

Crenças em saúde e medidas preventivas para neoplasia cervical uterina na perspectiva de reclusas

Health beliefs and preventive measures for uterine cervical neoplasms from the perspective of inmates

Creencias de salud y medidas preventivas para el neoplasia del cuello uterino desde la perspectiva de las reclusas

Jorge Luís Tavares de Oliveira¹, Zuleyce Maria Lessa Pacheco²

RESUMO

Objetivo: analisar a percepção das reclusas perante seu comportamento e suas crenças individuais para adoção ou não de medidas preventivas para a neoplasia cervical uterina, saúde sexual e reprodutiva fundamentada no Modelo de Crenças em Saúde. **Metodologia:** estudo exploratório de abordagem qualitativa. A coleta de dados deu-se através de entrevistas semiestruturadas com aplicação de formulário com análise de conteúdo temática com 14 reclusas do sistema prisional de um município mineiro. **Resultados:** emergiram duas categorias temáticas: Percepções e crenças no risco de adoecimento para infecções sexualmente transmissíveis e neoplasia cérvico-uterina, e Motivos apresentados pelas reclusas para adotarem medidas de autocuidado relacionadas à saúde sexual. **Considerações finais:** o sistema prisional impõe barreiras institucionais (acesso à equipe de saúde) e individuais (falta de conhecimento e não autocuidado) às reclusas dificultando a realização de medidas preventivas e terapêuticas a saúde sexual e reprodutiva. Tal fato aponta para a necessidade de melhor resolutividade, integralidade e efetividade na assistência à saúde por parte das instituições prisionais.

DESCRITORES: Saúde da mulher; Neoplasias do colo do útero; Infecções sexualmente transmissíveis; Prisões.

Informações do Artigo:
Recebido em: 23/12/2022
Aceito em: 21/07/2023

¹Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Doutorando em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ/Rio de Janeiro). Bolsista de Doutorado CNPq. Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ, 21041-210. E-mail: jorgektarin@yahoo.com.br

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professora Adjunta IV da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora.

ABSTRACT

Objective: to analyze the perception of the inmates regarding their behavior and their individual beliefs for the adoption or not of preventive measures for uterine cervical neoplasms, sexual and reproductive health based on the Health Beliefs Model. **Methodology:** exploratory study with a qualitative approach. Data collection took place through semi-structured interviews with the application of a form with thematic content analysis with 14 inmates from the prison system of a municipality in Minas Gerais. **Results:** two thematic categories emerged: Perceptions and beliefs in the risk of illness for sexually transmitted infections and cervical-uterine neoplasia, and reasons given by the inmates for adopting self-care measures related to sexual health. **Final considerations:** the prison system imposes institutional barriers (access to the health team) and individual barriers (lack of knowledge and lack of self-care) for inmates, making it difficult to carry out preventive and therapeutic measures for sexual and reproductive health. This fact points to the need for better resolution, comprehensiveness and effectiveness in health care by prison institutions.

DESCRIPTORS: Women's health; Uterine cervical neoplasms; Sexually transmitted diseases; Prisons.

RESUMEN

Objetivo: analizar la percepción de las internas sobre su comportamiento y sus creencias individuales para la adopción o no de medidas preventivas de neoplasias del cuello uterino, salud sexual y reproductiva a partir del Modelo de Creencias en Salud. **Metodología:** estudio exploratorio con enfoque cualitativo. La recolección de datos ocurrió a través de entrevistas semiestructuradas con la aplicación de un formulario con análisis de contenido temático con 14 internos del sistema penitenciario de un municipio de Minas Gerais. **Resultados:** emergieron dos categorías temáticas: Percepciones y creencias sobre el riesgo de enfermedades de transmisión sexual y neoplasia cervicouterino, y razones dadas por las internas para adoptar medidas de autocuidado relacionadas con la salud sexual. **Consideraciones finales:** el sistema penitenciario impone barreras institucionales (acceso al equipo de salud) e individuales (desconocimiento y falta de autocuidado) a los internos, dificultando la realización de medidas preventivas y terapéuticas en salud sexual y reproductiva. Este hecho apunta a la necesidad de una mejor resolución, integralidad y eficacia en la atención a la salud por parte de las instituciones penitenciarias.

DESCRIPTORES: Saúde de lamujer; Neoplasias del cuello uterino; Enfermedades de transmisión sexual; Prisiones.

INTRODUÇÃO

Para o ano de 2023 foram estimados 17.010 casos novos para a neoplasia cervical uterina, o que representa uma taxa ajustada de incidência de 13,25 casos a cada 100 mil mulheres. O câncer de colo de útero (CCU) encontra-se na terceira posição de incidência de localização primária e a quarta para mortalidade por câncer em mulheres no país, desconsiderando os tumores de pele não melanoma^(1,2). Em 2020, a taxa ajustada de mortalidade para essa neoplasia foi de 4,60/100 mil mulheres com discrepância entre as diferentes regiões do país⁽³⁾.

