



OBJN
Online Brazilian Journal of Nursing

ENGLISH

Federal Fluminense University

AURORA DE AFONSO COSTA
NURSING SCHOOL



uff
Original Articles



Perfil epidemiológico de prisioneras en el estado de Paraíba-Brasil: estudio descriptivo

Lannuzya Veríssimo Oliveira¹, Gabriela Maria Cavalcanti Costa¹,
Kaio Keomma Aires Silva Medeiros¹, Alessandro Leite Cavalcanti¹

¹Universidade Estadual de Paraíba

RESUMEN

Objetivo: Describir el perfil epidemiológico de prisioneras en el estado de Paraíba. **Método:** Estudio transversal, descriptivo, cuantitativo, realizado entre los meses de julio/octubre de 2012, en prisiones femeninas. Se obtuvo una muestra de 227 individuos. Los datos fueron colectados por medio de formulario y analizados a la luz de la estadística descriptiva. **Resultados:** Mujeres predominantemente paraibanas, con edad entre 18 a 28 años (52,4%), con enseñanza básica incompleta (59%), sin relación matrimonial (54,2%) y con hijos (82,4%). El tráfico de drogas (28,4%) y asociación al tráfico (13,3%) son las principales causas de encarcelamiento. Se ve que 29,5% trabajan y 28,2% estudian en la prisión; 25,9% poseen enfermedades diagnosticadas y 18,1% reciben acompañamiento de salud. **Discusión:** Las condiciones epidemiológicas desfavorables preceden y tal vez favorezcan el encarcelamiento. **Conclusión:** Prisioneras ingresadas en un contexto social de pobreza y exclusión que dificulta los procesos de resocialización e implican negativamente en las condiciones de salud.

Descriptor: Salud de la Mujer; Prisiones; Prisioneros; Perfil de Salud.

INTRODUCCIÓN

Estudios recientes demuestran un aumento en el encarcelamiento de mujeres en varios países, incluso en Brasil⁽¹⁾. Tal hecho genera preocupación, pues el sistema penitenciario brasileño presenta señales de colapso, debido al rápido crecimiento no contingente de individuos presos sin la correspondiente adecuación de la estructura física y de personal calificado, repercutiendo negativamente en el día a día de las prisiones⁽²⁾.

Además de la superpoblación, en las prisiones se constituyen en un ciclo de diseminación de enfermedad, aumento del consumo de drogas y exposición a la violencia⁽³⁾. Tales aspectos dan crédito al sistema de prisión el *status* del problema de salud pública⁽⁴⁾, sobretudo en la realidad social brasileña, donde el sistema penitenciario y reconocidamente necesitados y obsoleto⁽⁵⁾.

A pesar de Brasil poseer dispositivos legales, a ejemplo de la Ley de Ejecución Penal, en función a las principales recomendaciones internacionales que amplían los principios democráticos a la prisión⁽⁶⁾, del punto de vista práctico, tales leyes parecen poseer poca aplicabilidad en razón de las múltiples violaciones de derechos esenciales como salud, educación, trabajo, preservación de lazos familiares y acceso a políticas de reintegración social⁽⁷⁾, principalmente para los segmentos menos favorecidos de la población, en que se incluyen las mujeres⁽⁶⁾.

Con respecto a la asistencia las presas, se supone que es aún más precario si se compara aquella oferta a los hombres presos, desde que la peligrosidad no era concebido como característica femenina y las prisiones no fueron construidas con el propósito de atender a las especificidades de esta clientela⁽⁸⁾.

Además, la notoria falta de operacionización en la ejecución de la asistencia a la

población presa⁽⁹⁾ sigue, también, el déficit de informaciones actualizadas sobre el sistema penitenciario⁽⁵⁾ que dificulta el diagnóstico correcto de los problemas, bien como la planificación eficaz para resolverlos, intensificando las condiciones precarias vividas por las presidiarias.

