
MULHERES RECLUSAS

E VULNERABILIDADE

AO VÍRUS HIV/AIDS

ROSANGELA CORTES ARAÚJO, **ELINE JONAS**,
IRMTRAUT ARACI HOFFMANN PFRIMER

Resumo: o presente trabalho teve como objetivos a identificação do perfil sociodemográfico e dos fatores determinantes da vulnerabilidade à infecção pelo vírus HIV em mulheres reclusas, cujos parceiros sexuais são detentos da Agência Goiana do Sistema Prisional. Os resultados indicaram que 41% das detentas mantinham relacionamentos afetivos dentro do sistema prisional goiano, levando-as a conviver com um fator de risco aumentado em 40% de contrair a infecção pelo vírus HIV. As características gerais desta população são mulheres advindas de famílias numerosas, decorrentes de áreas urbanas, que já viveram na rua em algum período de suas vidas, com história de desestruturação familiar e violência.

Palavras-chave: Mulher, AIDS, Sistema Prisional, Vulnerabilidade

A discussão sobre vulnerabilidade no universo do HIV/AIDS em homens e mulheres é recente, pois até então o tema era tratado como um problema de saúde de grupos considerados de risco. Estudos atuais já identificaram que a dinâmica da disseminação do vírus HIV/AIDS tem sido desigual junto aos grupos vulneráveis da população e está diretamente relacionada ao comportamento e ao ambiente de risco.

A *feminização* da epidemia da AIDS talvez seja ainda um dos aspectos menos estudados da doença, apesar da grande ameaça para a saúde das mulheres e da possibilidade de transmissão vertical do vírus. Estima-se que, atualmente, três mil mulheres sejam infectadas a cada dia, em todo o mundo. A maior parte delas (85%) é constituída de mulheres jovens e em idade reprodutiva (MELO, 1996).

As respostas à epidemia, produzidas ao longo destas últimas décadas, tiveram dois enfoques: o *biomédico* – centrado na identificação do vírus, em seu mecanismo de ação, na resposta do sistema imunológico, na produção de vacinas e no caminho para o tratamento; o *comportamento individual e coletivo* – focado no empenho em desenvolver e programar a prevenção da transmissão do HIV (SANCHES, 1999). Tanto a AIDS quanto as doenças sexualmente transmissíveis (DST) são enfermidades que podem ser evitadas com algumas medidas preventivas aparentemente simples. Essas ações, entretanto, tornam-se muito complexas na medida em que estão relacionadas com os comportamentos humanos, os quais têm múltiplos determinantes e são construídos na existência humana em decorrência da história de vida singular das pessoas.

Como afirma Sanches (1999), a mudança efetiva do comportamento sexual pode ser o meio mais promissor de enfrentamento da epidemia da AIDS, mediante ações preventivas. Além disto, os estudos sobre sexualidade indicam que as práticas sexuais estão relacionadas com as representações e os comportamentos sociais, sendo importante à compreensão do meio sociocultural no qual o indivíduo desenvolve as suas relações afetivas e seus padrões de interpretação da realidade, além dos sentimentos e expectativas futuras (PARKER, 1994).

Em se tratando de grupos vulneráveis, cabe ressaltar que o Programa de Prevenção da AIDS das Nações Unidas (UNAIDS, 1998) tem alertado continuamente as autoridades prisionais para que tomem medidas preventivas para evitar maiores índices de contaminação pelo vírus nos presídios, sendo considerados como “[...] um território ideal para a transmissão do vírus HIV”. As populações carcerárias, em toda parte, tendem a requerer mais assistência médica do que a população como um todo.

Dados da vigilância epidemiológica divulgados pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000) comprovam que o crescimento da AIDS entre mulheres vai além das implicações

apresentadas para esta epidemia. As mulheres ocupam papel relevante na sociedade quando assumem o papel agregador e de zelo dos núcleos familiares, portanto pode ocorrer uma desestruturação familiar quando acontece o esvaziamento desse papel por motivo de doença. Considere-se ainda, o papel de responsáveis pela manutenção da família, pois 25% das mulheres atualmente são chefes de família e contribuem com o sustento familiar.

Esta afirmação pode ser referendada pelo relatório sobre a Situação da População Mundial (2002) que informa: a quantidade de mulheres pobres é superior a de homens, a carga de horas trabalhadas é maior que a dos homens, mesmo não sendo considerada a atividade doméstica, além do que as mulheres têm menores condições de acesso aos serviços de saúde. A discriminação de gênero, raça e de etnia tem acentuado as desigualdades entre homens e mulheres, contribuindo para a configuração de padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte.

Observa-se que no campo das relações afetivas que as negociações de práticas sexuais mais seguras com seus parceiros são também as mais difíceis: pelas desigualdades de poder entre os gêneros, a dependência econômica e a necessidade de não romper com os valores sociais que a colocam como responsável pela estabilidade familiar. Existe ainda, o medo de ser abandonada ou violentada pelo companheiro, que pode vir a ‘forçar o sexo’ sem proteção (GUILHEM, 2005).

