

SAÚDE DA MULHER PRESA

“Eu vim para que todos tenham vida e a tenham em plenitude” (Jo 10,10). Esta frase que o evangelista João nos apresenta permeia toda a pastoral da Igreja Católica no âmbito da saúde. Quando falamos de saúde estamos falando de vida. A vida é um dom supremo, ou seja, é dom de Deus e direito de todos. Todas as pessoas, independente de sua condição social, raça, religião, orientação sexual, tem direito a vida digna e plena. Assim sendo, o acesso a saúde, é um direito de todos e, portanto, daqueles e daquelas que se encontram privados de sua liberdade.

No texto a seguir apresento alguns apontamentos sobre a saúde das mulheres que se encontram em situação de prisão. Este texto, em forma de resumo, foi elaborado a partir do manual Atenção à saúde da Mulher privada de liberdade, cujos autores e referencias bibliográficas aparecem no próprio manual. Serão apontados alguns problemas mais comuns no dia a dia das prisões, nas questões relacionadas ao adoecer e morrer, tais como, gravidez, trabalho de parto, saúde mental, DSTs, dentre outras.

No processo de adoecer e morrer das populações e de cada pessoa em particular, as desigualdades sociais, econômicas e culturais se revelam de maneira diferenciada. As pessoas que são mais vulneráveis e vivem menos, são populações expostas a condições precárias de vida, dentre elas estão as populações privadas de liberdade. Ao privar ou restringir uma pessoa de sua liberdade, o estado e a sociedade como um todo, não pode negar-lhe outros direitos, como o é o caso do direito a saúde.

Nas unidades prisionais femininas ou estabelecimentos penais mistos encontram-se pavilhões, alas e celas adaptadas para mulheres, e em sua grande maioria não há qualquer forma ou condição mínima para que a pessoa, ao deixar aquele local, tenha um retorno ao seu meio social e tenha condições de re-começar ou re-organizar a sua vida. Pior ainda nas questões relacionadas a saúde, esses ambientes não apresentam as condições mínimas

para a prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas que ai se encontram.

Nesses locais geralmente não existem creches e berçários para os filhos das mulheres presas. Os agravos decorrentes do confinamento podem potencializar doenças psicossociais. Os profissionais que atuam nesses locais, deveriam ter um olhar atento para a identificação de possíveis transtornos mentais e para o uso de álcool e de outras drogas. Assim, o impacto que a situação de privação da liberdade tem sobre as mulheres pode desencadear transtornos mentais ou potencializar os já existentes (SANTOS; BERMUDEZ, 2012).

É importante lembrar que o debate em torno da saúde mental não está ligado ao sofrimento acarretado somente pela deficiência orgânica e psíquica, mas, principalmente, pelas freqüentes problemas sociais que esse diagnóstico carrega: preconceitos, discriminações e falta de esclarecimentos da população desdobram-se na exclusão, no medo e na falta de atenção em relação a essa problemática.

No contexto prisional, dados estatísticos apontam que a prevalência de doença mental entre a população privada de liberdade está no percentual de 42%, ao passo que na comunidade em geral é de 15%.

O consumo de ansiolíticos tornou-se um problema de saúde pública que atinge grandes dimensões e as mulheres assumem uma posição de destaque em relação ao consumo desses medicamentos, que estão entre as substâncias psicotrópicas mais consumidas indiscriminadamente em todo o mundo.

No ambiente prisional, tais dados tornam-se mais alarmantes. Numa visão abrangente, Barros (1983, p. 94) vem afirmando que esses medicamentos “fazem parte do arsenal terapêutico dirigido à ‘medicalização do mal-estar’ e ao controle da tensão gerada, não raras vezes, nas relações sociais de produção e no processo de trabalho”. Em outras palavras, as pessoas recorrem a calmantes na esperança de escapar das pressões sociais, familiares ou do trabalho, ou de torná-las ao menos toleráveis.

Buscando atender à complexidade e às especificidades da saúde das mulheres, a criação da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) é resultado das reivindicações dos movimentos de mulheres e dos grupos feministas.

Essa política parte da percepção ampliada de ser mulher, de seu contexto de vida e do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições como sujeito capaz e responsável por suas escolhas. Tal perspectiva requer profissionais de saúde capazes de estabelecer relações com as mulheres de maneira singular, respeitando as diferenças, seja por razões econômicas, culturais, religiosas, raciais ou de diferentes orientações sexuais.