Sendo a terceira neoplasia mais incidente na população feminina brasileira, o CCU é uma doença com relevância no contexto da saúde pública⁽⁴⁾. Diversos aspectos comportamentais, sexuais e

concernentes à exposição aos fatores de risco estão relacionados a sua ocorrência⁽²⁾, especialmente aqueles denominados modificáveis, como o não uso de preservativos nas relações sexuais, tabagismo, não vacinação contra o Papilomavírus Humano (HPV), iniciação sexual precoce desprotegida, multiplicidade de parceiros, uso de contraceptivos orais por tempo prolongado, entre outros^(5,6).

A história natural do CCU se inicia com a exposição aos fatores de risco, em especial a infecção pelo HPV, com alterações celulares nos epitélios da cérvix uterina, que, ao longo do tempo, podem regredir espontaneamente ou evoluir para alterações pré-cancerosas, denominadas de lesões intraepiteliais cervicais de alto grau, atipias celulares escamosas e glandulares de alto grau e adenocarcinoma *in situ*. Estas podem se tornar tumores malignos se não forem rastreadas, detectadas precocemente, diagnosticadas e tratadas de forma efetiva conforme medidas terapêuticas recomendadas de forma regular e periódica atendendo as diretrizes brasileiras para rastreamento do CCU⁽⁴⁻⁷⁾.

Nessa perspectiva da Saúde da Mulher, especialmente no controle de cânceres de colo de útero e de mama, percebe-se fragilidades e obstáculos a serem superados nas prisões⁽⁵⁾. Em 2005, com o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), ficaram estabelecidas ações direcionadas às mulheres em reclusão, porém com ênfase em estratégias que priorizavam a saúde materno-infantil⁽³⁾.

Como uma alternativa de ampliação de cuidados em saúde no sistema prisional, houve a publicação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída por meio da Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014⁽⁷⁾. Objetivou-se a garantia de acesso das pessoas privadas de liberdade ao cuidado integral no Sistema Único de Saúde (SUS), prevendo que os serviços de saúde no sistema prisional se tornassem pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, qualificando igualmente a Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito prisional como porta de entrada do sistema e coordenadora das ações e serviços de saúde pela RAS voltada a pessoas encarceradas com realização de ações de prevenção de doenças e de promoção à saúde de forma integral e intersetorial⁽⁸⁾.

Essas ações serão desenvolvidas pelas equipes da atenção primária prisional (eAPP) que foram integradas as prisões, as quais realizarão práticas assistenciais, preventivas e promotoras à saúde, e assim, são necessárias as práticas educativas. No que refere a saúde das mulheres em reclusão, as eAPP deverá atentar-se a respeito dos aspectos sexuais e reprodutivos das mulheres, tais como: colpocitologias, mamografias, exames laboratoriais, prescrição medicamentosa e educação em saúde visando o conhecimento sobre as doenças que mais acometem as mulheres, as infecções sexualmente transmissíveis (IST), os fatores de risco para adoecimento nas prisões e a adoção do autocuidado por essas reclusas⁽⁸⁾.

Apesar dos avanços na legislação, estudos corroboram que o sistema prisional brasileiro é um facilitador para aquisição de doenças infecciosas e demais condições patológicas devido à inadequada

infraestrutura, a condições sanitárias precárias e ao contingente prisional excessivo em relação à capacidade das prisões⁽²⁻⁶⁾. Conseqüentemente, há alta prevalência de IST e doenças do aparelho reprodutivo favorecidas por fatores biológicos, comportamentais, práticas sexuais adotadas e barreiras institucionais, como escassez de profissionais de saúde, déficit de agentes penitenciários e necessidade de acompanhamento (escolta) das reclusas aos serviços de saúde associado à promiscuidade e ao abuso sexual, a relacionamento bissexual e homossexual, à superlotação, a uso de drogas e relações sexuais desprotegidas, visitas íntimas e compartilhamentos de objetos pessoais e íntimos que culminam com a disseminação de IST^(5,8).

As medidas assistenciais e preventivas direcionadas à saúde das mulheres encarceradas são em quase sua totalidade dependentes da instituição prisional onde estão inseridas^(5,8). Tais medidas dependem de escolta para transporte e deslocamentos intra ou extraprisional, garantia do acesso a serviços de saúde, práticas educativas com informações sobre IST, doenças sexuais e reprodutivas e à assistência à saúde propriamente dita^(5,8,9). Neste tocante, a decisão de adotar medidas preventivas individuais e/ou coletivas perpassa a vontade e os desejos individuais das reclusas, cabendo essa decisão aos profissionais de saúde e à instituição prisional^(5,8).