Por constatar las deficiencias en cuanto a los derechos de las mujeres presas, incluso con respecto al acceso a la salud, la Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa en Salud⁽¹⁰⁾ trae en su alcance temáticos relativos a las mujeres presas. igualmente, fue promulgada la ordenanza nº 154, de 13 de abril de 2012 que establece la Comisión Especial, en el ámbito del Departamento Penitenciario Nacional (Depen), para la elaboración de propuestas de acciones referentes al Proyecto Mujeres, que entre uno de sus focos sugiere la realización de pesquisas, estudios y estadísticas dirigidas a las mujeres en el Sistema Penal⁽¹¹⁾.

Mediante tales conclusiones y por creer en su pertinencia para subsidiar el direccionamiento de políticas de salud pública dirigidas para presas, se desarrolló este estudio con el objetivo de describir el perfil epidemiológico de las presas en el estado de Paraíba.

MÉTODO

Estudio transversal, descriptivo, con enfoque cuantitativo, realizado entre los meses julio a octubre de 2012 en cuatro unidades prisionales femeninas, subordinadas a la Secretaria del Estado de Administración Penitenciaria (SEAP) de Paraíba, en las ciudades: Campina Grande (CG), Cajazeiras (CZ), João Pessoa (JP) y Patos (PT).

La población el objetivo correspondió a 551 mujeres que estaban detenidas en el momento en que se propone la realización de esta pesquisa. La muestra fue calculada a partir de la siguiente fórmula: $n = N \cdot Z^2 \cdot P(1-P) / (e^2 + Z^2)$.

P(1-P), en que: n = valor de la muestra; N = valor de la población; Z = intervalo de confianza; P = prevalencia; y = error tolerado, obteniéndose un probabilístico, corregido en 5% para compensar eventuales pérdidas o problemas operacionales de la pesquisa, totalizando 227 individuos. En seguida, se llevó a cabo una muestra aleatoria simple por medio de sorteo efectuado en el programa Microsoft Office Excel® 2007 de forma proporcional al número de presidiarias en cada ciudad, de la siguiente manera: CG (n=25); CZ (n=10); JP (n=169); PT (n=24).

Los criterios de inclusión de los individuos fueron: estar cumpliendo pena en régimen cerrado; poseer un nivel de comunicación que posibilite la aplicación del instrumento de pesquisa es aceptar participar del estudio, firmando un Termino de Consentimiento Libre y claro (TCLE).

Después de la contratación, los individuos respondieron a un formulario compuesto de 21 cuestiones, abiertas y cerradas, divididas en tres grupos: aspectos socio demográficos (naturalidad, edad, estado civil, compañero, hijos, escolaridad, beneficio financiero, naturaleza del beneficio); referentes al aprisionamiento (artículo/infracción, encarcelamiento situación jurídica, recibimiento de visitas, actividades laborales y escolar en la prisión); y, referentes a la salud/enfermedad (enfermedad diagnosticada, acompañamiento de salud, historico de hospitalización y fumador).

Sobresale que el referido instrumento fue producido para esa pesquisa con base en el Archivo General estandarizado, recomendado para uso en las unidades de salud de los presidios por la SEAP, siendo realizado test piloto para verificar su aplicabilidad. Los datos obtenidos mediante el test retro mencionado fueron descartados, no siendo, por lo tanto, base de análisis en esta búsqueda.

Los datos fueron colectados por colaboradores de la pesquisa en dos momentos: inicialmente

las unidades prisionales fueron visitadas para conocer la rutina de las reclusas, identificación de las preseleccionadas por sorteo y programación para colecta con aquellas que se encuadraron en los criterios de inclusión establecidos; posteriormente, fue realizada la colecta propiamente dicha. Esta última fase ocurrió en una sala reservada y sobre la elección de agentes penitenciarios.

Fue realizado el proceso de validación por dupla alimentación (digitación) independiente en de las hojas de trabajo y con auxilio del *software Statistical Package for Social Science* (SPSS), versión 10. Los datos fueron organizados, siendo realizada un análisis del tipo descriptiva para la distribución de las variables. El análisis bivariado fueron empleados los test Qui-cuadrado o Exacto de Fisher, siendo adoptado un nivel de significancia de 5% ($p < 0,05$). Se estableció aún la razón de prevalencia (RP). Los resultados fueron presentados en forma de tablas, empleando el aplicativo MS-Excel®-2003.

