

Inquérito sobre condições de saúde de mulheres encarceradas

Survey on the health conditions of incarcerated women

Celene Aparecida Ferrari Audi¹, Silvia Maria Santiago², Maria da Graça Garcia Andrade³, Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco⁴

RESUMO Objetivo: Avaliar o perfil sociodemográfico e as condições de saúde de mulheres encarceradas. Método: Estudo transversal com 1.013 mulheres, realizado em penitenciária feminina. Resultados: Idade média de 30,8 anos; baixa escolaridade; cobertura de exame de Papanicolaou e vacinação; altas prevalências de obesidade; Transtorno Mental Comum; e uso abusivo de tabaco. Considerações: Ações de promoção da saúde; prevenção de doenças e atenção aos agravos devem ser desenvolvidas junto a essa população, assim como ações de recuperação social, como estudo e trabalho. Desenvolvimento de pesquisas em instituições fechadas possibilita ampliar o conhecimento e estabelecer parcerias entre a sociedade e o setor prisional.

PALAVRAS-CHAVE Saúde da mulher; População institucionalizada; Inquéritos epidemiológicos; Violência; Prisões.

ABSTRACT Aim: To evaluate the socio-demographic profile and health conditions of incarcerated women. Method: Cross-sectional study with 1,013 women conducted in female penitentiary. Results: The average age of 30.8 years; low level of education; Papanicolaou test coverage and vaccination; high prevalence of obesity; Common Mental Disorder; and abusive use of tobacco. Considerations: Health promoting actions, disease prevention and attention to grievances must be developed with this population, as well as actions towards social recovery, such as study and work. Research development in closed institutions allows for expanding knowledge and establishing partnerships between the society and the prison sector.

KEYWORDS Women's health; Institutionalized population; Health surveys; Violence; Prisons.

¹ Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Saúde Coletiva – Campinas (SP), Brasil. celenefaudi@yahoo.com.br

² Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Saúde Coletiva – Campinas (SP), Brasil. santiago@fcm.unicamp.br

³ Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Saúde Coletiva – Campinas (SP), Brasil. mgraa@fcm.unicamp.br

⁴ Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Saúde Coletiva – Campinas (SP), Brasil. primaria@fcm.unicamp.br

Introdução

Sob o olhar da saúde pública, a carga de doenças físicas e psiquiátricas no sistema carcerário apresenta um desafio e uma oportunidade para ações interdisciplinares em países de todo o mundo. As prisões constituem-se em locais privilegiados de contato com milhões de pessoas, que estão, muitas vezes, fora do alcance dos sistemas de saúde convencionais, baseados na comunidade. A prisão pode ser uma oportunidade para o cuidado e a educação em saúde que muitos detentos poderiam não estar recebendo quando estavam em liberdade. No entanto, a maioria dos prisioneiros retorna para suas comunidades com morbidades físicas e psiquiátricas sem tratamento e, por vezes, agravadas (FAZEL; BAILLARGEON, 2011).

Mais de 10,2 milhões de pessoas estão encarceradas em todo o mundo, e este número aumentou em cerca de um milhão a partir do final dos anos 1990 até 2006-2008, com 2,3 milhões só nos Estados Unidos da América (EUA). Índia, Tailândia, Irã, Indonésia, Turquia, Brasil, México, África do Sul e Ucrânia têm população carcerária superior a 100 mil pessoas. Os EUA têm a maior proporção de prisioneiros em relação à população, com 756 presos por 100 mil, em comparação com uma média mundial de 145 por 100 mil (WALMSLEY, 2012).

No final de 2012, o Brasil apresentava 274 presos por 100 mil habitantes, considerando uma população estimada de 199,8 milhões, sendo 38% em prisão preventiva ou pré-julgamento. Contava com 1.478 instituições prisionais, abrigando 548.003 presos, sendo 34.290 em instalações policiais, enquanto oficialmente a capacidade do sistema prisional brasileiro era de 318.739 presos (8.052 em instalações policiais), apresentando um nível de ocupação de 171,9% (ICPS, 2013).

Em geral, de 2% a 9% da população carcerária em todo o mundo é composta por mulheres, isto é, mais de 625 mil mulheres são mantidas em instituições penais, seja em

prisão preventiva ou cumprindo pena (ICPS, 2013).

Quase 1/3 das mulheres presas está nos EUA (201.200), seguido pela China (84.600), Rússia (59.200), Brasil (35.596) e Tailândia (29.175). A população carcerária feminina está crescendo nos cinco continentes. Entre os anos de 2006 e 2012, em um total de 187 países estudados, constatou-se um aumento de mais de 16% na população carcerária feminina, sendo verificado o maior aumento nas Américas (até 23%) e o menor, nos países europeus (até 6%) (ICPS, 2013).

