



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
COORDENAÇÃO DE SERVIÇO SOCIAL  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

**LAYSE MARTINS NASCIMENTO**

**SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO: A ATENÇÃO À SAÚDE DAS  
MULHERES ENCARCERADAS NO QUE SE REFERE AO HIV/AIDS**

**CAMPINA GRANDE**

**2017**

**LAYSE MARTINS NASCIMENTO**

**SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO: A ATENÇÃO À SAÚDE DAS  
MULHERES ENCARCERADAS NO QUE SE REFERE AO HIV/AIDS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a  
Coordenação de Serviço Social da Universidade  
Estadual da Paraíba como requisito para a  
obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ma. Thaísa Simplicio Carneiro Matias

**CAMPINA GRANDE**

**2017**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

N244s Nascimento, Layse Martins.

Saúde no sistema prisional brasileiro [manuscrito] : atenção à saúde das mulheres encarceradas no que se refere ao HIV/Aids / Layse Martins Nascimento. - 2017.

33 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2017.

"Orientação : Prof. Dr. Thaísa Simpício Carneiro Matias, Coordenação do Curso de Serviço Social - CCSA."

1. Sistema Único de Saúde. 2. Saúde pública. 3. HIV/AIDS. 4. Sistema prisional. 5. Mulheres reclusas. 6. Atenção à saúde.

21. ed. CDD 365.6

LAYSE MARTINS NASCIMENTO

**SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO: A ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES ENCARCERADAS NO QUE SE REFERE AO HIV/AIDS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Coordenação de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba como requisito para a obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Artigo aprovado em: 22/12/2014.

Nota: 10,0.

**BANCA EXAMINADORA**

*Thaísa Simplício Carneiro Matias*

Profª. Ma. Thaísa Simplício Carneiro Matias – DSS/CCSA/UEPB

(Orientadora)

*Maria do Socorro Pontes de Souza*

Profª. Ma. Maria do Socorro Pontes de Souza – DSS/CCSA/UEPB

(Examinadora)

*Marizete Hilário dos Santos*

Ass. Soc. Esp. Marizete Hilário dos Santos – Penitenciária Padrão Regional de Campina Grande/PB

(Examinadora)

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Ma. Thaísa Simplício Carneiro Matias, por toda atenção, dedicação, carinho e estímulo. Sempre disponível e compromissada nas suas orientações, em busca do melhor durante todo o processo de realização do trabalho. Obrigada por acreditar em mim.

À banca examinadora deste Trabalho de Conclusão de Curso, por aceitar prontamente o convite de participar deste rico momento da minha formação profissional, bem como pelas ricas contribuições para a versão final da monografia. As professoras Marizete Hilário e Socorro Pontes foram essenciais para este lindo desfecho.

À poetisa e cordelista Helvia Callou, pela acolhida em sua casa durante todo o período da graduação. Palavras não definem tamanha gratidão. Sou tua fã.

À minha avó/mãe Cecy, pois mesmo sem entender bem o que este momento significa, sempre achou importante e teve orgulho de ter uma neta estudiosa. Minha mãe Cecy é sinônimo de força e muita coragem.

À minha avó Terezinha, fonte de amor e inspiração. Sou tão grata pela sua ternura. Nosso “até logo” ainda dói. Sinto muitas saudades.

A toda minha família, e em especial a minha mãe que é única e dona de todo o meu amor. Foi ela quem me ensinou e encorajou a questionar a realidade e o mundo.

A todos os meus amigos pela força e companheirismo.

E por fim, a todos os meus professores pela fantástica troca de experiência e conhecimento. O Serviço Social engrandeceu o meu ser, me despertou um olhar mais sensível para o indivíduo e a sociedade. Isso não tem preço.

Dedico este Trabalho de Conclusão de Curso a minha mãe Patrícia e a meu padrasto Romero, por todo amor e incentivo. Vocês são responsáveis por mais esta conquista na minha vida. Serei eternamente grata.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CF - Constituição Federal

CNCD/LGBT - Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais Travestis e Transexuais

CNPCP - Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária

CNS - Conferência Nacional de Saúde

DST - Doença Sexualmente Transmissível

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

FHC - Fernando Henrique Cardoso

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

LEP - Lei de Execução Penal

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONG - Organização Não-Governamental

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PEC - Proposta de Emenda Constitucional

PMDB - Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNAISP - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional

PNSSP - Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

PSF - Programa Saúde de Família

PT - Partido dos Trabalhadores

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS - Sistema único de saúde

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	07
2. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO: UMA ARTICULAÇÃO NECESSÁRIA .....	09
3. POLÍTICA DE SAÚDE E SUA PARTICULARIDADE NO SISTEMA PRISIONAL ..	15
3.1 HIV/AIDS e a atuação sobre a população carcerária .....	22
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	28
REFERÊNCIAS .....	29

# SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO: A ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES ENCARCERADAS NO QUE SE REFERE AO HIV/AIDS

Layse Martins Nascimento<sup>1</sup>

## RESUMO

A saúde pública do Brasil passou por variantes desde antes a institucionalização do SUS em 1988, sendo regulamentada pela Constituição Federal de 1988, que garante que a saúde é “um direito de todos e dever do Estado”. No entanto, partes das conquistas constitucionais passam a ser tensionadas na conjuntura conservadora da década de 1990, marcada pelo avanço da ofensiva e do ajuste Neoliberal do Estado, trazendo como consequência o desmonte dos direitos sociais. As contradições originadas nesse processo vem rebatendo diretamente na qualidade dos serviços prestados aos usuários do Sistema único de Saúde – SUS, e nesse âmbito à atenção à saúde no sistema prisional. Nesse sentido, o presente estudo, teve como objetivo analisar a saúde no Sistema Prisional Brasileiro, especificamente das mulheres encarceradas no que se refere ao HIV/AIDS, a fim de compreender as principais dificuldades encontradas na sua implementação, no tratamento das mulheres privadas de liberdade infectadas pelo vírus HIV. Para tal objetivo, foi utilizada a metodologia de revisão de literatura e pesquisa documental da legislação referente ao tema.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde. Saúde pública. HIV/AIDS. Sistema Prisional. Mulheres Reclusas.

## 1. INTRODUÇÃO

O presente artigo se propõe a analisar as políticas públicas de saúde voltadas à população carcerária, em especial discutir a atenção à saúde das mulheres encarceradas e os serviços disponibilizados no que se refere ao HIV/AIDS. Tal pesquisa traz sua relevância, considerando o crescimento significativo da doença no Brasil, afetando indivíduos que se encontram vulnerabilizados nos diversos aspectos sociais, econômicos e culturais. No Brasil, destaca-se que ao longo dos anos o perfil da doença foi se modificando, e hoje apresenta dentre suas características à feminização da doença, considerando que a prevalência da infecção pelo HIV apresenta tendências de aumento

---

<sup>1</sup> Graduanda em Serviço Social pelo DSS da UEPB, Campus I em Campina Grande-PB.  
E-mail: [layse.xc@hotmail.com](mailto:layse.xc@hotmail.com)

nesse segmento. Nesse âmbito encontram-se as mulheres privadas de liberdade infectadas pelo vírus HIV. No entanto, são reveladas várias contradições neste contexto, onde a população prisional é deixada a margem da sociedade brasileira.

O sistema prisional no Brasil vive um verdadeiro caos, sendo hoje o quarto país com a maior população em cárcere do mundo. Nesta conjuntura, existe uma desordem do sistema prisional e o desmonte assustador de direitos sociais. Nesse sentido, é importante buscar conhecer de que forma tem sido garantida a atenção à saúde para as pessoas privadas de liberdade, dentro da sua perspectiva do fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), como assegura a legislação atual, em meio à crise do sistema prisional brasileiro.

O ideário neoliberal, partindo da tríade flexibilização, privatização e desregulamentação, atinge inteiramente a população prisional, pois são indivíduos excluídos da sociedade pelas suas condições econômicas, políticas e sociais. Perante este panorama, pode-se perceber que existe um perfil para a população carcerária, já que a maioria das pessoas que perdem a liberdade são negras, pobres e com o ensino fundamental incompleto (BRASIL, 2012a).

