

ARTIGO ORIGINAL

Medida Epidemiológica de Mulheres Reclusas na Amazônia Ocidental, Brasil

Outcome Measure Epidemiological of Female Inmates in West Amazon, Brazil

Vitor Djannaro Eliamen da Costa^a, Italla Maria Pinheiro Bezerra^b, Carlos Eduardo Siqueira^c, Francisco Naildo Cardoso Leitão^a, Leonardo Gomes da Silva^b, Blanca Elena Guerrero Daboin^a, Khalifa Elmusharaf^d, Luiz Carlos de Abreu^{a,d}



^aPesquisador do Laboratório de Escrita Científica no Centro de Saúde da Universidade ABC, Santo André, São Paulo, Brasil

^bPesquisador da Escola Superior de Ciências de Santa Casa de Misericórdia de Vitória, ES – Brazil

^cProfessor Associado na Escola para o Ambiente (SFE) na UMass Boston

^dProfessor Adjunto de Saúde Pública na Graduate Entry Medical School. Universidade de Limerick

Autor correspondente
adm.vitor@outlook.com

Manuscrito recebido: dezembro 2020
Manuscrito aceito: maio 2021
Versão online: janeiro 2022

Resumo

Introdução: o sistema prisional no estado brasileiro do Acre, localizado na região ocidental da Amazônia, é um ramo do sistema de justiça criminal que tem sofrido por situações como a superlotação e o crescimento do crime organizado interno. A prevalência destas questões afeta diretamente a ressocialização dos prisioneiros e inibe a preservação bem sucedida dos seus valores e crenças sociais.

Objetivo: analisar o perfil epidemiológico das mulheres encarceradas no Estado do Acre, Brasil.

Método: estudo descritivo transversal, sendo que 129 participantes foram recrutadas em penitenciárias femininas no Estado do Acre. Conduzidos entre agosto e dezembro de 2017, os dados foram recolhidos através de um questionário validado, dividido em módulos, utilizando tanto artigos abertos como fechados.

Resultados: verificamos que a maioria das mulheres que participaram no estudo eram solteiras (n = 86, 66,7%), tinham pele castanha (n = 93, 72,1%), tinham filhos (n = 102, 79,1%), residiam no estado do Acre (n = 117, 90,5%). A idade média da amostra foi de 27,69 anos. Entre os participantes que declararam ter parceiros (n = 40, 31%), descobrimos que metade tinha parceiros que também estavam encarcerados (n = 20, 50%). Os resultados do estudo indicam também que o tráfico de drogas (n = 86, 66,7%) foi a principal causa de encarceramento feminino, seguido do crime de homicídio (n = 16, 12,4%). Mais de metade dos participantes estiveram na prisão pela primeira vez (n = 75, 58,1%), com uma elevada taxa de reincidência observada na amostra total (n = 54, 41,9%). A maioria dos participantes (n = 97, 75,2%) manteve-se em contato com membros das suas famílias e uma parte menor (n = 15, 11,6%) recebeu visitas conjugais. No que respeita às atividades sociais, pouco mais de metade (n = 75, 58,1%) trabalhou e a maioria (n = 114, 88,4%) não estudou enquanto esteve presa.

Conclusão: as dificuldades associadas ao acesso aos dados dos presos e a falta de estudos revistos por pares sobre a saúde dos presos no Brasil sugerem que as políticas públicas recomendadas pelo Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário - PNSSP e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM devem ser reavaliadas.

Palavras-chave: reclusas, perfil de saúde, Acre

Suggested citation: Costa VDE, Bezerra IMP, Siqueira CE, Leitão FNC, Silva LG, Daboin BEG, Elmusharaf K, Abreu LC. Outcome Measure Epidemiological of Female Inmates in West Amazon, Brazil. *J Hum Growth Dev.* 2022; 32(1):92-100. DOI: 10.36311/jhgd.v32.12616

Síntese dos autores

Por que este estudo foi feito?

Considerando a escassez de investigação sobre o tema das mulheres privadas da sua liberdade na Amazônia Ocidental e a importância destas descobertas para a saúde pública, os investigadores decidiram descrever o perfil epidemiológico desta população.

O que os pesquisadores fizeram e encontraram?

Foi realizado um estudo descritivo, transversal, com 129 mulheres privadas de liberdade nas três unidades prisionais femininas do estado do Acre. O estudo resultou numa predominância de mulheres solteiras, mães e com idade média de 27 anos. É de salientar que o crime de tráfico de drogas é o maior fator de encarceramento feminino, seguido do crime de homicídio.

