



Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Artículos Originales



Comportamiento sexual y de salud entre mujeres de presos: estudio exploratorio

Débora Cristina Martins¹, Elen Ferraz Teston², Barbara Aparecida Dobiesz³, Carlos Alexandre Molena Fernandes⁴, Sonia Silva Marcon¹

¹Universidade Estadual de Maringá

²Universidade Federal de Mato Grosso del Sur

³Ayuntamiento de Sabáudia

⁴Universidade Estadual de Paraná

RESUMEN

Objetivo: aprender el comportamiento sexual y de salud de mujeres de presos. **Método:** estudio exploratorio, cualitativo, realizado en noviembre de 2015 en un presidio de pequeño porte de Paraná, Brasil. Los datos se recopilaron a través de una entrevista semiestructurada con 19 mujeres y posteriormente sometidos al análisis de contenido, modalidad temática. **Resultados:** se aprendió que las mujeres de presos, además de estar en situación de vulnerabilidad, negligencian medidas de cuidado a su propia salud, priorizando la salud de su pareja y familiares. Además, presentan comportamiento sexual de riesgo favorecido por las condiciones del encarcelamiento de la pareja y por el establecimiento de relaciones extraconyugales desprotegidas. **Conclusión:** mujeres de presos constituyen una población vulnerable, lo que implica en la necesidad de cambiar las acciones de atención y acogimiento de este público.

Descriptores: Salud de la Mujer; Conducta Sexual; Esposos; Prisioneros.

INTRODUCCIÓN

La Política Nacional de Atención Integral a la Salud de las Personas Privadas de Libertad en el Sistema Penitenciario (PNAISP) establece objetivos referentes a la salud de la población carcelaria brasileña. En este contexto, uno de los elementos señalados es la importancia de pensar el proceso salud-enfermedad-atención más allá del individuo, envolviendo, así, una red ampliada, que incluya a la familia y a las redes de sociabilidad⁽¹⁾.

La familia para el preso constituye un pilar de sustentación, pero las relaciones entre ellos se establecen en un ambiente vulnerable, marcado por la ausencia total de privacidad, principalmente para las mujeres que se exponen a visitas íntimas dentro de las instituciones carcelarias^(2,3). Aunque el derecho a la visita íntima para el preso esté garantido por la Constitución Federal⁽⁴⁾, la realización de este derecho es de la competencia del órgano gestor del sistema penitenciario estatal, vinculado a la respectiva secretaría de seguridad pública conforme la demanda local.

Cabe destacar que el ambiente carcelario ofrece riesgos físicos, psicológicos y de transmisión de enfermedades infecciosas debido a la heterogeneidad de los individuos encarcelados. En este sentido, la condición de vulnerabilidad, tanto del preso como de sus familiares, en especial de la mujer que realiza visita íntima, debe ser considerada y priorizada en la planificación de las acciones de cuidado de salud. hasta porque las mujeres, generalmente tienen menos libertad en su vida sexual y menor poder de decisión sobre ella, aparte de ser, con mayor frecuencia víctimas de violencia cotidiana/doméstica, incluso en el ámbito sexual, lo que las convierte en una población prioritaria y vulnerable^(3,5).

Un estudio sobre las condiciones de salud de la población carcelaria del estado de Rio de Janeiro destaca la distinción de género relativa a

las visitas en los presidios: el porcentual de los que no reciben visita de familiares es mucho mayor entre las mujeres, que justifican tales ausencias porque ellos necesitan asumir los cuidados de los hijos, viven lejos o incluso, por miedo y vergüenza de las "inspecciones" realizadas para entrar en los presidios⁽⁶⁾. En relación a sus compañeros, es común que las mujeres presas relaten que ellos también están encarcelados o en otros relacionamientos^(6,7), así, se presupone que las visitas íntimas para ellas también son menos frecuentes. Realidad inversa se observa en los presidios masculinos: las esposas/compañeras de presos suelen visitarlos con frecuencia, y al querer proporcionarles algún confort en la cárcel, por solicitud o la exigencia de ellos, hasta se arriesgan a llevarles objetos prohibidos y drogas⁽⁶⁾.