Assim, as mulheres não são vulneráveis porque são pobres ou estão excluídas socialmente, mas tornam-se mais vulneráveis ainda pelo contexto social de dominação em que vive sendo vedado a elas o poder do questionamento direto às suas dúvidas. Portanto, se o objetivo é enfrentar de fato o problema da disseminação do HIV/AIDS entre as mulheres é necessário oportunizar o diálogo entre mulheres e homens, onde a *cegueira voluntária* seria gradualmente substituída pela curiosidade presente no *olhar e no falar*, trazendo assim a dúvida para a reflexão dentro do cenário possível. *Falar* traz uma possibilidade que, as informações e conhecimentos adquiridos possam servir de base para a mudança de comportamento, proporcionando o encontro com a crueldade do real e enxergar de fato o lugar que ocupam no mundo: o lugar da submissão física, moral, histórica e categórica (ROSSET, 1993).

Esta é uma realidade que nos faz resgatar Freud (1926/76) trazendo o conflito como um componente básico do mundo interno de fantasia, ao qual são inerentes os instintos de vida e de morte. Como nas práticas de sexo seguro, através do uso da camisinha, ocorre também a não proliferação da espécie, deve ser considerado também que, o instinto humano tende a promover a sobrevivência, tanto próprio quanto da prole. Assim, o instinto de preservação e reprodução torna-se básico e, se necessária antes de si mesmo, a proteção é derivativa para melhorar a sobrevivência da espécie.

Ainda, quando tratamos dos fenômenos ligados à saúde, há também o chamado processo de perdas e luto que, ante as situações de privação de algo (material, moral ou ideal), faz o indivíduo desligar-se progressivamente do objeto perdido (TURATO, 2003). As situações de distanciamento afetivo, vividas pelas detentas nos presídios brasileiros, segundo o relatório Human Right White (1998), acarretam uma pressão e perda de contato com os laços familiares e as amizades, com efeito adverso sobre o bem-estar psicológico das detentas, prejudicando inclusive uma futura readaptação ao convívio em sociedade. Estas considerações são importantes para que o sistema prisional não aumente ainda mais o isolamento das detentas, além do que já é inerente ao próprio encarceramento.

O desafio para as ações na área de saúde, poderá continuar a ser uma abordagem coletiva do ser humano exposto ao vírus da AIDS, mas segundo Moreno (2001), deve ao mesmo tempo, contemplar uma maior compreensão da dinâmica do funcionamento psíquico, internalizado e particular em cada indivíduo, que através dos seus mecanismos de aceitação ou rejeição, pode lhes conferir a imunidade ou, pelo contrário, a vulnerabilidade individual.

Neste contexto foram considerados como prioritários pelo Ministério da Saúde (1998) os projetos de serviços de testagem, aconselhamento e informação ao público em geral, bem como aqueles dirigidos a segmentos populacionais em situação de risco e vulnerabilidade. Desde então, ficaram estabelecidas as intervenções em populações específicas, inclusive a feminina. Assim, seriam apoiadas ações de prevenção objetivando reverter o cenário da epidemia, diminuir a infecção pelo HIV nas mulheres, disponibilizar preservativos, fazer diagnóstico, oferecer assistên-

cia integral às mulheres que vivem com HIV/AIDS e garantir o aconselhamento e o suporte social.

Quando tratamos de mulheres presidiárias, a situação de vulnerabilidade se agrava, apesar de existirem programas instituídos como o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP, 2003). Este estabelece como uma das principais ações, em relação às pessoas presas, que haja a garantia de acesso a todos os níveis de atenção à saúde, uma vez que, reconhecidamente, os problemas decorrentes das condições de confinamento não têm sido objetos das ações de saúde de forma integral e efetiva. Portanto, foi importante a implementação de uma política pública de inclusão social que atentasse para a promoção dos direitos humanos das pessoas privadas de liberdade. Cabe agora uma reorientação do modelo assistencial, visando atender a esta população carente, dentro da lógica e dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Este trabalho teve como objetivo identificar o perfil sociodemográfico e comportamental, além dos fatores determinantes da vulnerabilidade à infecção pelo vírus HIV em mulheres reclusas, cujos parceiros sexuais são detentos da Agência Goiana do Sistema Prisional. Como objetivos específicos, buscaram traçar as condições econômicas, sociais e familiares, de mulheres reclusas cujos companheiros são detentos, identificarem a prevalência de HIV por meio de testes sorológicos na população em estudo. Além disto, identificar o comportamento sexual e a influência da história de vida na vulnerabilidade à infecção pelo HIV da população em estudo, de modo a indicar ações que possam promover a redução da vulnerabilidade à infecção pelo HIV.

CASUÍSTICA E METODOLOGIA

Esta pesquisa foi desenvolvida com mulheres detentas da Agência Goiana do Sistema Prisional, situada na BR 153 Km 611, em Aparecida de Goiânia, no Estado de Goiás. Inicialmente, 117 mulheres detentas foram cadastradas e submetidas, voluntariamente, à coleta de sangue para triagem sorológica de anticorpos anti-HIV, no mês de dezembro de 2005. Destas, foram selecionadas 48 detentas, por terem declarado serem companheiras de detentos neste mesmo sistema prisional. Estas detentas encontravam-se

distribuídas em duas alas: 19 na Casa de Prisão Provisória (CPP) e 29 no Centro de Inserção Social Consuelo Nasser (CIS). Destas, por impedimentos diversos, 35 finalizaram a pesquisa.