Por cuestiones ético-legal el estudio fue direccionado para evaluación y el parecer del Comité de Ética en Pesquisa de la Universidad Estadual de Paraíba (CEP-UEPB), siendo aprobado conforme parecer de 25 de julio de 2012, cumpliendo los preceptos enumerados en la resolución ética 196/96 del Consejo Nacional de Salud (CNS). Por lo tanto, fue resguardado el sigilo y anonimato de los individuos, los cuales fueron aclarados mientras su libertad para no participar de la pesquisa o abandonarla a cualquier momento, sin que eso les trajese pérdidas. Se esclarece que las entrevistadas respondieron las cuestiones apenas sólo leído y firmado el formulario de consentimiento Libre y Aclarado (TCLE).

RESULTADOS

La muestra estudiada se constituye, en su mayoría, de mujeres paraibanas (n=194; 85,5%),

con edad de 18 a 28 años (n=119; 52,4%), sin relación marital (n=123; 54,2%) y con hijos (n=187; 82,4%). Entre aquellas que mencionaron poseer compañeros, se encontró que la mayoría de estos también integra la población en la prisión (n=62; 59,6%). En cuanto al nivel de escolaridad, poco más de la mitad de las prisioneras no completó la enseñanza fundamental (n=134; 59%). Cerca de 80 reclusos (37,4%) recibían algún tipo de renta, proveniente, en su mayoría, del programa de asignaciones familiares (n=81; 95,3%).

Tabla 1 - Caracterización sociodemográfica de prisioneras. Paraíba, Brasil, 2012

Variables	N	%
Naturalidad		
Paraíba	194	85,50%
Otros Estados	33	14,50%
Edad		
18 - 28 años	119	52,40%
29 - 39 años	73	32,20%
40 - 50 años	35	15%
Estado Civil		
Con compañero	104	45,80%
Sin compañero	123	54,20%
Compañero		
Preso	62	59,60%
No preso	42	40,40%
Hijos		
Sin hijos	40	17,60%
≥2	150	66,10%
<2	37	16,30%
Escolaridad		
Educación primaria completa	38	16,70%
Educación primaria incompleta	134	59%
Enseñanza media completa	22	9,70%
Enseñanza media incompleta	16	7%
No alfabetizada	17	7,50%
Beneficio Financiero		
Sí	85	37,40%
No	142	62,60%
Naturaleza del Beneficio		
Beneficio social/subsidio familiar	81	95,30%
Previdencia social/pensión	4	4,70%

Fuente: Datos de la encuesta, 2013

En lo que se refiere a los aspectos jurídico legal, descritos en la Tabla 2, se comprueba que

el tráfico de drogas (n=117; 28,4%) y la asociación al tráfico (n=64; 13,3%) imperan entre las causas del encarcelamiento de mujeres. Crímenes como asalto (n=30; 13,3%), homicidio (n=14; 6,2%), estelionato (n=1; 0,4%) y abuso sexual (n=1; 0,4%) ocurren en menor proporción.

Con relación a la naturaleza del encarcelamiento, se observó que la mayoría de la población reclusa femenina corresponde a su primer delito (n=171; 75,3%), aunque se compruebe una parcela considerable de repetición (n=56; 24,7%). Entre todas las presas, 70,9% (n=161) se encuentra en encarcelamiento provisorio y 29,1% (n=66) sentenciadas.

Se observó escasez de presas que desarrollen actividades de resocialización, como el trabajo (n=67; 29,5%) y el estudio (n=64; 28,2%).

