência, pois as restrições ins-

titucionais afetaram a ação profissional e o sentido ético atribuído ao seu trabalho. Logo, o medicamento se tornou um recurso paliativo para enfrentar a dor e o sofrimento decorrentes dos problemas organizacionais da penitenciária, contribuindo para a reprodução de uma clínica de curto alcance (MEDEIROS, 2015), medicalizante e densamente fragmentada, conforme expresso no excerto:

É muito horrível, sabe? Tu fazer pedido de medicação, não tem farmacêutico, daí a [suprimido o núcleo profissional] fazer pedido de medicação e tu pedir 6 mil comprimidos de Diazepam para 100 presas. E falta, sabe? Para mim isso é horrível, eu me sinto muito mal. [...] Por mais que eu me envolva, mas vai além da minha área, né [do Setor Saúde] [...] só que você não tem outra coisa para fornecer a elas. Tu não tem um trabalho para elas, não tem vagas né [...] mas hoje, atualmente, no estado em que a gente se encontra, não tem outra coisa para ofertar (P3, informação verbal).

Importa salientar que na UBSp existia uma farmácia básica, de acordo com a complexidade do serviço de saúde local (atenção primária), e o rol de medicamentos nela disponibilizado seguia as diretrizes da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename). Em face disso, a compra dos medicamentos era realizada com recurso federal, e o seu abastecimento seguia o mesmo fluxo das unidades de saúde da rede SUS do município. Em contraste, o serviço não contava, na ocasião da pesquisa, com a presença de um farmacêutico (quadro funcional da Susepe) e, por vezes, não tinha um abastecimento adequado de medicamentos, considerando a demanda da população.

Pelo exposto até aqui, percebe-se que o fenômeno da medicalização se mostra fortemente correlacionado aos problemas organizacionais-culturais da prisão (fragilidade de gestão, pouca integração e responsabilização entre as equipes setoriais para ofertar e compartilhar ações), mas também às questões estruturais e político-gerenciais (falta de recursos humanos e insumos para melhor atender à demanda, além de pouca integração de órgãos gestores da Saúde e Penitenciário).

Na perspectiva dos profissionais da área, esse conjunto de fatores desfavoráveis trouxe graves consequências para a saúde das MPL. O uso de psicotrópicos passou a funcionar como um

recurso de sobrevivência objetivado por suas múltiplas funções. Tornou-se um dos principais recursos terapêuticos ofertados pela EABp, mas, no interior das galerias, transformou-se em um recurso "recreacional" (P7, informação verbal), uma droga que possibilitava "passar o dia descansando, relaxando, ou dormindo, né, sem que esteja realmente doente" (P7, informação verbal). Na perspectiva de outro profissional, tratava-se de um recurso capaz de, simbolicamente, acelerar o tempo perdido na prisão: "[...] elas acham que tomando a medicação e apagando, deu, vai passar mais rápido o tempo aqui dentro, né" (P3, informação verbal). Além disso, passou a funcionar como recurso monetário, ou seja, uma "moeda de troca" (P1, informação verbal) que poderia "se negociar na galeria" (P7, informação verbal).

Diante de todas as carências, da escassez e das deficiências em se trabalhar e viver naquele território prisional, o fármaco tornou-se um dos poucos recursos para supri-las. De fato, a pouca atividade ou estimulação mental produzia um impacto negativo na saúde das MPL, bem como na administração do cotidiano prisional. A rotina estava estruturada em um ciclo de estresse densamente compartilhado e retroalimentado entre os funcionários da prisão e as reclusas. Seguindo essa linha de raciocínio, um profissional reiterou que: "Toda e qualquer atividade que quebre a rotina delas diminui a ansiedade e muitas vezes repercute na prescrição medicamentosa. Diminui o uso da medicação, né" (P7, informação verbal). De imediato, foi possível perceber a associação entre a perda da atividade ocupacional e o aumento do uso de medicamento controlado. Ficou notório também que a garantia do acesso à alguma atividade (serviços sociais e práticas terapêuticas) poderia contribuir para a diminuição do uso de psicotrópicos.