Posteriormente, foram realizadas 12 entrevistas, com duração média de 60 minutos no período de janeiro a abril de 2006, utilizando-se o método por saturação. Assim, foram entrevistadas tantas mulheres até que as informações coletadas fossem se tornando repetitivas e os dados foram considerados suficientes para a análise qualitativa.

As informações foram organizadas e analisadas, a partir das variáveis selecionadas de faixa etária, soropositividade e local de detenção, sendo efetuada a leitura reflexiva e o respectivo cruzamento, para a análise final das informações quantitativas e qualitativas.

Houve a concordância voluntária na pesquisa, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Católica de Goiás (COEP/UCG), sob o Protocolo nº 103/04.

Para este estudo foram selecionadas as variáveis pertinentes ao grupo familiar, aspectos sócio-econômicos, incluindo renda/trabalho, relações familiares e afetivas, perdas e luto, violência, envolvimento com drogas, cuidados com a saúde, atividade sexual, entre outros dados, que possibilitaram a leitura reflexiva e o cruzamento com as informações obtidas nos formulários.

As informações obtidas por meio dos formulários foram organizadas e tratadas estatisticamente. As análises e cruzamento dos dados foram efetuados pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, Monteiro, 2004). Na comparação entre os dados das alas femininas do presídio foi utilizado o Teste Exato de Fisher, com o auxílio da planilha Excel e a fórmula indicada para o cálculo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população alvo do presente estudo foram 117 detentas, sendo que destas mulheres, 48 declararam ter parceiros sexuais também detentos e foram voluntárias na primeira etapa da pesquisa. Isto representou que, 41% do total de detentas se relacionavam sexualmente com os presidiários, utilizando-se da possibilidade

de visitas íntimas, permitidas semanalmente para os homens no sistema goiano prisional.

Este percentual é bastante significativo, pois é grande o contingente de mulheres presidiárias que se relacionam internamente com os detentos. As mulheres alegam que se encontram semanalmente com os presos, pelo companheirismo ou por não terem outra opção de relacionamento sexual, e ainda, pelo desafeto existente em suas vidas.

A pouca privacidade tornou-se um problema sério e, para as visitas íntimas semanais, são usadas as próprias celas onde vivem os presos, mediante negociação direta entre eles, com regalias para alguns em detrimento de outros. Fica assim, negado às detentas, o direito de manterem suas relações sexuais com liberdade de escolha e, garantir o pleno exercício da sua sexualidade.

Os fatores da criminalidade, iniciados quase sempre através de drogas, foram relatados como o principal motivo do aprisionamento de mulheres. No sistema prisional goiano, 97,1% das 35 mulheres que participaram de todas as etapas da pesquisa afirmaram já ter tido envolvimento com drogas em algum momento da vida.

Foi constatado pelo Ministério da Saúde (2004), que entre os usuários de drogas, existe uma tendência de maior atividade sexual, com maior número de parceiros e com maior frequência de sexo desprotegido. Esta é uma experiência que faz parte da vida da quase totalidade das detentas, já que apenas uma das participantes não declarou envolvimento com drogas.

Os dados demonstraram que, as mulheres que vão para o confinamento mais prolongado no Centro de Inserção Social (CIS) Consuelo Nasser apresentam um risco de 40,0% superior de se tornarem HIV positivo, em relação a quem está no sistema prisional feminino como um todo. Considerando-se as políticas de visitação do presídio, cabe então, ressaltar o fato de que as mulheres detentas no CIS Consuelo Nasser permaneceram maior tempo em contato afetivo/sexual com os detentos, também por ter limitação de outras visitas íntimas.

Portanto, os riscos cresceram à medida que existia a promiscuidade sexual, alta viremia e presença de parceiros infectados há mais tempo pelo HIV, fatores estes que se encontravam superpostos nos relacionamentos permitidos no sistema prisional goiano.

De acordo com os dados da pesquisa, as mulheres de detentos do sistema prisional goiano são jovens, sendo que a maioria (31,4%) tem entre 24 e 29 anos, perfazendo 45,7% quando se amplia a faixa etária para 18 a 29 anos. No caso, todas as mulheres soropositivas têm entre 24 a 35 anos. A cor morena foi a declarada pela maioria (60%) na pesquisa, incluindo as mulheres soropositivas. Entre as presidiárias somente 14,3% são brancas, conforme apresentado na Tabela 1:

Tabela 1. Perfil sociodemográfico de 35 mulheres detentas e companheiras de presidiários, na Agência Goiana do Sistema Prisional, de dez/2005 a abr/2006.

