



PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DA POPULAÇÃO DE MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE EM UMA PENITENCIÁRIA DOS CAMPOS GERAIS: DIMENSÃO DOENÇAS CRÔNICAS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

SOCIODEMOGRAPHIC PROFILE OF THE POPULATION OF WOMEN DEPRIVED OF LIBERTY IN A PENITENTIARY IN THE CAMPOS GERAIS REGION: DIMENSION OF CHRONIC DISEASES AND SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS

Dra. Laryssa De Col Dalazoana Baier
*Universidade Estadual de Ponta Grossa
Faculdade Sagrada Família*

Eliane Rodrigues de Oliveira
Acadêmica – Faculdade Sagrada Família (FASF)

Raissa Cristina Henneberg
Acadêmica – Faculdade Sagrada Família (FASF)

RESUMO: Este estudo tem como objetivo traçar o perfil de mulheres privadas de liberdade, considerando aspectos sociodemográficos, doenças crônicas pré-existentes e infecções sexualmente transmissíveis antes e durante o encarceramento. A pesquisa, de abordagem quantitativa, foi desenvolvida na Cadeia Pública Hildebrando de Souza, em Ponta Grossa/PR, com a participação de 60 detentas com idade entre 18 e 73 anos. A coleta de dados ocorreu por meio de um questionário estruturado e entrevistas individuais, abordando variáveis como saúde, escolaridade, raça/etnia, estado civil e religião. A análise sociodemográfica revelou a predominância de mulheres jovens adultas, solteiras e com baixo nível de escolaridade, reforçando a vulnerabilidade social da população encarcerada. A investigação de saúde indicou que 63,3% das participantes relataram diagnóstico de alguma Doença Crônica Não Transmissível. Além disso, a análise evidenciou que muitas mulheres já apresentavam hábitos de vida pouco saudáveis antes do regime prisional, o que favoreceu a continuidade de agravos durante a reclusão. Observou-se que a precariedade do sistema prisional contribuiu para o agravamento de doenças crônicas e infecções sexualmente transmissíveis, além de limitar o acesso a ações de promoção e prevenção em saúde. Dessa forma, a pesquisa reforça a urgência de estratégias de assistência que qualifiquem o rastreamento, o manejo precoce e a continuidade do tratamento dessas doenças, garantindo a atenção integral e humanizada à saúde da mulher privada de liberdade.

Palavras-chave: Mulher. Privação de liberdade. Doenças crônicas. Infecções sexualmente transmissíveis.

ABSTRACT: The study aims to outline the profile of women deprived of liberty, considering sociodemographic aspects, pre-existing chronic diseases, and sexually transmitted infections before and during incarceration. The research, with a quantitative approach, was conducted at the Hildebrando de Souza Public Jail in Ponta Grossa/PR, with the participation of 60 female inmates aged between 18 and 73 years. Data collection was carried out through a structured questionnaire and individual interviews, addressing variables such as health, education, race/ethnicity, marital status, and religion. Sociodemographic analysis revealed a predominance of young adult women, single, and with low levels of education, highlighting the social vulnerability of the incarcerated population. The health investigation indicated that 63.3% of participants reported being diagnosed with some Non-Communicable Chronic Disease. Furthermore, the analysis revealed that many women already had unhealthy lifestyle habits before incarceration, which contributed to the continuation of health issues during imprisonment. It was observed that the poor conditions of the prison system contributed to the worsening of chronic diseases and sexually transmitted infections, as well as limited access to health promotion and prevention actions. Therefore, the research emphasizes the urgency of strategies to improve screening, early management, and continuity of treatment for these diseases, ensuring comprehensive and humane healthcare for women deprived of liberty.

Keywords: Women. Deprivation of liberty. Chronic diseases. Sexually transmitted infections.

INTRODUÇÃO

O encarceramento feminino no Brasil tem apresentado crescimento expressivo nas últimas décadas. Segundo dados da Secretaria Nacional de Políticas Penais (SENAPPEN), referente ao segundo semestre de 2023, o país possui aproximadamente 26.876 mulheres privadas de liberdade em unidades prisionais (Brasil, 2025). Conforme o *World Prison Brief*, em 2000 havia 10.112 mulheres presas, o que representa um aumento de aproximadamente 460% em 23 anos, (Walmsley, R. 2000).