O que essas descobertas significam?

Destaca uma realidade sem assistência de políticas públicas na eficácia das ações recomendadas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, e por ser uma instituição com acesso restrito, a investigação sobre este tema é escassa.

INTRODUÇÃO

O sistema prisional no estado do Acre, Brasil, é um ramo do sistema de justiça criminal que tem sofrido com a superlotação e o crescimento do crime organizado dentro das prisões, impedindo assim a ressocialização dos reclusos. Esta é uma questão que se opõe à intenção da Lei de Execução Penal, que declara no artigo 14 que “A assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico¹.”

Os reclusos estão expostos à uma série de riscos de saúde, exemplificados pela prevalência significativa de doenças sexualmente transmissíveis (DST), AIDS/DST, tuberculose, pneumonia, dermatite, perturbações mentais, hepatite, trauma, diarreia infecciosa, hipertensão e diabetes mellitus. Tendo isto em consideração, a necessidade de as populações carcerárias terem cuidados de saúde acessíveis é evidente. Isto poderia ser alcançado tanto através da implementação de cuidados básicos de saúde dentro das prisões, como de cuidados de média à alta complexidade, com a garantia de satisfazer as necessidades específicas das presas no âmbito do Sistema Único de Saúde².

Em 2017, o Decreto Interministerial nº 1 instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). O PNAISP rege os objetivos, orientações e responsabilidades do Ministério da Saúde, do Ministério da Justiça, dos Estados e do Distrito Federal representado pela Secretaria da Saúde, pela Secretaria da Justiça, e pelos Municípios¹.

O PNAISP também estabeleceu alguns objetivos no que diz respeito à saúde da população prisional brasileira¹. Estes objetivos visam promover o acesso das pessoas privadas de liberdade à rede de saúde, principalmente para a assistência integral; assegurar a autonomia dos profissionais da saúde para a assistência integral das pessoas privadas de liberdade; melhorar e humanizar a assistência sanitária no sistema prisional através de ações conjuntas com os setores da saúde e da justiça; promover as relações intersectoriais com direitos humanos básicos, políticas afirmativas e sociais, e justiça penal; e para fomentar e reforçar a participação e o controle social³.

As populações diretamente afetadas pelo PNAISP são aquelas que são protegidas pelo Estado no regime provisório, que sejam condenadas ou não, porém estejam reclusas dentro do sistema prisional. O artigo 8º do Decreto Interministerial nº 1, escrito em janeiro de 2014, estabelece que “os trabalhadores em serviços penais, os familiares e

demais pessoas que se relacionam com as pessoas privadas de liberdade serão envolvidos em ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos no âmbito da PNAISP¹. Assim, para além das pessoas privadas da sua liberdade, seria também envolvida uma rede ampliada que auxilia na promoção da saúde e na prevenção das doenças desta população³.

Com o confinamento e a restrição da liberdade, o processo de adaptação à um ambiente prisional e os conflitos entre os diferentes fatores, há uma tendência dos funcionários para negligenciarem as questões relacionadas com a saúde. Isto vem do hábito de dar prioridade aos problemas relacionados com a segurança e a sobrevivência imediata dos guardas de segurança e dos prisioneiros⁴.

Além disso, as prisões e penitenciárias tornaram-se superlotadas em resultado de um aumento significativo da população prisional. Esta é uma tendência importante a considerar, uma vez que o crescimento da população feminina tem sido superior ao da população masculina, uma tendência que se manteve nos últimos quatro anos. A taxa de mulheres encarceradas é de cerca de 37,4%, o que representa uma taxa média de crescimento anual de aproximadamente 12%⁵.

Em comparação com outros países, o Brasil tem a quinta maior população feminina do mundo na prisão; uma estatística só superada pela Tailândia, Rússia, China e Estados Unidos. A maioria (68%) dos casos destas prisioneiras envolve o tráfico de drogas⁵.

As prisões brasileiras são um centro de exclusão social, tratando indivíduos desfavoravelmente vulneráveis em muitos espaços. Verificou-se que as unidades de mulheres abrigam mais violações dos direitos sexuais e reprodutivos, com falta de acesso à pessoal de saúde especializado, tais como ginecologistas, como uma das principais violações observadas⁶. Não existe praticamente qualquer possibilidade de as vítimas procurarem cuidados ou tratamento que seja oferecido fora do sistema de justiça criminal⁷.

Este estudo visa descrever o perfil epidemiológico das reclusas no Acre, Brasil, para comparar com as tendências observadas nas penitenciárias brasileiras.