Tabla 2 - Aspectos jurídico-criminales de prisioneras. Paraíba, Brasil, 2012

Variables	N	%
Artículo/Delito		
Tráfico de drogas	117	52
Asociación al Tráfico	64	28,4
Asalto	30	13,3
Homicidio	14	6,2
Estelionato	1	0,4
Abuso Sexual	1	0,4
Encarcelamiento		
Primaria	171	75,3
Reincidente	56	24,7
Situación legal		
Condenada	66	29,1
Provisional	161	70,9
Recibir visitas		
Sí	101	44,5
No	126	55,5
Actividad laboral en la cárcel		
Sí	67	29,5
No	160	70,5
Actividades escolares en la cárcel		
Sí	64	28,2
No	163	71,8

Fuente: Datos de la encuesta, 2013

Conforme descrito en la Tabla 3, los datos a aspectos relacionados a la salud/enfermedad

de presos demuestran que 25,9% (n=59) poseen enfermedades diagnosticadas. Sin embargo, sólo 18,1% (n=41) reciben acompañamiento de salud. Entre las participantes del estudio, 44,1% (n=100) fueron hospitalizadas durante el cumplimiento de la pena y 77,5% (n=176) son fumadores.

Tabla 3 - Aspectos de salud/enfermedad de prisioneras. Paraíba, Brasil, 2012

Variables	Sí		No	
	n	%	n	%
Enfermedad diagnosticada	59	25,9	168	74,1
Acompañamiento de la salud	41	18,1	186	81,9
Historico de hospitalización	100	44,1	127	55,9
Fumador	176	77,5	51	22,5

Fuente: Datos de la encuesta, 2013

Existe asociación ($p < 0,0001$) entre la edad y el acompañamiento de salud, bien como entre la edad y la existencia de enfermedad ($p < 0,0001$). No se observó asociación entre la edad apenada y el encarcelamiento ($p > 0,05$). La tabla 4 revela la no asociación entre la existencia de enfermedad, acompañamiento de la salud e histórico de hospitalización.

Tabla 4 - Asociaciones entre existencia de la enfermedad con las variables de acompañamiento de la salud e histórico de hospitalización. Paraíba, Brasil, 2012

Variables	Presencia de enfermedad				p	RP*
	Sí		No			
	n	%	n	%		
Acompañamiento en salud						
Sí	37	90,2	4	9,8	0,001	68,95
No	22	11,8	164	88,2		(22,42 – 212,07)
Historico de hospitalización						
Sí	38	38	62	62	0,001	3,04
No	21	16,5	106	83,5		(1,66 – 5,74)

*RP – 95%

Fuente: Datos de la encuesta, 2013

Conforme se presenta la Tabla 5, los trastornos mentales (n=24; 40,7%), seguido de hipertensión arterial sistémica (n=20; 33,9%) son las enfermedad más referidas por la población estudiada, seguidas, en menor proporción, de diabetes (n=6; 0,2%), enfermedad sexualmente transmisibles (DST) (n=3; 5,1%), epilepsia (n=3; 5,1%) y gastritis (n=3; 5,1%).

Tabla 5 - Enfermedades mencionadas por las prisioneras. Paraíba, Brasil, 2012

Enfermedades	N	%
Trastornos mentales	24	40,7
Hipertensión	20	33,9
Diabetes	6	10,2
DST	3	5,1
Epilepsia	3	5,1
Gastritis	3	5,1

Fuente: Datos de la encuesta, 2012

DISCUSIÓN

A partir de la caracterización sociodemográfica de presas en Paraíba (Tabla 1), se observa que los datos encontrados se parecen con otros estudios desarrollados con poblaciones en confinamiento, pareciendo haber consenso de que las presidiarias son predominantemente jóvenes, con bajo nivel de escolaridad y madres solteras^(1,6).

En lo que se refiere al hecho, de ser, en su mayoría, madres, aunque solteras, se supone que esa condición surja del abandono de los compañeros. Al contrario de lo que ocurre en el caso del encarcelamiento masculino, en que las esposas ofrecen soporte financiero y afectivo durante todo el cumplimiento de la pena, cuando las mujeres son presas, frecuentemente ocurre el abandono por parte dos cónyuges⁽¹²⁾.

En esa perspectiva, la participación femenina en la criminalidad muchas veces se deriva de relaciones afectivas con hombres que cometen

delitos, no siendo raras las situaciones en que, después de la prisión de los compañeros, las mujeres pasan a ejecutar las actividades ilícitas de sus cónyuges, incluso para proporcionar el sustento familiar, culminando en su propio encarcelamiento¹³.