Em números absolutos, o Brasil ocupava, em 2014, a quinta posição mundial em população feminina encarcerada, ficando atrás apenas dos Estados Unidos, China, Rússia e Tailândia (Araujo, 2020). O Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) apresentou, em 2010, um panorama detalhado sobre a realidade do cárcere feminino, revelando que entre 2000 e 2010 o número de mulheres presas cresceu 261%, enquanto a população masculina aumentou 106% no mesmo período (Brasil, 2014).

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ), em relatório de 2014, posicionou o Brasil como o quarto país com a maior população carcerária do mundo, somando mais de 496 mil pessoas privadas de liberdade, sendo 6,6% desse total composto por mulheres (Brasil, 2014). O Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Infopen, 2014) reforça esse cenário ao apontar que o número de mulheres encarceradas passou de 5.601 para 37.380 entre 2000 e 2014, um aumento de 567% em apenas 14 anos, crescimento muito superior ao registrado na população prisional geral, que foi de 119%.

De acordo com a Lei de Execução Penal (Lei nº 7.210/1984), o sistema prisional brasileiro deve ter como objetivos principais a punição e a ressocialização dos indivíduos privados de liberdade, garantindo assistência e condições dignas de cumprimento de pena. No entanto, conforme destacam Machado e Guimarães (2014), a realidade dos estabelecimentos prisionais é marcada por condições precárias e desumanas, que inviabilizam o propósito de reintegração social.

A crença de que a solução para a criminalidade está na construção de presídios e na intensificação das penas reforça uma lógica punitivista e excludente. O sistema prisional é estruturado como um mecanismo de controle social de indivíduos que destoam das normas impostas, com o intuito de “adestrá-los” para a convivência em sociedade, sem, contudo, assegurar condições reais de reabilitação. Essa problemática é ainda mais evidente no contexto feminino, onde os estigmas de gênero e as desigualdades históricas se refletem de forma mais intensa no ambiente prisional (Barcinski; Cúnico, 2014).

O processo histórico do encarceramento feminino revela que, desde os primeiros códigos penais até os dias atuais, as políticas de privação de liberdade foram estruturadas sem considerar as necessidades específicas das mulheres. As primeiras prisões femininas, criadas mais com o intuito de controle moral do que de proteção de direitos, eram adaptações de espaços originalmente destinados aos homens (Rafter, N. 1985). Essa inadequação estrutural e arquitetônica, frequentemente justificada pelo número reduzido de detentas, perpetuou a precariedade das condições de vida e o desrespeito às particularidades biológicas e sociais das mulheres.

Ainda que a legislação atual preveja direitos fundamentais, como assistência à saúde, à maternidade e à educação, sua efetivação permanece limitada. A negligência histórica em relação às especificidades de gênero no sistema prisional resulta na

perpetuação de práticas que inviabilizam a dignidade e o exercício pleno dos direitos humanos das mulheres privadas de liberdade.

Atualmente, cerca de 65% das mulheres presas no Brasil cumprem pena por crimes relacionados à Lei de Drogas, evidenciando o quanto o tráfico se tornou o principal motivo de encarceramento feminino no país. Além disso, a condição socioeconômica se mostra um fator determinante na seletividade penal, visto que grande parte dessas mulheres provém de contextos de vulnerabilidade social e apresenta baixo nível de escolaridade — 44% não concluíram o ensino fundamental (Brasil, 2024).

Estudos recentes, como o apresentado por Soares e Silva (2022), reforçam esse perfil: mulheres predominantemente jovens, pardas, solteiras, mães e com baixa escolaridade, o que confirma o padrão identificado nacionalmente. Os autores citados realizaram uma pesquisa no Paraná com 79 mulheres privadas de liberdade, onde constatou-se que 55,7% possuíam apenas o ensino fundamental incompleto, 70,9% não tinham companheiro e 84,8% eram mães, com média de três filhos por mulher. Essa caracterização revela um grupo socialmente vulnerável, com histórico de desigualdade de gênero e acesso limitado a oportunidades de educação e trabalho antes do encarceramento (Soares; Silva, 2022; Brasil, 2024).

Tais condições refletem o impacto da desigualdade estrutural sobre a população feminina encarcerada, reforçando que o cárcere, em vez de oferecer reintegração, tende a reproduzir e ampliar as vulnerabilidades sociais já existentes. A baixa escolaridade, associada à ausência de políticas efetivas de reabilitação e capacitação profissional, contribui para o ciclo de exclusão e reincidência criminal, demonstrando a urgência de políticas públicas mais eficazes voltadas à promoção da educação, saúde e dignidade dessas mulheres (Soares; Silva, 2022; Brasil, 2024).