Diretrizes PNAISM

- Atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, em situação de prisão, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras).
- Considerar que a atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde.
- Basear as práticas em saúde nos princípios da humanização, compreendidos como atitudes e comportamentos do profissional de saúde que contribuam para reforçar o caráter da atenção à saúde como direito, que melhorem o grau de informação das mulheres em relação ao seu corpo e suas condições de saúde, ampliando sua capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto e momento de vida.

A ampliação da atenção à saúde das mulheres privadas de liberdade, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, aponta diferentes perspectivas

de integralidade, representando um passo importante a ser dado pelo Estado e pela sociedade (SÁ E SILVA, 2009).

Recentemente a Secretaria de Política para as Mulheres, em conjunto com o Ministério da Justiça, publicou a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE). Em consonância com a PNAISM, essa política tem o objetivo de reformular as práticas e garantir os direitos das mulheres privadas de liberdade no Brasil.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) estende a cobertura efetiva do SUS a todas as pessoas privadas de liberdade, concretizando a universalização do SUS.

Vale lembrar que as mulheres estão em condição de privação de liberdade, mas não de privação de atenção qualificada às suas necessidades.

Atenção obstétrica e neonatal à mulher privada de liberdade

Para uma mulher no sistema prisional, a maternidade pode ter caráter positivo, por suavizar a solidão e a falta dos demais filhos e da família, reduzindo o sofrimento pela perda da liberdade. Por outro lado, a saúde dos filhos e o ambiente do sistema prisional, inadequado para o crescimento saudável de uma criança, são preocupações mencionadas quando essas mulheres são ouvidas (DA SILVA; LUZ; CECCHETTO, 2011).

O Brasil tem como meta atingir os indicadores propostos nos objetivos do milênio, que incluem a redução da mortalidade materna em $\frac{3}{4}$ até 2015, chegando a 35 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos.

Em 2012 ocorreram ainda 61 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos.

No Brasil, a primeira causa de morte materna é a hipertensão relacionada à gravidez (eclampsia); a segunda é a hemorragia (Sistema de Informação de Nascidos Vivos, 2012).

Essas causas têm relação com a qualidade e o acesso ao pré-natal, que possibilita a identificação de intercorrências e a intervenção adequada, minimizando riscos e danos à mãe e ao filho.

Toda gravidez apresenta riscos. Apesar de ser um processo fisiológico, exige cuidados e atenção por aumentar as vulnerabilidades já existentes. Nos casos da gestação por mulheres privadas de liberdade, a detecção precoce de problemas, a prevenção e o tratamento de infecções, assim como a preparação para o parto, deverão fazer parte dos processos planejados para o cuidado da equipe de saúde.

Vale lembrar que o acesso aos serviços se dará dentro e fora do ambiente prisional, exigindo articulação entre as esferas de gestão do sistema prisional e do sistema de saúde para que isso se efetive.

Em 1996 a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, orientando quanto ao que deve e não deve ser feito no processo do parto.

Práticas úteis

- Plano individual determinando onde e por quem o nascimento será realizado, elaborado em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado a seu marido ou companheiro.
- Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde.
- Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto.
- Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante.
- Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto.
- Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente.

- Monitoramento cuidadoso do progresso do parto, por exemplo, por meio do uso do partograma da OMS.
- Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho de parto e ao término do processo de nascimento.
- Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, como massagem e técnicas de relaxamento.
- Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto.
- Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto.
- Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto, ou que correm perigo da perda de até uma pequena quantidade de sangue.
- Condições estéreis ao cortar o cordão.
- Prevenção da hipotermia do bebê.
- Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre aleitamento materno.
- Exame rotineiro da placenta e das membranas ovulares.

Nascer no Brasil tem sido uma experiência com muitas intervenções técnicas. O país tem sido destaque mundial pelo número alto de partos cirúrgicos.

As cesarianas realizadas fora das indicações baseadas em evidências científicas têm banalizado esse procedimento, como se não oferecesse riscos e fosse a forma mais adequada para todos os nascimentos.

Entre mulheres privadas de liberdade, usando razões de segurança, a indicação de cesárea é generalizada e sequer o tempo de observação hospitalar é obedecido.

A Rede Cegonha

A Rede Cegonha, em sua política de atenção, tem como objetivos estratégicos:

- Reduzir a mortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal.
- Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, de modo que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade.
- Fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança, abrangendo o direito a planejamento reprodutivo, pré-natal e atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de 0 aos 24 meses.

De acordo com os dados disponíveis no sítio virtual do Conselho Nacional de Justiça, por meio do sistema de informação Geopresídios, em maio de 2014 o Brasil tinha 1.026 gestantes no sistema prisional.