Estudos apontam que mulheres em reclusão estão mais susceptíveis ao adoecimento do que mulheres em liberdade, em virtude de assistência à saúde inadequada, condições precárias e ausência de políticas públicas efetivas, constituindo-se uma população com dificuldades tanto no acesso aos bens e serviços de saúde e às práticas terapêuticas, educativas, preventivas, diagnósticas quanto na realização de exame preventivos de forma regular e periódica^(5,8,9)

Ante o exposto, o Modelo de Crenças em Saúde (MCS) apresenta-se adequado enquanto aporte teórico por se fundamentar na adoção de comportamentos na prevenção de doenças, embasado em crenças e percepções das pessoas em relação aos riscos à saúde, as quais decidem adotar ou não um comportamento preventivo perante o problema de saúde percebido. O MCS é mediado por quatro dimensões (constructos): a susceptibilidade, a severidade, os benefícios e as barreiras^(10,11).

Conforme o MCS, a adoção de um comportamento preventivo dependerá do indivíduo. Ao se perceber susceptível a uma condição de doença, acreditando que isso irá afetá-lo de alguma maneira negativa (Susceptibilidade) e que essa condição poderá agravar-se, resultando em conseqüências sérias para a sua saúde (Severidade), o mesmo poderá tomar uma decisão, no sentido de adotar ou não medidas preventivas para evitar o agravamento e o comprometimento da sua saúde, as quais trarão benefícios. Em associação à tomada de decisão para adesão à mudança comportamental, haverá dificuldades e aspectos negativos, como aumento de gastos financeiros, impedimentos familiares e institucionais, dificuldades em manter a ação, desconforto, entre outros (Barreiras)^(10,11).

Posto isso, é crucial questionar sobre o acompanhamento da assistência à saúde das mulheres

nas prisões: Quais são as crenças das reclusas em relação as medidas de prevenção as doenças relacionadas a sua saúde? Quais foram as medidas adotadas visando a prevenção de doenças? E quais seriam os cuidados adotados pelas reclusas durante a permanência no cárcere, caso consigam realizá-los?

Objetivou-se, portanto, analisar a percepção das reclusas perante seu comportamento e suas crenças individuais para adoção ou não de medidas preventivas para a neoplasia cérvico-uterina, saúde sexual e reprodutiva fundamentada no Modelo de Crenças em Saúde.

METODOLOGIA

Estudo exploratório de abordagem qualitativa⁽¹²⁾ realizado em uma unidade prisional em um município mineiro com 14 mulheres em regime fechado de reclusão. A participação das reclusas atendeu aos critérios de comportamento e condutas adotadas como aceitáveis na unidade prisional do ponto de vista da triagem institucional com amostra aleatória das participantes. Os critérios de inclusão na pesquisa foram: mulheres em reclusão no regime fechado da unidade prisional; alfabetizadas; que aceitaram participar da pesquisa como voluntárias não remuneradas; maiores de 18 anos e autorizadas pelo responsável da instituição para integrar a investigação. Foram excluídas aquelas que não atendiam aos critérios de inclusão e que não foram autorizadas.

O recrutamento das presas aconteceu durante o banho de sol quando estavam no pátio do pavilhão no período da manhã e tarde, sendo encaminhadas individualmente à biblioteca do pavilhão feminino, com escolta de agentes penitenciários. Foi realizada entrevista semiestruturada sem interferência institucional, mantendo no local destinado à pesquisa apenas o entrevistador e a participante convidada.

As reclusas foram orientadas quanto aos objetivos da pesquisa, sobre o aceite ou recusa em participar da pesquisa sem quaisquer prejuízos ou punições, benefícios esperados do estudo, sobre sigilo e anonimato caso decidisse participar do estudo. As presas que aceitaram participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, após orientações. Visando ao anonimato das participantes, foram denominadas pela letra "R", seguida pela ordem numérica de realização das entrevistas (R01, R02, R03) atendendo aos aspectos éticos e legais.

A coleta de dados aconteceu por meio de entrevistas individuais realizadas no período de 30 de julho a 27 de agosto de 2014 direcionadas por um instrumento de coleta (formulário) compondose de caracterização demográfica e questões norteadoras fundamentadas em quatro constructos com base no MCS: Constructo 1: Percepção da Susceptibilidade/Risco – Você poderá desenvolver câncer de colo de útero durante o período da reclusão? O que pensa sobre isso (...)?; Constructo 2: Percepção da Severidade – Você, estando em reclusão, acredita que essa condição é um fator que pode favorecer o desenvolvimento ou não de câncer do colo de útero? O que pensa sobre isso (...)?; Constructo 3: Percepção

dos Benefícios de Mudanças de Comportamentos – Nesse período de reclusão, adotou alguma mudança de comportamento ou hábito de vida para evitar infecções sexualmente transmissíveis ou para prevenir o surgimento de um câncer de colo de útero? E por qual motivo realizou essa mudança?; e Constructo 4: Percepção das Barreiras para Adotar Mudanças – Estando em reclusão, quais são as dificuldades que você encontra para modificar o seu comportamento e seus hábitos de vida a fim de prevenir o câncer de colo do útero? O que pensa sobre isso (...)?