Las prácticas de atención a la salud se refieren al cuidado integral individual, a la prevención de enfermedades y a la continuidad de tratamiento de enfermedades preexistentes. Ya el comportamiento sexual identifica la postura, los cuidados y la prevención frente a las infecciones sexualmente transmisibles (IST)^(6,8), sumados a factores de extrema vulnerabilidad a los que estas mujeres y sus parejas están expuestos dentro de un ambiente carcelario.

Delante de la condición de vulnerabilidad vivida por estas mujeres, el objetivo de este estudio fue aprender el comportamiento sexual y de salud de mujeres de presos. Se cree que sus resultados podrán subsidiar las acciones de los servicios de salud y favorecer la elaboración de estrategias necesarias para promover cuidados continuados en la salud de esas mujeres y sus parejas.

METODO

Investigación exploratoria, de abordaje cualitativo, realizada con mujeres de presos, en un presidio localizado al norte del estado de Paraná,

Brasil. Este, en la ocasión del estudio, contaba con 152 presos, de los cuales, aproximadamente 80% recibían visitas íntimas, realizadas en el primer, segundo y tercer miércoles de cada mes; el último miércoles se destina a las visitas de los hijos y otros familiares.

Las participantes del estudio fueron abordadas en los mismos días que iban al presidio, mientras aguardaban el horario de inicio de las visitas, obedeciendo los siguientes criterios de inclusión: ter 18 años o más, ser pareja/compañera del preso con acceso liberado para visita íntima y haber llegado al presidio con más de una hora de antelación del horario liberado para la visita. La búsqueda por nuevas participantes ocurrió hasta el momento en que los datos empezaron a repetirse y se llegó al objetivo de la investigación. La saturación fue alcanzada con 19 mujeres, que constituyeron así la muestra del estudio.

Los datos se recolectaron en el mes de noviembre de 2015, por medio de entrevistas semiestructuradas, realizadas en sala de atendimento individual dentro del propio presidio, antes del horario de liberación para la visita. Ellas fueron grabadas en un medio digital y tuvieron duración media de 40 minutos.

El instrumento utilizado durante el muestreo fue una guía de dos partes, la primera abordando cuestiones relacionadas a la caracterización sociodemográfica, comportamientos y condiciones de salud; y la segunda conteniendo la siguiente cuestión: Hable sobre los cuidados con su salud después que su compañero fue preso. Algunas preguntas de apoyo fueron utilizadas con el intuito de favorecer el abordaje de aspectos no relatados libremente. Ellas fueron: ¿En relación a su vida sexual después de la prisión de su pareja, que usted tiene a decir? Hábleme más sobre eso. ¿Cómo se siente en relación a su vida sexual? ¿Qué cuidados usted toma para prevenir enfermedades?

Para tratamiento de los datos, las entrevistas se transcribieron en la íntegra y se sometieron

al análisis de contenido, modalidad temática, siguiéndose las etapas preestablecidas de preanálisis (identificación de los aspectos relevantes a partir del objetivo del estudio); exploración del material (identificación de los aspectos comunes y específicos relacionados a la condición de salud y el comportamiento sexual de las mujeres); y tratamiento de los datos (delimitación de las categorías)⁽⁹⁾.

El estudio se desarrollo después de la aprobación del Comité de Ética en Pesquisas del Centro de Estudios Superiores de Apucarana (Parecer de nº 1.330.747). Las participantes firmaron el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido y para garantizarles el anonimato, los extractos de sus relatos se identificaron con la letra E, indicativo de entrevista, seguida de un número indicativo del orden de realización de la entrevista y otro de su edad (Ex: E2-52 años).

RESULTADOS

Las 19 participantes del estudio tenían edad entre 18 y 52 años, con media de 28 años, siendo que 12 se autodeclararon blancas, cuatro negras y tres pardas. La mayoría tenía máximo de cuatro años de estudio (n=13) y media de dos hijos. En relación a la situación conyugal, 13 eran pareja de hecho y seis casadas. La renta familiar media era de un salario mínimo (R\$ 788,00 en la época de realización del estudio); y 14 de ellas trabajaban fuera.

En lo concerniente a la salud, diez refirieron ser usuarias de alcohol y tabaco; 11 negaron la existencia de problemas de salud, cinco mencionaron depresión y tres dijeron tener hipertensión arterial. Además de eso, 14 de ellas mencionaron no realizar actividad física.