Portaria Interministerial 210/2014

A Portaria Interministerial 210/2014 do Ministério de Justiça e da Secretaria de Política para as Mulheres estabelece a Política Nacional de Atenção Integral às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade, que preconiza o acesso à saúde, em consonância com a Política Nacional de Atenção à Saúde no Sistema Prisional e de Atenção Integral à Saúde da Mulher, bem como:

- Acesso a atendimento psicossocial desenvolvido no interior das unidades prisionais, por meio de práticas interdisciplinares nas áreas de dependência química, convivência familiar e comunitária, saúde mental, violência contra a mulher e outras, as quais devem ser articuladas com programas e políticas governamentais;
- Atenção específica à maternidade e à criança intramuros, observando:
 - identificação da mulher quanto à situação de gestação ou maternidade;

- quantidade e idade dos filhos e das pessoas responsáveis pelos seus cuidados e demais informações;
- inserção da mulher grávida, lactante e mãe com filho em local específico e adequado;
- autorização da presença de acompanhante da parturiente, devidamente cadastrada (o) junto ao estabelecimento prisional, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;
- proibição do uso de algemas ou outros meios de contenção em mulheres em trabalho de parto e parturientes, observada a Resolução n.º 3, de 1º de junho de 2012, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP);
- inserção da gestante na Rede Cegonha, junto ao SUS, desde a confirmação da gestação até os dois primeiros anos de vida do bebê (BRASIL, 2014)

A assistência pré-natal adequada, a detecção precoce nas situações de risco com sua correspondente intervenção, além da garantia da referência hospitalar, são condicionantes para a melhoria dos indicadores de saúde e mortalidade relacionados à mãe e ao bebê.

A atenção à mulher grávida no sistema prisional é um desafio, por se tratar de um espaço de múltiplas segregações: primeiro a dos indivíduos encarcerados da sociedade, depois a dos indivíduos dentro do ambiente prisional (COLARES; CHIES, 2010).

As Unidades Básicas de Saúde devem ter disponíveis os testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites B e C.

Enfatizamos que o tratamento das doenças na gestação – entre elas sífilis, HIV positivo e infecções urinárias – são imprescindíveis para a saúde de um recém-nascido e a minimização de riscos para a mulher.

A presença de acompanhante em todo o trabalho de parto e no parto é um direito previsto em lei para a mulher fora do sistema prisional (Lei n.º 11.108, de 7 de abril de 2005) (BRASIL, 2005). Esse direito também está preconizado

para a mulher em situação prisional na Portaria Interministerial n.º 210 de janeiro de 2014 (BRASIL, 2014).

Após o nascimento, a Constituição Brasileira prevê que as mulheres privadas de liberdade poderão permanecer com seus filhos durante o período de amamentação. Essa garantia é reforçada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, que dispõe que o poder público deverá garantir condições de aleitamento materno para os filhos de mães que estão em condição de privação de liberdade.

Também o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCC) define que os filhos de mulheres no sistema prisional devem permanecer junto às mães pelo período mínimo de um ano e seis meses, e depois desse período deverão passar por fase de adaptação num processo gradual de separação por mais seis meses.

Nesses casos, a Resolução CNPCC n.º 14, de 11 de novembro de 1994, que apresenta as “Regras Mínimas para o Tratamento do Preso no Brasil”, traz no artigo 7.º, § 1.º, que “as mulheres cumprirão pena em estabelecimentos próprios” e, no § 2.º, que “serão asseguradas condições para que a presa possa permanecer com seus filhos durante o período de amamentação dos mesmos” (BRASIL, 1994).

Um dos problemas de manter o convívio mãe e filho, apesar da garantia legal, é a falta de estrutura física adequada no sistema prisional, que deve garantir unidades prisionais com unidades materno-infantis, equipadas com dormitório para mães e crianças, brinquedoteca, área de lazer, abertura para área descoberta e participação em creche externa, conforme a Resolução n.º 3/2009 do CNPCC, frequentemente desrespeitada (BRASIL, 2009).

Garantir a permanência do filho com a mãe e, com isso, a possibilidade de amamentação é necessário a partir do entendimento de que amamentar é muito mais do que nutrir a criança. O desenvolvimento saudável pode ser prejudicado caso a criança seja afastada da mãe e tenha a amamentação impedida.

Quanto à mulher, é importante saber que no final da gravidez e semanas após o nascimento a maioria delas entra em um estado especial de sensibilidade exacerbada. A gravidez e o parto são eventos estressantes para a mulher e atuam, muitas vezes, como fatores desencadeantes de sofrimento mental (BRASIL, 2009).

