MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA
COORDENAÇÃO DE ENSINO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ONCOLOGIA

Juliana da Silva Barbosa Santiago da Silva

Saúde, um direito de todos e dever do Estado: uma análise sobre o “acesso” das mulheres em situação privativa de liberdade ao tratamento de câncer do colo do útero

Rio de Janeiro
2021

JULIANA DA SILVA BARBOSA SANTIAGO DA SILVA

Saúde, um direito de todos e dever do Estado: uma análise sobre o “acesso” das mulheres em situação privativa de liberdade ao tratamento de câncer do colo do útero

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva como requisito parcial para a conclusão da Residência Multiprofissional em Oncologia.

Orientadora: Ana Claudia Correia Nogueira

Coorientadora: Fernanda dos Reis Melo

Rio de Janeiro

2021

JULIANA DA SILVA BARBOSA SANTIAGO DA SILVA

Saúde, um direito de todos e dever do Estado: uma análise sobre o “acesso” das mulheres em situação privativa de liberdade ao tratamento de câncer do colo do útero

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva como requisito parcial para a conclusão da Residência Multiprofissional em Oncologia.

Aprovada em:

Banca examinadora:

_____

Dra. Ana Claudia Correia Nogueira
Instituto Nacional do Câncer - INCA

_____

MS. Carmen Lucia de Paula
Instituto Nacional do Câncer - INCA

_____

Dra. Vanessa Bezerra de Souza
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Rio de Janeiro

2021

SAÚDE, UM DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO: UMA ANÁLISE SOBRE O "ACESSO" DAS MULHERES EM SITUAÇÃO PRIVATIVA DE LIBERDADE AO TRATAMENTO DE CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Juliana da Silva Barbosa Santiago da Silva[1]

RESUMO

O presente estudo tem por objetivo identificar e analisar o acesso das mulheres em situação privativa de liberdade ao tratamento de câncer do colo do útero no estado do Rio de Janeiro, mais especificamente no Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Trata-se de um estudo de caráter exploratório, com abordagem qualitativa, utilizando o materialismo histórico dialético e técnica de análise de conteúdo, a partir da aplicação de questionários eletrônicos semiestruturados com profissionais da Secretaria de Administração Penitenciária (SEAP) e com os profissionais do INCA, na unidade Hospital do Câncer II (HC II). Análise dos dados mostra que a população feminina no sistema prisional encontra grande dificuldade para acessar os serviços de saúde e, no campo da oncologia, essa realidade se mostra contundente, tendo em vista a negligência do Estado na garantia do acesso completo aos serviços de saúde, especificamente quando se evidencia um ínfimo número de mulheres inseridas nos atendimentos de alta complexidade, como no caso do câncer ginecológico. Pelos relatos dos profissionais entrevistados, observamos que a grande dificuldade enfrentada por essas mulheres para o seu ingresso na rede de atenção em saúde começa no atendimento na atenção básica, que não ocorre conforme previsto na legislação. Os atendimentos e procedimentos que deveriam ser coordenados pela SEAP, em nível primário, são realizados de forma insuficiente e vão impactando na continuidade do acompanhamento em saúde. Considerando que a saúde é um direito humano e social, é preciso problematizar o cenário da saúde pública, construindo indicadores sobre a situação das mulheres em situação privativa de liberdade com câncer do colo do útero, a partir do diagnóstico e tratamento oncológico.

Palavras-chave: População privada de liberdade; Saúde da mulher; Câncer do Colo do Útero; Acesso aos serviços de saúde.

---

[1] Assistente Social graduada pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Especializanda do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA/HC II), Avenida Binário do Porto, 831 - Santo Cristo, Rio de Janeiro - RJ, 20220-250, Brasil. E-mail: juliana.barbosa100@yahoo.com.br

ABSTRACT

The present study aims to identify and analyze the access of women in a situation of deprivation of liberty to the treatment of cervical cancer in the state of Rio de Janeiro, more specifically at the National Cancer Institute José Alencar Gomes da Silva (INCA). This is an exploratory study, with a qualitative approach, using historical dialectical materialism and content analysis technique, based on the application of semi-structured electronic questionnaires with professionals from the Secretariat of Penitentiary Administration (SEAP) and with INCA professionals., at the Hospital do Câncer II (HC II) unit. Data analysis shows that the female population in the prison system finds it very difficult to access health services and, in the field of oncology, this reality is blunt, in view of the State's negligence in guaranteeing full access to health services, specifically when there is a very small number of women in high complexity care, as in the case of gynecological cancer. From the reports of the interviewed professionals, we observed that the great difficulty faced by these women to enter the health care network begins with primary care, which does not occur as required by law. The care and procedures that should be coordinated by SEAP, at the primary level, are insufficiently performed and impact on the continuity of health monitoring. Considering that health is a human and social right, it is necessary to problematize the public health scenario, building indicators on the situation of women in a situation of deprivation of liberty with cervical cancer, based on cancer diagnosis and treatment.

Keywords: Population deprived of liberty; Women's health; Cervical Cancer; Access to health services.

INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero acomete uma grande parcela da população feminina brasileira, sendo uma questão de saúde pública com estimativa de 16.710 casos novos de câncer do colo do útero para cada ano entre 2020-2022, com risco estimado de 16,35 casos a cada 100 mil mulheres. Excetuando-se o câncer de pele não melanoma, é o terceiro tumor maligno mais frequente na população feminina (atrás do câncer de mama e do colorretal), e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil (BRASIL, 2020). De acordo com o Atlas da Mortalidade, do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), o número de óbitos, em 2019, foi de 6.596, correspondendo a taxa de mortalidade de 5,33/100 mil mulheres. Esse dado demonstra uma alarmante questão social na saúde, em países periféricos, considerando que esse tipo de adoecimento tem fácil detecção precoce e proposta curativa de baixo custo.

Para Nogueira (2017), a discussão central sobre a temática do acesso ao serviço de oncologia ginecológica envolve questionamentos no âmbito da organização das redes de serviços no estado do Rio de Janeiro e a realidade da população usuária dos serviços de saúde, a partir das determinações sociais, em suas múltiplas expressões. Destaca ainda, questionamentos acerca do cotidiano, sobretudo pelo fato da experiência profissional, no campo da oncologia, constituir-se campo privilegiado desse *lócus* de estudo.

O panorama da saúde pública aponta que uma parcela das mulheres, privada de liberdade, aparece pouco especificada nos registros hospitalares e/ou dados da Saúde Pública, isso é uma realidade apresentada também no serviço de oncologia, ao não identificar informações sistematizadas sobre atendimento dessa população, considerando a importância da intersetorialidade das ações em saúde. Essa é uma lacuna que aparece também na literatura. No levantamento realizado nas plataformas Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências em Saúde (Lilacs), com o cruzamento dos termos mulheres/sistema prisional, prisões/serviços de saúde da mulher, neoplasias do colo de útero/prisões, prisões/saúde da mulher, mulheres encarceradas/câncer do colo

de útero, presidiárias em câncer do colo do útero e acesso aos serviços de saúde por presidiárias, foram encontrados, no total, 194 trabalhos. Deste universo pesquisado, somente 9 tinham relação com o estudo sobre mulheres privadas de liberdade e câncer do colo do útero. Os outros estudos retratavam a saúde da mulher a partir dos fatores de risco e sua relação com as doenças sexualmente transmissíveis, sendo que um deles abordava a saúde considerando os determinantes sociais.