No Brasil, em 2012, 6,4% da população carcerária eram constituídos por mulheres (BRASIL, 2008B; NICOLAU ET AL., 2012), porém, observa-se que, embora as mulheres representem uma pequena porcentagem do total da população carcerária, esse contingente está aumentando e a taxa de crescimento tem sido maior quando comparada com a de homens (WHO, 2009).

As políticas prisionais muitas vezes ignoram as necessidades especiais e de saúde das mulheres encarceradas. A saúde é um direito humano fundamental, especialmente para os indivíduos detidos sob a custódia do Estado (MARTINS ET AL., 2014). Os direitos das mulheres na prisão são os mesmos dos homens, mas a mulher raramente tem igual acesso a esses direitos. Os sistemas prisionais foram projetados principalmente para os homens, que constituem mais de 95% da população carcerária na maioria dos países, fazendo com que a estrutura dos estabelecimentos, as normas e os procedimentos prisionais muitas vezes não atendam às necessidades de saúde das mulheres (BRASIL, 2008A).

Os dados sobre a situação e os cuidados de saúde das mulheres na prisão são raros e, quando existentes, não são específicos para o gênero (WHO, 2009). Em vista disso, o presente estudo objetivou avaliar o perfil sociodemográfico e as condições de saúde de mulheres encarceradas em uma Penitenciária Feminina (PF) do interior do estado de São Paulo.

Método

Uma universidade localizada no interior do estado de São Paulo desenvolve atividades docente-assistenciais em Unidades Básicas de Saúde (UBS) desde os anos 1970 e, na última década, também como parte da formação dos alunos do quarto ano médico. No território de responsabilidade de uma dessas UBS localiza-se uma PF, cuja população carcerária, a partir de 2006, passou a ser atendida pelos profissionais e alunos dessa universidade. A atividade tem sido considerada, por docentes e alunos, significativa, tanto do ponto de vista clínico quanto do ético e do direito à saúde, envolvendo a busca da qualidade e da integralidade do cuidado.

Eram comuns, nos atendimentos a reeducandas, na UBS, queixas relativas à alimentação inadequada, ao sedentarismo, ao uso de tabaco dentro dos ambientes fechados das celas e às doenças crônicas de difícil controle, como hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, assim como às doenças infecciosas e às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)/Aids não diagnosticadas precocemente. Em relação ao atendimento em ginecologia geral, do início das atividades com as reeducandas, passou-se a atender às gestantes em 2008. As queixas quanto às más condições gerais de vida e de alimentação se mantiveram, com as gestantes frequentemente apresentando morbidades e intercorrências obstétricas.

Tal situação nos motivou a investigar com mais profundidade as condições de saúde dessas mulheres encarceradas na PF em questão, de forma que pudéssemos nos antecipar aos problemas de saúde que vinham ocorrendo e propor melhorias no ambiente que contribuíssem para preservar a saúde das mulheres.

Assim, foi conduzido um estudo transversal, no período de agosto de 2012 a julho de 2013, como parte de um projeto maior,

intitulado ‘Atenção integral à saúde da mulher no cárcere e dos servidores em uma penitenciária feminina no interior do estado de São Paulo’. O estudo envolveu 1.013 reeducandas, que estavam na instituição à época da pesquisa e aceitaram participar do estudo.