Como já referido no subtítulo anterior, estudos recentes evidenciaram que o trabalho protege as MPL dos sintomas depressivos (CONSTANTINO *et al.*, 2016) e do estresse (CANAZARO; ARGIMON, 2010), assim como a prática de atividade física contribui para a redução dos níveis de estresse e aumenta a qualidade do sono (ELWOOD *et al.*,

2013). A oferta de programas/projetos de promoção da saúde e de redução de danos contribuiria igualmente, especialmente com aquelas que apresentam problemas de saúde decorrentes do uso abusivo de drogas (WHO, 2007; MICHEL, 2016).

É possível inferir que praticar alguma atividade física e ocupacional na prisão funcionaria como fator protetor para a depressão, a ansiedade e o estresse; a oferta de grupos terapêuticos favoreceria a promoção da saúde; e um tratamento farmacológico mais complexo, agregado a atividades terapêuticas, poderia contribuir, significativamente, para a redução dos danos decorrentes do confinamento naquele local. Em contraponto, a não associação entre essas atividades ou o não acesso a elas aumentaria ainda mais a vulnerabilidade das mulheres privadas de liberdade e o risco de exacerbação do sofrimento mental. Consequentemente, aumentaria a probabilidade de prescrição e de uso de psicotrópicos, como argumentou um dos profissionais.

Todavia, são necessários maiores estudos sobre a correlação entre esses fatores (menos medicamentos e mais serviços sociais/terapêuticos), visto que o fármaco assume múltiplas funções naquela unidade prisional. Diante disso, é muito provável que a maior parte dos gastos com recursos terapêuticos na penitenciária fossem destinados, sobretudo, para compra de medicamento psicotrópico, em detrimento do financiamento e oferta de programas e serviços com vistas a contribuir com a redução dos problemas de saúde disseminados naquele território prisional e defesa dos direitos da população privada de liberdade.

### Considerações finais

O ambiente prisional pode tanto produzir quanto desencadear ou agravar os problemas de saúde da população privada de liberdade, sejam eles pré-existentes ou não. No caso das mulheres, a prisão implica problemas ainda mais impactantes, como o abandono familiar, a maior estigmatização social e os altos níveis de problemas de saúde, com ênfase no sofrimento mental.

Ademais, a escassa oferta de serviços sociais na prisão voltados à educação, ao esporte,

ao lazer e à área ocupacional são obstáculos estruturais e político-gerenciais que afetam, substancialmente, as condições de vida nesse ambiente. Tal condição denuncia a fragilidade organizacional naquela unidade prisional e o pouco envolvimento dos órgãos gestores (Administração Penitenciária, Justiça Criminal, Saúde etc.) com vistas à defesa e à garantia dos direitos de cidadania de uma parcela da população tão vulnerável. Reitera-se que negligências de diferentes ordens têm consequências que transcendem os muros das prisões, afetando a todos.

Constatou-se que a não garantia dos serviços sociais no contexto do sistema prisional representa um desrespeito sistemático e institucional à Constituição Federal e aos princípios dos Direitos Humanos. Essa correlação faz dos serviços e bens sociais tanto um instrumento de controle como também um recurso para reduzir os danos decorrentes do confinamento e, em última análise, produzir processos de emancipação. Não há dúvida de que a prisão é um instrumento de segregação e aniquilação, pois foi projetada para tal. Nela, o Estado materializa toda a sua força, imprimindo o poder de punir e exterminar.

Diante desse realismo, constatou-se uma posição entre os profissionais de saúde participantes da pesquisa. Embora se mostrassem conscientes de que as mulheres privadas de liberdade são sujeitos de direitos – reconhecendo o fenômeno da cidadania onde ele tem sido tradicional e solenemente ignorado –, também se mostravam, por vezes, imersos na tradição burocrática da prisão. Entre outras situações, aquela atmosfera dificulta um trabalho elementar ao profissional da saúde: promover saúde na prisão é um meio para promover cidadania.