A escassa produção sobre a temática, no âmbito da saúde, indica uma possível lacuna no processo assistencial no que concerne ao acesso à saúde das mulheres em situação privativa de liberdade, especificamente quando não há visibilidade da condição do atendimento realizado à essa população encarcerada. Há de se considerar neste debate os preceitos e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS): a saúde enquanto direito humano e social.

> A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, Constituição Federal de 1988, artigo 196)

Em tempos presentes, um dos maiores desafios na saúde é reafirmá-la a partir das determinações sociais, considerando os resultantes das condições de vida e de trabalho da população; tendo como norte a concepção ampliada de saúde. No entanto, quando se trata da população em situação privada de liberdade, a questão social aparece como um hiato dessa interlocução, “saúde direito de todos e dever do Estado”. Obviamente, é um desafio construir indicadores e propostas de trabalho alinhados à essa realidade social. Dados da saúde prisional feminina brasileira e especificação por estado, sobre: oferta de profissionais; estrutura física; patologias e mortalidade, podem ser encontrados no Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN) 2019 do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN). De acordo com informações disponibilizadas no site do DEPEN, para o período de julho a dezembro de 2019, os procedimentos realizados para as mulheres foram suturas e curativos 40,75%, consultas médicas internas 18,46% e consultas médicas externas 5,42%, tendo no recorte RJ as consultas médicas internas 59,25% e

externas 5,51%. No que corresponde às patologias, HIV (40,45%) e Sífilis (34,12%) são as de maior número e os óbitos ocorrem mais por causas naturais por motivos de saúde (70,59%). No RJ, HIV tem 55,56% e em seguida vem tuberculose com 31,11%, sendo nos óbitos 100% por causas naturais por motivos de saúde. Essas informações são relacionadas em dados estatísticos daquilo que vem sendo realizado para a população prisional em nível emergencial e/ou primário, porém não são divulgadas as informações sobre os atendimentos em outros níveis de atenção em saúde ou as especificações das consultas externas. Ou seja, é evidenciada a ausência de dados sobre a assistência da alta complexidade e especificamente da oncologia.

Saúde, um direito de todos e dever do Estado? Ao refletirmos criticamente sobre esse preceito, constitucionalmente estabelecido, temos como norte o conceito ampliado de saúde e suas interlocuções com as determinações sociais e a partir disso que construiremos este estudo, fazendo uma articulação com a saúde da mulher em situação privativa de liberdade. Expandir a discussão sobre a dimensão do direito e dever do Estado para além do instituído legalmente, é acima de tudo problematizar o cotidiano, as experiências e demandas colocadas pelos usuários dos serviços de saúde e a existência de tensões e correlação de forças na garantia ao acesso à saúde.

Diante da conjuntura de recrudescimento da questão social na saúde, esse trabalho propõe dialogar sobre o direito à saúde, reconhecendo os rebatimentos da desigualdade social da população feminina em situação de privação de liberdade, nesta área. Para tanto, a pesquisa documental, bibliográfica e as entrevistas aos profissionais de saúde e da justiça iluminarão o estudo, no sentido de desvelar as particularidades e os entraves, especificamente os limites e desafios da efetivação da saúde para as mulheres em situação privativa de liberdade.

A população, em âmbito geral, tem vivenciado um panorama de inúmeras ausências e precarizações no acesso aos direitos sociais, com o desmonte das políticas públicas, sobretudo na saúde com o sucateamento dos serviços e a ameaça da privatização do SUS. Para a população prisional, essa situação se mostra mais contundente, sendo ainda mais negligenciada, haja vista a concepção de aparato punitivo ainda vigente.

> [...] o que se procura reconstruir nessa técnica de correção não é tanto o sujeito de direito, que se encontra preso nos interesses fundamentais do pacto social: é o sujeito obediente, o indivíduo sujeito a hábitos, regras, ordens, uma autoridade que se exerce continuamente sobre ele e em torno dele, e que ele deve deixar funcionar automaticamente nele. (FOUCAULT, 1987, p. 148).

De fato, as contribuições do autor acima mostram relevância para análise da sociedade que imprime regras e culturas, enquadrando os sujeitos e domesticando os corpos. As mulheres em situação privativa de liberdade vivem uma realidade difícil, imposta pela conjuntura social resultante da desigualdade social do sistema capitalista periférico, sendo agudizada pelo sistema penal. Em sua maioria, mulheres pobres, negras, sem proteção social, chefes de família, com baixa escolaridade, vindas de uma determinada classe social. Na condição prisional, elas estão atulhadas e confinadas, regidas pela lei penal, e com grandes obstáculos para acessar qualquer forma de cuidado, sofrendo muitos processos baseados na discriminação, na violência e retirada de direitos, situações que acabam por determinar a deterioração de suas condições de saúde.

O relatório do INFOPEN Mulheres de 2018 descreve que a essa população aumentou de 5.601 para 42 mil do ano 2000 até 2016, representando um salto exponencial. No INFOPEN 2019, o número está em torno de 37 mil. Boiteux (2016, p.18) identifica o perfil dessas mulheres, que são 80% mães, 50% são jovens, 57% são solteiras, 68% são negras, 50% têm o ensino fundamental incompleto. Em 2019, os dados do INFOPEN permanecem expressando esse perfil, tendo o Estado do Rio de Janeiro com 7,3% da população prisional feminina ou 2.168 mulheres.

Em 2008, foi criada a Política Nacional de Regulação que estabelece três níveis organizativos da saúde pública: atenção à saúde; sistemas de saúde e acesso à assistência (BRASIL, 2008). A regulação do acesso à assistência à saúde tem como finalidade organizar, controlar, gerenciar e priorizar o acesso e os fluxos assistenciais no âmbito do SUS (BRASIL, 2007). Em 2001, o Ministério da Saúde cria o Sistema Nacional de Regulação (SISREG), *on-line*, para gerir as demandas dos serviços na rede, gerenciando todo complexo regulatório nos diferentes níveis de atenção à saúde (desde a rede básica à internação hospitalar), buscando um maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos. (BRASIL, 2008).

É observado, empiricamente, através dos atendimentos de primeira vez no fluxo de triagem/recepção integrada das mulheres matriculadas no decorrer do tratamento oncológico no Hospital do Câncer II (HC II)[2], que com a entrada do sistema de regulação, a partir de 2013 na unidade, houve uma diminuição ou inexistência de matrículas de mulheres em situação de privação de liberdade[3], em comparação aos anos anteriores à implementação do SISREG, endossada pelas Portarias GM/MS 2923/2013 de 28 de novembro de 2013[4], Portaria GM/MS 1792/2012 de 22 de agosto de 2012 e Portaria GM/MS 2.655/2012[5]. A informação de diminuição no número de matrículas de usuárias na unidade é constatada através da triagem do hospital, onde é realizada a admissão/matrícula na unidade. Esse setor registra, em documento próprio, quando a mulher está em situação de privação de liberdade e o momento em que chegou ao hospital pela Secretaria de Administração Penitenciária (SEAP). Essa busca foi feita, a fim de identificarmos e compreendermos o que mudou no fluxo de encaminhamento pelo sistema de regulação na saúde pública, tendo em vista que há relatos dos profissionais quanto à redução brusca na assistência.