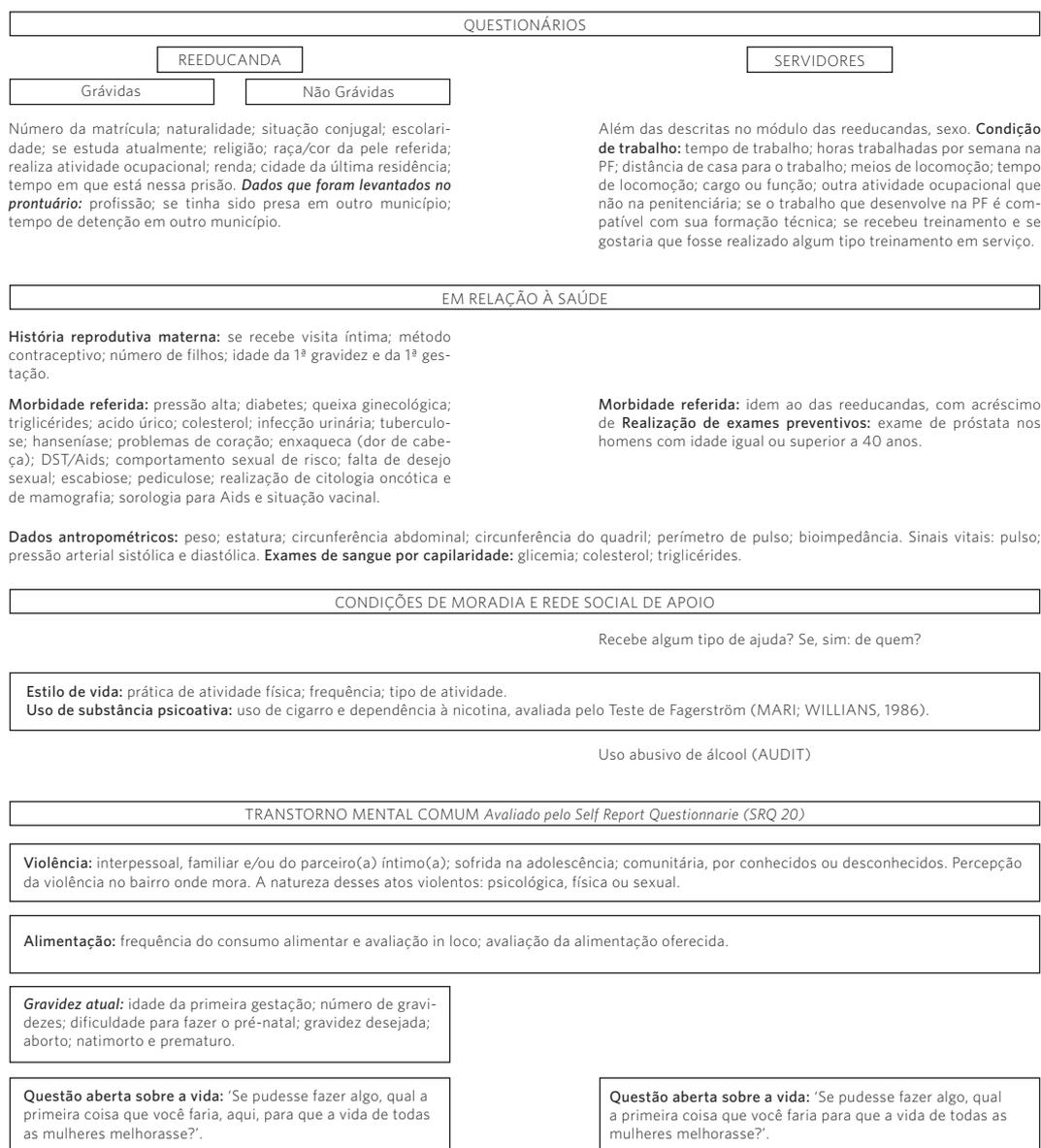
Duas enfermeiras e uma pesquisadora da área de saúde coletiva da universidade foram capacitadas para a realização das entrevistas e a coleta de dados. Os exames por capilaridade e as medidas corporais foram realizados apenas pelas enfermeiras.

A partir de uma listagem das 39 celas, cada mulher foi convidada a participar da pesquisa e, havendo concordância, realizava-se coleta de sangue e de dados antropométricos pela manhã e entrevista à tarde. O local de coleta que se mostrou mais adequado foi o ‘salão de beleza’ das próprias reeducandas, sugerido por elas, e esta proximidade com a realidade das mulheres foi facilitadora para a realização da pesquisa. Enquanto o local era utilizado para a pesquisa, as outras atividades do salão de beleza ficavam suspensas, garantindo a privacidade das mulheres durante os procedimentos. As entrevistas tiveram duração de 30 a 40 minutos, e a verificação dos dados antropométricos e a coleta de sangue por capilaridade duraram aproximadamente 10 minutos.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Administração Penitenciária (Parecer CEP/SAP nº 045/2011). Para todas as reeducandas foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que explicava detalhadamente os objetivos e procedimentos do estudo, tendo lhes sido entregue uma cópia deste documento. Cada reeducanda recebeu os resultados dos seus exames e, no caso de terem sido encontradas alterações nos parâmetros avaliados, houve solicitação de atendimento médico e/ou exames para complementação diagnóstica.

Instrumento de coleta de dados

Figura 1. Variáveis e medidas que compõem o instrumento de coleta de dados da pesquisa 'Atenção integral à saúde da mulher no cárcere e dos servidores, em uma penitenciária feminina no interior do estado de São Paulo'



No presente estudo, foram descritas as seguintes variáveis:

Condições sociodemográficas: faixa etária; naturalidade; situação conjugal; cor de pele referida; escolaridade em anos de estudo; se estuda na PF (sim ou não); se trabalha na PF (sim ou não); renda mensal; e número de filhos.