MÉTODO

Este estudo utilizou um desenho transversal, quantitativo e descritivo para determinar o perfil epidemiológico das reclusas identificadas. O questionário

foi realizado entre agosto e dezembro de 2017 com 129 das 305 mulheres reclusas no sistema prisional feminino que concordaram em participar da pesquisa. A amostra e a população alvo foram recrutadas sob autorização do Instituto de Administração Penitenciária (IAPEN/AC) no estado do Acre, Brasil.

Foi utilizado um questionário semiestruturado validado com perguntas fechadas e abertas para a recolha de dados. O questionário foi dividido em cinco seções diferentes: identificação, situação ocupacional, criminal, tabagismo, percepção de saúde e morbidade referida. O investigador que conduziu o estudo foi um funcionário do sistema prisional do Acre e devidamente autorizado pelo Instituto de Administração Penitenciária, que é o órgão governamental que gere o sistema prisional no estado do Acre.

Os critérios de inclusão no estudo exigiam que os participantes fossem maiores de 18 anos, condenados ao sistema fechado e tivessem capacidades de comunicação que permitissem a administração do instrumento de questionário. Para serem excluídos do estudo, as mulheres deviam estar condenadas ao regime semiaberto, regime provisório ou serem monitorados eletronicamente.

As variáveis incluídas na pesquisa foram: epidemiologia, condições sociodemográficas e tipificação do crime. Para a construção do banco de dados foi realizada dupla digitação no programa Microsoft Excel 2016 e, para as análises estatísticas o software Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 24, os quais foram apresentados através de representação tabular.

Todo o protocolo de investigação foi aprovado pelo Comitê de Ética na Investigação da Universidade de Juazeiro do Norte (FJN) em 31 de outubro de 2016, com o número 1.802.277. O estudo foi também conforme a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para salvaguardar o anonimato dos participantes. Os indivíduos eram livres de participar e retirar-se do estudo em qualquer altura sem danos. O consentimento informado foi também obtido através de um formulário assinado por cada participante antes da sua inscrição no estudo.

■ RESULTADOS

A tabela 1 mostra que a maioria das reclusas eram solteiras (n = 86; 66,7%), tinham pele castanha (n = 93; 72,1%) e tinham filhos (n = 102, 79,1%). A maioria delas

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica das reclusas, Estado do Acre, Brasil, 2018

VARIÁVEL	N	%
ESTADO Civil		
Solteira	86	66,7
Casada	40	31,0
Viúva	2	1,6
Separada ou divorciada	1	0,8
COMPANHEIRO		
Preso	20	50,0
Não preso	20	50,0
CARACTERÍSTICAS ÉTNICO-RACIAIS		
Branca	20	15,5
Negra	15	11,6
Parda	93	72,1
Amarela	1	0,8
FILHOS		
Sim	102	79,1
Não	27	20,9
Naturalidade		
Acreana	117	90,5
Outros Estados	12	9,5
ESCOLARIDADE		
Ensino Fundamental Incompleto	53	41,1
Ensino Fundamental Completo	30	23,3
Ensino Médio Incompleto	27	20,9
Ensino Médio Completo	15	11,6
Não frequentou, mas sabe ler e escrever	4	3,1
BENEFÍCIO FINANCEIRO		
Sim	28	21,7

Continuação - Tabela 1: Caracterização sociodemográfica das reclusas, Estado do Acre, Brasil, 2018

VARIÁVEL	N	%	
Não	101	78,3	
NATUREZA DO BENEFÍCIO			
Benefício Social/Bolsa família*	25	89,3	
Previdência Social/Pensão	3	10,7	
IDADE			
Faixa etária	Média	Desvio	Variância
18-53 anos	27,69	7,108	50,528

Fonte: Dados da investigação. Preparado pelos autores, 2018.

eram do estado do Acre (n = 117, 90,5%), com uma idade média de 27,69 anos. Entre aqueles que declararam ter um parceiro (n = 40; 31%), metade declarou que o seu parceiro (n = 20; 50%) também se encontrava na prisão. Menos de metade dos participantes não terminou o ensino básico e apenas 15 prisioneiros (11,6%) concluíram o ensino médio. A maioria da amostra não recebeu quaisquer benefícios sociais (n = 101; 78,3%) e dos que tinham um rendimento (n = 28; 21,7), a maioria recebeu transferências monetárias do programa do governo federal chamado “Bolsa Família”.