Diante da realidade apresentada, são necessárias algumas reflexões para o avanço do estudo. Há entraves nesse caminho, para que isso esteja ocorrendo? Essas mulheres não estão adoecendo? Eis uma reflexão importante a ser problematizada. Os sistemas de saúde e judiciário têm dialogado para que o acesso ao tratamento seja efetivado conforme prevê a Lei Orgânica da Saúde e a Lei de Execuções Penais? Essa última questão é ponto crucial para pensarmos a saúde como um direito humano e social, tendo em vista as múltiplas dimensões do

---

2 Unidade do INCA de referência para o tratamento de câncer ginecológico e tumores do tecido ósseo e conectivo (tratamento oncológico de tumores malignos ósseos e de partes moles). Localizada na Avenida Binário do Porto, 831 - Santo Cristo, Rio de Janeiro - RJ, 20220-250

3 Neste estudo, são utilizados os termos “mulheres privadas de liberdade” e “mulheres em situação de privação de liberdade” para referenciar essa população, pois são terminologias observada na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) e na Política de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional.

4 Institui a disponibilização de recursos financeiros para implantação e estruturação de centrais de regulação e informatização das unidades de saúde no âmbito do SUS. Disponível em: https://wiki.saude.gov.br/SISREG/index.php/CGRA Acesso em: 10.jan.2021

5 Tratam do custeio das centrais de regulação de consultas e exames e de internação hospitalar. Disponível em: https://wiki.saude.gov.br/SISREG/index.php/CGRA Acesso em: 10.jan.2021

processo de adoecimento por câncer ginecológico e sua intrínseca relação com a questão social, como já apontava estudos de CARVALHO (2004).

Diante destas problematizações, este estudo buscou identificar e analisar o acesso das mulheres em situação de privação de liberdade ao tratamento de câncer do colo do útero numa unidade de alta complexidade no estado do Rio de Janeiro.

MÉTODO

A pesquisa desenvolvida neste trabalho foi analisada com abordagem qualitativa e o materialismo histórico dialético como referencial teórico metodológico, que compreende a realidade social a partir da dimensão de classe social, na sua totalidade. De acordo com Minayo (2001), a abordagem qualitativa “aprofunda-se no mundo dos significados e relações humanas”. E com isso, a abordagem qualitativa busca analisar os fenômenos sociais, partindo da percepção da realidade que não pode ser dimensionada em dados quantificados, conforme aponta Minayo (2001). Desta forma, há de se considerar que o universo estudado é imbuído de campos tensionados e estereótipos, impregnados de preconceitos e arraigados pelo sistema prisional. No bojo desta análise, faz-se necessário reconhecer que muitas dessas mulheres perdem sua identidade (seu nome e sua história), sendo identificadas por apelidos pejorativos.

Para este estudo, a escolha do método se baseou na análise da realidade dos sujeitos, a partir da totalidade social e das contradições sociais da própria sociedade. Dito de outra forma, o materialismo histórico dialético como método de análise apreende essa realidade, a partir das relações sociais. E desse modo, compreende que a realidade concreta é contraditória por natureza, fruto da dinâmica da transformação histórica e da relação capital/trabalho. (GOMIDE, 2014).

Na pesquisa foram realizadas entrevistas semiestruturadas através de questionário eletrônico configurado em ferramenta *online*[6], enviado por e-mail, com

6 Ferramenta disponível em: https://drive.google.com

perguntas abertas e fechadas, direcionadas aos profissionais da SEAP (**APÊNDICE A**) e outro formulário para os profissionais do Hospital do Câncer II (**APÊNDICE B**). Na SEAP, o critério de inclusão na pesquisa foi trabalhar no atendimento à saúde das mulheres em situação privativa de liberdade das unidades penitenciárias femininas do estado do Rio de Janeiro. Os profissionais foram 1 médico e 2 enfermeiros, do setor Coordenação de Gestão em Saúde da SEAP. No HC II, o critério de inclusão no estudo foi os profissionais que atuam na Recepção Integrada (atendimento de primeira vez), triagem, enfermarias e ambulatório. Os profissionais participantes foram selecionados de acordo com a proximidade da assistência prestada às mulheres, considerando experiência profissional, sendo: 1 profissional administrativo do setor de triagem, 1 médico, 2 enfermeiros, 2 assistentes sociais e 1 psicólogo.

O questionário, com perguntas abertas, aplicado aos profissionais da SEAP buscou identificar como são realizados os encaminhamentos para os serviços de saúde da mulher, mais especificamente o acompanhamento ginecológico. Foi importante identificarmos como são feitos os exames preventivos para o câncer do colo do útero dentro do sistema prisional; como são efetivados o diagnóstico e encaminhamento para o tratamento, o que interfere nesse processo de cuidado e atenção em saúde, considerando a disponibilidade de insumos que tratam a saúde sexual e reprodutiva; se há parcerias para realização de ações relacionadas ao câncer do colo do útero e por fim, se existem entraves/limites/desafios na articulação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS), principalmente após a implementação SISREG/SER[7].

O formulário direcionado aos profissionais do HCII foi elaborado com questões abertas e fechadas, que buscaram compreender como é efetivado o atendimento das mulheres em situação de privação de liberdade desde a matrícula na unidade até o atendimento/procedimentos realizados com os profissionais, permitindo reflexões acerca do acesso ao serviço de oncologia ginecológica. Esse instrumento possibilita conhecermos o fluxo do encaminhamento.

Os dados coletados dos questionários foram analisados a partir da técnica de análise de conteúdo, baseado nos estudos de Minayo que concebe essa análise a

[7] Sistema Estadual de Regulação.

partir de estrutura em fases diferenciadas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

> Na primeira fase, em geral, organizamos o material a ser analisado. Nesse momento, de acordo com os objetivos e questões de estudo, definimos, principalmente, unidade de registro, unidade de contexto, trechos significativos e categorias. [...] na segunda fase, o momento é de aplicarmos o que foi definido na fase anterior. [...] A terceira fase[...] devemos tentar desvendar o conteúdo subjacente ao que está sendo manifesto. Sem excluir as informações estatísticas [...] (MINAYO, 2001, p. 76)

Diante desta metodologia de análise, podemos contemplar uma das fases da técnica de abordagem, a partir das seguintes categorias analíticas: acesso à saúde, saúde da mulher e sistema penitenciário. Para tanto, na pesquisa realizada com os profissionais da SEAP, buscamos analisar a política de saúde, particularmente o programa de saúde da mulher, considerando as diretrizes para a realização de exame preventivo para câncer do colo do útero e diagnóstico; encaminhamento para tratamento e questões que interferem; disponibilidade de insumos ou métodos que tratam a saúde sexual e reprodutiva; parcerias/projetos/campanhas relacionados a prevenção e tratamento e articulação com rede de atenção em saúde.

Na pesquisa realizada com os profissionais do HC II, foram analisados: atendimento e fluxo na unidade; percepção sobre o acesso das mulheres em situação de privação de liberdade à alta complexidade oncológica e articulação desse nível de atenção com o sistema penitenciário; percepção sobre o quantitativo de atendimentos a essas mulheres após implementação do SISREG.

No levantamento de dados secundários, por meio de consulta dos livros de registro do setor triagem, do HC II, buscamos identificar matrículas que constassem a descrição “detenta” ou “DESIPE” ou “SEAP”, conforme informações sinalizadas pelos funcionários do setor. Foram pesquisados os livros correspondentes ao período de 2013 a 2020. Importante destacar que não existiam livros anteriores a esse período, apontando assim uma preocupação para acompanhamento dessa mudança no acesso. Esse procedimento metodológico teve o objetivo de conhecer o quantitativo de matrículas com a referida descrição e a possibilidade de ter acesso ao itinerário terapêutico dessas usuárias, através do prontuário físico ou sistema informatizado da instituição (prontuário eletrônico).