Foi realizado um pré-teste utilizando o formulário com três entrevistas prévias à pesquisa propriamente dita para validar a aplicação do instrumento (clareza, conteúdo), facilidade na compreensão pelas participantes das respectivas questões e as respostas oriundas dessas. As informações obtidas dessas entrevistas foram desconsideradas da pesquisa.

Foram atendidos critérios da legislação do sistema prisional, no qual constam a proibição de gravações de imagens e voz, bem como a utilização de aparelhos eletrônicos (celular, câmeras e gravadores) no interior das instituições prisionais, sendo os registros dos dados realizados na forma cursiva pelo entrevistador. Após o registro das respostas pelo entrevistador, foi realizada a leitura das respostas registradas, visando à confirmação dos relatos pelas participantes. Em situações nas quais os relatos não condiziam exatamente com o que fora expresso, era necessário refazê-los e apresentá-los às participantes, para que confirmassem o nexos, a lógica e o sentido textual exposto por elas.

As respostas das participantes foram consolidadas no programa *Word for Windows*, e a análise das informações deu-se através de análise de conteúdo proposta por Bardin⁽¹³⁾, atendendo às seguintes etapas: pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados, inferências e interpretação dos dados^(12,13).

Para análise das informações, optou-se pela análise de conteúdo temática, que foi desenvolvida através de um conjunto de procedimentos sistemáticos respeitando o rigor metodológico que a técnica exige, com atenção rigorosa às fases: leitura flutuante; definição de pressupostos provisórios sobre o objeto estudado e o texto analisado; determinação das unidades de registros; definição das unidades de significação ou temas; análise temática das unidades de registros – núcleos de sentido; análise categorial do texto – classificação e agregação das informações nos registros com construção das categorias temáticas; tratamento e apresentação dos resultados; e discussão dos resultados e retorno ao objeto de estudo. Na construção das categorias foram atendidos os princípios da homogeneidade, exaustividade e pertinência das unidades de registros^(12,14). A coleta e análise das informações foram realizadas em concomitância. O fechamento amostral deu-se a partir do alcance dos critérios de saturação teórica nas análises através da similaridade de conteúdos na estruturação das unidades de significado e identificação das categorias com base nos constructos do MCS^(10,11).

Para a validade e a qualidade das informações da pesquisa, realizou-se a aplicação do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies (COREQ)*⁽¹⁵⁾. Foram alcançados 30 itens dentro dos 32 solicitados (desconsiderou-se a utilização de gravação de áudio ou visual para coleta de dados, e não foi aplicado na análise dos dados um software específico).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) sob o número do parecer 701.600 e CAAE 32153914.0.0000.5147. Esse estudo seguiu todas as recomendações descritas na Resolução n^o 466/2012⁽¹⁶⁾.

RESULTADOS

Inicialmente são apresentadas as características sociodemográficas das participantes. Após análise dos dados qualitativos^(12,14), iniciou-se a elaboração da construção de forma indutiva das categorias temáticas com base no MCS^(10,11), sustentadas pelas percepções e crenças individuais das mulheres em reclusão sobre a susceptibilidade em vir a desenvolver alguma patologia no contexto da saúde sexual e reprodutiva em decorrência do encarceramento.

A faixa etária das participantes no estudo foi entre 20 a 50 anos, com média de idade de 29,7 anos. Predominaram mulheres solteiras, heterossexuais, negras/pardas. Quanto à renda familiar, as participantes declararam receber entre um e dois salários mínimos e participavam financeiramente no núcleo familiar. Sobre a condição judicial, a maioria das participantes se encontravam em cárcere devido ao envolvimento com o tráfico de drogas e já haviam sido julgadas. Não foram obtidas informações sobre as participantes após o período de encarceramento.

A partir das informações obtidas nos depoimentos das participantes e análises desses conteúdos, emergiram duas categorias temáticas: “Percepções e crenças no risco de adoecimento para IST e CCU” e “Motivos apresentados pelas reclusas para adotarem medidas de autocuidado relacionadas à saúde sexual”.