O tráfico de drogas (n= 86; 66,7%) foi considerado como a principal causa de encarceramento feminino. Isto pode provavelmente ser atribuído à localização geográfica do Acre, que partilha fronteiras internacionais com a Bolívia e o Peru. Esta fronteira é constituída por florestas, rios e riachos que tornam muito difícil o controle da atividade de tráfico. O tráfico de drogas é seguido de

homicídio (n = 16, 12,4%) como as principais causas de encarceramento.

Pouco mais de metade das reclusas declararam estar na prisão pela primeira vez (n = 75; 58,1%); a taxa de reincidência (n = 54; 41,9%) foi elevada. A maioria dos participantes (n = 97, 75,2%) teve contatos com a sua família. As visitas conjuntas foram raras (n = 15, 11,6%), uma vez que muitos dos reclusos foram abandonados pelos seus parceiros masculinos após o encarceramento. Quanto às atividades de ressocialização, pouco mais de metade (n = 75, 58,1%) trabalhou e a maioria (n = 114, 88,4%) não estudou enquanto esteve na prisão.

A tabela 3 demonstra que mais de metade das detentas não fumava regularmente. No entanto, aproximadamente 80% dos participantes declararam ser fumadores passivos. 41,4% dos fumantes fumaram nos cinco minutos seguintes ao acordar e 89,7% reportaram ter tentado deixar de fumar. Menos de metade da amostra

Tabela 2: Aspectos jurídicos-criminais das detentas. Acre, Brasil, 2018.

VARIÁVEL	N	%
CRIME		
Tráfico de Drogas	86	66,7
Associação ao tráfico	1	0,8
Assalto	11	8,5
Homicídio	16	12,4
Outros	15	11,6
APRISIONAMENTO		
Primário	75	58,1
Reincidente	54	41,9
VISITA ÍNTIMA		
Sim	15	11,6
Não	114	88,4
VISITA FAMILIAR		
Sim	97	75,2
Não	32	24,8
ATIVIDADE LABORAL		
Sim	75	58,1
Não	54	41,9
ATIVIDADE ESCOLAR		
Sim	15	11,6
Não	114	88,4

Fonte: Dados da investigação. Preparado pelos autores, 2018.

Tabela 3: Tabagismo entre as detentas. Estado do Acre, Brasil, 2018

VARIÁVEL	n	%
FUMA		
Sim, diariamente	50	38,8
Sim, ocasionalmente	8	6,2
Não	71	55,0
JÁ FUMO		
Sim	27	38,0
Não	44	62,0
TEMPO DE DEMORA PARA FUMAR AO ACORDAR		
Primeiros 5 minutos	24	41,4
De 6 a 30 minutos	12	20,7
De 31 a 60 minutos	4	6,9
Após 60 minutos	18	31,0
FOTOS DE ADVERTÊNCIA ESTIMULA PARAR DE FUMAR		
Sim	26	44,8
Não	32	55,2
TENTOU PARAR DE FUMAR		
Sim	52	89,7
Não	6	10,3
CONTATO COM A FUMAÇA DE CIGARRO		
Sim	103	79,8
Não	26	20,3

Fonte: Dados da investigação. Preparado pelos autores, 2018.

alegou que as fotos de aviso sobre os efeitos do tabagismo na saúde os incentivavam a deixar de fumar.

A tabela 4 mostra que condições como a hipertensão (27,1%), perturbações mentais (17,8%), asma ou bronquite asmática (17,1%) e doenças da coluna vertebral ou das costas (26,4%) eram prevalentes entre os reclusos.

Outras doenças foram também relatadas, embora não tenham sido incluídas no questionário. Queremos enfatizar a prevalência da malária notificada pela amostra (n = 19, 14,7%), dada a localização geográfica do estado do Acre na Amazônia Ocidental, que tem um grande número de rios e igarapés.

Tabela 4: Doenças auto relatadas pelas detentas. Estado do Acre, Brasil, 2018

VARIAVÉIS	n	%
HIPERTENSÃO		
Sim	35	27,1
Não	94	72,9
DIABETES		
Sim	3	2,3
Não	126	97,7
INFARTO, DERRAME OU AVC		
Sim	9	7,0
Não	120	93%
COLESTEROL ALTO OU TRIGLICERÍDIOS ALTO		
Sim	9	7%,0
Não	120	93,0
TRANSTORNO MENTAL		
Sim	23	17,8
Não	106	82,2
ASMA OU BRONQUITE ASMÁTICA		