Outras fontes de pesquisa foram: o Sistema de Informação de Câncer do colo do útero (SISCOLO), disponível no DATASUS e que registra exames e procedimentos realizados no SUS; Estimativa INCA; INFOPEN e reportagens em mídia eletrônica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados extraídos dos dados da pesquisa realizada com os profissionais da SEAP apontaram que em relação a realização de exames preventivos para câncer do colo do útero e diagnóstico, todos os participantes afirmaram que o exame colpocitológico[8] ou Papanicolau é feito nas mulheres em situação de privação de liberdade, o material é colhido e enviado para laboratório fora do sistema penitenciário. O diagnóstico é através desse exame. Conforme relato do profissional da SEAP:

> *Após coleta do material o mesmo é encaminhado ao laboratório através do Posto de Saúde Henrique Monat para avaliação. Isso nas unidades prisionais de Gericinó. Na unidade prisional feminina de Niterói ainda está sendo organizado o fluxo (Profissional E).*

O rastreamento é o principal instrumento de detecção precoce, sendo o teste de Papanicolau o exame indicado para as mulheres, que já iniciaram a vida sexual. Com essa medida as lesões precursoras, fases iniciais, podem ser identificadas antes do desenvolvimento do câncer, confirmando a informação de que esse tipo de câncer poderia ser evitado, haja vista o baixo custo para a realização da detecção precoce na rede de saúde. No contexto brasileiro, a recomendação do Ministério da Saúde é a utilização do teste em um público alvo com faixa etária entre 25 e 64

8 É um teste realizado para detectar alterações nas células do colo do útero. Este **exame** também pode ser chamado de esfregaço cervicovaginal e **colpocitologia** oncótica cervical. O nome "Papanicolaou" é uma homenagem ao patologista grego Georges Papanicolaou, que criou o método no início do século. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/237_papanicolau.html#:~:text=%C3%89%20um%20teste%20realizado%20para,m%C3%A9todo%20no%20in%C3%ADcio%20do%20s%C3%A9culo. Acesso em: 30. jan. 2021

anos, com intervalo de três anos em seguida de dois resultados negativos anuais[9]. Para esse controle ser efetivo, é necessária a geração de resultados expressivos na diminuição das taxas de incidência, prevalência e morbimortalidade, sendo isso vinculado à disposição dos serviços e a equidade no acesso aos mesmos. (BRASIL, 2011; 2016; SILVA, 2017). Um ponto para destacarmos nas medidas de detecção precoce é o fato de que esses exames precisam ser acompanhados pelo profissional de referência e que a mulher receba o resultado dentro do prazo e que tenha um resultado de qualidade, com uma boa leitura. Com a terceirização desses serviços laboratoriais, o processo fica mais frágil e sem um controle mais efetivo.

Quando questionados sobre o encaminhamento para o tratamento e quais possíveis dificuldades relacionadas a esse aspecto, os profissionais apontaram que ele é feito pelo SISREG e um deles destacou o Programa de Saúde da Mulher também como um meio pelo qual são encaminhadas. Esse último é parte da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e objetiva realizar, através de práticas de prevenção, educação, diagnóstico e tratamento, a atenção integral à mulher nas diferentes fases da vida, oferecendo assistência em ginecologia, gravidez, planejamento familiar, DST, câncer do colo do útero e de mama. (BAUMGUERTNER; CRUZ, 2013)

De acordo com o INFOPEN, o Brasil tem a terceira maior população carcerária no cenário mundial e no recorte de gênero a taxa de aprisionamento feminino é apresentada na mesma posição. Para a população prisional o acesso à saúde, além da Constituição, é respaldado prioritariamente pela Lei de Execução Penal (LEP) e pela Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014 que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).

Com a PNAISP, as unidades prisionais são responsáveis pela atenção básica e a partir da adesão de todas as unidades da federação à política supracitada são observados avanços no acesso da população prisional ao cuidado de forma integral no âmbito do SUS. Porém, a distribuição de equipes de atenção básica prisional, no modelo PNAISP, é de forma bem heterogênea pelos estados brasileiros, não apresentando uma equidade na rede de serviços. Ao analisar o panorama nacional,

9 Disponível em: https://www.inca.gov.br/en/node/1194 Acesso em: 7. fev. 2021.

identifica-se uma disparidade na oferta dessa cobertura, enquanto em Pernambuco a cobertura é de 85,1%, Amapá, Sergipe e Paraíba ficam em torno de 0% a 2,6%.[10] No Estado do Rio de Janeiro, os municípios de São Gonçalo, Resende, Itaperuna, Volta Redonda e Rio de Janeiro aderiram à PNAISP.[11]

> [...]cabe à Atenção Básica à Saúde (ABS) garantir atendimento integral à saúde primária nos estabelecimentos pertencentes ao sistema prisional, referenciando os usuários quando diagnosticada sua necessidade de saúde para a média e alta complexidade, seguindo a lógica operativa da rede regionalizada de estabelecimentos e serviços de saúde disponibilizados nos estados e municípios (BATISTA; ARAÚJO; NASCIMENTO, 2019, p. 72).

Anterior à política supramencionada, em 2003, foi feito o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), tendo como objetivo a aproximação da população prisional ao SUS. O direcionamento era para que ocorressem ações ofertadas por equipes multiprofissionais atuantes nas unidades prisionais. Com esse modelo até 2013, a cobertura foi de aproximadamente 30% desta população, porém o número de encarcerados subiu cerca de 120% entre 2003 e 2013, exigindo a elaboração de uma política pública de saúde direcionada para o sistema penitenciário (BRASIL, 2014).

Quanto às possíveis interferências nos encaminhamentos para a rede de saúde, a logística de transporte foi apontada por todos os participantes como um dos entraves para esse acesso. Esse ponto de discussão também está presente nas respostas dos profissionais do HC II. A questão do transporte na SEAP aparece como uma das lacunas para a efetivação do acesso aos serviços de saúde, demonstrando uma face da precarização da infraestrutura do sistema penitenciário, com a realização de um serviço pensado somente para atender às demandas judiciais. O traslado dessas mulheres até a unidade de saúde, nessa configuração, é prejudicado ao ponto de impactar não só na dinâmica de agendamentos e horários da unidade, mas também em um possível agravo da condição de saúde das mesmas.

---

10 Disponível em: http://www.susepe.rs.gov.br/conteudo.php?cod_conteudo=4815&cod_menu=4 Acesso em: 08. set. 2020.
11 Disponível em: http://www.cosemsrj.org.br/expansao-do-programa-estadual-de-financiamento-da-atencao-primaria-a-saude-foi-um-dos-temas-da-assembleia-de-outubro/ Acesso em: 08. set. 2020.

> *A locomoção da paciente para fora do sistema prisional requer muito cuidado com a segurança. Os trâmites são rigorosos e demandam tempo para organizar o transporte. O horário de agendamento muitas vezes não é cumprido pelo serviço de segurança que realiza o transporte das pacientes. É comum o reagendamento devido a atrasos e/ou faltas às consultas previamente agendadas (Profissional E).*

Apesar das mudanças que ocorreram legalmente para atender esta população, os avanços ainda são poucos, se considerarmos a realidade da saúde pública e do sistema prisional. O sistema prisional permanece sendo um cenário de muita violência, em suas inúmeras formas, haja vista as condições que essa população está submetida. Conforme Gauer, Neto, Pickering (2011, p.92): “Na prisão, a violência não cessa, mas ramifica-se, podendo se fazer presente de várias formas e se mostrando por vezes, entrelaçada no ambiente prisional. ”

Um ponto para destacarmos nesta discussão é a identificação de uma priorização da justiça (sobretudo no que tange às audiências judiciais) em detrimento da saúde, conforme já abordado. No cotidiano assistencial, constatamos que essas mulheres encontram muitas dificuldades quanto ao acesso hospitalar nos horários agendados, implicando no aumento do absenteísmo nos atendimentos, sendo essas ausências justificadas, muitas vezes, pela prioridade das audiências. Isso não é por acaso, o sistema jurídico desta sociedade tem, historicamente, arraigado uma relação de poder que se sobrepõe às demais políticas.