Sin embargo, a pesar de la influencia masculina en la adhesión de las mujeres a la criminalidad, hay que destacar que la deficiente escolarización y la no inserción en el mercado de trabajo formal contribuyen para que las mujeres ingresen en la criminalidad⁽⁷⁾.

Como es posible identificar, la situación de pobreza y exclusión social lleva a la prisión, visto que entre los que declararan recibir algún beneficio financiero, la parcela significativa surgió del Programa Beca para la Familia - ayuda financiera ofrecida por el gobierno federal a las familias de baja renta.

No que se refiere a los aspectos jurídicos-criminales (Tabla 2), se percibe que crímenes como el tráfico de drogas y la asociación al tráfico son las principales causas de encarcelamiento de las mujeres. Como descrito en la literatura, el tráfico de drogas ejerce un enorme atracción sobre los jóvenes de baja renta, en razón de la posibilidad de enriquecimiento rápido y la aparente seguridad por el porte de armas de fuego⁽¹⁴⁾.

Homicidios, asaltos y los demás delitos aparecen de forma más discreta entre los delitos cometidos por las participantes del estudio, tal vez por esos crímenes son reconocidamente masculinos⁽¹⁵⁾, teniendo en vista que el encarcelamiento femenino, al contrario del masculino, sigue mucho más por crímenes de orden moral, de que por la peligrosidad propiamente dicha⁽⁸⁾.

Melo y Gauer⁽¹⁾ observan para el aumento de la criminalidad femenina en las últimas décadas, y el grande número de reincidencia a los establecimientos prisionales. Sin embargo, las mujeres que compusieron la muestra de este

estudio era, sobretodo, su primer delito. Se suma por causa de la lentitud del sistema jurídico brasileño, una grande cantidad de mujeres presas en espera de juicio, contribuyendo sobremana para la aglomeración excesiva de presioneras, dificultando el cumplimiento de los propósitos primordiales del encarcelamiento, a saber: punir y resocializar⁽⁸⁾.

Como en las estrategias de resocialización, se percibe que una minoría de las mujeres presas frecuenta la escuela y/o ejercen actividades laborales en la prisión. En ese sentido, es válido repensar la conducta de las instituciones penales que se proponen a recuperar y reeducar sus internas, visto que solamente mediante oferta de oportunidades concretas de reintegración social es posible vislumbre la construcción de nuevos caminos para las apenadas⁽⁷⁾. Es necesario también tener en cuenta las situaciones donde las prisiones garantizan educación y/o trabajo y las propias se niegan a participar de estas actividades. En estas situaciones, es necesario identificar los motivos de esa negativa con el fin de adecuar mejor las estrategias de resocialización y alcanzar el mayor número de apenadas posibles.

Otro factor que interfiere en la resocialización de las presas la presencia y manifestación del apoyo familiar, que a su vez, sirve de estímulo tanto para que las apenadas mantengan un buen comportamiento y para que busquen adherir a los programas de educación e inserción en el mercado de trabajo⁽¹⁶⁾. Sin embargo, este estudio demuestra que la mayoría de las presas en Paraíba no recibe visitas, lo que evidencia el abandono familiar experimentado por las mujeres después del encarcelamiento⁽¹²⁾.

En lo que se refiere a los aspectos de salud/enfermedad de las presas, la Tabla 3 revela que al ser cuestionadas acerca de la existencia de la enfermedad diagnosticada, a la mayoría de las presas confirmó no tenerla. Sin embargo, es ne-

cesario considerar que la información no ha sido esclarecedora en función del no reconocimiento de señales y síntomas o la posibilidad real de omisión consciente. Con respecto a la asistencia a la salud, el número de mujeres presas que reciben acompañamiento de salud es menor que la que tiene enfermedades diagnosticadas, lo que, a su tiempo, puede indicar inaccesibilidad de la población recogida en prisiones a la red de servicios públicos de salud, así como la precariedad de los servicios de salud ofrecidos en las prisiones⁽⁴⁾.