Tabela 4: Doenças auto relatadas pelas detentas. Estado do Acre, Brasil, 2018

VARIAVÉIS	n	%
Sim	22	17,1
Não	107	82,9
DOENÇA RENAL CRÔNICA		
Sim	7	5,4
Não	122	94,6
HEPATITE		
Sim	9	7,0
Não	120	93,0
TUBERCULOSE		
Sim	5	3,9
Não	124	96,1
MALÁRIA		
Sim	19	14,7
Não	110	85,3
AIDS/DST		
Sim	4	3,1
Não	125	96,9
DOENÇA DE COLUNA		
Sim	34	26,4
Não	95	73,6
ARTRITE OU REUMATISMO		
Sim	17	13,2
Não	112	86,8
OSTEOPOROSE		
Sim	6	4,7
Não	123	95,3
OUTRAS DOENÇAS		
Sim	33	25,6
Não	96	74,4

Fonte: Dados da investigação. Preparado pelos autores, 2018.

DISCUSSÃO

As características sociodemográficas das reclusas no Acre indicam uma população jovem, sendo muitas delas mães solteiras. Um estudo realizado na Califórnia encontrou resultados semelhantes aos encontrados neste estudo, com uma amostra similar. No estudo californiano, os autores relataram que 64,5% dos participantes eram jovens, 41,3% eram solteiros, e 94,5% tinham filhos⁸. Houve, no entanto, níveis de educação diferentes entre os estudos. A amostra californiana tinha 37% dos seus participantes que relatavam ter concluído o ensino secundário, enquanto que a amostra do Acre tinha apenas 11,6% dos participantes que relatavam níveis de educação semelhantes.

Diniz e Paiva relataram de um inquérito realizado em 2012 na Penitenciária Federal do Distrito Federal (PDF) que 51% das mulheres entrevistadas tinham menos de 30 anos de idade, 67% eram negras ou castanhas, e 71% tinham um ensino elementar incompleto ou inferior ao ensino elementar do primeiro grau. 70% eram

trabalhadores domésticos ou informais, 80% tinham pelo menos um filho, 52% tinham um parceiro que também foi preso, e 69% foram presos numa base casuística em resultado do tráfico de droga. Este perfil indica alguns determinantes importantes da exclusão social e do acesso a bens e serviços, tais como os serviços de saúde. Relativamente aos crimes cometidos pelas detentas, 66,7% dos crimes foram atribuídos ao tráfico de drogas. Esta foi a percentagem mais elevada, seguida de homicídio (12,4%)⁹.

Um estudo conduzido por Oliveira *et al*, no estado da Paraíba, concluiu que os crimes de tráfico de drogas foram cometidos por 28,4% dos participantes, enquanto que o homicídio teve uma taxa de 6,2% e foi a quarta causa principal de encarceramento. Embora o estudo de Oliveira tenha encontrado taxas diferentes para os tipos de crimes, ambos os estudos consideraram o tráfico de drogas como a causa mais prevaiente de encarceramento. Os autores também explicaram as razões para o envolvimento dessas mulheres no crime. A maioria dos participantes

nesse estudo alegou ter sido principalmente afetada pelo encarceramento do seu parceiro, o que influenciou a sua escolha de se envolverem em atividades ilícitas como método de apoio às suas famílias. Esses delitos relacionados com drogas foram o que acabaram por levar à sua prisão¹⁰.

Algumas prisioneiras receberam assistência financeira, a maior parte da qual provém do Programa Bolsa Família. Os nossos dados são também apoiados pelo estudo Oliveira *et al*, que observaram a mesma situação financeira entre as reclusas e concluíram que a escolaridade mínima, bem como a falta de emprego contribuíram para o envolvimento dessas reclusas em atividades criminosas¹⁰.

Enquanto mais de metade das detentas eram delinquentes primários, havia alguns que eram reincidentes. Este padrão foi também relatado por Melo e Gauer, que notaram um aumento da criminalidade feminina durante as últimas décadas e uma elevada taxa de reincidência no sistema prisional¹¹.

No que diz respeito à ressocialização, os nossos resultados mostram que uma minoria de participantes frequentou a escola enquanto se encontrava na prisão. Contudo, no que diz respeito ao trabalho, mais de metade dos reclusos estiveram envolvidos em algum tipo de trabalho, sendo o artesanato a atividade mais comum. A oferta de oportunidades concretas de reintegração social pode permitir um caminho para ressocialização das detentas, embora deva haver uma reavaliação dos objetivos de recuperação e reeducação da administração do sistema prisional¹². No nosso caso, o sistema prisional ofereceu oportunidades de trabalho e/ou educação, mas não obrigou a participação dos reclusos nas mesmas. Esta flexibilidade contribuiu para o reduzido número de indivíduos envolvidos nestas atividades de ressocialização, enquanto outros relataram não poder estudar por falta de documentação pessoal.