> *Acho que o processo é anterior, elas não têm acesso ao diagnóstico. Fora que, mesmo as que chegam ao tratamento oncológico, enfrentam barreiras, como os relatos que ouvimos, que são priorizados as audiências, assim, quando saem do presídio para consulta médica, vão no mesmo comboio os detentos para audiência com o juiz, assim essas audiências são priorizadas, desta forma, quando chegam na unidade de saúde já perderam o horário de consulta e muitos médicos não são sensíveis a esta situação e fazem remarcar a consulta, dificultando bastante o acesso, adesão e continuidade do tratamento (Profissional A).*

Quanto à disponibilidade de insumos ou métodos que tratam a saúde sexual e reprodutiva, os profissionais afirmam que existem preservativos, e um deles esclarece que:

> *Preservativos masculinos são disponibilizados. Preservativos femininos não existem na SEAP. Os DIU não são implantados. Poucas são as mulheres que têm processo de visita íntima. Sexo entre mulheres ocorrem clandestinamente e sem proteção (Profissional E).*

Em reportagem publicada pelo site *Terra*[12], no ano de 2015, a jornalista Nana Queiroz, autora do livro *Presos que menstruam*, expõe a realidade degradante que as mulheres privadas de liberdade vivenciam nas penitenciárias brasileiras. A autora fala sobre a invisibilidade dessa população, colocando a dificuldade de serem encontrados dados sobre as mulheres em situação privativa de liberdade. A partir de sua imersão no campo, a autora constata como as especificidades do gênero feminino são desprezadas dentro do sistema penitenciário, por exemplo no fornecimento de materiais de higiene como absorventes, dentre outros itens suficientes para atender as necessidades básicas. Com isso, essas mulheres relatam o improviso em utilizar miolo de pão como absorvente interno e restos de jornal como papel higiênico. Esse é o retrato de um cenário deteriorante que imprime as expressões da questão social em detrimento da dignidade humana.

Em reportagem, na *Pública*[13] de 17 de março de 2020, é exposto o cenário degradante da saúde dessa população que passa por epidemia de tuberculose, baixas condições de higiene, falta de cuidados de saúde, de medicamentos, prisões com celas abafadas e mofadas, conforme verificado em reportagem anterior. Na matéria do *Brasil de Fato*[14] é explicitado que a Pastoral carcerária[15] tem discutido sobre as condições ofertadas nos presídios brasileiros, além é claro da superlotação e falta de condições mínimas para sobrevivência, tais como: falta de material para higiene, pouco tempo de banho de sol, racionamento de água, alimentação precária, torturas físicas e psicológicas.

---

12 Disponível em: https://www.terra.com.br/noticias/brasil/prisoes-femininas-presas-usam-miolo-de-pao-como-absorvente,cbaec6a46c78ba371bf9e9b00dd051cd2i3uRCRD.html Acesso em: 17. ago. 2020.

13 Disponível em: https://apublica.org/2020/03/em-alerta-por-coronavirus-prisoes-ja-enfrentam-epidemia-de-tuberculose/ Acesso em: 16.ago. 2020.

14 Disponível em: https://www.brasildefato.com.br/2020/03/13/pastoral-carceraria-cobra-medidas-do-governo-para-conter-coronavirus-nas-prisoes Acesso em: 16. ago. 2020.

15 Pastoral social ligada à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), age junto às pessoas presas e suas famílias. Disponível em: https://carceraria.org.br/a-pastoral-carceraria Acesso em: 22. ago. 2020.

A realidade das prisões revela um cenário caótico, pois faltam medicações, profissionais e infraestrutura para ofertar condições mínimas de sobrevivência. Além disso, o crescimento de doenças como HIV e tuberculose está presente nos dados da saúde dessa população, provocando muitas mortes. Dito de outro modo, as estruturas precárias e insalubres das cadeias, a escassez e má qualidade dos alimentos ofertados para essa população são assuntos presentes na mídia, ocasionando um processo de padecimento mental. Ou seja, uma realidade degradante da vida do sujeito, uma barbárie social.

Quanto à abordagem sobre a existência de parcerias/projetos/campanhas relacionados à prevenção e tratamento e se há entraves e/ou articulação com a Rede de Atenção à Saúde, constatamos que não há ações efetivamente implementadas no fluxo de atendimento às mulheres em situação privativa de liberdade. Essa lacuna demonstra que a invisibilidade desse público perpassa a organização do trabalho no sistema prisional, apesar do relato abaixo identificar possíveis parcerias com universidades, que certamente estão atravessadas pela burocratização dos protocolos. Na pesquisa, 1 dos profissionais não soube responder, 1 colocou sobre a dificuldade disso diante da pandemia[16] e 1 apresentou que existe: *“No momento a pandemia é o entrave ” (Profissional M).*

> *Existe parceria com universidades para coleta de preventivos; com o Município do Rio para fornecimento de material, encaminhamento do material e leitura das lâminas. Os entraves e dificuldades: trâmites burocráticos para entrada dos acadêmicos nas unidades prisionais, disponibilidade de pessoal para a busca do material, quantidade de Rh para a coleta dos exames (Profissional E).*

A fala do profissional demonstra que a pandemia surge como outra dificuldade apresentada nesse processo, apontando um agravamento do contexto das prisões na atual crise sanitária, em nível mundial. Na realidade brasileira, os problemas já existentes no sistema penitenciário tendem a ser agudizados com a pandemia do novo Corona vírus (COVID-19), haja vista as recomendações do Ministério da Saúde para enfrentamento da doença, que apresenta alto índice de

16 A pandemia de COVID-19, também conhecida como pandemia de coronavírus, é uma pandemia em curso de COVID-19, uma doença respiratória aguda causada pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2). No dia 11 de março de 2020, a OMS declarou o surto como pandemia. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Pandemia_de_COVID-19 Acesso em: 31. jan. 2021.

contágio e mortalidade no país, estando diretamente correlacionada com as condições de higiene.

> O enfrentamento da COVID-19 nas instituições prisionais brasileiras, como em boa parte do mundo, se constitui um desafio, tendo em vista a precariedade que lhes caracterizam, fruto de descaso crônico do poder público e da sociedade civil, que conferem aos presos um agravamento ilegítimo da sentença formal, como exemplo, a negação de condições sanitárias básicas, como o acesso à água potável (CARVALHO; SANTOS; SANTOS, 2020, p. 3500).