Es necesario reflejar que la oferta de esta asistencia es inviable o dificultada por el hecho de no haber sido implantadas unidades de salud en todas las instituciones prisionales. Desplazar a las mujeres para la red de servicio fuera de la prisión demanda estructura de recursos humanos y materiales, ni siempre disponibilizados en el sistema de prisiones.

Mediante el reconocimiento las dificultades en ofrecer asistencia a la población en confinamiento con el fin de garantizar los derechos de ciudadanía de la población presa, sobretudo a aquellos que se refieren a la salud, fue implantado, en 2003, el Plano Nacional de Salud en el Sistema Penitenciario (PNSSP), teniendo como directrices: ofrecer asistencia integral a la resolución, continua y de buena calidad a las necesidades de salud de la población penitenciaria; contribuir para el control y/o reducción de las lesiones más frecuentes que afectan a la población penitenciaria; definir e implementar acciones y servicios consonantes a los principios y directrices del Sistema Único de Salud (SUS); proporcionar el establecimiento de asiciaciones por medio del desarrollo de acciones intersectorial; contribuir para la democratización del conocimiento del proceso salud/enfermedad, de la organización de los servicios y de la producción social de la salud; y como resultado el reconocimiento de la salud como un derecho de

la ciudadanía; y estimular el ejercicio efectivo del control social⁽⁹⁾.

Sin embargo, a pesar de la implantación del PNSSP y al contrario de lo que se podría suponer, teniendo en vista que es una población cerrada y aparentemente sobre control, son numerosas las dificultades para el desarrollo de acciones de salud en las prisiones⁽²⁾. La ejecución plena de los principios proporcionado por el PNSSP tropieza en algunos puntos, como el financiamiento, a la dificultad de compatibilización de la lógica de la seguridad con la de la salud pública, bien como de la contratación de todos los componentes de los equipos de salud en el sistema penitenciario⁽¹⁷⁾.

Hay que añadir que la implantación de las unidades de salud prisionales atiende a un criterio poblacional, de modo que es necesario tener, como mínimo, cien presos en el establecimiento prisional para que haya un equipo de salud implantada. En virtud de este criterio, sólo una de las penitenciarias femeninas de Paraíba posee una unidad de salud. En las penitenciarías con un número inferior a cien presos, los servicios de salud deben ser ofrecidos en las demás redes de salud del SUS, comenzando por los equipos de Salud de la Familia⁽⁹⁾. A pesar de que, ni siempre son resolutivas y articuladas a las acciones de salud desarrollada en la atención básica, diigidas a los presidiarios⁽¹⁸⁾.

Oliveira y Guimarães⁽⁵⁾ alertan que a las situaciones en que el tratamiento de los problemas de salud son aplazados o no realizados, a las patologías pueden evolucionar para las necesidades de tratamientos más complejos y, consecuentemente, más caros, originando gastos públicos aún más elevados, y, aún, posibles e irreparables daños a la salud de los individuos presos.

Reflexión de eso radica en el hecho de que a pesar de la minoría de las presas recibieron acompañamiento en la salud, se ha encontrado un alto número de hospitalizaciones producidas en el periodo de encarcelamiento, que por la

estructura física inadecuada, por la susceptibilidad a la violencia y enfermedades infecciosas, bien como a situaciones de estrés, implican en la enfermedad tanto para presas, cuanto para los profesionales que trabajan en las prisiones⁽²⁾.

Además, algunos hábitos comunes en la cárcel contribuyen con la enfermedad de las presidiarias, como el uso de tabaco utilizado por la mayoría de las participantes de esta pesquisa. No fue cuestionado el uso de alcohol y otras drogas, ya que son sustancias prohibidas en la prisión. Sin embargo, no es raro que mujeres presas poseen historia de uso abusivo de alcohol y otras drogas que precede e incluso motiva a la cárcel⁽⁶⁾.

En último análisis, el presente estudio describe las enfermedades referidas por las presidiarias (Tabla 4), en que se destacan los trastornos mentales, seguidos de hipertensión y diabetes como los más que prevalecen. La frecuencia y factores asociados a los trastornos mentales en presidiarias es el objetivo del estudio de Canazaró⁽¹⁹⁾, que concluye ser significativa la prevalencia de estos en mujeres presas, decorrente, principalmente, de experiencias vinculadas a la vida anterior, bien como por la distancia de los familiares. Impulsa, por lo tanto, a la salud mental, a la adopción de medidas articuladas y en red⁽²⁰⁾, en el sistema de salud como un todo, allí se ve que es un problema no limitado al escenario del encarcelamiento.