Variáveis	Negativo		Positivo	
	n	%	n	%
Faixa Etária				
18 a 23	5	15,6	—	0,0
24 a 29	10	31,3	1	33,3
30 a 35	7	21,9	2	66,7
36 ou mais	10	31,3	—	0,0
Total	32	100,0	3	100,0
Raça/Cor				
Branca	5	15,6	—	0,0
Morena	18	56,3	3	100,0
Negra	3	9,4	—	0,0
Parda	6	18,8	—	0,0
Total	32	100,0	3	100,0
Estado Civil				
Casada/amasiada	23	71,9	2	66,7
Viúva	2	6,3	1	33,3
Solteira	7	21,9	—	0,0
Total	32	100,0	3	100,0
Número de pessoas na Família				
2	3	9,4	—	0,0
3	2	6,3	—	0,0
4	5	15,6	—	0,0
5	3	9,4	—	0,0
6	16	50,0	2	66,7
Não informado	3	9,4	1	33,3
Total	32	100,0	3	100,0
Renda Familiar (Salário Mínimo)				
Menos de 1	6	18,8	—	0,0
De 1 a 2	13	40,6	1	33,3
De 2 a 3	3	9,4	—	0,0
De 3 a 4	5	15,6	1	33,3
Acima de 4	2	6,3	—	0,0
Não informado	3	9,4	1	33,3
Total	32	100,0	3	100,0

As famílias são numerosas sendo que 51,4% das detentas pertencem a grupos familiares com mais de 6 pessoas, e 40% delas com renda familiar na faixa de 1 a 2 salários mínimos, e se

incluirmos as famílias com até 1 salário mínimo teremos 57,1%. A condição conjugal de casada ou amasiada foi informada por 71,4% das detentas, sendo que as mulheres soropositivas também se declararam casadas, exceto uma delas que era viúva.

O nível de instrução das detentas ficou em sua maioria (57,2%) situado até o 1º grau completo (ou ensino fundamental), sendo que destas, 48,6% ainda estão com o Fundamental incompleto. Este percentual, somado ao das mulheres que iniciaram e também não completaram o 2º grau (ou ensino médio) teremos 77,2%. Somente 20% das detentas conseguiram completar o ensino médio e 2,9% relataram nunca ter estudado.

Na Tabela 2, onde se compara o nível de instrução com o grau de profissionalização, foi observado que 63,7% das que estão detidas na Casa de Prisão Provisória (CPP) tem o segundo grau incompleto e completo. Entretanto, no Centro de Inserção Social (CIS) Consuelo Nasser, 66,7%, correspondente a 16 detentas, tem o primeiro grau, e destas, mais da metade, ainda não tem o ensino básico concluído, podendo ser consideradas semi-analfabetas.

Tabela 2. Número de presidiárias de acordo com o local que cumpre a pena, quanto ao nível de instrução e capacitação profissional, na Agência Goiana do Sistema Prisional, de dez/2005 a abr/2006.

Característica Profissional	CPP		CIS	
	n	%	n	%
Nível de instrução				
1º. Grau incompleto	4	36,4	13	54,2
1º. Grau completo	–	0,0	3	12,5
2º. Grau incompleto	4	36,4	3	12,5
2º. Grau completo	3	27,3	4	16,7
Não informado	–	0,0	1	4,2
Total	11	100,0	24	100,0
Curso Profissionalizante				
Não	9	81,8	3	12,5
Sim	2	18,2	19	79,2
Não informado	–	0,0	2	8,3
Total	11	100,0	24	100,0
Trabalho				
Não	6	54,5	8	33,3
Sim	5	45,5	15	62,5
Não informado	–	0,0	1	4,2
Total	11	100,0	24	100,0

É importante ressaltar esta diferença de escolaridade das mulheres do CPP, com 27,3% com o segundo grau completo e apenas 36,4% (4 detentas) que ainda não concluíram o primeiro grau, quando as mulheres do CIS são 54,2% sem completar o ensino básico. Em compensação, 81,8% das detentas do CPP não têm nenhuma qualificação profissional e no CIS, cerca de 80% declararam ter feito algum curso profissionalizante (a maioria internamente). Ficou, portanto, constatada a importância do investimento em cursos de qualificação pelo sistema goiano prisional, onde as mulheres podem participar de oficinas e também estudos de alfabetização até o primeiro grau completo.

Das mulheres entrevistadas, 17,6% alegam ter abandonado os estudos anteriormente por desinteresse ou desmotivação, 11,8% por ocasião do casamento ou por terem que amamentar seus filhos, sendo que à distância da escola e o valor das mensalidades (5,9%), problemas pessoais (5,9%) e diversos motivos são alegados pelas demais. Somente 14,7% ainda estudam dentro do presídio, sendo que 2,9% disseram ter abandonado por causa da prisão.

Em relação ao trabalho, na Casa de Prisão Provisória (CPP) 54,5% das mulheres ainda não exercem atividades, entretanto no CIS Consuelo Nasser 62,5% das detentas já possuem alguma remuneração pelo trabalho, significando uma forma de geração de renda e uma conquista destas mulheres presidiárias.

Como o Sistema Prisional proporciona o trabalho para as detentas, há mais oportunidades para as mulheres que fazem os cursos profissionalizantes oferecidos internamente. Ainda assim, elas reclamaram do pouco acesso ao trabalho, das dificuldades financeiras e dos sofrimentos causados pela violência interna no presídio.