Dados do HC II mostraram que em relação aos atendimentos e fluxo das mulheres em situação de privação de liberdade na unidade têm seguido o mesmo que das outras mulheres. Dos 7 participantes, 4 descrevem que não há diferenciação no serviço ofertado. Porém é retratado por alguns profissionais, que por vezes, há uma comunicação prévia sobre o atendimento a esse perfil de usuária para que haja algum tipo de prioridade, considerando a questão da segurança e de constrangimento: *“É feito um agendamento das consultas dessas pacientes (como de todas as outras), mas existe a comunicação prévia para que o atendimento seja o mais ágil possível, por questões de segurança ” (Profissional M)*. Ainda, outro participante da pesquisa acrescenta que:

> *“É feito uma priorização no atendimento na consulta subsequente por causa da presença dos agentes penitenciários e, algumas vezes, policiais armados na sala de espera, além da usuária algemada, o que gera constrangimentos, tanto a usuária em privação de liberdade, quanto as demais usuárias ” (Profissional A).*

Quanto ao fluxo de atendimento, verificamos que dos 7 participantes, 5 confirmaram que a presença do agente penitenciário interfere no atendimento considerando sigilo profissional e que as limitações físicas da usuária algemadas e/ou que usavam tornozeleiras traziam um “desconforto” durante o atendimento. Além disso, o profissional da triagem expõe que: *“A dificuldade existe no cadastro dos pacientes, por não possuírem documentos e contamos apenas com o registro da SEAP, geralmente incompleto ” (Profissional T).* A documentação é uma questão apontada como dificuldade dessa população, limitando ainda mais sua condição restrita.

A saúde é um direito garantido na Constituição Federal de 1988, tendo no artigo 196 disposto que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado” e que deve ser ofertada de maneira integral e universal. Esse direito foi conquistado no movimento de Reforma Sanitária e deve ser garantido por meio de políticas públicas que tenham por objetivo a redução do risco para doenças e agravos, através de ações e oferta de serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Ou seja, em perspectiva ampliada, esse direito deve assegurar qualidade de vida ligada a outros direitos garantidos na CF 88, como segurança, saneamento, cultura, moradia e educação. Na oncologia, esses pressupostos apontam a necessidade de se criar estratégias integradas e consolidadas para a efetivação da saúde em sua concepção ampliada, particularmente quando consideramos as determinações sociais do processo saúde/doença.

O SUS é regido pelos seguintes princípios e diretrizes principais: *universalidade* (saúde para todos - inclusive estrangeiros), *equidade* (atendimento de acordo com a necessidade), *integralidade da atenção à saúde* (atender todas as necessidades da população) e *intersetorialidade* (interlocução das políticas). Esta política pública brasileira é destaque na Organização Mundial da Saúde (OMS), mediante as experiências de êxito que são referências para outros países. Entretanto, a saúde, na atual conjuntura, tem enfrentado muitos desafios para seu fortalecimento e continuidade, especialmente diante das propostas de privatização impostas pelo modelo neoliberal. O desmonte da Seguridade Social e a contrarreforma do Estado ameaçam as conquistas demarcadas pela Constituição Federal, ocasionando a diminuição da oferta de bens e serviços e a intensificação e precarização dos aparatos estatais.

Para a população feminina privada de liberdade, a condição do cárcere carrega diversas e importantes questões e estigmas, que são incompatíveis aos preceitos fundamentais da garantia da efetivação do direito à saúde. A ausência de uma prioridade ao acesso às ações e serviços de saúde no sistema prisional pode ser visto como um dos pontos mais críticos, tendo em vista a falta de infraestrutura disponível nesse sistema. Estudos apontam que:

> A população carcerária é marcada pela marginalização e consumo de drogas, somando-se a isto, as precárias condições de infraestrutura do sistema prisional, merecendo destaque a

> superlotação, temos como resultado uma elevada incidência e prevalência de doenças e agravos à saúde acometendo este estrato da população. Dessa maneira, o panorama apresentado vem configurando-se como um grave problema de saúde pública (ANJOS et al., 2013 Apud SILVA, 2017, p. 21).

Em 2014, a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade (PNAMPE) contribuiu para uma perspectiva ampliada sobre os processos ligados às especificidades das mulheres, incluindo a adaptação das unidades prisionais femininas (BRASIL, 2014). No entanto, são observados entraves para a efetivação da PNAMPE, instituída na Portaria Interministerial nº 210, de 16 de janeiro de 2014.

> Embora esta política contribua para o fim de uma série de paradigmas historicamente construídos, a exemplo da negligência à saúde das mulheres encarceradas, há ainda muitos entraves, tais como barreiras institucionais, superlotação dos presídios, discriminação à população presa, por vezes envoltas em nuances tecnicistas e burocráticas, afetando, assim, o direito à saúde (ARAÚJO et al., 2020, p.2).

É importante destacarmos, que as movimentações de assistência à saúde mais observadas, no que diz respeito à mulher privada de liberdade, são as que envolvem a maternidade. Lermen et al. (2015, p. 914) explica que “a mulher recebe maior atenção dentro do sistema quando vinculada a uma criança. Podemos pensar que [...] é apenas um reflexo do modo com que a saúde da mulher foi - e por vezes ainda é - entendida pelas políticas de saúde de modo geral”.

No que diz respeito à percepção dos profissionais sobre o acesso à alta complexidade oncológica, as respostas foram um pouco diversificadas. Foi apontada a dificuldade de inserção no sistema de regulação e outros entraves do sistema de saúde pública vivenciados também pelas mulheres que não estão presas, constatando assim uma ausência maior desse público na instituição e até mesmo a própria dificuldade da condição do cárcere. De acordo com a avaliação profissional: “*Considero que encontram a mesma dificuldade de inserção no sistema SER, a ausência de exames necessários que são realizados na atenção básica*” (Profissional T). Outro profissional da instituição aponta a seguinte questão: “*Não tenho informações suficientes para responder. O que posso afirmar é que há alguns*

anos não recebo pacientes em situação de privação de liberdade, mas não sei se são atendidas em outras unidades de saúde ” (Profissional P).

Na experiência de trabalho no Hospital do Câncer II, foi possível percebermos como se dá a inserção das mulheres privativas de liberdade na alta complexidade oncológica para o tratamento dos tumores ginecológicos. Há de se considerar que os rebatimentos sociais, econômicos e de saúde perante a descoberta do câncer e a realização dos procedimentos terapêuticos (tratamentos muito invasivos para o corpo, como: quimioterapia, radioterapia e cirurgias) são elementos centrais para problematizar a saúde da população em situação de privação de liberdade. Além disso, é possível observarmos como a precariedade e/ou má gestão do aparato estatal em vários âmbitos, não somente na saúde pública, faz com que a população vivencie uma realidade devastadora de ausência das condições sociais mínimas para sua subsistência. Exemplo disso, são os entraves relacionados à concessão dos benefícios da seguridade social como previdência e assistência ou no caso das mulheres privadas de liberdade, que necessitam de tratamento de saúde, e dependem do transporte da SEAP, para chegar aos procedimentos agendados nas instituições de saúde, sofrendo faltas e atrasos para estes, como já sinalizado anteriormente, pois na realidade é priorizado no trajeto o cumprimento dos compromissos judiciais.