Es pertinente discutir que algunas enfermedades pueden no haber sido relatadas por las mujeres de este estudio por el carácter estigmatizante que poseen, tal como sucede en los casos de DST, con destaque para SIDA, bien como la tuberculosis y lepra.

CONCLUSIÓN

Además de favorecer una visión particular del emergente grupo poblacional objeto de

esta pesquisa, el perfil epidemiológico de presidiarias muestra una difícil realidad, al apuntar un público relativamente joven, con bajo nivel de escolaridad y, sobretudo, de madres solteras, cuyo estado de encarcelamiento es compartido por el compañero entre la mayoría que reportó poseer un cónyuge.

Además, se apreende que el tráfico de drogas y la asociación al tráfico imperan entre las causas de encarcelamiento femenino en detrimento de homicidios, asaltos son demasiadas infracciones, reforzando el carácter moral de los crímenes cometidos por mujeres, conforme descrito en la literatura pertinente.

Se percibe una pequeña porción de mujeres presas que ejercen actividades de resocializadoras como el trabajo y la educación. Por otro lado, es relevante la cantidad de reclusas que experimentan dificultades para garantizar el derecho de asistencia en salud. En esa perspectiva, se percibe, también, un alto índice de trastornos mentales entre las mujeres encarceladas, en línea con lo dispuesto en la literatura científica. Sin embargo, es pertinente discutir que enfermedades como DST y tuberculosis pueden no haber sido reportadas debido al carácter estigmatizante que poseen.

Considerando que la pesquisa desarrollada representa un avance en la producción de conocimiento acerca de mujeres encarceladas, sobretudo por la escasez de estudios con tal enfoque, se percibe la necesidad de adecuaciones en las políticas públicas de salud que contemplen acciones resolutivas para el grupo social objeto de esta pesquisa, tales como: implantación de servicios de salud en las unidades prisionales y consolidación de la red de apoyo, promoción de actividades resocializadoras, notablemente educación y trabajo, y preservación del enlace de la apenada con la familia.

Al tiempo en que se disponibiliza el perfil epidemiológico de mujeres encarceladas, se

hace el señor a la constante actualización de los datos aquí presentados, como forma de guiar la evaluación y la conducción de políticas públicas a ese grupo, bien como la acción eficaz de la administración penitenciaria, sobretudo en lo que se refiere a la aplicación de las prerrogativas enumeradas en la Política Nacional de Atención Integral a la Salud de la Mujer.

Las dificultades en acceder datos actualizados sobre la población objetivo de esta pesquisa; la escasez de estudios acerca de la temática aquí dirigida en la literatura general de las Ciencias de la Salud y condiciones de salud de auto-reporte constituido limitaciones de esta pesquisa.