Este perfil indica que as ações de punição são aplicadas de forma predominante a uma parte da população, oriunda da classe trabalhadora, com acesso restrito a direitos básicos que são garantidos pelas leis vigentes do nosso país.

O crescimento alarmante da população confinada em unidades prisionais, em um contexto de desmonte de Direitos sociais, rebate diretamente no direito à saúde de tal segmento, e particularmente das mulheres privadas de liberdade infectadas pelo vírus HIV. Cabe mencionar que o fenômeno do hiperencarceramento é, portanto, resultante da aplicação de modelos contemporâneos de reformas da justiça criminal e das polícias, próprios de um modelo político, econômico e social capitalista (ZAFFARONI, 1998).

No Brasil, a AIDS é a principal causa de morte de mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos nas maiores cidades do país (VILLELA; DINIZ, 1998), assim como nos demais continentes, especialmente na África, onde 10% da população encontram-se infectada pelo vírus HIV (AHLUWALIA, 1998).

Alguns grupos estão mais vulneráveis ao contágio do vírus HIV. Com relação às mulheres reclusas no sistema prisional brasileiro, podemos considerar que são grupos que estão mais expostos ao contágio do vírus, por questões culturais, econômicas, de gênero e sociais.

Este artigo foi resultado de revisão de literatura e pesquisa documental da legislação referente ao tema abordado e justifica-se no sentido de contribuir com os estudos já existentes em torno do tema trabalhado, objetivando compreender as principais dificuldades enfrentadas no tratamento das carcerárias infectadas pelo vírus HIV, analisar os desafios enfrentados, refletindo sobre intervenções que visem melhorias da assistência à saúde prestada às mulheres reclusas que estão expostas a tal situação de fragilidade.

A aproximação com o tema a partir do estágio supervisionado obrigatório em Serviço Social na Penitenciária Padrão Regional de Campina Grande-PB (entre agosto de 2016 a dezembro de 2017), bem como algumas visitas a Penitenciária Feminina de Campina Grande através da supervisora de campo, que oportunizou vários questionamentos acerca da temática discutida. Durante o estágio foi possível observar a situação das reclusas, bem como o atendimento e serviços de saúde que são oferecidos não apenas para as mulheres portadoras do vírus, mas para todas as mulheres que perderam a liberdade.

## **2. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO: UMA ARTICULAÇÃO NECESSÁRIA**

Em 1988, por ocasião da promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, foi instituído no país o SUS, que passou a oferecer a todo cidadão brasileiro acesso integral, universal e gratuito a serviços de saúde.

O SUS se caracteriza por um conjunto de ações e serviços de saúde que são oferecidos universalmente sem que o usuário tenha que comprovar qualquer contribuição prévia. Antes de sua implementação, o acesso ao atendimento era restrito apenas para alguns grupos da sociedade. Com o SUS, ambicionou-se a promoção da saúde passou a ser a prevenção e a recuperação dos agravos no planejamento das políticas públicas, na perspectiva de democratização da saúde.

A Lei 8.080 1990 que regulamenta o SUS e efetiva constitucionalmente que saúde é um “direito de todos e dever do Estado”, também dispõe a promoção, proteção e recuperação da saúde. O SUS vem garantir os princípios da universalidade, integralidade e equidade, como também a descentralização e a participação social,

detalhando os artigos 196 até o artigo 198 da Constituição vigente permite que orientam o sistema jurídico em relação ao SUS.

Conforme a Carta Magna, a universalidade garante saúde como um “direito de todos e dever do Estado”. Integralidade assegura o “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”. A equidade está relacionado à isonomia “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza”.

A descentralização significa que o SUS está presente em todos os níveis federativos (União, estados, Distrito Federal e municípios). A participação social diz respeito à participação dos usuários na gestão do SUS através das Conferências de Saúde, que ocorrem a cada quatro anos em todos os níveis federativos.

Antes da criação do SUS, a assistência médica especializada e hospitalar eram restritas aos trabalhadores que exerciam atividade remunerada, sendo estendida no final do período da Ditadura Militar aos trabalhadores rurais. Era um modelo de atenção à saúde centrado na doença em procedimentos, tinha baixa qualidade e alto custo.

O chamado processo de redemocratização do país, ou seja, a transição entre a ditadura militar e a recuperação das instituições democráticas abolidas pelo regime ditatorial foi marcada por desafios e lutas de movimentos populares e da classe trabalhadora cuja bandeira de luta era garantir o acesso aos direitos sociais, promover a dignidade, a cidadania e a emancipação humana, a politização da questão saúde, assim como, ampliar os espaços de atuação coletiva democrática e de controle social, este último com um novo significado, ou seja, como sinônimo do controle da sociedade civil sobre o Estado num confronto contra o poder constituído e sua gestão antidemocrática que cerceava a liberdade individual.

O processo de redemocratização trouxe à tona novos sujeitos políticos. Entre estes se destacam as entidades representativas dos profissionais de saúde, o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES), o Movimento Popular de Saúde (MOPS), os partidos políticos de oposição e de forma decisiva, o chamado Movimento de Reforma Sanitária (MRS). Nesse contexto, o tema “saúde” passou a ter uma conotação política, num extenso debate, numa relação intrínseca entre saúde, democracia e determinação social de saúde (BRAVO; CORREIA, 2012).

No que se refere ao MRS este teve sua gênese no interior das universidades com estudantes, pesquisadores, profissionais de saúde e sociedade questionando o modelo biomédico adotado como referencial para a saúde, a defesa da saúde como direito de

todo cidadão. Assim, o sistema de saúde deveria assegurar o acesso à população aos programas preventivos e/ou curativos e estas ações e serviços deveriam estar ligados em um único sistema de saúde, com descentralização da gestão administrativa e financeira e controle social das ações de saúde (BRASIL, 2000).

Na verdade, as propostas do MRS estavam para além de uma mudança no setor saúde, almejaram a consolidação da democracia e da cidadania para a sociedade brasileira, uma melhor qualidade de vida, com efetiva participação do Estado, que seria o responsável pela implementação de políticas públicas sociais e econômicas, com o objetivo de promover, prevenir e proteger a saúde do povo brasileiro.

Nesse período, as forças de esquerda cresciam e o quadro político passava por um aumento institucional das lutas sociais, possibilitando participação nas instâncias estatais.

Tal cenário político trouxe por um lado um certo imobilismo, que colocava como desafio superar a cultura da resistência cultivada pelos movimentos sociais para ocupar os espaços de participação na política institucional, criando uma outra cultura política, uma cultura do tipo propositiva; buscar capacitação técnica para propor políticas na interlocução com o poder público, com o Estado em suas variadas instâncias; procurar novas relações com partidos políticos e com outros articuladores (GOHN, 1997 apud SILVA, 2013, p. 74).

No entanto, partes das conquistas constitucionais e dos avanços que ocorrem no contexto de redemocratização, passam a ser tensionadas na conjuntura conservadora da década de 1990, marcada pelos avanços da perspectiva neoliberal caracterizada pela flexibilização das relações de trabalho, a redução de salários e de direitos sociais, a mercantilização e privatização de serviços públicos, o aumento da terceirização e o enfraquecimento das organizações populares e das instâncias participativas.

A crise política e econômica dos anos 1990 que levou ao *impeachment* de Fernando Collor, o governo de Fernando Henrique Cardoso adotou a ideia da terceira via, numa espécie de combinação entre ideais políticos de esquerda e de direita, com uma predisposição maior para as ideias de direita, onde a terceira via defende a necessidade do Estado com intercessão mínima na economia. Este processo foi materializado com maior consentimento da população e de intelectuais historicamente

defensores dos interesses da classe trabalhadora, mas submetidos a um processo de transformismo<sup>2</sup>, nas gestões do PT.

No que concerne à política de saúde do país, em 1990 o governo FHC deu continuidade às relações público e privado. A ofensiva neoliberal, com um enorme corte dos gastos sociais, centralização de capital, barateamento da força de trabalho e o sucateamento e precarização das políticas públicas fortalece a lógica de acumulação do capital que teve como justificativa a crise do Estado.