Uma grande motivação para a ressocialização é o contato com membros da família, que serve de motivação para o recluso procurar um regresso à sociedade. Durante este estudo houve provas de grande participação familiar nos dias de visita familiar, embora alguns reclusos não tenham recebido visitas familiares devido ao fato de sua família viver a uma longa distância. As visitas conjugais, contudo, foram de baixa frequência, o que confirma o abandono por parte dos parceiros dos reclusos após o encarceramento. Um estudo separado mais relacionado, também encontrou o mesmo padrão nas prisões italianas, onde 85,5% das reclusas não praticavam atividade sexual¹³.

No nosso estudo, a maioria dos reclusos não fumava e muitos relataram que nunca tinham fumado. Em duas das três prisões femininas onde o estudo foi realizado, o fumo era proibido e obrigava as reclusas a deixar de fumar. Os participantes que ocasionalmente fumavam explicaram que um cigarro os acalmava e relaxava. No entanto, este resultado difere do estudo de Antonetti *et al.*, que mostrou elevadas taxas de consumo de tabaco (87,3%) entre as reclusas nas prisões italianas, com uma média diária de 19 cigarros fumados pelos participantes¹³.

Spaulding *et al*, encontraram em um estudo por meta-análise que 60,9% das mulheres paquistanesas na prisão fumavam, e notaram que as mulheres daquela comunidade constituíam apenas 3,7% da população prisional¹⁴.

A maioria dos participantes referiu que não considerava a sua saúde como regular, boa ou excelente. Esta tendência foi também observada num estudo separado de 23 presos na Zâmbia, que mostrou que cada participante relatou ansiedade sobre o acesso à cuidados de saúde, enquanto 18 presos (78,3%) relataram ser soropositivos¹⁵.

A prestação de serviços de saúde dentro do sistema prisional do Acre garante que enquanto a maior prisão tem uma unidade de saúde dentro do complexo penitenciário do Estado, as mais pequenas têm um técnico de enfermagem que trabalha na unidade prisional controlando a distribuição de medicamentos e prestando o primeiro nível de cuidados. Quando necessário, os reclusos são encaminhados para os serviços públicos de saúde fora do perímetro prisional, devidamente escoltados por agentes prisionais. As campanhas de vacinação e de promoção da saúde são realizadas por gestores de saúde ou pelo Instituto de Administração Penitenciária (IAPEN), que trabalha diariamente para garantir todos os cuidados necessários.

Esta situação pode ser comparada a um estudo conduzido por Van Hout e Mhlanga-Gunda, que estabeleceu que a prestação de cuidados de saúde à mulheres encarceradas na África subsaariana era inadequada e não satisfazia as suas necessidades, sejam elas sexuais ou reprodutivas¹⁶. Isto não está de acordo com as exigências dos direitos humanos e as recomendações internacionais, contrastando assim com a situação encontrada no Acre.

No Brasil, a implementação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) em 2003, garantiu os direitos de cidadania da população prisional, especialmente em áreas relacionadas com a saúde. As diretrizes do PNSSP foram: proporcionar cuidados contínuos e de boa qualidade, abrangentes à população prisional; contribuir para o controle e/ou redução de doenças frequentes que afetam a população prisional; e definir e implementar ações e serviços coerentes com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, as diretrizes pretendem prever o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais; contribuir para a democratização do conhecimento sobre o processo saúde/doença; organizar serviços e a produção social da saúde; promover o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania, e estimular o exercício efetivo da participação social¹⁷.

A plena implementação dos princípios proclamados pelo PNSSP enfrenta certos impasses, tais como o financiamento, a dificuldade de tornar a segurança compatível com a saúde pública, e a contratação de todos os membros das equipes de saúde no sistema penitenciário. É importante salientar que a implementação de unidades de saúde prisionais deve satisfazer os critérios populacionais de uma unidade de saúde para cada 100 reclusos. Nas prisões onde este critério não tenha sido cumprido, os serviços de saúde devem ser prestados pelo SUS através das redes do Programa Estratégico de Saúde da Família²⁰.

Em situações em que os problemas de saúde não são tratados ou são adiados, as patologias tendem a evoluir, exigindo tratamentos complexos que resultam em custos mais elevados, que poderiam ter sido minimizados se o tratamento fosse oferecido mais cedo¹⁸. Por conseguinte, é muito importante avaliar os serviços de saúde não só do ponto de vista dos utilizadores, mas também dos prestadores de cuidados, a fim de integrar os conhecimentos com melhores cuidados à população¹⁹.