O número de mulheres encarceradas no Brasil aumenta de forma progressiva e veloz. Mesmo assim, constata-se que as mulheres são invisíveis para o Estado. As peculiaridades inerentes ao gênero feminino não são respeitadas ou sequer observadas pelos responsáveis em criar e aplicar as políticas públicas voltadas para o Sistema Prisional, mesmo diante da Lei nº 7.210 de 1984, conhecida como Lei de Execução Penal (LEP), que estabelece diretrizes para assegurar condições dignas às pessoas privadas de liberdade (Brasil, 1984).

A percepção dessa invisibilidade estatal e a necessidade de abordar as particularidades femininas no cárcere ganharam contornos internacionais com as

Regras das Nações Unidas para o Tratamento de Mulheres Presas e Medidas Não Privativas de Liberdade para Mulheres Infratoras, conhecidas como Regras de Bangkok (2010). Tais diretrizes reforçam a obrigação dos Estados em considerar as especificidades de gênero, estabelecendo que os cuidados de saúde devem corresponder às necessidades femininas, incluindo as de saúde preventiva e curativa, o que é diretamente aplicável à prevenção e tratamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

A referência a esse padrão internacional sublinha a insuficiência da resposta nacional e a urgência na implementação de políticas sensíveis ao gênero (CNJ, 2016). Analisar os direitos específicos para as mulheres, previstos nessa lei, permite compreender se eles são realmente suficientes para garantir um tratamento digno à mulher encarcerada, ou seja, se estão sendo tratadas com respeito e proteção, independentemente de sua origem, raça, sexo, idade, estado civil ou condição socioeconômica.

Também é importante considerar se as políticas públicas criadas estão sendo efetivamente implementadas para atender as necessidades e particularidades dessa população, de modo a suprir lacunas ainda existentes na legislação e na prática prisional (Maksoud, 2017; Brasil, 1984).

A partir da Portaria Interministerial nº 210 de 2014, foi instituída a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE) (Brasil, 2014). Essa política, coordenada conjuntamente pelo Departamento Penitenciário Nacional (Depen) e pela Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres (SNPM), criou um comitê gestor responsável por monitorar e fiscalizar a execução das ações propostas, conforme o estabelecido na Lei de Execução Penal (Lei nº 7.210/1984) (Brasil, 1984).

O objetivo central da PNAMPE é promover o acesso das mulheres privadas de liberdade a serviços de saúde, educação, trabalho e assistência social, garantindo condições mais humanas e adequadas ao seu contexto. Apesar dos avanços normativos, ainda há desafios quanto à efetiva implementação dessas medidas, especialmente no que diz respeito à estrutura das unidades prisionais e à capacitação dos profissionais que nelas atuam (Silva; Silva, 2021).

De acordo com dados obtidos através do Sistema Integrado de Informações Penitenciárias – INFOPEN (2014), a população carcerária feminina subiu de 5.601 para 37.380 entre 2000 e 2014, um crescimento de 567% em 15 anos, sendo a maioria

das prisões relacionadas ao tráfico de drogas. Observa-se que essa infração é a mais comum entre mulheres, muitas vezes considerada um crime não violento e, em diversos casos, praticada em função de vulnerabilidades sociais e econômicas.

A detenção pode agravar problemas de saúde pré-existentes e contribuir para o surgimento de novas condições clínicas, além de influenciar hábitos de vida e padrões do autocuidado. É sabido que o ambiente carcerário, marcado pela insalubridade, estresse e acesso limitado a serviços, atua como um potente determinante social que deteriora o estado de saúde física e mental. Conhecer esse perfil de morbidade e as vulnerabilidades a ele associadas é fundamental para direcionar políticas públicas de saúde prisional, práticas de enfermagem e estratégias de cuidados que sejam efetivas e que atendam às necessidades específicas dessa população. A coleta e análise de dados primários se mostra essencial para subsidiar a tomada de decisão clínica e gerencial dentro da unidade prisional.