O teor político dos anos 90 foi mantido no governo Lula (2003-2011), muito embora tenha ocorrido uma crescente no ciclo econômico e um avanço nas políticas sociais implementadas no país, aumentando a participação das camadas trabalhadoras da sociedade, dando-lhes oportunidades e inserção social. No que se refere à política de saúde no governo Lula, Bravo (2007) destaca que esta é apresentada no programa de governo como direito fundamental e explicita-se o compromisso em garantir acesso universal, equânime e integral às ações e serviços de saúde.

Foi no governo Lula que o Programa Saúde de Família (PSF) foi expandido, foi criado também o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), políticas nacionais de saúde bucal, farmácias populares, entre outros.

No primeiro e segundo governo de Lula, mesmo sem serem equacionadas as questões do financiamento e da força de trabalho do SUS, manteve-se a expansão do PSF, foi criado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), desenvolveu-se a Reforma Psiquiátrica e foram formuladas políticas nacionais de saúde bucal, atenção básica, promoção da saúde, entre outras, além de lançado o Pacto pela Saúde (TEIXEIRA; PAIM 2005 apud SILVA, 2013, p. 42).

A revista Radis Comunicação e Saúde no ano de 2011 trouxe uma matéria muito interessante falando sobre “O SUS que não se vê” (Adriano de Lavor, Bruno Dominguez e Katia Machado, 2011), com o objetivo de mostrar que o SUS possui um alcance infinitamente maior do que é reconhecido pelo povo brasileiro, com ações de vigilância em saúde, trabalho da Anvisa e as campanhas de imunização, procedimentos de alta complexidade (a exemplo do transplante de órgãos), programas de prevenção e

---

<sup>2</sup> De acordo com o pensamento Gramsciano, o transformismo é uma expressão política, que sob a revolução passiva enfraquece e desarticula a força política da classe trabalhadora, posto que estamos diante de um reformismo “pelo alto”, que busca soluções imediatistas e pragmáticas para os problemas sociais. Deste modo, a classe trabalhadora se torna instrumento de dominação e controle (SILVA, 2013).

tratamento, combate ao HIV/aids e uma enorme produção de tecnologia e conhecimento.

Contudo, fica explícito a falta de informação e reconhecimento sobre o que é o SUS e sua fundamental importância para a saúde dos brasileiros. Vítima também de uma mídia tendenciosa, que quer nos convencer que a saúde pública não tem nenhuma qualidade, destacando a saúde privada no Brasil, que não passa de uma grande negociação de vidas.

Paim (2009, p. 83) explica que um dos maiores avanços do SUS é a descentralização para estados e municípios, num país com mais de 5.500 municípios e grandes desigualdades regionais e sociais. Mesmo com consideráveis avanços alcançados nas políticas públicas voltadas à saúde, o referido sistema enfrenta vários desafios, que são tão grandes quanto sua função que é atender a todo cidadão de forma universal e igualitária.

O Brasil possui uma diversidade geográfica e cultural bastante acentuada, com realidades distintas. Neste sentido, a distribuição de recursos ocorre de forma desigual, além de termos o seu mau gerenciamento, logo, fica comprometido seus princípios de atendimento. Nessa conjuntura, a crise no SUS se mantém, a ausência de recursos humanos, financiamento, gestão e estrutura física são fatores agravantes da situação.

Mesmo sendo garantido por lei, a saúde pública no Brasil vem há muito tempo tentando se efetivar. Com a criação da atenção básica que aglutina grande número de programas do SUS, houve um avanço de melhorias ao atendimento aos usuários. Porém, alguns desafios ainda precisam ser vencidos, entre eles podemos citar: políticas de investimentos, novos instrumentos de gestão, ampliação da estratégia Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, como também a desburocratização dos serviços de saúde, entre outras dificuldades que impedem a efetivação da saúde como direito do cidadão.

É importante lembrar que a política de saúde está sob constante pressão do mercado e este torna-se um dos maiores obstáculos para a efetivação de um sistema de saúde público e de qualidade, na perspectiva democrática. A crise na saúde não ocorre em função do modelo de sistema, mas ao contrário, é fruto dos fatores “extra saúde”, relacionados às políticas macroeconômicas (UGÁ; MARQUES, 2005).

Mesmo com mudanças de partidos políticos no poder, há uma disputa entre o projeto democrático da saúde e o projeto privatista. Podemos mencionar o Partido dos Trabalhadores que fez alianças com partidos de oposição para se manter no poder e,

principalmente, abandonou as bandeiras de luta voltadas para a classe trabalhadora e seguiu a política macroeconômica dos governos anteriores. Segundo Mota (2010, p. 20), o governo Lula “é palco da conciliação de iniciativas aparentemente contraditórias: as diretrizes do receituário liberal e a pauta desenvolvimentista”. Dando continuidade a este pensamento, Silva (2013), ressalta que

Em 2006, no final do primeiro mandato do governo Lula e início do segundo em 2007, ocorreu a continuidade da fase ascendente do ciclo econômico mundial e a melhora radical das contas externas do país, flexibilizou-se o manejo da política macroeconômica, obtendo-se resultados melhores em termos de controle da inflação, crescimento, emprego e salário, dívida pública etc. Nesse novo contexto, a expansão e melhoria da infraestrutura existente do país tornaram-se essenciais para o novo arranjo político econômico. Uma leitura e implementação particular das “parcerias público-privadas”, criadas legalmente no período FHC, permitiram o retorno do Estado como condição insubstituível na periferia do capitalismo, mais uma vez para organizar, realizar e articular os novos blocos de investimentos (SILVA, 2013, p. 38).

Ainda de acordo com a referida autora, nesse sentido é enfatizada a relação entre a indústria brasileira e a política de saúde, caracterizando o complexo industrial da saúde como frágil, com sucessivos déficits na balança comercial, o que termina por vulnerabilizar a política. Apresenta-se a necessidade de fortalecer o complexo industrial e de inovação em saúde, com vistas a associar o aprofundamento dos objetivos do SUS, com investimentos nos produtores públicos e privados (SILVA, 2013).

Dando sequência ao governo de Luiz Inácio Lula da Silva, a presidenta Dilma Rousseff deu continuidade às políticas sociais, porém, as consequências das alianças políticas feitas pelo PT com o PMDB, surgiram no segundo mandato de Dilma. A ruptura com o governo foi orquestrada e pensada junto a outros partidos da oposição. A direita, que não conseguiu aprovação popular e não se elegeu de forma democrática, enxergou a oportunidade de colocar em prática seu projeto político onde direitos conquistados após muitos anos de luta tem sido, principalmente nos dias atuais, ameaçados.

Desde a posse do presidente ilegítimo Michel Temer, em agosto de 2016, a saúde pública vem sofrendo grandes ataques, por trás de um discurso de contornar a crise financeira do país. Um dos maiores ataques foi a PEC nº 241/55, hoje Emenda Constitucional nº 95/2016, que congela o teto de gastos públicos na saúde e educação durante vinte anos.

Os ataques ao SUS não param por aí. Apresenta-se em tramitação na Câmara e no Senado Federal alguns projetos de lei que leva ao extermínio do Sistema de Saúde brasileiro, como a Proposta de Emenda à Constituição nº 451/2014, de autoria do Deputado Federal afastado Eduardo Cunha, diga-se de passagem, por motivos de corrupção, onde pretende exigir que todas as empresas contratem planos de saúde privado para seus trabalhadores.

Também mantém-se em vigor o Projeto de Lei do Senado nº 555/2015, agora na Câmara dos Deputados como Projeto de Lei nº 4.918/2016, que possibilita a privatização de todas as empresas públicas, sejam elas municipais, estaduais ou federais, entre elas, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Além disso, destacamos o desrespeito da referida gestão às deliberações do Conselho Nacional de Saúde, a defesa dos Planos Populares de Saúde, a polêmica revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o severo ataque às conquistas da Reforma Psiquiátrica brasileira, dentre outros.