Percepções e crenças no risco de adoecimento para IST e CCU

Constata-se que há risco de adoecimento pelas reclusas tanto para condições clínicas de modo geral quanto para as doenças relacionadas ao aparelho reprodutivo feminino (IST, neoplasias de mama e da cérvice-uterina) atreladas à precariedade na assistência à saúde, ao tempo prolongado para realização dos atendimentos e manejo para prestação de cuidados pelas unidades prisionais do mesmo estado.

Conforme relatos das participantes, a assistência à saúde é deficitária na unidade prisional (cenário da pesquisa), pois não são realizadas medidas preventivas, como exames citopatológicos e exames de rotina regularmente, sendo prescritas medicações (pomadas vaginais) sem avaliação ginecológica.

Acredito que sim. Porque aqui nesta unidade prisional (município da pesquisa) não tem preventivo. Não tem como saber como está andando o corpo. Aqui tudo é pomada vaginal. Não sabem nem o que a mulher tem e dão pomada vaginal (R01).

Acho que sim. A gente não faz exame de rotina. Quase não tem tratamento médico aqui. O câncer tem que prevenir, quanto mais cedo você descobrir, mais chance de se curar (R09).

Não tem prevenção. Porque aqui não tem recursos para presa (...). Toda penitenciária deveria informar a gente das doenças, ter preventivo, exames das mamas, ginecologista e ter como fazer prevenção (R04).

Posso. Porque não faço preventivo aqui regularmente, de 6 em 6 meses. Quando a gente está com alguma coceira, eles mandam a gente tomar banho (...) (R05).

As reclusas foram provocadas com o intuito de expressar se, durante o período de encarceramento, já haviam recebido alguma informação e, com isso, adotado alguma mudança comportamental que envolvia medidas de prevenção às IST, ao surgimento do CCU e por quais motivos teriam adotado essas mudanças.

Nenhuma. Porque aqui não deixam a gente fazer nada. Não tem recurso médico. Assim! Tem um monte de gente pegando doença aqui (R02).

Não. Porque nem sei como evitar o câncer de colo de útero. O que sei é que usar camisinha evita ter câncer. Eu acredito que só camisinha não previne câncer. Pode ser que seja de família (R11).

Foi identificado que as reclusas não tinham realizado nenhuma mudança comportamental efetiva para prevenção de IST e CCU, porém, algumas mulheres conheciam medidas de prevenção para IST, como a utilização de preservativos, sem, contudo, fazer uso dos mesmos. Foi citado que não sabiam como evitar o CCU e que preservativos não preveniam contra esse mal. Foi apontado que havia relações sexuais desprotegidas de forma rotineira na unidade prisional.

É muito relacionamento aqui dentro. Homem vem para suíte com sua mulher mantendo relações sexuais sem camisinha, e a mulher relaciona com outras mulheres sem nada também. Não tem prevenção nenhuma na casa (unidade prisional). Não utilizam preservativos. Nunca vi preventivo aqui dentro. Se alguém fica doente, já seria tarde (R10).

Motivos apresentados pelas reclusas para adotarem medidas de autocuidado relacionadas à saúde sexual

Encontram-se relatos de medidas pontuais descontínuas adotadas pelas reclusas para minimizar a falta de assistência concernente à saúde sexual e reprodutiva nessa unidade prisional. Entre

as medidas adotadas foram mencionadas: tomada de banhos frequentes, realização de autoexames das mamas, retirada de um Dispositivo Intrauterino (DIU) que havia saído do lugar, o que provocava muitas dores, e cuidados ao utilizar vasos sanitários, evitando, por exemplo, sentar neles.

O exame de toque na mama e a higiene, eu já fazia mesmo. A única postura que mudei foi que eu tirei o DIU porque saiu do lugar e estava com muitas dores. Porque aqui não tem como fazer exame periódico (R9).

Eu adotei mudanças. Preveni mais. A gente pega só de sentar no vaso sanitário. Evito sentar. Tem que prevenir mais (R5).

Os motivos que levaram as participantes a adotar alguma medida preventiva foram: o medo de adoecer por câncer, medo de adquirir IST (HPV) e o fato de terem presenciado sofrimentos de outras presas com IST.

Sim. Porque vi muitas mulheres com HPV sofrendo sem que eles fizessem nada. [...] (R5).

[...] O câncer é uma doença que mata lentamente. Quando se trata dessa doença, é bom prevenir (R10).

Ao se deparar com os motivos para adoção de comportamentos tidos como preventivos, a entrevista foi conduzida para a identificação de possíveis dificuldades na concretude de mudanças comportamentais e em seus hábitos de vida visando à prevenção de doenças. Foram descritas inúmeras dificuldades e barreiras pelas participantes, nos âmbitos individual, coletivo e institucional. Entre as barreiras identificadas, salientam-se: assistência médica inexistente (em especial a ginecológica), não realização de exames regulares e periódicos (laboratoriais, exame citopatológico, mamografia), falta de assistência farmacêutica (medicações), de práticas educativas (orientações, entrega de panfletos, palestras) e o fato de o ambiente prisional estar direcionado para o gênero masculino.