Morbidade referida e ações de prevenção: hipertensão arterial; diabetes mellitus, problemas cardiovasculares; sangramento vaginal; problemas ginecológicos; infecção urinária; dor de cabeça; fraturas; Transtorno Mental Comum (TMC) com ponto de corte ≥ 8 (MARI; WILLIAMS, 1986); tuberculose; hanseníase; DST e escabiose, todas categorizadas em 'sim' ou 'não'. A realização de citologia oncológica e de mamografia foi investigada em relação aos últimos 12 meses. O status vacinal foi avaliado pela pergunta: 'A senhora está com as vacinas em dia?'.

Indicadores referentes a estilo de vida e comportamento relacionados à saúde: dependência de nicotina avaliada pelo Teste de Fagerström (FERREIRA ET AL., 2009); uso de tranquilizantes (sim ou não); prática de atividade física com frequência igual ou superior a 30 minutos diários; Índice de Massa Corporal (IMC) (kg/m^2), com pontos de corte adotados pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1998); e prática de atividade sexual de risco (sim ou não).

Violência e uso de drogas: violência psicológica, física ou sexual no último ano antes de ser presa (sim ou não); violência antes dos 15 anos de idade (presenciou agressão física na família, sofreu agressão física na família, foi tocada sexualmente sem que desejasse); uso de drogas no último ano antes de ser presa (sim ou não); e frequência

de uso (≤ 1 vez/mês, 2 a 4 vezes/mês, 2 a 3 vezes/semana e ≥ 4 vezes/semana).

Foram realizadas análises descritivas com a apresentação das frequências absolutas e percentuais para o conjunto de variáveis sociodemográficas, de morbidade referida e práticas preventivas, para os indicadores de estilo de vida e de comportamentos relacionados à saúde, de violência e uso de drogas considerados no estudo. Para o cálculo das frequências, foram excluídas do total as mulheres que não souberam ou não responderam às questões.

Resultados

A instituição prisional onde foi realizada a pesquisa é considerada a segunda maior PF do estado de São Paulo. O estabelecimento era um local de detenção masculina e, em março de 1993, passou a ser uma PF, com objetivo de abrigar mulheres em prisão temporária e cumprimento de pena. Tem capacidade para 556 mulheres, mas, à época da realização da pesquisa, albergava cerca de 1.100 mulheres.

Condições sociodemográficas

Entre as 1.013 reeducandas entrevistadas, 30 (3%) estavam grávidas. A idade média foi de 30,8 (desvio padrão = 9,3) anos de idade. A maioria das mulheres tinha idade entre 20 e 39 anos (77,3%); eram naturais de outros municípios do estado de São Paulo (69,7%), solteiras (51,5%), não brancas (51,4%), católicas ou protestantes (83,3%), tinham escolaridade igual ou inferior a 3 anos de estudo (61,4%), não estudavam na penitenciária (95,8%), não tinham qualquer renda (63,8%) e não realizavam atividade ocupacional no cárcere (88,5%). Destaque-se que 80,6% dessas mulheres eram mães (tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas das reeducandas de PF do interior do estado de São Paulo, Brasil, 2012-2013

Variáveis	N	Reeducandas
	1.013	100%
Faixa etária^a		
Menor de 20 anos	43	4,3
20 a 39	783	77,7
40 a 59	173	17,2
60 ou mais	8	0,8
Naturalidade		
Campinas	129	12,7
Outro município de São Paulo	706	69,7
Outro estado	171	16,9
Outro país	7	0,7
Situação conjugal		
Casada/União consensual	355	35
Solteira	522	51,5
Separada/Desquitada/Viúva	136	13,4
Cor da pele^b		
Branca	487	48,3
Não branca	521	51,7
Religião^c		
Sem religião	51	5,2
Católica	400	40,4
Protestante/Crente evangélica	444	44,8
Espírita	34	3,4
Outra	62	6,2
Escolaridade (em anos de estudo)^d		
0 a 3 anos	622	63
4 a 8 anos	328	33,2
9 anos ou mais	38	3,8
Estuda na penitenciária		
Não	970	95,8
Sim	43	4,2
Renda mensal^e		
Nenhuma	646	64
Meio salário mínimo	319	31,6
1 a 2	34	3,4
≥ 3	10	1

Tabela 1 (cont.)