No que se refere a medicalização da assistência, foi possível evidenciar dois aspectos importantes sobre a relação entre este fenômeno e o processo de trabalho da EABp. Os profissionais reconheciam que a medicalização era um problema de saúde e estava associado às precárias condições socioambientais de viver naquele local; reconheciam também que, através do uso indiscriminado de medicamentos, a população

atendida verbalizava o direito de ter outros direitos (bens sociais). Entretanto, o cuidado ofertado destinava-se apenas a debelar os sintomas, e não a enfrentar o problema, apontando para a falta de planejamento e cooperação entre os profissionais da EABp e a pouca integração com os demais setores da prisão. Em vista disso, produzia-se certa neutralização do processo de trabalho, pois a EABp respondia unicamente aos sintomas expressos na demanda (medicamento), reduzindo as necessidades de saúde da população a puro objeto de competência profissional. Paradoxalmente, as ações focalistas de adesão ao tratamento minimizavam as possibilidades do cuidado, justamente quando os profissionais tentavam protegê-lo.

O que se constatou foi que a não adesão ao tratamento medicamentoso significava a não adesão ao tratamento em saúde. Logo, a resolubilidade do cuidado era remetida somente ao uso dos medicamentos. Finalmente, a medicalização da assistência é uma consequência (síntese resultante) dos fatores estruturais e político-gerenciais mais amplos, retroalimentados pela dinâmica de poder estabelecida entre os atores sociais daquele território prisional. Dessa maneira, o medicamento tornou-se um recurso paliativo para reduzir as dores e os sofrimentos decorrentes do confinamento, os quais poderiam ser prevenidos e até mesmo evitados.

Logo, promover iniciativas intersetoriais para favorecer uma ambiência saudável com vistas à garantia da proteção dos direitos da população feminina privada de liberdade é também função dos profissionais de saúde que trabalham neste contexto sócio-ocupacional. A promoção da saúde nas prisões pode ajudar a melhorar o estado de saúde de comunidades, contribuindo, assim, para a saúde de todos. Todavia, na falta dessas proposições e diante da segmentação de esforços, o que se constata é que o ambiente prisional simularia uma máquina deteriorante legitimada pelo Estado.