O diagnóstico de psicose e outros tipos de sofrimento mental na puérpera representa a possibilidade da realização de intervenções multidisciplinares tão logo os sintomas sejam detectados. Da mesma maneira, o diagnóstico precoce de sinais e sintomas de infecção puerperal e de mastite ou fissura nos mamilos é importante para o início do tratamento.

Está preconizado pela Rede Cegonha, dentro da política de atenção obstétrica e neonatal, que a equipe de saúde acompanhe a mulher e o recém-nascido, especialmente na primeira semana de pós-parto, procurando conhecer, em contato com a maternidade, os procedimentos realizados e as possíveis intercorrências relevantes no parto e no nascimento, bem como a classificação do recém nascido, caso este seja de alto risco e precise de maiores cuidados da equipe de Atenção Básica.

Quanto à mulher, é importante ficar atento para o aparecimento de febre, sangramento vaginal exagerado ou fétido, dor ou infecção nos pontos da cesárea ou da episiotomia, tonturas muito freqüente, mamas empedradas e doloridas. Qualquer uma dessas situações deve ser avaliada imediatamente pelo serviço de saúde (BRASIL, 2013).

Outros aspectos a serem abordados com a mulher em situação de privação de liberdade são a anticoncepção e as medidas de prevenção e diagnóstico das DST, que devem ser abordadas pelo menos semestralmente.

Historicamente a saúde da mulher esteve atrelada às questões reprodutiva e de controle da sexualidade e do corpo feminino. No entanto, os direitos reprodutivos são constituídos por princípios e normas de direitos humanos que garantem o exercício individual, livre e responsável da sexualidade e da reprodução humana.

Portanto, é direito subjetivo de toda pessoa decidir sobre o número de filhos e os intervalos entre seus nascimentos, bem como ter acesso aos meios necessários para o exercício livre de sua autonomia reprodutiva, sem sofrer discriminação, coerção, violência ou restrição de qualquer natureza (VENTURA, 2009).

As mulheres privadas de liberdade vivenciam uma situação de maior vulnerabilidade a doenças, como o câncer de colo uterino e o de mamas, as DST e a Aids, além do sofrimento e de transtornos mentais, incluindo a depressão e transtornos relacionados ao uso de drogas.

Gênero e saúde

O conceito de gênero foi formulado na década de 1970, a partir da influência do movimento feminista. Ele busca distinguir a dimensão biológica da dimensão social.

A maneira de ser homem e de ser mulher é construída no âmbito da cultura. Assim, gênero significa que homens e mulheres são produtos da realidade social, em vez de decorrência da anatomia de seus corpos (SANTOS; BERMUDEZ, 2012).

Ainda são poucos os espaços para discussões sobre as questões de gênero no sistema prisional brasileiro. No entanto, se gênero é uma das dimensões organizadoras das relações sociais que apontam as discussões sobre a produção de desigualdades nas relações, a política de saúde construída no âmbito do SUS deve reconhecer a existência dessas desigualdades e respondê-las, com vistas à promoção da equidade de gênero.

A dimensão de gênero como parte das políticas de saúde, nos deixa atentos, não às divergências nas condições de saúde resultantes exclusivamente da diferença biológica existente entre homens e mulheres, mas à dimensão social, aos processos de adoecimento, como a naturalização da

agressividade como um atributo masculino e da fragilidade e submissão como características femininas. Isso tem impactos negativos nas condições de saúde de mulheres e homens (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Outra questão relacionada a saúde prisional, está o direito ao acesso a saúde por mulheres pertencentes ao grupo LGBT. A política LGBT tem como marca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão dessa população no processo de saúde-doença. Essa política tem como objetivo promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, contribuindo para a redução das desigualdades e para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equânime.

Portanto, suas diretrizes e seus objetivos estão voltados a mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde desses grupos sociais.

Quanto à discriminação e ao acesso aos serviços de saúde, o relatório publicado pela Rede Feminista de Saúde em 2006 informa que:

- Cerca de 40% não revelam sua orientação sexual.
- Entre as mulheres que revelam sua orientação sexual, 28% referem maior rapidez do atendimento do médico.
- Entre as mulheres que revelam sua orientação sexual, 17% afirmam que no atendimento médico deixaram de solicitar exames considerados por elas como necessários.
- Com relação ao exame preventivo de câncer de colo uterino, a cobertura entre mulheres heterossexuais é maior (89,7%) nos últimos três anos em comparação com as mulheres lésbicas e bissexuais (66,7%).

A atenção à saúde das mulheres negras

No entanto, o maior e mais profundo sofrimento é aquele decorrente da discriminação e do preconceito.