Trabalha na penitenciária		
Não	897	88,5
Sim	116	11,5
Recebe visita íntima		
Não	946	93,4
Sim	6,7	6,6
Nº de filhos		
Nenhum	197	19,4
1 a 2	428	42,3
3 ou mais	388	38,3

Não sabe/não respondeu: ^a Faixa etária: 6. ^b Cor da pele: 5. ^c Religião: 22. ^d Número de anos que frequentou a escola: 25. ^e Renda: 4.

Diversas atividades ocupacionais eram exercidas antes da prisão, em geral, exigindo baixa qualificação profissional, tais como: ajudante de cozinha e geral; artesã; auxiliar de limpeza, de produção e de vendas; serviços domésticos; manicure/cabeleireira; trabalhadora agrícola; balconista; costureira; microempresária; operadora de caixa; do lar; e faxineira, entre outras. Algumas estavam aposentadas; outras referiram trabalhar como autônomas ou estavam sem ocupação na época em que foram presas ou, simplesmente, não informaram a atividade que realizavam antes da prisão.

Condições de saúde e comportamentos relacionados à saúde

Em relação à morbidade referida, observaram-se elevadas prevalências de problemas ginecológicos, antecedentes de fratura e escabiose/pediculose. A prevalência de dor de cabeça referida foi de 59,3% e de TMC foi de 66,7%. Em relação às ações de prevenção, verificaram-se baixas prevalências de realização de exames de citologia oncótica de colo uterino e de mamografia. Apenas 31% das mulheres referiram estar com as vacinas em dia (*tabela 2*).

Tabela 2. Prevalência de morbidade referida e ações de prevenção entre as reeducandas da PF, interior do estado de São Paulo, Brasil, 2012-2013

Variáveis	N	Reeducandas
	1.013	100%
Morbidade referida		
Hipertensão arterial	217	21,4
Sangramento vaginal	66	6,5
Problema ginecológica	345	34,1
Infecção urinária	314	31
Problema no coração	90	8,9
Tuberculose	29	2,9
Diabetes	32	3,2
Fraturas	357	35,2

Tabela 2 (cont.)

Dor de cabeça	601	59,3
Hanseníase	13	1,3
Doenças sexualmente transmissíveis	16	11,5
Escabiose/Pediculose	251	24,8
TMC	675	66,7
Ações de prevenção		
Citologia oncológica	266	26,3
Mamografia	147	14,5
Vacinas em dia	321	31,7

Na *tabela 3*, são apresentadas as prevalências de indicadores relacionados ao estilo de vida e de comportamentos relacionados à saúde. Foi observada dependência grave de nicotina em 26,1% das mulheres; o uso de tranquilizantes foi referido por 19,1% das entrevistadas;

cerca de 70% não praticavam atividade física; e a maioria das presas (56,9%) apresentava sobrepeso ou obesidade. A prática de atividade sexual de risco (manter relação sexual sem o uso de preservativos e com vários parceiros) foi referida por 26,8% das mulheres.

Tabela 3. Prevalência de indicadores referentes ao estilo de vida e ao comportamento relacionados à saúde, em reeducandas da PF, interior do estado de São Paulo, Brasil, 2012-2013

Variáveis	N	Reeducandas
	1.013	100%
Dependência de nicotina (Teste de Fagerström)^a		
Não fuma	309	30,5
Leve (0-4)	411	40,6
Moderada (5-7)	313	30,9
Grave (8-10)	264	26,1
Faz uso de tranquilizantes^b		
Sim	193	19,2
Não	816	80,8
Prática de atividade física >= 30 min/dia		
Sim	302	29,8
Não	711	70,2
Índice de Massa Corporal (IMC) (kg/m²)^c		
Baixo peso	36	3,8
Eutrófico	426	45,5
Sobrepeso	287	30,6
Obeso	188	20
Atividade sexual de risco	271	26,8

Não sabe/não respondeu: ^a Teste de Fagerström: 25; ^b Faz uso de tranquilizantes: 4; ^c IMC 76.

A violência física faz parte da história de vida dessas mulheres, tendo início na adolescência (26,9%) e perdurando pela vida (31,4%), assim como o alto consumo de drogas (62,4%).

A prevalência do uso de drogas entre as mulheres no último ano antes da reclusão foi de 62,3%. Quase metade delas referiu consumir drogas diariamente (tabela 4).