Del análisis de los datos de las entrevistas emergieron dos categorías que serán descritas a seguir.

La prioridad es cuidar de los otros: "No tengo tiempo para mí"

Cuando se indaga sobre las acciones para cuidar su propia salud, algunas entrevistadas refirieron no tener tiempo para cuidar de sí, debido al papel de "cuidadora" de la familia y jefe de la casa después del encarcelamiento del compañero, y por la carga de responsabilidad por la pareja presa y la preocupación con su salud.

Pago Unimed para él y para mi hija solamente, porque él tiene problema cardíaco. Tengo miedo que le haga falta una cirugía de urgencia o una consulta. (E2-52 años)

No tengo mucho tiempo de cuidarme, me preocupo mucho en sustentar a mi hija, pagar el alquiler. Tomo medicina cuando necesito. Cuando él salga, voy a cuidar de mí, porque voy a tener más tiempo. (E1-22 años)

No logro cuidar de mi salud, tengo los niños, no tengo tiempo para mí. El tiempo que tengo es más para él y para venir aquí y traerle cosas. (E3-23 años)

No tengo muchas ganas de cuidarme, me preocupa más la salud de él, porque tiene varios problemas de salud. (E4-49 años)

En las siguientes declaraciones se puede observar que cuando las entrevistadas hablan de comportamientos de salud propios, las acciones de cuidado están relacionadas a una enfermedad preexistente, siendo esta la razón que hace que algunas de ellas acudan a los servicios de salud.

En la salud yo hasta me cuido, tengo vitíligo y hago tratamiento con pomada y medicación. Tenía cinco años cuando fue descubierto el vitíligo, antes yo iba cada tres meses al médico, ahora voy todos los meses. (E5-22 años)

Cuido de mi salud en el CAPS [Centro de Atención Psicosocial], hago tratamiento para la depresión. Ya me cambiaron el medicamento dos veces. El médico y la enfermera me dijeron que tengo que ir al gimnasio, caminar, pero no lo logro. (E18-18 años)

Sin embargo, la mayoría de las veces, estos cuidados no son periódicos y ni continuados.

No fumo y no bebo, no camino, no hago ningún ejercicio físico y ni exámenes. Lo único que hago es el preventivo, porque ya tuve flujo vaginal, pero no me acuerdo ahora cuando fue el último que hice. Creo que fue antes de quedarme embarazada en 2013, pero tampoco sé lo que dio el examen, no fui a buscar el resultado. (E7-23 años)

Me cuido la salud de vez en cuando, pero nunca me dio nada serio. A pesar de la vida estragada, yo tengo salud (risas). Pero voy al médico solo cuando de verdad lo necesito, cuando tengo dolor o no me siento bien. (E19-29 años)

Se observó también que las entrevistadas sentían miedo de ir a los servicios de salud por cargar con el estigma de ser "mujer de preso".

Le pido a aquella muchacha del hospital para marcar mi examen y ella me dice que lo va a hacer pero nada, creo que

ella me tiene miedo, a veces piensa que soy igual a mi marido. Estoy con flujo vaginal y tengo dolor debajo de la barriga, pero voy a esperar y ver se ella va a marcar. (E8-35 años)

En estos días le dieron un medicamento a mi marido para que lo tomara aquí y dijeron que yo también tenía que tomarlo. El flujo vaginal mejoró, pero volvió y el dolor durante el sexo continúa. Ya tuve sífilis, pero traté cuando estaba embarazada. No voy a la posta médica, primero porque no tengo tiempo y también porque ellos me miran mal, creo que es porque él está preso. (E6-23 años)

Ya traté el flujo vaginal. Él también tuvo que tratar una vez, fue una cosa que los dos tuvimos que tratar, no sé lo que era, y también prefiero no saber nada. Las personas creen que somos ignorantes, principalmente por mi marido estar preso, entonces no nos explican las cosas. (E9-20 años)

Comportamiento sexual en ambiente carcelario: "Cuando amamos de verdad se pasa por todo juntos"

En esta categoría se evidenció la adopción de comportamientos de riesgo relacionados a la salud sexual en ambiente carcelario, como, por ejemplo, la no utilización del preservativo por motivos variados:

Es un poco diferente, ahí dentro cambia un poco, pero cuando se ama de verdad, se pasa por todo juntos. Lo mejor es no pensar mucho, vengo aquí a aprovechar

mi tiempo con él, ¿entiende? Tengo que olvidar. Uso anticonceptivo, ellos entregan condones aquí para nosotros, pero no uso porque ya tomo remedio. (E12-24 años)

Tomo aquel medicamento que se toma al otro día, ¿sabe? Cuando lo necesito. Nosotros evitamos, hago aquella tablilla del calendario, pero de vez en cuando escapa, ahí necesito tomar. A él no le gusta usar condones. (E10-38 años)

No uso nada de medicamento, ni condones porque estoy ligada. Nunca tuve problema aquí[...] sin contar que el ambiente aquí es vergonzoso, no tiene ni cabeza para quedarse pensando en usar condón. (E13-22 años)

La confianza en el compañero y la creencia de que la realización de exámenes en el sistema carcelario, funcionan como factores de "protección" también se observó.

Hacemos sexo aquí dentro de la cárcel, y yo confío mucho en él, hasta porque aquí dentro ellos hacen todos tipos de exámenes, y siempre que se los hace da todo normal. Pero si no hicieran esos exámenes, yo usaría condón sí, porque tengo miedo. (E15-24 años)

[...] preservativo aquí hay, ellos dan pero no uso. Estoy ligada y confío mucho en mi marido. (E14-30 años)

La falta de privacidad, la vergüenza y la humillación fueron señaladas como sentimientos experimentados durante la intimidad de la pareja en el ambiente carcelario.

Mi vida íntima se quedó muy avergonzada por el lugar, pero ahora ya me acostumbré. El lugar no tiene mucha privacidad, siento vergüenza a veces, muchos hombres juntos, el ambiente[...] pero es mi marido, mi matrimonio. (E16-37 años)

Es vergonzoso tener relación sexual aquí dentro. Siento mucha vergüenza, humillación, hay otros presos, es como si los otros estuviesen escuchando y viendo todo (baja la cabeza y suspira fondo). Nos quedamos sin ganas, es bastante incomodo, pero es mi marido. (E3-23 años)

Las condiciones de higiene del ambiente carcelario también fueron destacadas por las entrevistadas:

La higiene aquí es muy precaria, la higiene de los lechos allí [...] tienes que traer una toalla pequeña, pero entonces te mojas el cuerpo y se queda húmedo, no hay como usar producto de higiene. (E4-49 años)

[...] Usted se acuesta en una cama que tiene hongos, micosis [...]. Es bastante complicado. Cuidamos la higiene en casa, entonces llega aquí y están estas paredes sucias, que no les da el sol. Entonces eso todo perjudica mucho la salud de ellos y la nuestra, principalmente yo que tengo 30 años de casada, siempre el mismo marido. Se queda complicado, porque cualquier cosita que acontece eres tú que está equivocada. Y lo peor es que cogiste esas cosas, aquí mismo [...]. Nos quedamos inhibidas, no nos soltamos, por más que usted

lo conozca desde hace mucho tanto tiempo. Que ni yo que conozco a mi marido, tengo hijos con él, pero en fin, es una relación muy difícil, el tiempo es muy poco y mujer es diferente, necesita más tiempo. Además de la visita íntima, necesita hablar todo de la su vida, de la familia [...] deberíamos tener más tiempo para nosotros, principalmente para la intimidad.(E4-49 años)

Tener sexo allá dentro es muy difícil. Ya hubo varias veces que no conseguí [...] hoy ya está un poco mejor (llanto). Salimos de aquí para abajo.(E17-25 años)

No uso preservativo, no me gustan mucho esas cosas. La visita íntima ahí dentro ya es un trastorno y si pensamos en esas cosas, no "va", porque es un tumulto, mucha gente, y no hay privacidad. (E14-30 años)

La infidelidad también fue destacada como factor influyente en el comportamiento sexual de las mujeres:

[...] yo sé que su ex-mujer viene aquí de vez en cuando a traer los hijos para que él los vea y no sé lo que acontece, pero ni toco mucho ese asunto, si no, peleamos. Porque yo no lo traiciono, pero creo que él me traiciona. Ninguna mujer viene a este lugar aquí solo para traer hijo, no (risas), pero es la consciencia de él también. Como yo lo amo, paso por encima de eso y si yo no hago mi parte él va a traicionarme. (E5-22 años)

A pesar de estar preso, él me traicionó con otra mujer que venía a visitar al hermano. Fue en la época que yo estaba de

castigo [embarazada] y estuvimos más de seis meses sin intimidación. Ellos se conocieron en el patio y acabaron juntos, teniendo relación. Hoy no confío, pero sé que si no lo hago, él hace con otra. (E7-23 años)

Pero no siempre la infidelidad es solo por parte de los presos, como observado en los relatos a seguir:

Él ya me traicionó, yo sé. Pero yo también lo hice. Él me gusta mucho, pero también me gusta y él sabe que lo traicioné. Yo le digo que si me traiciona otra vez, yo también lo haré [...] entonces él tiene miedo, porque si lo largo aquí, no tiene a más nadie que haga por él. (E11-27 años)

Ya terminé con él una vez, me involucré con otro preso, de otra ciudad, pero no dio cierto porque él salió y se quedó con otra. Entonces volví con este. La soledad es muy grande, entonces hay días que me desespero me dan ganas de salir de la soledad, pero al mismo tiempo me veo presa aquí también! (E9-20 años)

Ya tuve una relación con otro hombre allá afuera [...] experimenté. Pero no dio cierto, no. Allá afuera te quieren solo para aquello. Entonces, prefiero quedarme con él, que por lo menos sé lo que quiere conmigo. (E18-18 años)

DISCUSIÓN

El encarcelamiento provoca alteraciones en todo el contexto de vida familiar, y en la mayoría de las veces es la mujer que asume exclusiva-

mente la manutención económica de la familia, las funciones domésticas, el cuidado de los hijos, aparte de acompañar todo el proceso penal de su compañero⁽³⁾. Todas estas responsabilidades, juntamente con el estigma de la sociedad, contribuyen a que la mujer priorice el cuidado de los otros y se aleje de los cuidados con su propia salud, restringiéndolos al tratamiento de enfermedades preexistentes^(6,10), como observado en las declaraciones de la E1 y E2.

Las historias de las mujeres de presos en los servicios de salud expresan discriminación, frustraciones y violaciones de los derechos y aparecen como fuente de tensión y malestar psíquico-físico^(11,12). Corroborando con eso, se observa en las declaraciones de las entrevistadas 6, 8 y 9 como el acceso a los servicios de salud y la calidad de la atención y la acogida son influenciadas por el hecho de que sus cónyuges/compañeros están encarcelados. Además, los determinantes sociales también influyen directamente la percepción que la mujer tiene del cuidado con su propia salud, además de reflejar el conocimiento y las condiciones de acceso a los servicios.

De esta forma, se vislumbra una laguna en la actuación de los profesionales de salud referente a la promoción y a la acogida de esas mujeres, por lo que se debe romper esta barrera que las apartan aún más del servicio de salud. Entonces la calidad de la atención ofrecida a estas mujeres, en específico, necesita planificarse enfocando la garantía de la promoción y el respeto a los derechos humanos, que vele la salud integral y el bienestar^(8,10).

Considerando la situación de vulnerabilidad en la que las mujeres compañeras de presos se encuentran debido, entre otras cosas, a la ausencia de cuidados de su propia salud, se hace necesario la proposición de un cuidado integral, planeado y permeado por una acogida sensibilizada y la escucha de sus demandas específicas, valorizando la influencia de los factores individuales

en el proceso de salud y en los diversos tipos de comportamientos para prevención de enfermedades^(8,13,14). En la atención de la salud de la mujer, la integralidad ocurre por la concretización de prácticas de atención que garanticen el acceso a las acciones resolutorias, construidas según las especificidades del ciclo vital femenino y del contexto en el que las necesidades se generan⁽⁵⁾.