Com relação às mulheres negras, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra reconhece o racismo, as desigualdades étnico-raciais e o racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde. Tem como objetivo geral promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais e o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e nos serviços do SUS (BRASIL, 2007).

Doenças sexualmente transmissíveis e AIDS

De acordo com estimativa do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV e Aids (UNAIDS), a prevalência da Aids entre pessoas privadas de liberdade é mais alta que entre a população geral. As condições de confinamento, de assistência inadequada e a falta de perspectivas são fatores que aumentam a vulnerabilidade dessas pessoas ao HIV/Aids e a outras doenças sexualmente transmissíveis.

Nas prisões, é fator adicional de risco o compartilhamento de material usado para consumo de drogas, para tatuagens e piercings, bem como de lâminas de barbear, além da esterilização inadequada ou reutilização de instrumentos médicos ou odontológicos (SANTOS; BERMUDEZ, 2012).

O diagnóstico e o início de tratamento o mais precocemente possível ampliam as possibilidades de viver com o HIV, diminuindo as comorbidades e a mortalidade por Aids, melhorando a qualidade e a expectativa de vida.

Recomenda-se o início de terapia antirretroviral para todas as gestantes, independentemente da presença de sintomas ou da contagem de linfócitos/CD4. Recomenda-se também a manutenção da terapia antirretroviral após o parto, independentemente do nível de linfócitos/CD4 no momento do início (BRASIL, 2013).

Essa abordagem vem na perspectiva de diminuição da transmissibilidade do HIV, colaborando para a diminuição da epidemia e para a diminuição dos processos inflamatórios nos indivíduos infectados, o que aumenta a expectativa de vida destes.

Um importante aliado da identificação precoce do HIV é o teste rápido disponibilizado pelo Ministério da Saúde. Além do teste rápido para HIV, o Ministério da Saúde disponibiliza gratuitamente os testes rápidos para hepatites B e C e sífilis.

Lembramos que estas, bem como a tuberculose, são importantes comorbidades. Elas têm uma evolução diferenciada nos indivíduos com HIV/Aids. Portanto, sua identificação precoce contribui para a minimização de danos por acesso ao tratamento.

Câncer de colo uterino e câncer de mama

O trabalho desenvolvido pelas equipes de Atenção Básica é fundamental para a prevenção de doenças, o diagnóstico precoce e o acompanhamento das mulheres. Não deve ser diferente para as equipes de saúde nas prisões. Assim, entre as ações desenvolvidas na rotina dessas equipes, destacam-se aquelas relacionadas ao controle dos cânceres do colo de útero e de mama.

A Linha de Cuidado do Câncer tem a finalidade de assegurar à mulher o acesso humanizado e integral às ações e aos serviços qualificados, estabelecendo o “percurso assistencial” com o objetivo de organizar o fluxo dos indivíduos, de acordo com suas necessidades.

A organização da linha de cuidado envolve intervenções na promoção da saúde, na prevenção, no tratamento, na reabilitação e nos cuidados paliativos, englobando diferentes pontos de atenção à saúde, com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos.

Considerando a alta incidência e a mortalidade relacionadas ao câncer de útero e ao câncer de mama, é responsabilidade dos gestores e dos profissionais de saúde realizar ações que visem ao controle dessas doenças e que possibilitem a integralidade do cuidado, aliando as ações de detecção precoce com a garantia de acesso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos em tempo oportuno e com qualidade (BRASIL, 2013).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a incidência desse câncer aumenta nas mulheres entre 30 e 39 anos de idade e atinge seu pico na quinta ou sexta décadas de vida. Antes dos 25 anos, prevalecem as infecções por HPV e as lesões de baixo grau, que regredirão espontaneamente na maioria dos casos, portanto podem ser apenas acompanhadas conforme recomendações clínicas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

Após os 65 anos, por outro lado, se a mulher tiver feito os exames preventivos regularmente, com resultados normais, o risco de desenvolvimento do câncer cervical será reduzido em função da sua lenta evolução (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2011).

A Pastoral Carcerária, dentro da comissão da mulher presa e da comissão de saúde nos presídios, está atenta para essa realidade. Outros temas relacionados a saúde podem ser destacados, porém, dados nos mostram que doenças como a Tuberculose atingi um índice bem maior entre os homens do que entre as mulheres. Porém, não podemos ficar alheios mesmo que os números seja, pequenos. Outras doenças crônicas não transmissíveis também devem ser cuidadas com toda atenção. São as doenças cardiovasculares, diabetes, problemas relacionados a obesidade, dentre outras.

Pe. Almir José de Ramos

Organizador