Tabela 4. Prevalência de violência e uso de drogas em reeducandas da PF, interior do estado São Paulo, Brasil, 2012-2013

Variáveis	N	Reeducandas
	1.013	100%
Violência no último ano antes de ser presa^a		
Psicológica	376	37,1
Física	318	31,4
Sexual	79	7,8
Violência antes dos 15 anos de idade^b		
Presenciou agressão física na família	421	41,6
Sofreu agressão física na família	273	26,9
Foi tocada sexualmente sem que desejasse	184	18,2
Uso de drogas no último ano antes de ser presa		
Sim	631	62,4
Frequência do uso de drogas antes de ser presa		
Nunca	393	38,8
≤ 1 vez/mês	10	1
2 a 4 vezes/mês	48	4,7
2 a 3 vezes/semana	121	11,9
4 ou mais vezes/semana	441	43,5

^a Não sofreu violência: 240; ^b Nunca presenciou ou sofreu violência antes dos 15 anos de idade: 135.

Discussão

As ações de saúde pública para a população, em geral, e para a carcerária, em especial, representam um direito de cidadania. Na situação de encarceramento, contribuem para a ressocialização do indivíduo. Ainda, é responsabilidade do Estado a preservação da vida, da integridade física e mental e da saúde dos indivíduos (BRASIL, 2008B).

O desenvolvimento do estudo permitiu, além de conhecer o perfil sociodemográfico e as condições de saúde das reeducandas,

transitar por sutis significados das relações sociais, em um universo com códigos específicos, neologismos, experiências inéditas, imaginários e fantasias, que povoam uma realidade dura, com muitos conflitos e, provavelmente, difíceis e incertas respostas (OPAS, 2012).

Levantamento realizado no Brasil, no ano de 2008, encontrou 508 estabelecimentos penais com mulheres encarceradas, sendo 58 exclusivos para mulheres e 450 para ambos os sexos. Nos estabelecimentos penais mistos, encontram-se pavilhões, alas e celas

adaptadas para mulheres e, em sua maioria, não há qualquer forma de tratamento voltado para a ressocialização das presas, tampouco creche e berçário para seus filhos (BRASIL, 2008B), uma condição que também foi constatada na PF em que se desenvolveu a pesquisa.

O perfil sociodemográfico das reeducandas estudadas revelou que a maioria é composta de mulheres jovens, pardas e negras, solteiras e com baixa escolaridade, assim como o encontrado em levantamento feito pelo Departamento Penitenciário Nacional (Depen), em 2008-2009 (BRASIL, 2008A). Este é o retrato de muitas jovens brasileiras, que vivem em situação de desestruturação familiar, social e econômica. A fragilidade das políticas públicas na garantia de educação de qualidade, moradia, lazer, saneamento básico, alimentação, qualificação profissional e oferta de trabalho dificulta o alcance de um lugar com vida digna na sociedade (NICOLAU ET AL., 2012).

Constatamos que apenas 11,5% das reeducandas desenvolviam alguma atividade laboral na prisão, o que contrasta com pesquisa nacional onde os responsáveis pelos estabelecimentos afirmam que 47,5% das mulheres encarceradas desempenham tais atividades nas unidades. Somente 4,3% das reeducandas referiram estudar na PF, percentual que esteve muito abaixo daquele divulgado por pesquisa nacional (25,4%) (BRASIL, 2008A).

Na penitenciária estudada, 6,6% das reeducandas referiram receber visita íntima. Este número pode estar subestimado, pois não é permitido receber visita íntima na instituição por falta de estrutura e, dessa forma, provavelmente muitas deixaram de relatar suas experiências. Em 70,6% do conjunto dos estabelecimentos penais, existe permissão para visita íntima, mas apenas 9,7% das presas recebem este tipo de visita (CARVALHO ET AL., 2006; BRASIL, 2008A).

No presente estudo, encontrou-se elevada prevalência de morbidades referidas e uma cobertura reduzida de exames preventivos e

de imunização. A condição de confinamento possibilita a implantação/implementação de ações de promoção da saúde e prevenção das doenças para a maioria das reeducandas. Novamente, a situação verificada diverge daquela apresentada em diagnóstico nacional sobre saúde das mulheres encarceradas, cujas informações são de que 92,2% realizam regularmente exame preventivo para o câncer de colo do útero e 88,2% para o câncer de mama, não sendo especificado o tipo de exame realizado (BRASIL, 2008A).

Compreendemos que o grande contingente de mulheres jovens na penitenciária estudada coloca boa parte delas fora dos programas de rastreamento mamográfico do câncer de mama, o mesmo não ocorrendo em relação ao câncer do colo uterino, que deve ser implementado precocemente, em especial, quando há risco maior para as DST, evidenciado pela alta prevalência de comportamento sexual de risco (BRASIL, 2013A).