Para alcançarmos a apreensão das inúmeras adversidades colocadas às mulheres em situação de privação de liberdade, adoecidas ou não por câncer do colo do útero, para que tenham acesso à saúde, é imprescindível analisarmos criticamente o cenário da política de saúde e o atravessamento do regime penal nesse mesmo contexto. Quando questionados sobre a articulação entre a política de saúde, especificamente a alta complexidade oncológica e o sistema penitenciário, 5 profissionais apontaram desafios e limites baseados no acesso a exames básicos, ao tratamento e a comunicação entre essas esferas públicas:

> *Em primeiro lugar reafirmo que a assistência oncológica é um direito de todas as pessoas que dela necessitam. Penso que o principal desafio é o da intersetorialidade, ou seja, canais efetivos de comunicação e encaminhamentos entre os sistemas de saúde e penitenciário (Profissional P).*

> *Acho que o primeiro desafio é criar a articulação. Quando elas vão para a unidade é como se fossem uma usuária comum, nenhum sinal é dado anteriormente para a unidade se preparar ou se organizar. Também não é feito contato para informar a situação judicial - tipo tem direito a visita ou não?, pode ficar com acompanhante? Tem familiares no RJ? - tudo fica restrito ao judiciário então quando aparece alguém na unidade se dizendo familiar e com autorização, a unidade às vezes é chamada a intervir, só que a decisão fica a cargo do agente penitenciário presente no momento ou do juiz. Complexo, porque a gente não tem nenhuma informação prévia, então ficamos sempre atrás de informação para saber como proceder em cada caso (Profissional A).*

A experiência empírica mostra que o itinerário terapêutico dessas mulheres tem sido comprometido, sendo atravessado por diversas expressões da questão social, conforme dialogamos neste estudo. As mulheres sofrem com a morosidade do encaminhamento/acesso até que o tratamento seja, efetivamente, realizado. Isso tem trazido como consequência, muitos casos de matrícula com estadiamento[17] de doença avançada e sem proposta curativa. Segundo dados fornecidos pelo setor de Tecnologia da Informação do INCA, no período de 2010 a 2020 foram matriculadas 7.157 pacientes com diagnóstico de câncer do colo do útero no HC II, dentre estas, 441 com o tumor em estadiamento I, 1.445 com II, 1.686 com III e 486 com IV. Partindo da perspectiva de que essas mulheres não estão em privação de liberdade e mesmo assim têm enfrentado tantos entraves para acessar cada nível de atenção em saúde e realizar os procedimentos necessários para a prevenção, diagnóstico e tratamento de câncer do colo do útero, as mulheres em situação de privação de liberdade passam pelas mesmas dificuldades enfrentadas pelas demais mulheres, porém com mais um agravante: a ausência de articulação entre as políticas intersetoriais e a sua própria condição de estar submetida ao regime penal, limitando sua autonomia em buscar os serviços de saúde na rede.

Quanto ao fluxo de atendimento a esse perfil de usuária após implementação do SER/SISREG, na unidade de saúde, verificou-se que dos 7 participantes, 4 expuseram não ter como afirmar se houve mudança ou não observaram mudança.

---

17 É o processo para determinar a localização e a extensão do câncer presente no corpo de uma pessoa. É a forma como o médico determina o avanço da doença no organismo de um paciente. Disponível em: http://www.oncoguia.org.br/conteudo/estadiamento/4795/1/#:~:text=Estadiamento%20%C3%A9%20o%20processo%20para,no%20organismo%20de%20um%20paciente. Acesso em 22.ago.2020.

Os demais colocaram que tem diminuído sobremaneira a demanda, até mesmo para a população no geral e com a pandemia os dados são mais críticos, particularmente com a espera no sistema SER. Para um entrevistado, *“sim! Observo que a partir do início da regulação a demanda reduziu ” (Profissional A).* Um outro profissional confirma esta realidade quando identifica que:

> *Desde que foi implantado o SER a oferta de atendimento vem diminuindo a cada ano para toda a população, face às ações governamentais, e não é uma consequência do sistema de Regulação, ele apenas dá essa visibilidade ” (Profissional T).*

A pesquisa documental (livros de registro) no setor triagem do HC II aponta o quantitativo de matrículas de mulheres dentro desse perfil de estudo. Foram encontradas 3 matrículas no período de 2013 a 2020, sendo uma no livro de 2014 e duas em 2015. Não foram encontrados, no sistema informatizado da instituição (prontuário eletrônico), registros de atendimentos/procedimentos realizados a essas mulheres, até porque foi verificado que não houve abertura de prontuário físico.

Na busca por informações, não foi identificada nenhuma especificação da condição de privação de liberdade dessas usuárias atendidas ao longo dos anos no Hospital do Câncer II. De acordo com a chefia do setor Arquivo médico não há nenhuma ferramenta de registro (prontuário físico ou eletrônico) que contemple a informação do atendimento à população em situação privativa de liberdade, a fim de agilizar o atendimento e não submeter as mulheres encarceradas a mais uma exposição desnecessária. Com isso, o registro do setor triagem do HC II é o único espaço onde está sendo documentada essa especificação.

CONCLUSÃO

Na Constituição Federal de 1988, o acesso à saúde é firmado como direito de todos e, para além dessa afirmação é acrescentado o papel do Estado em garantir a efetivação desse direito por meio de políticas sociais e econômicas, que visem à redução de risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal. Esse pressuposto deve ser concretizado por meio de ações (políticas, programas,

projetos) sociais e econômicas que foquem na promoção, proteção e recuperação da saúde da população. Entretanto, com o sucateamento dos serviços e com as medidas de contrarreforma do Estado, a efetivação desse direito fica ameaçada.

Um dos níveis de atenção à saúde estabelecidos no SUS é a alta complexidade e nela está incluída a atenção oncológica, que demanda ações intersetoriais para contemplar acesso integral do tratamento. Os serviços de alta complexidade, mais especificamente os hospitais de oncologia, devem garantir o atendimento dos usuários que tem a saúde afetada por algum tipo de câncer. A Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer prevê a atenção em saúde nos mais diferentes níveis, quais sejam: promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos e a população carcerária precisa estar contemplada, efetivamente, nessas ações em saúde.

No cenário brasileiro e mundial, estão evidenciadas as altas taxas de incidência de cânceres que têm ligação com as condições social e econômica vivenciadas por determinados grupos sociais de forma precária, sendo o alto índice de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero um exemplo dessa realidade. Esse dado nos moveu a refletir sobre a situação das mulheres, com câncer, em situação privativa de liberdade que sofrem, cotidianamente, com os entraves do sistema para acesso e tratamento oncológico, de forma integral. Portanto, não é só matricular numa instituição de saúde, mas acima de tudo é manter assegurado o direito à saúde em todos os níveis de atenção.

Exatamente nesse sentido que esse estudo se propôs a abordar a saúde das mulheres privadas de liberdade, considerando as dimensões de gênero e a classe social. A população encarcerada no país tem marcas socialmente definidas e, por isso, sofrem com os rebatimentos da questão social na saúde de forma mais contundente. Com isso, verificamos que o diagnóstico e tratamento oncológico, especificamente, o de câncer do colo do útero para esse público tem apresentado inúmeras dificuldades. Dentre elas, estão os problemas pelos quais as usuárias que não estão em cumprimento de pena também enfrentam, são estes: o funcionamento do sistema de saúde, desde o rastreamento da doença; diagnóstico e encaminhamento para o tratamento, sobretudo no que tange à demora em alguns fluxos. Apesar do SISREG ser um mecanismo que busca agilizar e dar transparência à fila de atendimento nos diversos níveis de complexidades, tendo muita influência

no alcance do tratamento de toda a população feminina, ele apresenta algumas falhas no seu funcionamento. A informatização do acesso não tem respondido conforme esperado, quando apresenta alguns “gargalos” na sua administração do fluxo – tempo de espera.

Pelos relatos dos profissionais entrevistados, observamos que a grande dificuldade enfrentada por essas mulheres para o seu ingresso na rede de atenção em saúde começa no atendimento na atenção básica, que não ocorre conforme previsto na legislação. Os atendimentos e procedimentos que deveriam ser coordenados pela SEAP, em nível primário, são realizados de forma insuficiente e vão impactando na continuidade do acompanhamento em saúde.

A ausência da integralidade e intersetorialidade das políticas sociais no atendimento à população prisional feminina aparece como uma lacuna, pois sistema penitenciário e sistema de saúde não dialogam no intuito de articular os serviços.