Não tem quem explica. Quem te orienta. Sem medicamento. Não tem nada. A dificuldade maior aqui é que não tem orientação, não tem ninguém para conversar, para explicar. [...] Aqui tudo é para homem. Homem tem tudo. A cadeia foi feita só para homens, e a mulher é excluída de tudo (R7).

A prevenção, o exame anual, o exame laboratorial aqui não têm. Não tem como saber se as outras pessoas têm ou não têm alguma coisa. Deveriam fazer exames nas outras para saber. Porque tudo é transmitido pelo sexo (R10).

Então! A dificuldade que encontro, é que deveriam ter palestras com um ginecologista para explicar, informar. Deveria ter uma vez por mês no pátio para informar sobre as doenças sexualmente transmissíveis e sobre lesão de colo de útero. Entregando folhetos. Porque eu sei, mas tem gente aqui que não tem nenhuma informação (R11).

DISCUSSÃO

A partir dos resultados encontrados, destaca-se o predomínio de mulheres solteiras, heterossexuais, pretas/pardas com condição judicial por envolvimento com o tráfico de drogas e que já haviam sido julgadas. Estudos corroboram que grande parcela de reclusas foram julgadas por crimes envolvendo o tráfico de drogas^(5,9,17). A incidência por tipo penal para a população carcerária feminina, de acordo com o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN), de julho a dezembro de 2020, traz que 56,16% das presas foram encarceradas por crimes relacionados a drogas com predomínio para as raças preta/parda com 65,58%⁽¹⁷⁾, sustentando os dados encontrados neste estudo. Em relação à faixa etária, percebe-se que a média das idades foi de 29,7 anos, classificando essas mulheres em adultas jovens. Há uma prevalência de mulheres em reclusão na faixa etária entre 18 a 29 anos nas prisões brasileiras⁽⁹⁾.

No perfil sociodemográfico encontrado, observa-se que as mulheres em reclusão possuem características particulares que as torna mais susceptíveis ao processo de adoecimento, possuindo baixas condições socioeconômicas e a própria condição de estar encarceradas. Neste estudo, as percepções das reclusas referentes às chances de adoecer e de agravamento por determinada patologia são constatadas como consequência da permanência delas no sistema prisional, em especial, para doenças relacionadas ao gênero feminino. Segundo os relatos, elas não são assistidas de maneira regular e periódica, com imposição e restrições por barreiras institucionais que inviabilizam uma assistência à saúde de qualidade e integral.

A respeito da busca por explicações sobre os comportamentos humanos a serem adotados frente ao processo de saúde e doença, partindo do pressuposto de que, para um indivíduo realizar medidas preventivas, esse deverá acreditar que será acometido por determinada patologia (percepção de susceptibilidade) optou pelo MCS como marco teórico. As percepções e as crenças a partir do adoecimento, pode induzir o indivíduo a perceber que além de adoecer essa condição clínica instalada pode evoluir para consequências sérias acometendo ainda mais a sua saúde no decorrer do processo de adoecimento, e assim, constatar a severidade/gravidade^(10,11).

Em um estudo quantitativo realizado no Rio Grande do Sul, os resultados encontrados em relação à saúde da mulher são alarmantes, uma vez que 65,9% das mulheres não realizaram acompanhamento ginecológico após o ingresso na prisão. Para o rastreamento do câncer de mama, é apontado que há conhecimento sobre a necessidade de exames clínicos das mamas e autoexames, porém a realização periódica não acontece, evidenciando a falta e/ou diminuição do autocuidado das mulheres e da procura pelo serviço de saúde nas prisões⁽⁹⁾. Constatou-se nos depoimentos que essa é uma realidade na unidade prisional que foi cenário da pesquisa, sendo identificadas negligência e descuido em relação à saúde sexual e reprodutiva das reclusas.

Outro estudo qualitativo que analisava os limites e desafios para acesso das mulheres do sistema prisional e egressas na RAS apontou que há descontinuidade da assistência extramuros devido à falta de acompanhamento desta população pela RAS, o que torna cruciais a otimização e ampliação de serviços mais equitativos e integrais com maior articulação entre fluxos na RAS⁽⁸⁾.

Com necessidade de minimizar os efeitos do processo de adoecimento em suas atividades cotidianas, os indivíduos tendem a assumir responsabilidade por mudanças no modo de agir, com tendência a alterações nos hábitos e no estilo de vida, e, assim, efetivar ações preventivas ou promotoras de saúde, beneficiando-se dos resultados obtidos por essas mudanças comportamentais^(5,8,9). Este estudo evidenciou a impossibilidade de mudanças comportamentais significativas pelas participantes, exceto casos pontuais através do autocuidado, com descontinuidade na manutenção de tais comportamentos, o que compromete o bem-estar e aumenta a susceptibilidade das mulheres encarceradas frente ao processo de adoecimento.