Perante estas circunstâncias vale ressaltar a importância de políticas públicas voltadas ao enfrentamento do HIV/AIDS, principalmente às mulheres encarceradas, visto que, muito embora haja políticas de enfrentamento ao vírus na saúde pública, é necessário políticas de saúde voltadas as mulheres reclusas que ofereça assistência no que diz respeito a atenção e prevenção da doença, sendo dessa forma essencial que medidas educativas sejam adotadas para que sejam orientadas sobre os perigos e riscos que estão expostas, mais ainda por conta da situação do cárcere.

Em face do exposto e apesar do avanço político conquistado através de duras lutas, infelizmente o momento atual é caracterizado pela estabilidade de projetos articulados ao mercado. Dessa forma, a afirmação neoliberal nas políticas sociais brasileiras tem gerado um sucateamento em áreas como a previdência, educação e saúde, o que leva a concluir que a proposta de democratização da saúde tem sido substancialmente atacada em favor do projeto privatista (BRAVO, 2006).

### **3. POLÍTICA DE SAÚDE E SUA PARTICULARIDADE NO SISTEMA PRISIONAL**

As Políticas Públicas e particularmente a política de saúde no Brasil, se constituem historicamente, respostas do Estado as expressões da questão social, sendo garantida a partir da Constituição Federal de 1988, como um direito social essencial a todo indivíduo. Neste sentido, a referida política, no sistema prisional deve também se efetivar para garantir os direitos previstos constitucionalmente para as pessoas em cárcere.

A superlotação nos presídios brasileiros está ligada a questões de desigualdades sociais, onde podemos observar que a maioria das pessoas são negras, jovens (entre 18 e 29 anos de idade), com ensino fundamental incompleto e proveniente de camadas sociais populares (BRASIL, 2012a).

Estes índices não foram acompanhados de melhorias, tendo em vista que a população carcerária diz muito sobre quem e porquê pessoas perdem a liberdade no Brasil. Existem 306 reclusos para cada 100 mil habitantes, onde 61% são negros e pardos e apenas 9,6% possuem o ensino médio completo. São pessoas pobres que tem seus direitos negligenciados, bem como sua dignidade, garantido pela Constituição Federal vigente.

A maioria responde por crimes contra o patrimônio ou tráfico, número equivalente a 85% da população prisional brasileira, percentualidade ainda maior para a população carcerária feminina que chega a 90% das mulheres. O número de encarcerados ainda em processo de julgamento, ou seja, sem que estejam sentenciados de fato, corresponde a 41% no total. Dito isto, fica evidente que existe uma criminalização da pobreza e seletividade racial, com uma percentagem absurda de encarceramento no sistema prisional, sem que haja a preocupação de como e por qual motivo estas pessoas perdem a sua liberdade.

No que diz respeito à saúde, nas últimas três décadas o Estado brasileiro desenvolveu políticas sociais voltadas à saúde a população prisional. O primeiro grande avanço foi a criação da Lei de Execução Penal (LEP) em 1984, a pioneira na garantia dos direitos à saúde nas instituições prisionais, mais necessariamente no sistema jurídico, um enorme progresso que preconiza em seu artigo 14 “a assistência à saúde do preso do internado de caráter preventivo e curativo compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico” (BRASIL, 1984).

Dentre os direitos previstos à população prisional pela LEP, estão também a assistência jurídica, a educacional, a social, a religiosa e de saúde. Em meio ao campo de oposições e contradições de interesses, apesar dos desafios enfrentados, tivemos

alguns avanços na saúde para a população carcerária depois da Lei de Execução Penal, que serão discutidos a seguir.

O segundo marco a ser destacado no que se refere a legislação da saúde no sistema prisional foi o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), lançado em 2003 para assegurar o acesso à saúde, de acordo com o princípio de universalidade do SUS, ampliando as diretrizes de saúde no sistema prisional descritas anteriormente pela LEP (BRASIL, 2003b).

Constata-se que na LEP a ação dos psicólogos e assistentes sociais limitava-se mais a perícia e exames criminológicos, onde o Plano prevê a inclusão destes profissionais a partir de outra lógica de trabalho voltada para a atenção às necessidade de saúde e ao trabalho em equipe (SILVA, 2015).

O PNSSP tem como objetivo reforçar a responsabilidade conjunta das políticas sociais de saúde e segurança do país, através da Portaria Interministerial n.º 1.777, onde prevê a inclusão da população penitenciária no SUS, garantindo que o direito à cidadania se efetive na perspectiva dos direitos humanos. (BRASIL, 2005).

Analisando o referido Plano, há mudanças significativas no que se refere à identificação e tratamento a população penitenciária, com expressões como: “pessoas privadas de liberdade” e “população confinada nas unidades prisionais”. São mudanças que vão além das palavras, estas expressões transformam o modo que enxergamos o indivíduo. O sujeito agora não se restringe apenas ao ato criminoso que cometeu, eles estão privados de sua liberdade, mas não dos seus direitos como cidadão. Com esta razão, de acordo com o Plano:

[...] É preciso reforçar a premissa de que as pessoas presas, qualquer que seja a natureza de sua transgressão, mantêm todos os direitos fundamentais a que têm direito todas as pessoas humanas, e principalmente o direito de gozar dos mais elevados padrões de saúde física e mental. As pessoas estão privadas de liberdade e não dos direitos humanos inerentes à sua cidadania. (BRASIL, 2005, p. 12).

O PNSSP foi implantado no primeiro ano do governo Lula, no mesmo ano acontecia a 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), com o tema central “Saúde: um direito de todos e dever do Estado, a saúde que temos, o SUS que queremos”, realizada em Brasília no ano de 2003, onde o PNSSP foi discutido, pois o momento era propício

para pressionar o governo a assumir compromissos maiores com a saúde do país e a ampliação do SUS.

Foi a partir de 2003 que foram lançadas várias políticas públicas de saúde voltadas a grupos “minoritários”, que neste caso não se refere a um número menor de pessoas na sociedade, mas sim em situação de desvantagem e vulnerabilidade social. Dentre elas, a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003c), a Política Nacional de Saúde para Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2008), entre outras políticas criadas para assegurar o direito à saúde do cidadão.

A finalidade do PNSSP é garantir ações além do atendimento médico, mas também a assistência, a prevenção e promoção de saúde as populações masculina, feminina e psiquiátrica privadas de liberdade (BRASIL, 2003a). Com várias ações no âmbito da atenção básica, nas políticas nacionais de saúde bucal, saúde da mulher, doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS, saúde mental, hepatites, tuberculose, hipertensão, diabetes e hanseníase, entre outras atribuições de assistência básica, assegurando sua prevenção e promoção de saúde que correspondem a grandes avanços para a população confinada nas unidades prisionais.

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, apesar de defender todas essas e outras ações a fim de aprimorar a saúde da população carcerária, apresenta inúmeros empecilhos, pois os presídios brasileiros são ambientes facilitadores de propagação de enfermidades, uma vez que são insalubres, com uma população carcerária acima do permitido, possibilitando assim infestações por vírus, bactérias e fungos. Algumas doenças são mais propícias nesses tipos de espaços, tais como: tuberculose, pneumonia, hepatite, doenças sexualmente transmissíveis, entre outras.

Além dessas características que influenciam inteiramente no adoecimento dos reclusos, a falta de informação e conhecimento sobre doenças, suas transmissões e a prevenção dificultam a situação de saúde dos encarcerados, em virtude da baixa escolaridade destas pessoas, outrora citado, como também de condições insalubres recorrentes no sistema prisional do país. Assim sendo, podemos perceber o valor e a seriedade da educação em saúde, pois em razão de sua escassez, as condições de saúde da população carcerária é bastante afetada. Sousa et al (2013, p. 149) destacam que

O ambiente prisional dispõe de uma realidade distante do que é proposto no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, visto que os dados revelados mostraram elevados índices de doenças, sobretudo da insuficiência

de ações educativas que contribuem, de fato, para a promoção da saúde e a prevenção das enfermidades, além de uma precária assistência médica aos detentos (SOUSA et al., 2013, p. 149).

Mesmo com o avanço apresentado pelo PNSSP na saúde pública das pessoas que perderam sua liberdade, apesar de sua perspectiva de universalidade, o Plano não foi o suficiente para abarcar alguns grupos “minoritários”, como também toda população prisional, uma vez que abrange apenas a população penitenciária, a parte restante do sistema prisional que cumprem penas em regimes abertos e provisórios nas cadeias públicas e distritos policiais não são assegurados pela atenção à saúde.