Canazaro e Argimon, num estudo sobre a frequência e os fatores associados às perturbações mentais nos reclusos, concluíram que a prevalência era significativa devido a experiências relacionadas com a vida anterior dos reclusos e o afastamento dos membros da família. Os seus dados também destacaram as perturbações mentais, o que merece especial atenção²⁰.

Um estudo na Inglaterra mostrou que as mulheres sofriam de problemas mentais e emocionais após terem sido privadas da sua liberdade, embora algumas sofressem de tais problemas antes de serem encarceradas. No entanto, a saúde mental destas mulheres foi gravemente afetada pela detenção. Após intervenções com plantas numa prisão de Iowa, nos Estados Unidos e análise dos resultados, os autores sugerem que as intervenções com elementos da natureza podem complementar as terapias tradicionais de saúde mental. Os resultados das intervenções foram associados ao fato de que as mulheres melhoraram as suas relações enquanto realizavam as atividades propostas para contribuir significativamente para o espaço prisional²¹.

As prisões podem oferecer programas educativos e de prevenção de doenças, concentrando-se na saúde mental, no abuso de substâncias e na ajuda aos reclusos que estão em desvantagem devido ao acesso limitado aos

cuidados de saúde²². O acesso aos cuidados de saúde é um problema, evidenciado pela existência de apenas uma unidade de saúde no sistema prisional do Acre. Muitas vezes, os reclusos devem ser transferidos para uma unidade do SUS, o que requer uma logística e recursos humanos dedicados.

A fim de implementar políticas públicas nas prisões destinadas a prestar cuidados de saúde às pessoas privadas da sua liberdade, é necessário ultrapassar as dificuldades impostas pelo confinamento, o que dificulta o acesso aos serviços de saúde, especialmente às mulheres que exigem cuidados especializados devido às suas condições de vida e ambientes de construção. Muitas mulheres encarceradas recorreram à prostituição, sofreram vários tipos de violência e abusaram de drogas. Como resultado, elas carregam as repercussões físicas e psicológicas de uma vida exposta a múltiplos fatores de risco.

■ CONCLUSÃO

Há dificuldades no acesso aos dados dos reclusos e a falta de estudos revistos por pares sobre a saúde dos reclusos no Brasil sugere que as políticas públicas recomendadas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher devam ser reavaliadas.

■ Financiamento

Esta pesquisa foi financiada pela Secretaria de Estado de Saúde do Acre (convênio nº 007/2015 - SESACRE / UFAC / FMABC).

■ Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

■ REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. GABINETE DO MINISTRO PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1, DE 2 DE JANEIRO DE 2014 [Internet]. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/370304/>.
2. Brazil, organizador. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. 1a. ed. Brasília, DF: Editora MS; 2004. 80 p. (Série C Projetos, programas e relatórios).
3. Pereira ÉL. Famílias de mulheres presas, promoção da saúde e acesso às políticas sociais no Distrito Federal, Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. julho de 2016; 21 (7): 2123–34.
4. Lhuillier D, Lemiszewska A. Le choc carcéral: survivre en prison. Bayard; 2001. 309 p.
5. Infopen - levantamento nacional de informações penitenciárias - ministério da justiça e segurança pública [Internet]. [citado 29 de setembro de 2021]. Disponível em: <http://dados.mj.gov.br/dataset/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias>
6. Braga AGM. Dar à luz na sombra: exercício da maternidade na prisão. 2019.
7. Marques S. A gravidez no cárcere Brasileiro: uma análise da Penitenciária Feminina Madre Pelletier. [citado 29 de setembro de 2021]; Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fadir/article/download/571/401>
8. Kelly PJ, Peralez -Dieckmann Esther, Cheng A-L, Collins C. Profile of women in a county jail. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 48 (4): 38–45.
9. Diniz D, Paiva J. Mulheres e prisão no Distrito Federal: itinerário carcerário e precariedade da vida. *Revista brasileira de ciências criminais*. 2014; (111): 313–29.
10. Oliveira LV, Costa GMC, Medeiros KKAS, Cavalcanti AL. Perfil epidemiológico de presidiárias no estado da Paraíba-Brasil: estudo descritivo. *Online braz j nurs*. 19 de dezembro de 2013; 12 (4): 892–901.
11. Mello DC, Gauer G. Vivências da maternidade em uma prisão feminina do estado Rio Grande do Sul (Experiences of motherhood in a women's prison Rio Grande do Sul State). *Saúde & Transformação Social / Health & Social Change*. 31 de maio de 2011; 2 (2): 113–21.