En esa perspectiva, para un cuidado integral es necesario considerar incluso los derechos sexuales, pues la actividad sexual, según la Organización Mundial de Salud, es uno de los dominios de la calidad de vida. Para eso, el equipo multiprofesional puede utilizar diversas estrategias que faciliten el inventario de las necesidades, como por ejemplo, la búsqueda activa de esas mujeres en el sistema carcelario los días de visita íntima, la atención individual y la organizará de grupos. Independiente de la acción utilizada, el cuidado de la salud necesita planificarse enfocando la promoción y el respeto de los derechos humanos, enfatizando la salud integral, el bienestar y los derechos sexuales.

Siendo así, el cuidado debe ser permeado por la acogida con escucha activa de sus demandas, acciones educativas que involucren a los hombres y a las mujeres y que promuevan la interacción de los miembros del equipo de salud de forma que permita una actuación multidisciplinar^(3,8). Atendiendo a esto, vale destacar que al escuchar a la mujer en situación de vulnerabilidad, interesándose por su historia contribuye a la mejoría de la atención y la identificación de las dificultades encontradas en el acompañamiento de salud⁽¹⁴⁾.

Cabe destacar que el ambiente carcelario en Brasil es reconocido por la superpoblación de celdas, iluminación precaria y ventilación natural insuficiente. También hay deficiencia en relación a la higiene personal, alimentación adecuada, acceso al agua potable y a servicios de salud continuados y suficientes^(13,14). Estas condiciones

contribuyen a la propagación y diseminación de enfermedades entre los presos, e incluso sus familiares, en especial las mujeres que realizan visita íntima⁽¹⁵⁾.

Se observa, aún en ese contexto, que las mujeres de presos sufren discriminaciones, incluyendo la de género, pues algunas veces son controladas y vigiladas por el compañero que usa otras fuentes. Este comportamiento les provoca miedo y angustia, haciendo que ellas se sometieran a situaciones de control ejercidas por el compañero preso⁽³⁾. Sustenta esta reflexión algunos relatos que muestran la no utilización de preservativos y hasta la aceptación de la infidelidad de sus parejas(E7), o incluso la no adopción de comportamientos positivos para la salud sexual debido a la relación de confianza establecida con la pareja (E14 y E15).

Por tanto, en el contexto particular de las mujeres de presos, la vulnerabilidad es mayor, además de ser influenciada por relaciones desiguales en el ámbito individual y colectivo, incluso en relación a la sexualidad, que muestra la desigualdad en la vulnerabilidad de los géneros, producto de su comportamiento sexual desprotegido, depositando la confianza en sus compañeros⁽¹⁶⁾.

Un Boletín del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA indica que en una cárcel masculina de São Paulo, casi 6% de la población tenía VIH; entre las mujeres de otro centro penitenciario de la capital paulista, el índice llegaba a 14%. Según el estudio, el nivel de canecamente sobre las IST y el VIH era alto entre la población carcelaria, pero el acceso a las medidas de prevención y a la asistencia dentro de las cárceles fue considerado inadecuado⁽¹¹⁾.

Como pretextos para no utilizar el preservativo, estudios mencionan la valoración de las mujeres del histórico sexual-afectivo de su pareja y la confianza establecida a partir de relatos sobre la vida sexual, timidez e inexperiencia^(2,15). En otros

casos, tanto hombres como mujeres paran de usar el preservativo cuando la relación extraconyugal deja de ser casual y asume un carácter fijo. No obstante, es importante destacar que las mujeres tienen menor libertad en su vida sexual, tienen dificultades en decidir y menor poder de decisión cuanto al sexo sin protección, lo que acaba aumentando la vulnerabilidad y la incidencia de enfermedades entre ellas^(2,15,17).

En este estudio también se identificó que las mujeres, de cierto modo, justifican los “descuidados” al afirmar que sus compañeros realizan exámenes periódicamente en el ambiente carcelario. Este tipo de justificativa avisa que ellas necesitan ser esclarecidas sobre los exámenes que son realizados, los cuales objetivan la detección y no la prevención de enfermedades.

También, algunas mujeres justificaron la no utilización del preservativo por el hecho del uso de otros métodos contraceptivos (método del ritmo, anticonceptivo oral y pastilla del día siguiente). Esto nos muestra que la disponibilidad del preservativo en las penitenciarias, aunque fundamental para facilitar el acceso, es insuficiente si no se acompaña de un trabajo educativo. Actitudes como estas muestran que la función del preservativo de prevenir las IST es totalmente desconsiderada. Esto puede derivarse de la desinformación sobre los diversos tipos de IST, de que las mujeres pueden ser asintomáticas, de la ausencia de trabajos educativos que podrían favorecer que la población identificaran esas patologías y de la subestimación de esos hechos^(13,15).