Dentro desses grupos “minoritários” que compõe esta conjuntura estão as mulheres, mesmo fazendo parte da população penitenciária, que são aproximadamente 7% do total de mulheres reclusas no país, correspondente a cerca de 35 mil mulheres, estimativa crescente de 42% entre 2007 e 2012 (BRASIL, 2012a). O crescimento do aprisionamento feminino foi seguido pela criação de políticas sociais voltadas as mulheres, apesar do PNSSP tenha como um de seus fins a atenção à saúde da mulher no pré-natal e puerpério, estas ações não eram garantidas.

Com a intenção de dar visibilidade às mulheres encarceradas o Estado teve que buscar as leis e resoluções específicas para que se tornassem reais as ações voltadas as reclusas. A Lei nº 11.942, de 2009, em que a LEP passa a assegurar à mulher gestante em cárcere o direito ao acompanhamento médico tanto no pré-natal quanto no pós-parto, direito estendido ao recém-nascido (BRASIL, 2009). Mesmo não sendo necessário, pois o problema não está na criação de leis, e sim na efetivação dos direitos conquistados através de muitas lutas, no qual o próprio SUS garante saúde universal.

Para explicar melhor a dificuldade que a mulher reclusa encontra para ter acesso aos seus direitos como cidadã, basta analisarmos a Resolução nº 03, de 1 de junho de 2012, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP) que aconselha a não utilização de algemas ou outros meios de contenção durante a condução ou permanência em unidades hospitalares, exceto quando houver necessidade.

A inclusão da mulher encarcerada na saúde pública se dá, geralmente, via programas de pré-natal, área de cuidado da mãe/bebê, Mãe Canguru<sup>3</sup>, entre outros (MEDEIROS; GUARESCHI, 2010). Deste modo, podemos perceber que os serviços

---

<sup>3</sup> O método Mãe Canguru têm como objetivo fortalecer o vínculo afetivo, estabilizar a temperatura corporal, favorecer à amamentação e contribuir para o desenvolvimento de bebês prematuros, bem como oferecer o tratamento humanizado.

em saúde específicos para a população prisional feminina são atividades voltadas preferencialmente à saúde maternal-infantil, na qual a mulher recebe uma atenção melhor apenas quando vinculada a maternidade.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) foi criada e regulamentada após o PNSSP como o terceiro marco da saúde para população confinada nas unidades prisionais.

Sendo resultado de debates acerca das falhas relacionadas ao Plano, que pelas limitações citadas, havia a necessidade de implementar ações e serviços que oferecessem uma atenção integral à saúde desta população, a PNAISP é criada com o objetivo de garantir e ampliar os direitos sociais da população privada de liberdade no sistema prisional e garantir o acesso integral ao SUS.

A PNAISP tem como critério ser resolutiva, contínua e de qualidade, podendo ser executada em diferentes níveis de atenção à saúde. Ela prevê os serviços de saúde em três diferentes constituições, organizadas pelo número de pessoas em cada sistema penitenciário ou unidades prisionais, com até 100 pessoas (tipo I), de 101 a 500 pessoas (tipo II) e de 501 a 1200 pessoas (tipo III). A prevenção e promoção à saúde também são prioridades na política, como também o controle e redução dos agravos que atacam a população privada de liberdade.

Todas elas contam com uma equipe multidisciplinar que são cirurgião-dentista, enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, técnico de higiene bucal, podendo ser acrescida de outros profissionais, a depender dos tipos anteriormente mostrados, médico psiquiatra, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional e nutricionista. Os serviços de saúde dentro dessas instituições devem estar integrados a uma Unidade Básica de Saúde fora das instituições (BRASIL, 2014d).

Um grande avanço para saúde no cárcere, que abrange e intensifica o acolhimento dessa população, desta forma, todas as pessoas que se encontrem sob custódia do Estado, em regime fechado, semiaberto, aberto ou cumprindo medida de segurança na modalidade de tratamento ambulatorial, assim como a inclusão de trabalhadores dos serviços prisionais e de familiares de pessoas privadas de liberdade nas ações de promoção e prevenção dos agravos à saúde (BRASIL, 2014c).

A elaboração da PNAISP incentivou a criação de duas resoluções do CNPCP que atendem a outras “minorias” no sistema prisional, além das mulheres anteriormente citada, são elas: A Resolução nº 01, de 10 de fevereiro de 2014, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o

modelo assistencial em saúde mental; e a Resolução conjunta CNPCP e Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais Travestis e Transexuais (CNCD/LGBT), de 15 de abril de 2014, a qual dispõe sobre o acolhimento da população LGBT em privação de liberdade no Brasil e prevê, dentre outros aspectos, a atenção integral à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (BRASIL, 2014e; 2014f).

Contudo, como esta política é recente e o número de detentos é absurdamente maior do que a quantidade de vagas no sistema penitenciário, apenas um terço das unidades prisionais no Brasil possui este modelo de saúde, onde 63% dessas pessoas encontram-se encarceradas nestas unidades. Isto posto, 37% dessa população não têm acesso a qualquer serviço de atenção básica de saúde na Unidade (BRASIL, 2014a). Embora todos nós brasileiros tenha direito à saúde, as pessoas privadas de liberdade possuem maior dificuldade para ter seus direitos assegurados, ameaçando a concretização dos princípios e diretrizes do SUS.

De acordo com Ferraz (2015), o avanço da assistência à saúde no sistema prisional tem se dado de forma lenta e desproporcional. Dando destaque ao sucateamento e deterioração dos espaços prisionais, o valor do incentivo repassado à saúde no Sistema Prisional é irrelevante, sem estímulo para adesão da política nos Estados e Municípios brasileiros. Nessas circunstâncias, podemos perceber vários fatores que contribuem para um mau resultado e efetivação do direito à saúde. Sobre isto, Morais (2010, p. 131) explica que

[...] os direitos humanos, como conjunto de valores históricos básicos e fundamentais, que dizem respeito à vida digna jurídico-político-psíquico-físico-econômica e afetiva dos seres humanos e de seu habitat, tanto daqueles do presente quanto daqueles do porvir, surgem sempre como condição fundante da vida, impondo aos agentes político-jurídico-econômico-sociais a tarefa de agirem no sentido de permitir e viabilizar que a todos seja consignada a possibilidade de usufruí-los em benefício próprio e comum ao mesmo tempo. Assim, como os direitos humanos dirigem-se a todos, o compromisso com sua concretização caracteriza tarefa de todos, em um comprometimento comum com a dignidade comum.

Em meio a uma disputa de saberes e interesses travados no campo político, permeada por aspectos socioculturais e econômicos, tendo em vista o crescimento da população confinada em penitenciárias, distritos policiais e cadeias públicas no Brasil e seu acesso restrito à saúde, deve-se organizar estratégias de ação e campos de luta para a população prisional por uma causa em particular, o alto índice do HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis.

Não se sabe ao certo o número de reclusos infectados com o vírus HIV, porém, os dados disponíveis revelam que são altas as taxas de prevalência do vírus. Como podemos perceber durante esta discussão, várias unidades prisionais ainda não dispõem de serviços de saúde no país, sendo assim, torna-se ainda mais difícil o acesso dos reclusos aos serviços sociais.

No caso das mulheres reclusas, o caso é ainda mais agravante, por questões culturais e de costumes que lhes são impostas por uma sociedade ainda muito machista e preconceituosa. Predomina a ideia de que a mulher deve ser submissa às vontades do homem. Algumas ao perderem a liberdade já chegam infectadas, porém outras por conta do abandono dos companheiros ficam carentes afetivamente e começam a se relacionar com outras reclusas, podendo ocasionar a transmissão do vírus.

### **3.1 HIV/AIDS e a atuação sobre a população carcerária**

HIV é a sigla em inglês do vírus da imunodeficiência humana, o qual ataca as células do sistema imunológico responsável por defender o organismo de infecções (BRASIL, 2016). Sendo o causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), caracterizada pelas manifestações de sinais e sintomas provocados pelo HIV (BRASIL, 2016).