É interessante observar que gravidez e filhos são considerados pelas detentas como ganhos secundários em relação às adversidades da vida. Foi encontrado um índice de 11,8% de mulheres grávidas no presídio durante o período pesquisado, servindo de alerta, porque a AIDS e a gravidez podem ocorrer na mesma relação sexual, conforme afirmado por Paiva (2003). Assim, ao desejar ter filhos para receberem um pouco mais de atenção e conforto relativo dos familiares e até mesmo na prisão, as mulheres se expõem ao risco de serem infectadas pelo parceiro, ao praticar o sexo sem uso de preservativos.

As famílias são numerosas e advindas de áreas urbanas (68,6%) tendo residido na capital (62,9%). Em relação à naturalidade, as mulheres soropositivas são todas urbanas e as não identificadas como portadoras do vírus HIV são 68,8% urbanas e 9,4% advindas do meio rural. Quanto à moradia, 43,8% das mulheres residiam anteriormente junto com os filhos. Foi informado também que 58,8% das mulheres já viveram na rua em algum período de suas vidas. As detentas foram criadas em sua maioria pelo pai e/ou mãe (82,9%), sendo que isto é válido também para as mulheres soropositivas.

Grande parte das mulheres relatou perdas e lutos ocorridos em suas vidas, causados pela violência a que elas e seus familiares estavam submetidos, tais como:

A coisa mais marcante da minha vida foi a perda da minha mãe... Com a perda da minha mãe eu tive muitos problemas ... eu fui para a cadeia... sempre relaciono a perda da minha mãe, eu sinto muita falta dela... (DETENTA 2, CIS)

Este filho que morreu fez tudo do jeito que eu fiz. Revoltou também, não estudava, queria fugir de casa, não queria ficar comigo e queria ser dono dele com 10 anos. Eu lutei por ele, mas só que aconteceu de eu vim para a cadeia...aí foram e mataram ele lá fora. (DETENTA 8, CIS)

Estes relatos comprovam a literatura quando trata dos casos de instabilidade e desestruturação familiar por separações e mortes, onde as crianças e jovens passam a não ser uma responsabilidade somente da mãe ou do pai, mas de toda a rede de sociabilidade em que a família está inserida. Isto é, há uma coletivização das responsabilidades dentro do grupo de parentesco. A dificuldade se agrava quando essas crianças/jovens não encontram respaldo para o seu desenvolvimento saudável, ao não estabelecerem novos vínculos afetivos em famílias substitutas, ou ainda quando são levadas para as ruas, pelas divergências de crenças e valores não trabalhados adequadamente nesses núcleos familiares.

Nesses relatos ficou evidente também que, o afastamento da figura materna pode gerar carência afetiva, em virtude do papel agregador exercido pela mãe e do zelo com os filhos. Ficou con-

firmada também uma tendência para famílias mais numerosas, além da ocorrência frequente da gravidez precoce.

Fui criada na rua...então a primeira coisa que eu fiz foi sair de casa. Eu fui criada com minha madrinha até os 9 anos, mas ela me batia demais. Aí engravidei... me perdi...eu tinha 12 anos. Eu tive três filhos. Para cuidar dos meus filhos eu tinha que roubar, assaltar... tinha que fazer tudo quanto é 'trem' errado. (DETENTA 10, CIS)

Outro aspecto que convém ressaltar e que a literatura sustenta se refere ao contexto onde família e pobreza afeta as relações de parentesco e afetividade das pessoas. A vulnerabilidade da família de baixa renda pode explicar a frequência com que ocorrem rupturas conjugais, as quais geram alterações nos lares e dificultam o desempenho dos papéis familiares. Essas uniões instáveis e empregos incertos geram um reordenamento da rede de parentesco como um todo para viabilizar a sobrevivência da família pobre.

Em face da fragilidade dos laços conjugais e da insegurança vivida pelos filhos, a desestruturação familiar e fatores relacionados com a violência na infância também aparecem nos relatos.

Meu irmão mais velho tinha 13 anos e falou que eu já tinha visto a malucagem da minha mãe... acho que se ela pudesse ela dava nós todo mundo pro outros. (DETENTA 2, CIS)

O problema mais por ser criada e não ter minha mãe. Ser filha do assassino e da vítima. Então eu fui criada assim... Qualquer coisa de errado jogava isso na minha cara. (DETENTA 4, CIS)

Os relatos comprovam que as novas relações conjugais constituídas após ter filhos de relacionamentos anteriores, abalam o grupo doméstico. Os irmãos não são do mesmo pai e da mesma mãe, gerando conflitos entre as crianças e, podendo a mulher pobre ter que dar seus filhos, mesmo que temporariamente. Além disso, os depoimentos coincidem com a literatura quando tratamos dos sentimentos das mães desamparadas, ao darem seus filhos para outros criarem, diz respeito a um padrão absorvido nos quais as crianças fazem parte da rede de relações que marcam a vida dos

pobres. Reforça assim a rede de obrigações e traz junto à noção de família: “*são da família aqueles com quem se pode contar, quer dizer, aqueles em quem se pode confiar*” (FONSECA, 2002):

Logo que meu padrasto morreu, o pai dos meus irmãos, só que separados porque nós os mais velhos não somos filhos do mesmo pai, aliás todos não somos filhos do mesmo pai. (DETENTA 3, CIS).