En las declaraciones de las mujeres parejas de presos, es perceptible el sentimiento de soledad, carencia y sobrecarga de problemas en su cotidiano. Frente a este escenario, la mujer se victimiza, al intentar salir de la situación en que se encuentra, involucrándose incluso, con otras relaciones. Un estudio longitudinal cualitativo, realizado con mujeres compañeras de presos africanos-americanos, destaca que el involucramiento

de esas mujeres con otros hombres también está asociado a las condiciones financieras, o sea, ellas intentan garantizar un abrigo y el sustento de la familia⁽¹⁸⁾.

Se destaca que algunas mujeres dijeron que sabían que sus compañeros tenían relaciones extraconyugales, y así mismo, se mantienen sumisas a él. Un estudio de cohorte realizado en un presidio en Carolina del Norte (EUA) demostró la influencia del encarcelamiento en las relaciones personales y en la transmisión de IST/SIDA, producto de la inestabilidad de los relacionamientos debido a las barreras substanciales para mantener contacto con la pareja presa⁽¹⁶⁾.

Al lidiar con condiciones que son específicas de las mujeres, los profesionales de salud deben tener en cuenta los aspectos de la enfermedad diferentes en las mujeres y las implicaciones de género importantes. La habilidad de aplicar esta información requiere que los profesionales adopten actitudes y un comportamiento cultural genéricamente sensibilizado, para realizar el cuidado de las mujeres, de forma integral^(6,8).

Conocer el cotidiano de esas mujeres, sus saberes de experiencia, sus entendimientos de de salud, sus prácticas populares del cuidado de la salud y sus comportamientos sexuales abre posibilidades para ampliar la comprensión de las necesidades de salud de la mujer de preso. Eso potencializa nuevas investigaciones y la creación de nuevas estrategias en el campo de la atención a la salud en el SUS, para poder ampliar la inclusión y el diálogo, comprendiendo los modos populares de cuidar de la salud, en especial de grupos vulnerables.

CONCLUSIÓN

Los resultados muestran que las mujeres de presos, aparte de vivir la situación de vulnerabilidad, negligencian los cuidados de su propia

salud, priorizando la salud del compañero y la de los hijos. Además, presentan un comportamiento sexual de riesgo favorecido por las condiciones del encarcelamiento de la pareja y las relaciones extraconyugales desprotegidas.

Por eso, las estrategias de promoción de salud sexual en el ambiente carcelario deben englobar la complejidad y las peculiaridades vividas por las mujeres de presos. El fortalecimiento de la autonomía de los individuos como esencia del proceso educativo debe considerar que la ciencia, saberes y opiniones congreguen los contextos de las vulnerabilidades ambientales, sociales y culturales. Además, se sugiere que los profesionales de salud estén atentos al comportamiento sexual y de salud en contextos de mayor vulnerabilidad, como los presidios, para que puedan actuar de manera integral y calificada.

Como limitación del estudio, se destaca la imposibilidad de generalizaciones, debido a la naturaleza cualitativa y el propósito de estudiar la realidad de un escenario específico. Por lo que se sugiere que se realicen nuevas investigaciones, en otros contextos, y con otros abordajes metodológicos a fin de ampliar la comprensión del comportamiento sexual y de salud de esas mujeres.