12. Cunha EL da [UNESP. Ressocialização: o desafio da educação no sistema prisional feminino. *Resocialization: the challenge to educate women in the detention system*. 1o de agosto de 2010; 157.
13. The health needs of women prisoners: an Italian field survey. Disponível em: <http://www.annali-iss.eu/article/view/615>.
14. Spaulding AC, Eldridge GD, Chico CE, Morisseau N, Drobeniuc A, Fils-Aime R, et al. Smoking in correctional settings worldwide: prevalence, bans, and interventions. *Epidemiologic Reviews*. 1o de junho de 2018; 40 (1): 82–95.
15. Topp SM, Moonga CN, Mudenda C, Luo N, Kaingu M, Chileshe C, et al. Health and healthcare access among Zambia's female prisoners: a health systems analysis. *Int J Equity Health*. dezembro de 2016; 15 (1): 157.
16. Van Hout MC, Mhlanga-Gunda R. Contemporary women prisoners health experiences, unique prison health care needs and health care outcomes in sub Saharan Africa: a scoping review of extant literature. *BMC Int Health Hum Rights*. dezembro de 2018; 18 (1): 31.
17. Gois SM, Santos Junior HP de O, Silveira M de F de A, Gaudêncio MM de P. Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. *Ciênc saúde coletiva*. maio de 2012; 17: 1235–46.
18. Saúde atrás das grades: o Plano Nacional de Saúde no sistema penitenciário nos estados de Minas Gerais e Piauí | Sumários.org [Internet]. [citado 29 de setembro de 2021]. Disponível em: <https://www.sumarios.org/artigo/sa%C3%BAde-atr%C3%A1s-das-grades-o-plano-nacional-de-sa%C3%BAde-no-sistema-penitenci%C3%A1rio-nos-estados-de>
19. Barajas-Martinez H, Hu D, Baranchuk A. Genetics bases of cardiac sodium channel mutations linked to inherited cardiac arrhythmias. *J Hum Growth Dev*. 28 de novembro de 2016; 26 (3): 277.
20. Canazaro D, Argimon II de L. Características, sintomas depressivos e fatores associados em mulheres encarceradas no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. julho de 2010; 26: 1323–33.
21. Caulfield LS. Counterintuitive findings from a qualitative study of mental health in English women's prisons. *IJPH*. 19 de dezembro de 2016; 12 (4): 216–29.
22. Van den Bergh BJ, Gatherer A, Møller LF. Women's health in prison: urgent need for improvement in gender equity and social justice. *Bull World Health Organ*. junho de 2009; 87: 406–406.

Abstract

Introduction: the prison system in the Brazilian state of Acre, located in the Western region of the Amazon, is a branch of the criminal justice system that has been suffering from issues such as overcrowding and growth in internal organized crime. The prevalence of these matters directly affects the resocialization of prisoners and inhibits the successful re-engineering of their social values and beliefs.

Objective: to analyze the epidemiological profile of jailed women in the State of Acre, Brazil.

Methods: in a cross-sectional descriptive study, 129 participants were recruited from female penitentiaries in the state of Acre. Conducted between August and December of 2017, data was collected through a validated questionnaire, divided into modules, using both open and closed-ended items.

Results: we found that most women who participated in the study were single ($n = 86, 66.7\%$), had brown skin ($n = 93, 72.1\%$), had children ($n=102, 79.1\%$), resided in the state of Acre ($n=117, 90.5\%$). The mean age of the sample was 27.69 years. Among those participants who reported having partners ($n = 40, 31\%$), we found that half had partners who were also incarcerated ($n = 20, 50\%$). The study results also indicate that drug trafficking ($n = 86, 66.7\%$) was the major cause for female incarceration, followed by homicide crime ($n = 16, 12.4\%$). Over half of the participants were in prison for the first time ($n = 75, 58.1\%$), with a high recidivism rate observed in the total sample ($n = 54, 41.9\%$). A majority of the participants ($n = 97, 75.2\%$) kept in touch with members of their families and a smaller portion ($n = 15, 11.6\%$) received conjugal visits. With regard to social activities, slightly more than half ($n = 75, 58.1\%$) worked and the majority ($n = 114, 88.4\%$) did not study while jailed.

Conclusion: the difficulties associated with accessing inmate data and the lack of peer-reviewed studies on inmate health in Brazil suggests that the public policies recommended by the PNSSP and the National Policy for Comprehensive Health Care for Women should be reevaluated.

Keywords: inmates, health profile, Acre

©The authors (2022), this article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.