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, popularmente conhecida como AIDS, é uma doença que se manifesta progressivamente após a infecção pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Esse vírus ataca diretamente as células de defesa do organismo, mais precisamente os linfócitos T – CD4 (BRASIL, 2007).

Os primeiros registros da doença surgiram entre 1977 e 1978 na África, Haiti e Estados Unidos. Na virada do ano de 2000, quase 12 milhões de pessoas já haviam morrido (desde 1981) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimava que havia pelo menos 30 milhões de infectados no mundo, sendo que 500 mil no Brasil.

No final da década de 1970 e início da década de 1980, começaram a surgir nos Estados Unidos, Haiti e África Central os primeiros casos de uma doença que seria definida como AIDS em 1982, quando se classificou a nova síndrome (BRASIL, 2007). Era ainda uma doença misteriosa, cujas causas eram desconhecidas pelas ciências médicas e o prognóstico era o pior possível – a morte.

As primeiras notícias sobre a doença tiveram grande parte de suas informações de publicações europeias e norte-americanas e anunciavam a eminência da chegada da “peste gay” no país. As respostas eram fornecidas antes mesmo de se ter notícia da confirmação do primeiro caso de AIDS no país, desse modo, a epidemia de AIDS no Brasil precedeu a própria doença, criando com isso um modelo ideológico de resposta (DANIEL, 1990).

Embora só tenha sido classificado em 1982, hoje se sabe que o primeiro caso de AIDS no Brasil apareceu em 1980, em São Paulo (BRASIL, 2007). No entanto, foi em 1983-1984 que a AIDS deixou de ser um “mal de folhetim”, uma “doença estrangeira” (GALVÃO, 2000). Novos casos passam a ser diagnosticados e divulgados pela mídia e acentuam-se as respostas sociais.

Daniel e Parker (1990) referem à existência de três epidemias relacionadas à AIDS. A primeira epidemia é a da infecção pelo HIV, que passa despercebido pela sociedade. A segunda epidemia é a própria AIDS, o aparecimento das doenças infecciosas que se instalam em função da imunodeficiência provocada pela infecção do HIV. A terceira epidemia é a de relações sociais, culturais, econômicas e políticas a aids.

Tais respostas sociais vão sendo estabelecidas na medida em que se criam no imaginário social representações para os doentes de aids. Um conceito de conceito social diz que:

(...) as representações sociais são “teorias sobre saberes populares e do senso comum, elaborados e partilhados coletivamente, com a finalidade de construir e interpretar o real”. Por serem dinâmicas, levam os indivíduos a produzir comportamentos e interações com o meio, ações que, sem dúvida modificam os dois (OLIVEIRA; WERBA, 2000, p.105).

A enfermidade em seu início esteve associada a determinados grupos de pessoas, recebendo a nomenclatura de doença do 5 H, pois os primeiros grupos de infectados foram homossexuais, hemofílicos, haitianos, heronomas (usuários de heroína injetável), hookes (profissionais do sexo em inglês), assim foram conhecidos os possíveis fatores de transmissão do vírus HIV (BRASIL, 2014).

Por haver uma maior incidência de contaminação pelo vírus HIV entre homossexuais, profissionais do sexo e dependentes químicos, nos primeiros anos da epidemia os cientistas entendiam que a doença estava associada a esse grupo.

Inicialmente os casos de AIDS foram registrados nas grandes cidades, porém, com a ampliação da doença, a epidemia se expandiu para todos os estados brasileiros, tendo um aumento considerável de casos notificados.

Atualmente a epidemia de HIV/AIDS no Brasil ultrapassa o campo biológico e destaca-se por afetar indivíduos que se encontram fragilizados nos diversos aspectos sociais, econômicos e culturais. Além disso, o perfil da epidemia também tem se modificado dentro dessa perspectiva, pois apresenta características como a feminização, a juvenilização, a pauperização e a interiorização, passando a se expandir entre os heterossexuais, ou seja, tem se diferenciado do seu perfil inicial, que era identificado prioritariamente entre os homossexuais do sexo masculino (BRAVO et al., 2006).

No Brasil a evolução da epidemia divide-se em três fases: 1º - A infecção ocorria entre homens que praticavam sexo com outros homens e possuíam alto grau de escolaridade; 2º - A transmissão passou a ocorrer também através do uso de drogas injetáveis, destaca-se a diminuição da faixa etária e a grande disseminação entre indivíduos com práticas heterossexuais; 3º - A fase atual caracteriza-se pelo contínuo aumento no número de infecções entre heterossexuais e em especial as mulheres, fenômeno conhecido como feminização da epidemia (PATRIOTA, 2002).

Com essa mudança do perfil da epidemia no Brasil, o estigma de que era uma doença que acometia grupos específicos foi sendo cada vez mais esclarecido. O surgimento de casos entre as mulheres, o aumento de casos em cidades de pequeno porte provocou uma reflexão diferenciada para um melhor enfrentamento da doença.

As infecções provocadas pelo vírus HIV se transformaram em um dos grandes problemas de saúde da humanidade. Como as primeiras vítimas eram homossexuais, a epidemia global inicialmente foi chamada de forma pejorativa de "câncer gay". Mas, logo apareceram casos de hemofílicos, vulneráveis pela dependência de doação de sangue. Apesar de existir na época a crença de que seria uma epidemia basicamente restrita aos homens, posteriormente, no decorrer do tempo ocorreu o surgimento de casos entre mulheres.

O tempo se encarregou de desmentir essa avaliação, evidenciando o papel das desigualdades sociais e de gênero na contínua transformação da epidemia brasileira no sentido de uma participação proporcional cada vez maior das mulheres entre os novos casos de AIDS (BRASIL, 1999, p. 07).

Nos anos de 1990 a mortalidade proporcional por AIDS era cerca de duas vezes maior entre homens do que entre as mulheres, porém o impacto da AIDS sobre a mortalidade global cresce com intensidade para as mulheres em 1995.

As infecções pelo HIV têm como um de seus facilitadores principais do ponto de vista biológico as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Dessa forma, as mulheres são mais vulneráveis ao contágio do vírus, visto que, existe ainda uma resistência dos homens de não usar preservativo (camisinha) durante o ato sexual. Muitas mulheres se submetem a ter relação sexual sem proteção, isso está diretamente ligada a uma questão cultural, onde o homem mantém uma relação de domínio e a mulher de submissão.

Em 1985, por não ter tido nenhuma resposta do Governo Federal, alguns grupos afetados foram se organizando para o enfrentamento da doença, especialmente os homossexuais. Através dessa organização, surgiram as primeiras ONG, tendo papel fundamental para as primeiras ações governamentais.

Constata-se que com o passar do tempo às informações acerca da doença foram conseguindo elucidar algumas questões, sendo assim, de forma gradativa, os poderes municipais, estaduais e federais iniciaram a elaborar políticas públicas voltadas para o enfrentamento da doença.

Se institucionalizam no setor público de saúde ações sistemáticas para esse fim. Elas se estruturam numa rede de determinantes que delineiam os caminhos a serem trilhados pelo gestor público. Nesse contexto, entram em jogo diversos atores, com diferentes interesses e poder de barganha político-econômica, negociação de concepções de mundo, estratégias de ação e campos de luta por direitos e deveres sociais. É uma disputa de saberes e interesses travados no campo político, permeada por aspectos socioculturais e econômicos.

Com o aumento do número de mulheres infectadas pelo vírus HIV, foram criadas políticas públicas voltadas especificamente para o público feminino. Com essas ações, é possível observar uma melhoria na qualidade de vida das mulheres. O Programa Brasileiro de aids é considerado internacionalmente como referência mundial.

Atualmente a política brasileira direcionada aos portadores de HIV/AIDS baseia-se nos princípios constitucionais do acesso universal à saúde integral, portanto, deve incluir a prevenção e o tratamento gratuito.

As mulheres em sua maioria são dependentes economicamente, tem pouca influência nas decisões, é vista pela sociedade, de grande maioria machista, como um

ser inferior, sendo assim, encontra uma grande barreira para expor suas vontades e opiniões.