## Referências

- ADORNO, Sérgio; SALLA, Fernando. Criminalidade organizada nas prisões e os ataques do PCC. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 21, n. 61, p. 7-29, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v21n61/a02v2161.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2019. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142007000300002>
- AGUIRRE, Carlos. Prisons and prisoners in modernising Latin America. In: BROWN, Ian; DIKOTTER, Frank (org). *Cultures of Confinement: A History of the Prison in Africa, Asia, and Latin America*. Ithaca: Cornell University Press, 2007. p. 14- 54. <https://doi.org/10.7591/9781501721267-005>
- ARAUJO, Fábio Alves Ferreira Maia de; NAKANO, Tatiana de Cássia; GOUVEIA, Maria Lígia de Aquino. Prevalência de depressão e ansiedade em detentos. *Avaliação Psicológica*, Porto Alegre, v. 8, n. 3, p. 381-390, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v8n3/v8n3a10.pdf>. Acesso em: 02 set. 2019.
- AUDI, Celene Aparecida Ferrari *et al.* Inquérito sobre condições de saúde de mulheres encarceradas. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 112- 124, Jun. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042016000200112&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000200112&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 19 maio 2019. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610909>
- BATTAGLIA, Claudia *et al.* Benefits of selected physical exercise programs in detention: a randomized controlled study. *International journal of environmental research and public health*, Basel, v. 10, n. 11, p. 5683-5696, 2013. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.806.3071&rep=rep1&type=pdf>. Acesso em: 02 abr. 2019. <https://doi.org/10.3390/ijerph10115683>
- BOSCHETTI, Ivanete (org.). *Expropriação e direitos no capitalismo*. São Paulo: Cortez, 2018.
- BUCKALOO, Bobby J.; KRUG, Kevin S.; NELSON, Koury B. Exercise and the lowsecurity inmate: Changes in depression, stress, and anxiety. *The Prison Journal*, Thousand Oaks, CA, v. 89, n. 3, p. 328-343, 2009. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0032885509339508>. Acesso em: 02 abr. 2019. <https://doi.org/10.1177/0032885509339508>
- BAUER, Martin W.; GASKELL, George. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Editora Vozes Limitada, 2017.
- BOURDIEU, Pierre. *Meditações pascalinas*. Trad. Sérgio Miceli. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.
- BRASIL. Portaria GM/MS nº 01 de 02 de janeiro de abril de 2014. *Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília (DF): MS, 2014. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pr0001\\_02\\_01\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pr0001_02_01_2014.html). Acesso em: 28 jan. 2019.
- BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. *Levantamento Nacional de informações Penitenciárias*: INFOPEN. 2. ed. Brasília, DF: DEPEN, 2018. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/news/mj-divulgara-novo-relatorio-do-infopen-nesta-terca-feira/relatorio-depen-versao-web.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2019.
- BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. *Regras de Bangkok*: regras das Nações Unidas para o tratamento de mulheres presas e medidas não privativas de liberdade para mulheres infratoras. Brasília: CNJ, 2016. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/09/cd8bc11ffdc397c32eecd40a-fbb74.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2019.
- BRAUN, Virginia; CLARKE, Victoria. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, London, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006. Disponível em: <https://uwe-repository.worktribe.com/output/1043060>. Acesso em: 16 jun. 2019. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- BREILH, Jaime. Las tres 'S' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. In: NOGUEIRA, Roberto Passos. *Determinação social da saúde e reforma sanitária*. Rio de Janeiro: CEBES; 2010. p. 87-125.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al.* (org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 41-80.
- CANAZARO, Daniela; ARGIMON, Irani Iracema de Lima. Características, sintomas depressivos e fatores associados em mulheres encarceradas no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, São Paulo, v. 26, p. 1323-1333, 2010. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2010.v26n7/1323-1333/es/>. Acesso em 18 ago. 2019. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000700011>
- CONSTANTINO, Patricia; ASSIS, Simone Gonçalves de; PINTO, Liana Wernersbach. O impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2089-2100, 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2016.v21n7/2089-2100/pt/>. Acesso em: 23 out. 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.01222016>
- DIAS, Camila Caldeira Nunes; DARKE, Sasha. From Dispersed to Monopolized Violence: Expansion and Consolidation of the Primeiro Comando da Capital's Hegemony in São Paulo's Prisons. *Crime, Law and Social Change*, [s. l.], v. 63, n. 5, 2015. Disponível em: [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2810767](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2810767). Acesso em 18 ago. 2019. <https://doi.org/10.1007/s10611-015-9578-2>
- DIAS, Miriam Thais Guterres. Os profissionais na interseccionalidade para a atenção à saúde e a proteção social: uma revisão narrativa. *Sociedade em Debate*. (Pelotas), v. 24, n. 1, p. 2 2-40, jan./abr. 2018.