A prática de atividade física é muito pouco realizada entre as mulheres. Embora exista um pátio no local estudado, apenas 1/3 das reeducandas referiu realizar meia hora de atividade física diariamente. Em 43,1% das unidades penais femininas, são desenvolvidas atividades esportivas regularmente (BRASIL, 2008A). O sobrepeso verificado nas reeducandas foi menor quando comparado com a população em geral, enquanto a prevalência de obesidade foi semelhante, condição essa também verificada em outros estudos (SCHERER ET AL., 2011; BRASIL, 2013B). A prevalência de obesidade entre mulheres adultas (18 anos de idade ou mais) residentes em Campinas (SP), no ano de 2008, foi menor do que a prevalência observada entre as reeducandas (FRANCISCO ET AL., 2015). O sobrepeso, a obesidade e a inatividade física são importantes fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (GIGANTE; MOURA; SARDINHA, 2009; FAZEL; BAILLARGEON, 2011). A alimentação, que sempre foi uma queixa constante das internas, pode vir a receber mais atenção, com a inauguração da cozinha na própria unidade prisional,

ocorrida há três meses. A coordenação da unidade e as internas já notaram expressiva melhora na qualidade da alimentação, além da abertura de vários postos de trabalho. Certamente, o olhar externo da universidade, apontando a necessidade de alimentação mais saudável, concorreu para essa conquista da população que vive naquele espaço.

O estudo mostrou um elevado percentual de uso de tranquilizantes entre as mulheres presas, semelhante ao encontrado em outra penitenciária do interior do estado (SCHERER *ET AL.*, 2011). No que se refere ao consumo de cigarros, a proporção verificada foi maior quando comparada com a de mulheres residentes na comunidade (SCHERER *ET AL.*, 2011; BRASIL, 2013B). No Brasil, as medidas de controle implementadas nos últimos 20 anos já se traduzem em diminuição significativa da prevalência do tabagismo e de doenças relacionadas ao tabaco (INCA; CONICQ, 2014), porém, o mesmo não ocorre dentro das instituições prisionais do País.

Os maus-tratos e abusos cometidos contra as mulheres brasileiras apresentam uma extensão significativa. Situações recorrentes relacionadas aos diversos tipos de violência sofridos pelas mulheres, nos diferentes ciclos de vida, foram encontradas (AUDI *ET AL.*, 2008), sendo a faixa etária mais suscetível à violência a que envolve pré-adolescentes, adolescentes e adultas jovens, entre 10 e 19 anos de idade (28,8%), seguida por crianças de até 9 anos (21%) (BRASIL, 2010). Este cenário de crescimento da violência contra a mulher exige uma ampla mobilização das políticas públicas, com a articulação de suas redes e serviços para a prevenção, o atendimento, a proteção e a reabilitação de suas vítimas, o que se configura, na atualidade, como um imenso desafio a ser transposto. Estes indicadores permitem inferir o agravamento do quadro de violência contra as mulheres no Brasil, no qual crianças e adolescentes femininas são diariamente vitimizadas (BRASIL, 2010; ESCORSIM, 2014).

O percurso da investigação mostrou que

essas instituições são bastante fechadas ao olhar da sociedade em geral, e que o conhecimento das condições de saúde, a partir de um olhar externo às prisões, pode contribuir para a estruturação de ações que ampliem a possibilidade de ressocialização dos indivíduos presos.

Neste estudo, adotou-se o termo 'reeducação', em referência às mulheres encarceradas, em razão de ser o utilizado pela instituição e pelo sistema prisional. Porém, reconhecemos que, nas condições atuais da penitenciária, são poucas as ações no sentido de reeducação e reinserção social das mulheres.

Considerações finais

O conhecimento das condições de funcionamento das instituições prisionais, em especial, as que abrigam mulheres, é importante para fundamentar a reflexão sobre a situação de mulheres em cumprimento de pena – que costuma permanecer obscura e silenciosa –, de modo a permitir a adoção de medidas para, se não solucionar, ao menos contribuir substancialmente para a melhoria da realidade atual. Mas, para além do contexto prisional, também configura uma grave situação social, à medida que essas mulheres também são mães e encontram escassas condições de exercer a maternidade de forma satisfatória e de minimizar a vulnerabilidade de suas famílias.

Condições de saúde são um importante indicador para que a sociedade tome consciência da necessidade de ações mais eficazes junto à população encarcerada – hoje, em grande número no País –, contribuindo para uma sociedade mais pacificada.