A diversidade das manifestações da violência contra mulheres em nossa sociedade é bem mais ampla do que se imagina. No caso das mulheres reclusas em penitenciárias a situação de vulnerabilidade ao vírus HIV fica mais evidente, uma vez que elas, na maioria das vezes, são abandonadas pelos seus companheiros e por conta da carência começam a manter relações sexuais umas com as outras.

A participação da mulher no contexto prisional brasileiro é significativamente baixa. Entretanto, devido a sua natureza, ela tende a sofrer mais intensamente ao cárcere, sendo assim, mais vulnerável a aquisição de agravos à saúde, além do contexto ao qual estavam inseridas antes da prisão.

Nicolau (2012) destaca que a relação sexual prematura e a falta de informações em saúde no que se refere ao HIV/AIDS, como também o uso de drogas, as tatuagens e piercings improvisadas entre as reclusas, a prostituição, a dificuldade na garantia do consentimento à visita íntima e os problemas de acesso à saúde ginecológica são os principais problemas enfrentados pela mulher em cárcere no Brasil.

Alguns grupos estão mais vulneráveis ao contágio do vírus HIV por determinantes culturais, econômicos, de gênero, sociais, que apontam para uma vulnerabilidade que abrange várias camadas sociais.

Os termos vulnerável e vulnerabilidade são cada vez mais utilizados nas ciências sociais e em pesquisa sobre prevenção da AIDS. Vulnerabilidade significa

Exposição a contingências e estresse, bem como, dificuldade para lidar com essas situações. A vulnerabilidade tem dois lados: um externo em que o indivíduo ou membros de uma família estão sujeitos a estresse, outro interno em que o indivíduo está indefeso, com falta de meios para lidar com as perdas e prejuízos (CHAMBERS, 2000 apud DELOR; HUBERT, 2000, p. 1560).

Com relação às mulheres reclusas no sistema prisional brasileiro, podemos considerar que são grupos que estão expostos ao contágio do vírus HIV, uma vez que em sua maioria são desprovidas economicamente, culturalmente e ainda tem que enfrentar a desigualdade de gênero. Além de ter que lidar com o abandono de seus respectivos companheiros, pois quando são detidas quase não recebem visitas dos parceiros, geralmente comparecem nas primeiras visitas e aos poucos acabam se

afastando, simplesmente não aparecem mais. Encontram uma nova companheira e acabam construindo uma nova família.

Nos últimos anos registra-se um aumento de casos de AIDS entre populações mais vulneráveis, especialmente entre as mulheres. Do ponto de vista biológico a vulnerabilidade feminina é maior que a masculina. Ainda para o aumento dos casos, destaca-se, entre as mulheres, a contribuição da dependência econômica, social e emocional. As mulheres ainda enfrentam outros problemas, um deles é o diagnóstico tardio da doença e acesso a serviços competentes para atendimento especializado.

No que se refere ao aumento da infecção pelo HIV em mulheres, Parker (2003), destaca que devido ao rápido aumento de infecção pelo HIV entre as mulheres do Brasil, a questão da vulnerabilidade da mulher em face ao HIV/AIDS e de como responder esta crescente vulnerabilidade através de programas de prevenção e serviços de saúde, esta tem se tornado uma das mais importantes na política relacionada à AIDS no Brasil (2003). Ainda segundo o autor:

Devido a complexa série de fatores sociais e culturais que são responsáveis pela crescente vulnerabilidade da mulher a infecção pelo HIV no Brasil, devia estar claro que os programas voltados para as mulheres precisam ser uma prioridade urgente e que o desenvolvimento de estratégias inovadoras para a prevenção do HIV/Aids serão essenciais para reduzir rapidamente os altos índices de infecção (PARKER, 2003, p. 40).

Um fator crucial no aumento de casos de infecções do vírus HIV entre as mulheres é o status social que lhes são postas por uma sociedade machista e preconceituosa, onde ainda imagina-se que a mulher deve ser submissa e acreditar numa hierarquia de gênero onde o masculino deve estar sempre num nível superior, perdendo o seu direito de livre expressão. Neste sentido, a figura da mulher é apresentada como um objeto de satisfação e prazer, inclusive nas relações sexuais sem o poder de escolher o uso de preservativos.

A somatória desses fatores torna a mulher mais vulnerável não apenas à aids, como também às doenças sexualmente transmitidas, à gravidez inesperada, à indignidade e à dor (COOK, 1999).

Diante das questões apresentadas e das discussões acerca da temática, evidenciou-se a necessidade de desenvolver ações voltadas para mulheres infectadas com o vírus HIV no Brasil.

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o qual marcou, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo. Como princípios e diretrizes, o PAISM incorporou as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção.

O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação. Englobava a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres.

É indispensável um trabalho em conjunto que envolva os órgãos públicos, ONG, empresas privadas, a mídia e toda sociedade com o objetivo de informar, comunicar, orientar, esclarecer, dialogar, educar a respeito das doenças sexualmente transmissíveis e, principalmente, o vírus HIV/AIDS para prevenção e cuidados, pois o conhecimento é libertador e é o único caminho para o poder.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante do progresso do mundo globalizado, onde o capital exerce um papel dominante de grande influência para manutenção da riqueza e controle de poder, a saúde no Brasil torna-se pauta de mercadoria.

Apesar do SUS ser considerado um dos maiores sistemas públicos do mundo, que garante acesso integral, universal e igualitário à população brasileira, do simples atendimento ambulatorial aos transplantes de órgãos, o SUS passa por entraves que dificulta seu funcionamento, com recursos cada vez mais escassos, que não consegue atingir toda a demanda que surge.

Em nome de uma grande disputa entre público e privado que sempre fez parte da história do país, por incumbência de interesses que não diz respeito à maioria do povo brasileiro, todos os direitos assegurados pela CF são atacados constantemente.

O governo ilegítimo de Michel Temer em pouco tempo na presidência do Brasil vem agredindo principalmente os segmentos vulnerabilizados da população. O SUS nesse contexto vem enfrentando uma disputa entre projetos distintos, e grande parte das

dificuldades que o SUS enfrenta são resultado do avanço do ideário neoliberal e consequentemente da mercadorização da saúde.

Frente a este conjunto de retrocessos, os nossos direitos básicos, bem como a saúde no sistema prisional sofre agravos que rebatem na qualidade do atendimento prestado a população carcerária e particularmente as mulheres que contraíram o HIV/AIDS. Dito isto, é imprescindível que haja um olhar mais sensível, crítico na perspectiva da efetivação da atenção à saúde da população carcerária no sistema prisional, sobretudo a assistência à saúde das mulheres encarceradas no que se refere ao HIV/AIDS, pois é o objetivo dessa discussão.

Tendo em vista a relevância da pesquisa e com o intuito de participar e contribuir com os estudos e debates acerca do tema trabalhado, torna-se fundamental buscar possibilidades de luta para garantir o que é nosso por direito. Sem este entendimento, é impossível romper com esse processo de encarceramento natural do modo de produção capitalista.

Por fim, é necessário encontrar meios para o enfrentamento das dificuldades de acesso a saúde dos reclusos, com o objetivo de analisar e buscar compreender melhor esta problemática e seus desafios, na perspectiva de implementar e fortalecer o SUS no sistema carcerário, como também o aprofundamento das políticas no que se refere ao HIV/AIDS.

## **HEALTH IN THE BRAZILIAN PRISON SYSTEM: THE HEALTH CARE OF JAILED WOMEN WITH RESPECT TO HIV / AIDS**

Nascimento, Layse Martins

### **ABSTRACT**

Brazil's public health has undergone changes since before the institutionalization of the SUS in 1988, and is regulated by the Federal Constitution of 1988, which guarantees that health is "a right of everyone and duty of the State." However, parts of the constitutional achievements began to be strained in the conservative conjuncture of the 1990s, marked by the advance of the offensive and the Neoliberal adjustment of the State, bringing as a consequence the dismantling of social rights. The contradictions originated in this process are directly rebounding in the quality of the services provided to the users of the Single Health System - SUS, and in this scope to health care in the prison system. In this sense, the purpose of this study was to analyze health in the Brazilian Prison System, specifically women incarcerated in relation to HIV / AIDS, in order to understand the main difficulties encountered in its implementation in the treatment of women deprived of their liberty infected with the HIV virus. For this

purpose, the methodology of literature review and documentary research of the legislation related to the topic was used.