CITAS

1. Mello DC, Gauer G. Vivências da maternidade em uma prisão feminina do Estado do Rio Grande do Sul. *Sau. & Transf Soc* [serial on the Internet]. 2011 May [cited jan 2013] 1(3). Available from: <http://periodicos.incubadora.ufsc.br/index.php/saude-ettransformacao/article/view/654/876>
2. Diuana V, Lhuillier D, Sánchez AR, Amado G, Araújo L, Duarte AM, et al. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad saúde pública* [serial on the Internet]. 2008 Aug [cited jan 2013] 24(8): 1887-96. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/17.pdf>
3. Tavares GP, Almeida RMM. Violência, dependência química e transtornos mentais em presidiários. *Estud psicol (Campinas)* [serial on the Internet]. 2010 Oct/Dec [cited 2013 Feb 13] 27(4). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v27n4/12.pdf>
4. Reis CB, Bernardes EB. O que acontece atrás das grades: estratégias de prevenção desenvolvidas nas delegacias civis contra HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis. *Ciênc saúde coletiva* [serial on the Internet]. 2011 Jul [cited 2013 Feb 13] 16(7):3331-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/32.pdf>
5. Oliveira VAS, Guimarães SJ. Saúde atrás das grades: o Plano Nacional de Saúde no sistema penitenciário nos estados de Minas Gerais e Piauí. *Saúde debate*. 2011 out/dez; 35(91): 597-606.
6. Ferrari IF. Mulheres encarceradas: elas, seus filhos e nossas políticas. *Rev mal-estar subj*. 2010 10(4): 1325-52.
7. Cunha EL. Ressocialização: o desafio da educação no sistema prisional feminino. *Cad. CEDES* [serial on the Internet]. 2010 [cited 2013 Feb 13] 30(81). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v30n81/a03v3081.pdf>
8. Maia CN, Costa M, Bretas M, Neto F. História das prisões no Brasil. Rio de Janeiro: Rocco; 2009.
9. Gois SM, Santos Junior HPO, Silveira MFA, Gaudêncio MMP. Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. *Ciênc saúde coletiva* [serial on the Internet]. 2012 May [cited 2012 Feb 13] 17(5). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n5/a17v17n5.pdf>
10. Ministério da Saúde. Agenda Nacional de Prioridades e Pesquisa em Saúde. 2.ed. Brasília: MS; 2008
11. Ministério da Justiça (Brasil). Portaria nº 154, de 13 de abril de 2012. Instituir a Comissão Especial para elaborar propostas de ações para o Projeto Estratégico do Ministério da Justiça: Efetivação dos Direitos das Mulheres do Sistema Penal. Diário Oficial da União 23 maio 2012; Seção 2.
12. Buckeridge FC. Por entre as grades: Um estudo sobre o cotidiano de uma prisão feminina. São Paulo. Dissertação [Mestrado em Psicologia Social]- Universidade de São Paulo; 2011.
13. Colmeia Z. Família e Cárcere: os efeitos da punição sobre a unidade familiar e a necessidade de inclusão. Trabalho Forense. Boletim do Centro de Apoio Operacional das Promotorias Criminais, do Júri e de Execuções Penais 86. Paraná: MP; 2011.
14. Malvasi PA. Interfaces da vida loka- Um estudo sobre jovens, tráfico de drogas e violência em São Paulo. São Paulo. Tese [Doutorado em Saúde Pública]- Universidade de São Paulo; 2012.
15. Nadanovsky P. O aumento no encarceramento e a redução nos homicídios em São Paulo, Brasil, entre 1996 e 2005. *Cad saúde pública* [serial on the Internet]. 2009 Ago [cited 2009 Feb 13] 25(8): 1859-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n8/22.pdf>

16. Cabral LR, Silva JL. O trabalho penitenciário e a ressocialização do preso no Brasil. *Revista do CAAP* [serial on the Internet]. 2010 Jan/Jun [cited 2010 Feb 13](1). Available from: <http://www2.direito.ufmg.br/revistadoacaap/index.php/revista/article/view/277/274>
17. Ministério da Saúde. Relatório do Projeto de Pesquisa "Do Plano à Política: garantindo o direito à saúde para todas as pessoas do sistema prisional". Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
18. Silva GKN, Vedovello VP, Fegadolli C. Políticas e práticas da assistência farmacêutica penitenciária. *UNIMEP* [periódico na Internet]. 2008 [cited 2013 Dec 19]: [about 7 p.]. Available from: <http://www.unimep.br/phpg/mostraacademica/anais/4mostra/pdfs/489.pdf>.
19. Canazaro D, Argimon IIR. Características, sintomas depressivos e fatores associados em mulheres encarceradas no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad saúde pública*. 2010 jul; 26(7):1323-33.
20. Mota AS, Abrahão AL, Souza AC. Permanent education fostering new practices in mental health: a descriptive study. *Online braz j nurs* [Internet]. 2012 Oct [cited 2013 Feb 13] 11 Suppl 1. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3970>. <http://dx.doi.org/10.5935/2F1676-4285.2012S009>

Recibido: 28/02/2013

Revisado: 20/11/2013

Aprobado: 02/12/2013