O período do desenvolvimento da pesquisa também foi importante para identificar inúmeras ações de maior e menor complexidade, imediatas e de longo prazo – em especial, na área da saúde –, que podem ajudar a encontrar formas menos

desumanas de privação de liberdade e se caracterizam pela oportunidade de cuidado e recomposição da vida, e não apenas como punição pura e simples. Um melhor equacionamento da alimentação constitui uma dessas ações, que, com medidas

simples, têm significado avanços consideráveis nas condições de permanência na penitenciária. Neste sentido, outras ações como as ligadas à promoção da atividade física também podem e devem ser implementadas. ■

Referências

- AUDI, C. A. F. *et al.* Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 877-885, 2008.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. *Mulheres Encarceradas: diagnóstico nacional*. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2008a. 92 p. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/cadeias/doutrina/Mulheres%20Encarceradas.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2015.
- _____. Ministério da Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Viva: vigilância de violências e acidentes*, 2008 e 2009. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Controle dos cânceres do colo do útero e da mama*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. 124 p. (Cadernos de Atenção Básica, 13).
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. *Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. 136 p. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2013.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2015.
- _____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Grupo de trabalho interministerial: reorganização e reformulação do sistema prisional feminino*, 2008. Brasília, DF: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008b. 196 p. Disponível em: <http://carceraria.org.br/wp-content/uploads/2012/09/RELATORIO_FINAL_-_vers%C3%A3o_97-20031.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2015.
- CARVALHO, M. L. *et al.* Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 461-471, 2006.
- ESCORSIM, S. M. Violência de gênero e saúde coletiva: um debate necessário. *R. Katál*, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 235-241, 2014.
- FAZEL, S.; BAILLARGEON, J. The health of prisoners. *The Lancet*, Reino Unido, v. 377, n. 9769, p. 956-965, 2011.
- FERREIRA, P. L. *et al.* Teste de dependência à nicotina: validação linguística e psicométrica do teste de Fagerström. *Rev. Port. Saud. Pub.*, Portugal, v. 27, n. 2, p. 37-56, 2009.
- FRANCISCO, P. M. S. B. *et al.* Desigualdades sociodemográficas nos fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis: inquérito telefônico em Campinas. *Epidemiol. Serv. Saúde*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 7-18, 2015.
- GIGANTE, D. P.; MOURA, E. C.; SARDINHA, L. M. V. Prevalência de excesso de peso e obesidade e fatores associados, Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, supl. 2, p. 83-89, 2009.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA); COMISSÃO NACIONAL PARA IMPLEMENTAÇÃO DA CONVENÇÃO-QUADRO PARA CONTROLE DO TABACO (CONICQ). *Política Nacional de controle do tabaco: relatório de gestão e progresso, 2011-2012*. Rio de Janeiro: INCA, 2014. 132p.

INTERNATIONAL CENTRE FOR PRISON STUDIES (ICPS). *World prison brief*. [Internet]. Disponível em: <<http://www.prisonstudies.org>>. Acesso em: 1 dez. 2013.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A. Validity study of a psychiatric screening questionnaire (SQR-20) in Primary Care in the city of São Paulo. *British Journal of Psychiatry*, Inglaterra, v. 148, p. 23-66, 1986.

MARTINS, É. L. C. *et al.* O contraditório direito à saúde de pessoas em privação de liberdade: o caso de uma unidade prisional de Minas Gerais. *Saude Soc.*, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1222-1234, 2014.

NICOLAU, A. I. O. *et al.* Retrato da realidade socioeconômica e sexual de mulheres presidiárias. *Acta Paul Enferm.*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 386-392, 2012.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). *Guia sobre gênero, HIV/Aids, coinfeções no sistema prisional*. Brasília, DF: OPAS; OMS, 2012. 65 p. Disponível em: <http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/Topics_aids/Publicacoes/GUIA_SOBRE_GENERO_HIV_em_prisoos_2012.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2016.

SCHERER, Z. A. P. *et al.* Perfil sociodemográfico e história penal da população encarcerada de uma penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo. *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Droga*, São Paulo, v. 7, n. 2, 2011.

WALMSLEY, R. *World female imprisonment list: women and girls in penal institutions, including pre-trial detainees/remand prisoners*. 2. ed. London: King's College London International Centre for Prison Studies, 2012. Disponível em: <http://www.prisonstudies.org/images/news_events/wfil2ndedition.pdf>. Acesso em: 15 maio 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Obesity preventing and managing the global epidemic*. WHO: Programme of Nutrition, Family and Reproductive Health, 1998. 178 p.

_____. *Women's health in prison: correcting gender inequity in prison health*. WHO: Copenhagen, 2009. 67 p. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/pubrequest>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

Recebido para publicação em agosto de 2015

Versão final em janeiro de 2016

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: convênio MS/Opas-Unicamp/Funcamp.

Projeto no 4.681. Apoio Bolsa de Pós-doutoramento: Fapesp.

Processo 2012/14.163-6