Dados do INFOPEN (2020) para IST das mulheres em reclusão no país apontam que houve prevalência para ocorrência de vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) com 43,03% seguido de sífilis (33,82%)⁽¹⁷⁾. Esses dados reforçam a demanda por estratégias de prevenção e acompanhamento dessas doenças de transmissão sexual em ambientes prisionais, cabendo aos gestores e serviços básicos das prisões maior efetividade e integralidade da assistência à saúde⁽⁸⁾. Foram identificadas lacunas na unidade prisional cenário deste estudo, pois não eram realizadas ações terapêuticas, preventivas e promotoras de saúde de forma periódica voltadas para IST e doenças do aparelho reprodutor feminino^(5,8,9,18,19).

Apesar dos motivos elencados para a adoção de mudanças nos hábitos e estilo de vida dentro da prisão serem relevantes para a tomada de decisão, essas não eram efetivadas, consequência das dificuldades e barreiras apresentadas por imposição de regras rígidas de condutas e limitações ao acesso aos serviços de saúde que impossibilitavam a assistência médica (em especial a ginecológica), a realização de exames regulares e periódicos (laboratoriais, exame citopatológico, mamografia), desassistência farmacêutica e a não realização de atividades educativas. Esses obstáculos se integram e se sobrepõem, pois não há como segregá-los para analisá-los separadamente, uma vez que as regras, limitações de acesso aos serviços e restrições das pessoas encarceradas deparam-se com a impossibilidade de autonomia, o que restringe as ações realizadas pelas instituições prisionais que são implementadas de forma limitada e fragmentada^(5,8,9,18,19).

Os achados desse estudo referem a 2014, desde então, houveram avanços na legislação direcionados a população em reclusão no país, como a Portaria GM/MS nº 3.662 de 3 de outubro de 2022²⁰, dispondo sobre o repasse de recursos financeiros do componente básico da assistência farmacêutica no âmbito da PNAISP, a nível estadual e municipal e a implantação das eAPP, contribuindo

para a garantia do cuidado integral e do acesso dessa população as ações assistenciais e preventivas

No Estado do Mato Grosso, no Brasil, foi conduzido um estudo qualitativo que apontou, em suas conclusões, as dificuldades no acesso aos serviços de saúde, o que explicita as iniquidades presentes no sistema prisional, limitando as ações preventivas e promotoras de saúde, com direcionamento efetivo aos atendimentos de patologias e agravos em fase grave e aguda⁽¹⁸⁾. Outros estudos trazem que o ambiente prisional, por compor-se em grande parte pela população masculina, é um ambiente hostil, inadequado e com infraestrutura deficitária para assistência à saúde das mulheres em reclusão, o que demandará melhor planejamento de ações e ampliação de serviços de saúde nas unidades prisionais para atender de forma efetiva e integral às necessidades das mulheres no cárcere^(5,8,9,18,19).

Limitações do Estudo

Entre as limitações do estudo, aponta-se para aquela inerente ao MCS, uma vez que o modelo não contempla de forma ampla todos os aspectos envolvidos na mudança comportamental além dos desejos e percepções individuais.

Outra limitação evidenciada refere-se ao fato deste estudo possuir apenas a perspectiva e percepções das reclusas, o que restringe as reflexões e análises ampliadas de todo o processo de assistência nessa unidade prisional, pois apenas um agente está envolvido na conclusão. Demandam-se, por conseguinte, novos pontos de vista, como aqueles relacionados aos gestores das unidades prisionais e profissionais de saúde que atuam no sistema prisional. Não sendo esses contemplados nesta investigação, ressalta-se, assim, a necessidade de estudos complementares.

Contribuições para a Área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

As análises realizadas das percepções de reclusas para adoção ou não de comportamentos individuais na prevenção de IST e CCU possibilitam parcialmente compreender as dificuldades da realização do autocuidado e da assistência à saúde impostas pelo sistema prisional decorrentes das barreiras institucionais e da inadequada assistência à saúde, conforme é evidenciado nos resultados fundamentados pelo MCS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que, apesar dos avanços na legislação e na sua implementação no sistema penitenciário brasileiro, ainda há barreiras institucionais fortes que impossibilitam a realização de adoção de medidas preventivas e terapêuticas em relação a IST, CCU e demais doenças relacionadas ao gênero feminino, mesmo aqueles de autocuidado, sendo o sistema prisional um fator condicionante para o surgimento e adoecimento dessa população bem como a falta de práticas educativas no âmbito da prevenção de doenças e da promoção à saúde..