CITAS

1. Pereira EL. Health conditions of prisoners in the state of Rio de Janeiro, Brazil. *Cienc saude colet.* [Internet]. 2016 [cited 2016 Jan 10];21(7):2023-34. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000702123&lng=en&nrm=iso&lng=pt
2. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015217.16792015>
3. Davey-Rothwell MA, Villarroel MA, Grieb SD, Latkin CA. Norms, attitudes, and sex behaviors among women with incarcerated main partners. *J Urban Health*[Internet]. 2013 Dec [cited 2016 apr 15]; 90(6):1151-65. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3853167/>. doi: 10.1007/s11524-012-9749-8
4. Batista e Silva MBB. Emergence of a Policy, closure of a sector: regarding the management of penitentiary health care in Brazil. *Cienc saude colet.*[Internet]. 2016 [cited 2016 Jan 22];21(7):2021-30. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000702021&lng=pt&nrm=iso&lng=ptdoi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015217.00162016>
5. BRASIL, CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, promulgada em 5 de outubro de 1988
6. Epperson MW, Khan MR, Bassel NE, Wu E, Gilbert L. A longitudinal study of incarceration and risk among methadone maintained men and their primary female partners. *AIDS Behav* [Internet]. 2011 Feb 4 [cited 2016 Jan 28];15(2):347-55. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2917637/>doi: 10.1007/s10461-009-9660-9
7. Minayo MCS, Ribeiro AP. Health conditions of prisoners in the state of Rio de Janeiro, Brazil. *Cienc Saude Colet.*[Internet]. 2016 [cited 2016 Mar 14]; 21(7):2031-40. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n7/en_1413-8123-csc-21-07-2031.pdfdoi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015217.08552016>
8. Simões GK. Etnografia da ala feminina da cadeia pública de Cascavel. *PontoUrbe: Rev Antropologia da USP* [Internet] 2014. [acessado 2019 jan 3]; (14). Disponível em: <http://pontourbe.revues.org/1691?lang=em>
9. Ministério da Saúde (Brasil). Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 114 p.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa, 2011. 280p
11. Wickrama T, Merten MJ, Wickrama KA. Early socioeconomic disadvantage and young adult sexual health. *Am J Health Behav.*[Internet]. 2012 Nov [cited 2016 Feb 02]; 36(6):834-48. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23026041> doi: 10.5993/AJHB.36.6.10
12. Barcinski M, Lermen HS, Campani C, Altenbernd B. Guerreiras do cárcere: uma rede virtual de apoio aos familiares de pessoas privadas de liberdade. *Temas psicol*[Internet]. 2014 [cited

- 2016 Jun 08]; 22(4):929-40. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2014000400019 doi: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2014.4-19>
13. Geniole LI, Jaoglanian VLK, Vieira CCA. A saúde da família em populações carcerárias. Ed. UFMS : Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal; 2011. 54 p.
 14. Nicolau AIO, Ribeiro SG, Lessa PRA, Ferreira RCN, Pinheiro AKB. A picture of the socioeconomic and sexual reality of women prisoners. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2012 [cited 2016 Ago 01];25(3):392-98. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/en_v25n3a11.pdfdoi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000300011>
 15. Martinho S. Uma política para garantir o direito à saúde no sistema prisional. *Revista Radis.* Vol 118. 2012.
 16. Meyer JP, Zelenev A, Wickersham JA, Willians CT, Teixeira PA, Altice FL. Gender disparities in HIV treatment outcomes following release from jail: Results from a multcenter study. *Am J Public Health.* [Internet]. 2014 [cited 2016 Apr 12];104(3):434-41. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24432878>doi: 10.2105/AJPH.2013.301553
 17. Khan MP, El-Bassel N, Golin CE, Scheidell JD, Adimora AA, Coatsworth AM, et al. The Committed Intimate Partnerships of Incarcerated African-American Men: Implications for Sexual HIV Transmission Risk and Prevention Opportunities. [internet]. 2017 [cited 2019 Jan 03]; 46(7): 2173-2185. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5911944/> doi: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10508-016-0916-y>
 18. Araújo OD, Nery IS, Monteiro CFS, Moura MEB. Social representations of female sex workers about AIDS. *Rev. Cien.cuid.saude.* [Internet]. 2014 [cited 2017 nov 08];13(4):714-21. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20380>doi: 10.4025/ciencuidsaude.v13i4.20380
 19. Cooper HLF, Caruso B, Barham T, Embry V, Dauria E, Clark CD. Partner incarceration and African-American women's sexual relationships and risk: A longitudinal qualitative study. *J Urban Health.* [Internet]. 2015 [cited 2016 Mar 07];92(3):527-47. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25694224>doi: 10.1007/s11524-015-9941-8

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recibido: 14/10/2016
 Revisado: 19/12/2018
 Aprobado: 30/12/2018