Diante do exposto, esse estudo busca levantar informações detalhadas sobre o perfil sociodemográfico, hábitos de saúde, presença de doenças crônicas e a autopercepção de saúde de mulheres em regime carcerário na Cadeia Pública Hildebrando de Souza, na cidade de Ponta Grossa/PR. A análise dos dados coletados não só permite compreender melhor as condições de saúde dessa população, mas também estabelece uma base empírica para subsidiar futuras intervenções de enfermagem e o desenvolvimento de políticas voltadas à promoção da saúde, à prevenção de agravos e à melhoria da qualidade de vida no complexo contexto prisional. O objetivo final é oferecer subsídios concretos para que as equipes de saúde possam planejar ações direcionadas, contribuindo para a efetivação dos princípios da atenção integral à saúde da mulher em situação de privação de liberdade.

1 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, transversal e analítico, de abordagem quantitativa, utilizando dados primários coletados com mulheres em situação de privação de liberdade.

A pesquisa foi realizada na Cadeia Pública Hildebrando de Souza, localizada em Ponta Grossa/PR. A população elegível no período do estudo compreendia 69

mulheres privadas de liberdade. Dessas, 60 aceitaram participar, constituindo a amostra final (taxa de recusa de 13,04%).

O instrumento de coleta de dados consistiu no Questionário de Avaliação da Autopercepção em Saúde (QuAAPS), validado por especialistas (Mattos et al., 2021). Embora o questionário original possuísse 59 questões, foram utilizadas apenas 25 que se adequavam aos objetivos do presente estudo, as quais contemplavam variáveis sociodemográficas, de saúde e de autopercepção.

As variáveis investigadas neste estudo incluíram: idade, estado civil, escolaridade, raça/etnia, religião, doenças crônicas pré-existentes e adquiridas e infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). O recorte analítico concentrou-se no público feminino e especificamente nas doenças crônicas e pré-crônicas (como diabetes mellitus, depressão, ansiedade, hipertensão arterial, doenças respiratórias e ISTs) pré-existentes e adquiridas durante o encarceramento.

A coleta de dados ocorreu durante uma atividade de extensão e pesquisa, sendo parte de um projeto guarda-chuva intitulado "Avaliação da Autopercepção de Saúde de Pessoas Privadas de Liberdade", que visa contribuir para o aprimoramento das práticas de atenção à saúde no ambiente prisional. A coleta envolveu a participação de acadêmicas de Enfermagem da Faculdade Sagrada Família e de alunos de Odontologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG).

Os critérios de elegibilidade definiram a população-alvo como mulheres em situação de privação de liberdade na Cadeia Pública Hildebrando de Souza (CPHSPG), em Ponta Grossa/PR. Foram excluídas as mulheres que se recusaram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou que não estavam aptas a participar no momento da coleta, segundo avaliação da equipe de segurança.

Os questionários foram tabulados em planilhas eletrônicas. A análise consistiu na construção de tabelas e na apresentação de resultados em forma percentual, visando uma descrição clara e objetiva do perfil das participantes.

O estudo respeitou integralmente os princípios éticos previstos na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo a participação voluntária, o anonimato e a confidencialidade das informações. A aplicação dos instrumentos foi realizada somente após a assinatura do TCLE por parte das participantes. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme Parecer Consubstanciado nº 7.608.03.

2 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A amostra do estudo foi composta por 60 mulheres privadas de liberdade, cujo perfil sociodemográfico e de saúde revelou um conjunto de vulnerabilidades alinhado ao panorama nacional do encarceramento feminino.

A análise do perfil etário demonstrou uma clara predominância de mulheres jovens adultas, com a maior concentração nas faixas de 20 a 29 anos (43,3%) e 30 a 39 anos (40,0%), totalizando 83,3% da amostra com até 39 anos. As participantes acima de 40 anos representaram 16,7%. Isso indica a necessidade de ações prisionais de prevenção, tratamento e reintegração social voltadas para mulheres que estão na fase mais produtiva e reprodutiva de suas vidas, cujas trajetórias pessoais e familiares são impactadas pelo aprisionamento precoce e potencializam sua marginalização social. Segundo Santos e Pereira (2023), o encarceramento precoce limita as oportunidades educacionais e laborais, reforçando ciclos de exclusão e dificultando a reintegração social.

Em termos de cor/etnia, a distribuição foi majoritária entre mulheres que se declararam brancas (50,0%) e pardas (40,0%), sendo o restante distribuído entre negras (5,0%) e amarelas (5,0%).

A situação conjugal evidenciou a fragilidade dos laços sociais e familiares no momento da prisão, com a grande maioria das participantes identificando-se como solteiras (76,7%).