- DIUANA, Vilma *et al.* Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de saúde pública*, São Paulo, v. 24, n. 8, p. 1887-1896, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/17.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2019. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800017>
- ELWOOD, Ruth Martin *et al.* Incarcerated women develop a nutrition and fitness program: participatory research. *International journal of prisoner health*, Melbourne, v. 9, n. 3, p. 142-150, 2013. Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/IJPH-03-2013-0015/full/html>. Acesso em: 02 abr. 2019. <https://doi.org/10.1108/IJPH-03-2013-0015>
- FAZEL, Seena; SEEWALD, Katharina. Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *The British Journal of Psychiatry*, London, v. 200, n. 5, p. 364-373, 2012. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry>. Acesso em: 23 set. 2019. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096370>
- FREUDENBERG, Nicholas; HELLER, Daliah. A review of opportunities to improve the health of people involved in the criminal justice system in the United States. *Annual review of public health*, Palo Alto, v. 37, p. 313-333, 2016. Disponível em: <http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev-publhealth-032315-021420>. Acesso em: 27 ago. 2019. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032315-021420>
- FUNCIA, Francisco Rózsa. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24 n. 12, p. 4405-4415, Dec. 2019. Epub Nov 25, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019001204405](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204405). Acesso em: 27 ago. 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25892019>
- GOFFMAN, Erving. *Manicômios, Prisões e Conventos*. Tradução de Dante Moreira Leite. 7. ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.
- GOIFMAN, Kiko. *Valetes em slow motion: a morte do tempo na prisão: imagens e textos*. Campinas: Unicamp, 1998.
- GUNTER, Tracy D. *et al.* Frequency of mental and addictive disorders among 320 men and women entering the Iowa prison system: use of the MINI-Plus. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, Bloomfield Ct, v. 36, n. 1, p. 27-34, 2008. Disponível em: <http://jaapl.org/content/jaapl/36/1/27.full.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2019.
- HUMAN RIGHTS WATCH. *The State Let Evil Take Over The Prison Crisis in the Brazilian State of Pernambuco*. Brazil Events of 2015. New York, NY: Human Rights Watch, 2016. Disponível em: <https://www.hrw.org/report/2015/10/19/state-let-evil-take-over/prison-crisis-brazilian-state-pernambuco>. Acesso em: 07 jan. 2019.
- LAMB, H. Richard; WEINBERGER, Linda E.; GROSS, Bruce H. Community treatment of severely mentally ill offenders under the jurisdiction of the criminal justice system: A review. *Psychiatric services*, Washington, US, v. 50, n. 7, p. 907-913, 1999. Disponível em: <https://ps.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ps.50.7.907>. Acesso em: 08 ago. 2019. <https://doi.org/10.1176/ps.50.7.907>
- LAURELL, Asa Cristina. A saúde-doença como processo social. *Rev. Mex. Cienc. Pol. Soc.*, México, v. 84, p. 131-157, 1976. Disponível em: [https://www3.fmb.unesp.br/sete/pluginfile.php/20541/mod\\_page/content/4/saudedoenca.pdf](https://www3.fmb.unesp.br/sete/pluginfile.php/20541/mod_page/content/4/saudedoenca.pdf). Acesso em: 15 mar. 2019.
- LEITE, Maynar Patricia Vorga. *No limite: a invenção de si no espaço prescrito e proscrito da prisão*, 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.
- MANNOCCHI, Alice *et al.* The relationship between physical activity and quality of life in prisoners: a pilot study. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, Parma, IT, v. 56, n. 4, p. 172-175, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4753818/>. Acesso em: 02 abr. 2019.
- MATTHEWS, Roger. *Pagando el tiempo: una introducción a la sociología del encarcelamiento*. Barcelona: Bellaterra, 2003.
- MEDEIROS, Roberto Henrique Amorim de. Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, p. 1165-1184, 2015. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/physis/2015.v25n4/1165-1184/pt/>. Acesso em: 15 jul.2019.
- MICHEL, Laurent. Drug use in prisons: strategies for harm reduction (ANRS-PRIDE Program). *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2081- 2088, July 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n7/1413-8123-csc-21-07-2081.pdf>. Acesso em: 19 set. 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.28442015>
- MINAYO, Maria Cecília de Souza; RIBEIRO, Adalgisa Peixoto. Condições de saúde dos presos do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n7/1413-8123-csc-21-07-2031.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2017. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.08552016>
- NELSON, Meredith *et al.* The Effects of Moderate Physical Activity on Offenders in a Rehabilitative Program. *Journal of Correctional Education*, [s. l.], v. 57, n. 4, p. 276, 2006. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/23282802?seq=1>. Acesso em: 02 abr. 2019.
- ROSANVALLON, Pierre. *The society of equals*. Harvard University Press, 2013.
- SANTOS, Maria Mende *et al.* Transtorno Mental e Prisão. In: TABORDA, José G. V.; ABDALLAFILHO, Elias; CHALUB, Miguel. *Psiquiatria Forense*. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 585-597.