Dessa forma, as prisões são ambientes cerceados pelas iniquidades e pela desassistência à

saúde à população feminina devido as dificuldades continuidade das medidas assistenciais e preventivas, cabendo aos gestores das unidades prisionais e aos trabalhadores de saúde que atuam nesse ambiente maior atenção às demandas dessa população com melhor resolutividade e efetividade na condução da assistência à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2023: incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA [online], 2022 [citado: 25 fev 2023]. Disponível em: <http://www.gov.br/inca/ptbr/assuntos/cancer/numeros/estimativa>.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional do Câncer José Gomes Alencar da Silva (INCA). Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer do colo do útero [Internet]. Rio de Janeiro: INCA, 2019 [citado 22 de novembro de 2022]. 32 p. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/988200/para-metros-tecnicos-colo-do-utero-2019.pdf>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) [Internet]. Brasília; 2005 [citado em 22 de novembro de 2022]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciaro_2ed.pdf
4. Ribeiro CM, Silva GA. Avaliação da produção de procedimentos da linha do cuidado do câncer do colo do útero no Sistema Único de Saúde em 2015. Epidemiol. Serv. Saude [Internet], Brasília, 2018. [citado em 21 de novembro de 2022]; 27(1):e20172124. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000100004>
5. Oliveira JLT, Pacheco ZML, Senna CA. Vulnerabilidade de mulheres às infecções sexualmente transmissíveis e câncer de colo uterino em uma unidade prisional. Rev. APS [Internet], 2020 out/dez [citado em 21 de novembro de 2022]; 23 (4): 853-72. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16424/23017>
6. Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional do Câncer José Gomes Alencar da Silva (INCA). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero [Internet]. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA; 2016 [citado em 20 de novembro de 2022]. 114 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/rastreamento_cancer_colo_utero.pdf
7. Brasil. Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro 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)[Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2014 jan 03. Seção 1, p. 18-21 [citado em 22 de novembro de 2022]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saldelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html

8. Schultz ALV et al. Limites e desafios para o acesso das mulheres privadas de liberdade e egressas do sistema prisional nas Redes de Atenção à Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [Internet], 2020 [citado em 22 de novembro 2022]; (30)3: e300325. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300325>
9. Grison JM, Souza JSM, Matte J, Ramos JFF. Medidas preventivas e comportamento de risco em mulheres privadas de liberdade em um estabelecimento prisional brasileiro. *Ciências & Cognição* [Internet], 2021 [citado em 22 de novembro de 2022]; 26(2): 324-39. Disponível em: <http://www.cienciasecog-ni-cao.org/revista>
10. Rosenstock IM. Historical origins of The Health belief Model. *Health education monographs* [Internet], 1974 [citado em 22 de novembro de 2022]; 2: 328-35. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/109019817400200403>
11. Rosenstock IM. The Health belief Model and preventive health behavior. *Health education monographs* [Internet], 1974 [citado em 22 de setembro de 2022]; 2: 354-87. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/109019817400200405?journalCode=heba>
12. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev. Pesquisa Qualitativa* [Internet]. 2017 [citado em 20 de novembro de 2022]; 5(7):1-12. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82>
13. Bardin L. *L'analyse de Contenu*. 1ª ed. Lisboa: Edições 70; 2016.
14. Oliveira DC. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro [Internet]. 2008 [citado em 28 de outubro de 2022]; 16(4): 569-76. Disponível em: <https://docplayer.com.br/264827-Analise-de-conteudo-tematico-categorial-uma.html>
15. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2007 [citado em 24 de novembro de 2022]; 19(6): 349-57. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17872937/>
16. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012 [citado em 24 de setembro de 2022]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
17. Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento nacional de informações penitenciárias – InfoPen Atualização: julho a dezembro 2020 [Internet]. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública; 2020 [citado 27 de novembro de 2022]. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiZTk1MWI5MzUtZDFIMS00NmY0LWJkNjctM2YxZThlODI1MTNlIiwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MWYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9>
18. Graça BC, Mariano MM, Gusmão MAJX, Cabral JF, Nascimento VF, Gleriano JS et al. Dificuldades das mulheres privadas de liberdade no acesso aos serviços de saúde. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet],

2018 [citado em 28 de outubro de 2022]; 31(2): 1-9. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/7374/pdf>

19. Araújo MM et al. Assistência à saúde de mulheres encarceradas: análise com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas. Escola Anna Nery [online], 2020 [citado em 20 de novembro de 2022]; 24(3): e20190303. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0303>

20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.662 de 3 de outubro de 2022. Dispõe sobre o repasse dos recursos do componente básico da assistência farmacêutica no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. 2022. Disponível em: <https://brasilsus.com.br/wp-content/uploads/2022/10/portaria3662.pdf>