Meus filhos eu criei eles, eu usava muita droga...eles viam e eles conhecem a gente só de olhar eles sabem... mas eu dei amor a eles, amor que eu nunca tive...amor de pai e mãe. (DETENTA 10, CIS)

As detentas carecem de atendimento e exames médicos, de esclarecimentos sobre sintomas de doenças e de uma alimentação mais adequada. Além da dificuldade de ter acesso a medicamentos que, são caros e consomem quase toda a renda familiar, fazendo com que somente algumas mulheres possam adquiri-los, ficando as outras dependentes dos medicamentos fornecidos pelo SUS (quase sempre em falta).

Sofrem ainda muitas restrições quanto à manutenção dos seus relacionamentos sexuais, pois nos sistemas prisionais está estabelecida a frequência (uma vez por semana), fixado o horário (07:00 às 13:45 h) e também a quantidade de visitas a serem recebidas pelas detentas. Assim, às vezes elas são obrigadas a escolher entre a família e o parceiro detento para encontrar semanalmente.

Segundo constante nas normas e leis reguladoras dos sistemas prisionais, deve ser permitido às detentas, o livre exercício da sua sexualidade, por meio da visita habitual e de natureza íntima, com os seus companheiros e em local apropriado. Inclusive, com a possibilidade de visita de parceiros sexuais externos, sendo preservadas as normas básicas de segurança. Um modelo deste funcionamento é mostrado no Instituto Penal Feminino Desembargadora Auri Moura Costa, em Fortaleza, onde as presas recebem visitas e podem manter relacionamento sexual com seus namorados e/ou companheiros. Os alojamentos femininos são mantidos limpos e com decoração, denominados “Venustérios”. Ou ainda, no presídio em

Pernambuco, onde o sistema de segurança é através de detector de metais, preservando-se a segurança do estabelecimento e sem submeter os familiares à humilhação do desnudamento, comum na maioria dos presídios brasileiros, conforme divulgado pela II Caravana Nacional de Direitos Humanos (2000).

Os dados que podem ser considerados na Tabela 3 mostram que 76,7% das detentas não tem parceiro fixo e que iniciaram bem jovens ainda os relacionamentos sexuais. O início da atividade sexual foi precoce para 88,6% das detentas com a idade entre 14 e 18 anos. Mostraram ter parceiros fixos as mulheres que iniciaram a vida sexual mais tarde. Tal fato é explicado pelo início precoce da atividade sexual em relação aos adolescentes do sexo masculino, normalmente com homens com maior experiência sexual e mais exposto aos riscos de contaminação por DST e pela AIDS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Tabela 3. Número de presidiárias de acordo com o início de atividade sexual e número de parceiros na Agência Goiana do Sistema Prisional, de dez/2005 a abr/2006.

Possui companheiro fixo	Início atividade sexual			
	De 14 a 18 anos		Acima de 18 anos	
	n	%	n	%
Não	23	76,7	–	0,0
Sim	7	23,3	3	100,0
Total	30	100,0	3	100,0

Em resumo, é nesta população de mulheres vulneráveis, que a infecção pelo HIV mais cresce. A maioria delas é jovem, não tem parceiro fixo ou único, sendo que um dos problemas críticos consiste na prática de sexo seguro, em razão da recusa do parceiro em usar métodos de prevenção como camisinha, entre outros. Assim, os programas preventivos do governo, os quais insistem no uso de preservativos, têm de estar atentos à realidade social em que estas mulheres vivem que se configura por uma relação de dependência afetiva, conformismo e ocultamento, e até mesmo de medo da rejeição dos parceiros. Para elas, a manutenção do companheiro continua sendo ainda importante para a garantia do apoio emocional e também do suporte financeiro, já que, às vezes, é o único meio de amparo de que dispõem estas mulheres.

Estes dados vêm reforçar a necessidade de um melhor controle sobre a saúde e os cuidados preventivos com esta população

confinada em todos os presídios brasileiros. Este é um procedimento determinado pelo Ministério da Saúde (2005), destacando que a prevenção de DST/AIDS em presídios, deve ser precedida de testagem, tratamento e orientação individualizada, pelo fato que, as condições de vida desta população reúnem vários fatores determinantes de grupos de alto risco. Constam nas políticas de saúde que, os estabelecimentos prisionais brasileiros manterão serviços permanentes de esclarecimentos aos detentos e familiares, visando à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, oferecendo preservativos e o apoio necessário ao exercício seguro da sexualidade. Apesar de existirem estas normas e políticas de saúde já estabelecidas para os sistemas prisionais, o que se tem observado é que elas não têm sido cumpridas na prática.