SCHULTZ, Águida Luana Veriato. *O apoio matricial como metodologia para o trabalho em saúde no sistema prisional: fatores favoráveis, desfavoráveis e contribuições*. 2018. Dissertação (Mestrado em Política Social e Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/182009>. Acesso em: 12 jan. 2020. <https://doi.org/10.18315/argum.v9i2.15380>

SCHULTZ, Águida Luana Veriato et al. Saúde no Sistema Prisional: um estudo sobre a legislação brasileira. *Argumentum*, Marília, SP, v. 9, n. 2, p. 92-107, 2017. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6092501>. Acesso em: 12 jan. 2020.

SIMÕES, Katiuska Gloria. Etnografia na Ala Feminina da Cadeia Pública de Cascavel-PR. *Ponto Urbe: Revista do núcleo de antropologia urbana da USP*, São Paulo, n. 14, 2014. Disponível em: <https://journals.openedition.org/pontourbe/1691>. Acesso em: 26 jul. 2017.

UNODC. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. *Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Reclusos (Regras de Nelson Mandela)*. Viena: UNODC, 2015. *E-book*. Disponível em: [https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson\\_Mandela\\_Rules-P-ebook.pdf](https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-P-ebook.pdf). Acesso em: 22 mar. 2019.

VALENÇA, Mariana Soares; POSSUELO, Lia Gonçalves; CEZAR-VAZ, Marta Regina; SILVA, Pedro Eduardo Almeida da. Tuberculose em presídios brasileiros: uma revisão integrativa da literatura. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2147-2160, July 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000702147&script=sci\\_arttext&tln g=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000702147&script=sci_arttext&tln g=en). Acesso em: 23 out. 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-8123201521716172015>

VARELLA, Drauzio. *Estação Carandiru*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl. El sistema penal en los países de América Latina. In: ARAÚJO, J.M. (org.). *Sistema Penal para o Terceiro Milênio*. Rio de Janeiro: Revan, 1991. p. 221-236.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl. *Em busca das penas perdidas: a perda de legitimidade do sistema penal*. 5. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2001.

WACQUANT, Loïc. *As Prisões da Miséria*. Tradução de André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 2001.

WACQUANT, Loïc. The militarization of urban marginality: lessons from the Brazilian metropolis. *International Political Sociology*, Chichester, v. 2, n. 1, p. 56-74, 2008. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1749-5687.2008.00037.x/abstract>. Acesso em: 19 mai. 2019. <https://doi.org/10.1111/j.1749-5687.2008.00037.x>

WALMSLEY, Roy. *World Prison Population List*. 41.th ed. London: International Centre for Prison Studies, 2017. Disponível em: <http://www.prisonstudies.org/researchpublications>. Acesso em: 17 set. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Status paper on prisons, drugs and harm reduction*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/107641>. Acesso em: 22 mar. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*. Copenhagen: Organization Regional Office for Europe, 2007. Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/99018/E90174.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf). Acesso em: 22 mar. 2019.

---

## Águida Luana Veriato Schultz

Doutoranda em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), em Porto Alegre, RS, Brasil;

---

## Miriam Thais Guterres Dias

Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em Porto Alegre, RS, Brasil; professora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), em Porto Alegre, RS, Brasil.

---

## Renata Maria Dotta

Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. (UFCSPA), em Porto Alegre, RS, Brasil; professora da Faculdade de Direito da Fundação Escola do Ministério Público, Porto Alegre (FMP), em Porto Alegre, RS, Brasil.

---

## Endereço para correspondência

Águida Luana Veriato Schultz

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Rua Ramiro Barcelos, 2600, sala 401B

Santa Cecília, 90035003

Porto Alegre, RS, Brasil