Considerando que a saúde é um direito humano e social, é preciso problematizar o cenário da saúde pública, construindo indicadores sobre a situação das mulheres em situação privativa de liberdade com câncer do colo do útero, a partir do diagnóstico e tratamento oncológico. A incorporação dessa discussão na formação dos profissionais de saúde também é de extrema importância, haja vista o panorama do sistema prisional no país. E mais ainda, a relevância de se construir indicadores para qualificar a política direcionada à população prisional feminina, de forma igualitária e universal.

Por fim, essa pesquisa buscou ampliar o debate sobre saúde, e em suas múltiplas questões, abrindo caminhos para novos estudos, pesquisas e ações que promovam a execução das políticas públicas que já existem, aprimorando as ações dos gestores e profissionais da saúde. O aparato legal avançou, consideravelmente, contudo há brechas em ambos sistemas, penitenciário e de saúde, para a garantia do direito de forma integral: saúde com qualidade, pública e universal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAUJO, Moziane Mendonça de et al. **Assistência à saúde de mulheres encarceradas:** análise com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, e20190303, 2020.

BATISTA, M. de A.; ARAÚJO, J. L. de; NASCIMENTO, E. G. C. do. **Assistência à saúde das pessoas privadas de liberdade provisória: análise da efetividade do plano nacional de saúde do sistema penitenciário.** Arq. Cienc. Saúde UNIPAR, Umuarama, v. 23, n. 1, maio/ago. 2019, p. 71-80.

BAUMGUERTNER, KARINE GALVÃO; CRUZ, ROSILENE APARECIDA. **Os programas dirigidos à saúde da mulher na Estratégia Saúde da Família-ESF**. REVISTA UNINGÁ, v. 36, n. 1, 2013.

BOITEUX, Luciana. **Encarceramento feminino e seletividade penal.** In: Rede de Justiça Criminal. Discriminação de gênero no sistema penal. Edição 9, Set. 2016.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.

_____. Instituto nacional de câncer. **Atlas da Mortalidade**. Disponível em:https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/pages/Modelo01/consultar.xhtml;jsessionid=7479450C664F6EAC084EC5385B05F3A8#panelResultado Acesso em: 5. Fev. 2021.

_____. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva.** – Rio de Janeiro: INCA, 2020.

_____. Ministério da Justiça. **Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional.** Brasília, 2014.

_____. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias: INFOPEN atualização – junho de 2016.** Brasília – DF: Departamento Penitenciário Nacional, 2017.

_____. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias: INFOPEN atualização – dezembro de 2019.** Brasília – DF: Departamento Penitenciário Nacional, 2020.

_____. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias: INFOPEN Mulheres**, 2ª Edição. Brasília – DF, 2018.

_____. Ministério da Saúde. Datasus. Sistema de regulação (SISREG). **Manual do Operador Solicitante SISREG III (Solicitação e Agendamento de Consultas e Procedimentos).** Brasília, DF, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer - INCA. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.** Rio de Janeiro: INCA, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer - INCA. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.** Rio de Janeiro: INCA, 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional/** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação de Saúde no Sistema Prisional – 1. Ed – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. **Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS.** Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 2008.

CARVALHO, C. S. U. **Pobreza e Câncer do Colo do Útero: Estudo Sobre as Condições de Vida de Mulheres com Câncer do Colo do Útero Avançado em Tratamento no Hospital do Câncer II - Instituto Nacional de Câncer/ Rio de Janeiro**; Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

CARVALHO, S. G.; SANTOS, A. B. S. dos; SANTOS, I. M. **A pandemia no cárcere: intervenções no superisolamento.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 25, n. 9, p. 3493-3502, Set. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Regulação em Saúde: Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Brasília, DF: CONASS, 2007.

MOREIRA, Elaine; GOUVEIA, Rachel...[et al.]. **Em tempos de pandemia: propostas para defesa da vida e de direitos sociais** – UFRJ, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Escola de Serviço Social, Rio de Janeiro: 2020.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. Trad. Raquel Ramalhete. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

GAUER, Gabriel José Chittó; NETO, Alfredo Cataldo; PICKERING, Viviane Leal. **Realidade do indivíduo na prisão: considerações sobre violência.** Criminologia e sistemas jurídico-penais contemporâneos, v. 2, 2011.

GOMIDE, Denise Camargo. **O materialismo histórico-dialético como enfoque metodológico para a pesquisa sobre políticas educacionais.** SAVIANI, D.[et al.] Anais da XII Jornada do Histedbr e Seminário de Dezembro: A crise estrutural do capitalismo e seus impactos na educação pública brasileira. Caxias, MA: Histedbr, MA/CESC, 2014, p.126.

LERMEN, Helena Salgueiro et al. **Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 25, 2015, p. 905-924.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade.** 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

NETTO, José Paulo**. Introdução ao Método da Teoria Social.** Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. UNB: Editora: CFESS e ABEPSS, 2009. p. 667-700.

NOGUEIRA, Ana Claudia Correia. **Câncer do colo de útero e SER: um estudo sobre acesso ao serviço de ginecologia oncológica.** Monografia de especialização em Gestão de Redes de Atenção à Saúde – GRAS, Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2017.

_____, Ana Claudia Correia; SILVA, Letícia Batista. **As desigualdades de gênero: um enfoque na questão da saúde pública.** Anais, p. 1-14, 2019.

SILVA, Elaine Regina Prudencio Hipólito da. **Controle do câncer do colo do útero em mulheres privadas de liberdade em Mato Grosso do Sul,** 2017.

APÊNDICE A - ENTREVISTA PROFISSIONAIS SEAP/RJ

1- São realizados exames preventivos para o câncer do colo de útero dentro do sistema prisional?

2- Como é feito o diagnóstico?

3- Como é realizado o encaminhamento das mulheres para tratamento de câncer de colo de útero?

4- Quais são as questões que interferem no processo de encaminhamento do tratamento da ginecologia oncológica?

5- Há disponibilidade de insumos como camisinhas ou outros métodos que tratam a saúde sexual e reprodutiva da mulher?

6- Existem projetos/parcerias/campanhas relacionados ao câncer do colo de útero. Existem entraves/dificuldades)?

7- Existe articulação com os outros serviços da Rede de Atenção à Saúde para que as mulheres em situação de privação de liberdade tenham direito à saúde garantido na perspectiva da integralidade?

APÊNDICE B - ENTREVISTA PROFISSIONAIS HOSPITAL DO CÂNCER II

1- Como é o atendimento realizado à mulher privada de liberdade no HCII para tratamento oncológico de câncer de colo de útero?

2- Você identificou dificuldades neste atendimento, considerando a presença do agente penitenciário e da condição de limitação da usuária (algema, tornozeleira eletrônica, liberdade de fala/sigilo, dentre outros)?

3- Há algum fluxo específico na unidade para atendimento dessas usuárias? Exemplo: agendamento das consultas, exames e procedimentos no mesmo dia e turno, prioridade no atendimento, dentre outros?

4- Você considera que as mulheres em situação de privação de liberdade estão acessando a alta complexidade oncológica da mesma forma que as usuárias que estão fora do sistema prisional?

5- Através de observação empírica, você visualiza alguma mudança no quantitativo de atendimentos à essa população usuária após implementação dos Sistema de Regulação (SISREG) e do Sistema Estadual de Regulação (SER)?

6- Quais os desafios/entraves/limites para a articulação da alta complexidade oncológica com o sistema penitenciário para que as mulheres privadas de liberdade tenham direito à saúde garantido na perspectiva da integralidade e na qualidade dos serviços prestados no SUS?