As expectativas de vida são vagamente apresentadas pelas entrevistadas como sonhos perdidos no tempo, algumas transferindo o desejo de ser boa mãe para os netos ou para um futuro melhor:

Espero daqui para frente cuidar dos meus netos... não tenho ainda não... só tenho planos e vou cuidar dos netos dos meus filhos. Agora eu tenho uma paz aqui. Meu namorado é bom comigo e me dá presentes, bombom e cigarro... então, assim, ele é muito carinhoso comigo. (DETENTA 3, CIS)

Espero escrever um livro... terminar quando eu tiver 30 anos, que eu quero escrever mais coisa sobre isso. Agora que eu tenho 21 e vou fazer 22 em agosto... um livro que vai ser a minha vida...Águas do Passado o nome que eu dei... Um dos motivos de escrever foi para me ajudar... pois tenho esperança. (DETENTA 8, CIS)

Quero erguer minha cabeça e mostrar para todo mundo e para mim mesmo que vou renascer das cinzas... para começar lá debaixo de novo... mas com honestidade. (DETENTA 4, CIS).

Outro fato relevante a ser considerado é a violência contra os filhos gerados e mantidos na prisão, que pode acontecer durante a gestação, em virtude da falta de assistência médica adequada, ou nos primeiros meses/ano de vida, causada pelos próprios pais ou por terceiros.

A outra menina que tive no sistema prisional, com o cara que conheci aí... Ele molestou minha filha, ela tem um aninho. Fez um ano dia 2 de fevereiro... bem dizer um bebê...saber que o próprio pai tentou molestar ela eu vou sair da cadeia com qual cabeça...e isso me revolta... (DETENTA 9, CIS)

A Constituição de 1988 garante às presas o direito de manter seus bebês consigo durante todo o período de lactação e esta parece ser a melhor alternativa para a saúde física e psíquica da criança. No entanto, é necessário um cuidado especial para assegurar que as condições de vida dessas crianças sejam preservadas, principalmente quanto aos possíveis abusos ou privações decorrentes do estado mental e de saúde dos pais presos, ou até mesmo das condições de acolhimento no presídio.

O relato anterior traz indicações dos riscos a que estão sujeitas algumas dessas crianças que convivem com os detentos no sistema prisional goiano. Durante o período da pesquisa, a equipe presenciou o fato de uma detenta que, mantinha seu bebê embaixo da cama de alvenaria e dormia junto com ele, demonstrando medo de agressões e sinais de perturbação. Nesse contexto, de que maneira estariam sendo mais bem atendidos os princípios da Constituição, onde existe a necessidade de se preservar os direitos da infância e da adolescência, independente da família em que estes são oriundos.

De uma maneira geral, as detentas do sistema goiano prisional possuem um conhecimento básico sobre a AIDS, as formas de transmissão e de prevenção da doença. Entretanto, a percepção de susceptibilidade individual é baixa, sendo que o sexo seguro baseia-se no pressuposto de ter um único parceiro, isto é, as mulheres que relatam ter um parceiro somente não acham que precisam se cuidar.

Na Agência Goiana do Sistema Prisional, visando minimizar os fatores que comprometem a saúde no presídio, foi implantada em 2005 a Cartilha de Saúde com o intuito de buscar a melhoria da qualidade de vida da população carcerária. O texto, direcionado para os Agentes de Saúde sejam os reeducandos¹, agentes penitenciários e profissionais de saúde ou gestores, contém informações sobre saúde da mulher e da criança, dependência química e orientações sobre a importância de *'fazer o caminho de volta'*.

Dentro deste princípio, foi instituído o programa “Luz para as Mulheres”, cuja iniciativa objetiva a prevenção e atendimento às mulheres reeducandas², para doenças sexualmente transmissíveis (DST) e câncer de mama.

As ações previstas incluem o atendimento para a coleta de material preventivo, coleta de sangue para diagnóstico de DST, sífilis, HPV e AIDS, além de palestras sobre prevenção e tratamento. Incluem também o planejamento familiar e a distribuição de material educativo, que se executados conforme a programação existente virá diminuir as lacunas de saúde apontadas anteriormente para as detentas da Agência Goiana do Sistema Prisional.

Outras ações poderão ser implantadas, tais como a construção de um berçário/creche para a acolhida adequada das crianças geradas e criadas no presídio, melhorando o atendimento às necessidades básicas das crianças que tem que conviver com suas famílias dentro do ambiente prisional.

Os resultados deste estudo indicam a busca de soluções para diversas questões envolvendo a vulnerabilidade feminina à infecção com o vírus HIV. Tem por base ações de saúde que obedecem aos princípios da integralidade, universalização, equidade e descentralização que regem o Sistema Único de Saúde (SUS) e que, através das Secretarias de Saúde dos Municípios, podem vir a atender satisfatoriamente esta população confinada.

Boas políticas e boas práticas de saúde para as mulheres implicam em abordar claramente a sexualidade, discutir os tabus, melhorar os serviços de saúde reprodutiva e enfrentar a violência contra as mulheres, cuja abordagem é imprescindível para diminuir a vulnerabilidade das mulheres. Estas ações conjuntas podem levar a melhoria nos cuidados com a saúde feminina nos sistemas prisionais brasileiros.

CONCLUSÕES

1. O fator de risco em se contrair a infecção pelo vírus HIV foi aumentado em 40% para as detentas com permanência mais prolongada no sistema prisional goiano, pois uma grande quantidade de mulheres (41%) relaciona-se com companheiros também reclusos. Isto demonstra a importância da implantação de medidas preventivas, de tratamento e acompanhamento de DST/AIDS,

além da necessidade de ter instalações adequadas para o exercício sexual mais saudável nos presídios femininos.