**Keywords:** Unified Health System. Public health. HIV / AIDS. Prison System. Reclusive Women,

## REFERÊNCIAS

AHLUWALIA I. B.; DE VELLIS, R. F.; THOMAS, J. C. Reproductive decisions of women at risk for acquiring HIV infection. *Aids Educ Prev*, 1998, 10, p. 90-97.

BRASIL. **Lei de Execução Penal**. Brasília, 1984. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/17210.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17210.htm). Acesso em: 09 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde e Ministério da Justiça. Portaria Interministerial n.º 1.777/2003, de 09 de setembro de 2003. Brasília, 2003b. Disponível em: [http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com\\_gmg&controller=document&id=882](http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=882). Acesso em: 09 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília, 2003c. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf). Acesso em: 09 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. Brasília, DF, 2005. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/catilha\\_pnssp.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/catilha_pnssp.pdf). Acesso em: 26 fev. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília, 2007. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacao\\_negra.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf). Acesso em: 09 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde para Pessoas com Deficiência**. Brasília, 2008. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_pessoa\\_com\\_deficiencia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf). Acesso em: 09 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei nº 11.942, de 28 de maio de 2009**. Dá nova redação aos arts. 14, 83 e 89 da Lei no 7.210, de 11 de julho de 1984 - Lei de Execução Penal, para assegurar às mães presas e aos recém-nascidos condições mínimas de assistência. Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/topicos/13490175/lei-n-11942-de-28-de-maio-de-2009>. Acesso em: 09 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. *Infopen Estatística*. Brasília, 2012a. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/depen>. Acesso em: 10 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/historia-da-aids>. Acesso em: 09 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Justiça. **Novo diagnóstico de pessoas presas no Brasil**. Brasília, 2014a. Disponível em: [http://www.cnj.jus.br/images/imprensa/diagnostico\\_de\\_pessoas\\_presas\\_correcao.pdf](http://www.cnj.jus.br/images/imprensa/diagnostico_de_pessoas_presas_correcao.pdf). Acesso em: 10 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde e Ministério da Justiça. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional**. Brasília, 2014c. Disponível em: <http://www.conass.org.br/Notas%20t%C3%A9cnicas%202013/NT%2033-%202013%20Poli%CC%81tica%20Sau%CC%81de%20Prisional.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 482, de 1º de abril de 2014**. Brasília, 2014d. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/123163-482.html>. Acesso em: 10 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. *Resolução nº 01, de 10 de fevereiro de 2014*. Brasília, 2014e. Disponível em: [file:///C:/Users/Obex/Downloads/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20n%C2%BA1%20de%202014%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Obex/Downloads/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20n%C2%BA1%20de%202014%20(1).pdf). Acesso em: 10 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. **Resolução conjunta CNPCP-CNCD/LGBT**, de 15 de abril de 2014. Brasília, 2014f. Disponível em:

<http://pautasagendasoccivil.blogspot.com.br/2014/04/resolucao-conjunta-cnpcp-cncdlgbt.html?m=1>. Acesso em: 10 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais: **O que é HIV?** Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/o-que-e-hiv>>. Acessado em 28 de out. 2016.

BRAVO, M. I. et al. (Orgs). **Políticas públicas de DST/aids e controle social no Estado do Rio de Janeiro: capacitando lideranças e promovendo a sustentabilidade das respostas frente à aids.** N° 5. Coleção ABIA: Políticas públicas. Rio de Janeiro: ABIA, 2006.

BRAVO, M. I. S. **Política de saúde no Brasil.** In: MOTA, A. E. et al. (Org.). Serviço Social e saúde - formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, MS, 2006. P. 88-110.

COOK, R. Gender, health, and human rights. In: MANN, J. M.; GRUSTIN, S.; GRODIN, M. A.; ANNAS, G. J. *Health and human rigts: a reader.* New York: Roultdge, 1999. p 253-264.

DANIEL, H. **Aids no Brasil: a falência dos modelos.** In: DANIEL, H.; PARKER R. *Aids a terceira epidemia.* 1a ed. São Paulo: Iglu editora; 1990. p. 31-52.

DANIEL, H.; PARKER, R. **AIDS: a terceira epidemia.** 1a ed. São Paulo: Iglu editora; 1990.

DELOR, F.; HUBERT, M. Revisiting the concept of 'vulnerability'. **Soc. Sci. Med.**, v.50, n.11, p.1557-70, 2000.

FERRAZ, E. **A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde no Sistema Prisional: uma experiência em Serviço Social na Perspectiva da Reintegração Social.** 2015. 100 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

GALVÃO, J. **Aids no Brasil: A agenda de construção de uma epidemia.** Rio de Janeiro: Editora 34, 2000.

GOHN, Maria da Glória. **Teoria dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos.** São Paulo: Loyola, 1997.

MEDEIROS, P. F.; GUARESCHI, N. M. F. **Saúde da mulher**: efeitos de gênero para as políticas públicas. In: GUARESCHI, N. M. F. et al. (Org.), *Psicologia, Formação, Políticas e Produção em Saúde*. Porto Alegre: EdIPUCRS, 2010, p. 221-242.

MOREIRA, ADRIANO DE LAVOR; SILVA, BRUNO DOMINGUEZ; MACHADO, KATIA. O SUS que não se vê. **Revista Radis comunicação em saúde**, Rio de Janeiro, 2011.

MOTA, A. E. **Redução da pobreza e aumento da desigualdade**: um desafio teórico-prático ao Serviço Social brasileiro. In: MOTA, A. E. (Org.). *Ideologias da contrarreforma e o Serviço Social*. Recife: Editora Universitária-UFPE, 2010.

MORAIS, J. L. B. Direitos humanos, Estado e globalização. In: RÚBIO, D. S.; FLORES, J. H.; CARVALHO, S. de. (Orgs.). **Direitos humanos e globalização**: fundamentos e possibilidades desde a teoria crítica. 2. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010.

NICOLAU, A. I. O. et al. Retrato da realidade socioeconômica e sexual de mulheres presidiárias. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 3, p. 386-392, 2012.

OLIVEIRA, F. O., & WERBA, G. C. Representações Sociais. In: N. Strey et al. (Org.). **Psicologia Social Contemporânea** (pp.104-117). Petrópolis: Vozes, 2002.

PAIM, JAIRNILSON SILVA. **O que é o SUS**. São Paulo: Fiocruz, 2009.

PARKER, R. **A construção da solidariedade: Aids, sexualidade e política no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora: Relume Dumará, 2003.

PATRIOTA, L. M. et al. **AIDS: Transformações sociais, políticas e culturais produzidas pela epidemia**. 2002.

STRAUBE, A. M. Prender para lucrar. **Revista Caros Amigos a primeira a esquerda**, São Paulo, 2016.

SILVA, A. X. Lutas Sociais e Contradições dos Sujeitos Políticos Coletivos no Processo da Reforma Sanitária Brasileira. **Tese (Doutorado em Serviço Social)** – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.

SILVA, Martinho. **Saúde penitenciária no Brasil**: plano e política. Brasília (DF): Verbena, 2015.

SOUSA, M. C. P. S. et al. Atenção à saúde no sistema penitenciário: revisão de literatura. **Revista Interdisciplinar**, Piauí, v. 6, n. 2, p. 144-151, abr./jun. 2013.

UGÁ, M. A. D.; MARQUES, R. M. **O financiamento do SUS**: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, N. T. (Org.). Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2055. P. 193-233.

VILLELA, W.; DINIZ, S. *A epidemia da AIDS entre as mulheres*: aprendendo a enfrentar o desafio. São Paulo: Nepaids/CFSS; 1998. As mulheres agora? Só agora? E por que agora? A vulnerabilidade das mulheres ao HIV. p. 7-18.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl. **Em busca das penas perdidas**. Tradução Vânia Romano Pedrosa e Amir Lopes da Conceição. 3. ed. Rio de Janeiro: Revan, 1998.