2. A renda familiar foi diretamente proporcional ao grau de instrução encontrado entre as detentas, sendo que as mulheres com baixa escolaridade apresentaram menor capacidade de geração de renda. Foi observado que 57,2% das mulheres fizeram somente o primeiro grau, onde destas, quase a metade, ainda não completaram o ensino básico, podendo ser consideradas semi-analfabetas. Portanto, são importantes as ações para proporcionar a educação nos presídios goianos, devendo ser estimulada à continuidade dos estudos, visando dar oportunidades de ensino fundamental e superior.

3. A qualificação profissional oferecida para as detentas tem sido importante através de cursos profissionalizantes, já que 60% foram beneficiadas dentro do sistema prisional goiano. Embora aumente as oportunidades de inserção social, não é suficiente.

4. As mulheres detentas apresentam as características gerais de pertencerem a famílias numerosas, decorrentes de áreas urbanas, que já viveram na rua em algum período de suas vidas, com história de desestruturação familiar e violência. As mulheres soropositivas encontram-se na faixa etária de 24 a 35 anos, declaradas de cor morena, casadas e viúva, tendo sido criadas pelos pais e com moradia diversa dos filhos atuais. É necessário investir no desenvolvimento psicossocial das detentas, através de tratamento terapêutico individual e em grupo, oportunizando mudanças de comportamento e a reconstrução de valores humanos mais saudáveis.

5. Para cumprir a norma de que as detentas fiquem com seus bebês durante todo o período de amamentação, as prisões devem ser devidamente equipadas com um berçário onde as mães possam manter e amamentar seus filhos. Além disto, precisam receber um suporte médico e psicológico especializado, pois essas crianças merecem ser tratadas com todo o respeito e direitos humanos.

6. A reflexão sobre as políticas públicas de saúde na área de promoção e prevenção dirigidas à AIDS, necessitam buscar uma abordagem da saúde integrada. Isto pode levar ao desenvolvimento com sustentabilidade, direcionado para a qualidade de vida das pessoas e ao direito de cidadania, independente do local em que estão estas pessoas no país.

Notas

^{1 2} ‘Reeducandos(as)’ são os termos usados internamente na Agência Goiana do Sistema Prisional, quando se referem aos detentos e detentas.

Referências

FONSECA C., 2002. Caminhos da adoção. 2 ed. São Paulo: Cortez.

FREUD S., 1926/76. Inibições, sintomas e ansiedade. Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1926 v. XX. Tradução de Jayme Salomão.

GUILHEM DM., 2005. Escravos do risco - bioética, mulheres e AIDS. Brasília; Editora Universidade de Brasília: Finatec.

HRW (Human Rights Watch), 1998. O Brasil por trás das grades. Disponível em: <http://hrw.org/portuguese/reports/presos>.

MELO VH, 1996. Aspectos atuais da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana da mulher. Minas Gerais: Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Minas Gerais.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998. AIDS no Brasil: um esforço conjunto governo-sociedade. Brasília: Coordenação Nacional de DST e AIDS.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004. Programa Nacional de DST/AIDS; Disponível em: <http://www.aids.gov.br>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005. Programa Nacional de DST/AIDS; Dados relativos ao ano de 2005. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>.

OMS, 2001. World report on violence and health. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/worl_report/chapters/en

PAIVA V, Venturi G, França Jr. I, Lopes F. Uso de preservativos. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

PARKER, 2000. Camargo Junior KR. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos In.: Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro;

ROSSET C, 1993. O princípio da crueldade. Rio de Janeiro: Rocco.

SANCHES KRB, 1999. A AIDS e as mulheres jovens: uma questão de vulnerabilidade [doutorado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. Disponível em: <http://portaleses.cictfiocruz.br>

TURATO ER., 2003. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-quantitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humana. 2.ed. Petrópolis: Vozes.

UNAIDS. AIDS, 2004 epidemics situation. UNAIDS Report. World Health Organization; 2004. Disponível em <http://www.unaids.org>.

Abstract: the purpose of the present study was to identify the sociodemographic profile and determinant factors of the vulnerability in recluse women infected by the HIV virus, whose sexual partners are captives at the state prison (Agência Goiana do Sistema Prisional). The results showed that 41% of the women captives had relationship inside the prison, conducting them to live with an increasement of 40% of risk in being infected by the HIV virus. The general features of this population are women with big families, coming from urban areas, who lived on streets some time in their lives, with history of family problems and violence. The conclusion is that the women captives need specialized psycossocial assistance to reduce determinant factors of vulnerability.

Keywords: woman, AIDS, prisional system, vulnerability

ROSANGELA CORTES ARAÚJO

Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde – Universidade Católica de Goiás (UCG).

ELINE JONAS

Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde – Universidade Católica de Goiás (UCG).

IRMTRAUT ARACI HOFFMANN PFRIMER

Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde – Universidade Católica de Goiás (UCG).

E-mail: pfrimmer@brturbo.com.br