A análise da escolaridade, observada na Tabela 1, reforça o recorte de classe e gênero na seletividade penal, pois a maioria das mulheres entrevistadas possui baixo nível de escolaridade: 18,3% tinham até o ensino fundamental completo, 21,7% haviam concluído o ensino médio e apenas 3,3% tinham ensino superior. Essa realidade corrobora com os achados de Santos e Pereira (2023), que destacam a baixa escolarização como fator de vulnerabilidade.

Tabela 1: Escolaridade

Indicadores	Respondentes
Ensino Fundamental completo	18,3%
Ensino Fundamental incompleto	28,3%
Ensino Médio completo	21,7%
Ensino Médio incompleto	21,7%
Ensino Superior completo	5%
Ensino Superior incompleto	3,3%
Não responderam	1,7%
TOTAL	100%

Fonte: Os autores, 2025

A educação é reconhecida como direito social fundamental (Brasil, 1988), e sua garantia no contexto prisional assume papel estratégico na promoção da reintegração social e na redução da reincidência. De acordo com os autores, a oferta de educação e capacitação profissional contribui para o desenvolvimento de habilidades, ampliação da autonomia e fortalecimento da autoestima. Nesse sentido, é evidente a necessidade de fortalecimento de políticas públicas de educação no sistema prisional.

Quanto à situação de emprego antes do encarceramento, observou-se que a maior parcela das mulheres estava envolvida em atividades informais ou autônomas (36,7%) ou se encontrava desempregada (30,0%). A alta taxa de desvinculação do mercado de trabalho formal (66,7% entre informais/autônomas e desempregadas) sinaliza uma inserção econômica frágil e um quadro de vulnerabilidade social que dificulta o acesso estável a cuidados de saúde.

O tempo de encarceramento foi majoritariamente curto: 56,7% das mulheres estavam detidas entre um e seis meses e 23,3% entre seis meses e um ano.

Os dados da pesquisa, observados na Tabela 2, indicam que a ausência de suporte familiar é uma realidade significativa: 43,3% das participantes declararam não receber apoio familiar regularmente, o que se iguala à porcentagem de mulheres que recebem apoio regularmente. Além disso, 13,3% recebem esse suporte apenas esporadicamente. A soma das mulheres que não têm suporte regular (56,6%) evidencia que mais da metade da amostra tem vínculos familiares frágeis ou inexistentes no cárcere, potencializando quadros de depressão, ansiedade e desesperança.

Tabela 2: Presença do apoio familiar

Indicadores	Respondentes
Recebem regularmente	43,3%
Não recebem	43,3%
Recebem esporadicamente	13,3%
TOTAL	100%

Fonte: Os autores, 2025

A presença do apoio familiar exerce papel essencial na manutenção da saúde emocional e na ressocialização das mulheres privadas de liberdade. No contexto prisional feminino, a ruptura dos vínculos afetivos e o distanciamento familiar agravam o sofrimento psicológico e o sentimento de abandono, muitas vezes intensificados pela sobreposição de papéis sociais de gênero que vinculam a mulher ao cuidado e à maternidade.

O afastamento das redes familiares e comunitárias produz uma sensação de isolamento que ultrapassa o espaço físico do cárcere, repercutindo negativamente no processo de reabilitação e no retorno à convivência social. Segundo Martins, Baldanzi e Uziel (2021), o encarceramento feminino afeta diretamente as relações familiares, uma vez que as mulheres, além de cumprir a pena, vivenciam a perda de suas funções de cuidado, o que aprofunda a sensação de invisibilidade e solidão.

Além disso, o apoio familiar representa uma importante estratégia de enfrentamento das adversidades impostas pela privação de liberdade. As visitas, cartas e contatos, ainda que limitados, funcionam como mecanismos de preservação da identidade social e reafirmação do pertencimento, fatores indispensáveis para a saúde mental e o equilíbrio emocional das presas. Conforme destacam Gomes et al. (2025), a ausência de visitas e de suporte emocional por parte da família potencializa quadros de depressão, ansiedade e desesperança, comprometendo o objetivo ressocializador da pena.

Assim, o vínculo familiar não deve ser visto apenas como um aspecto afetivo, mas como um componente terapêutico e social que contribui para a reconstrução da autoestima, da autonomia e do sentido de continuidade da vida fora do ambiente prisional. Dessa forma, fortalecer e preservar esses laços torna-se um desafio ético e institucional fundamental para a efetividade das políticas públicas voltadas às mulheres encarceradas e à promoção de sua dignidade humana.

Adicionalmente, o levantamento de hábitos comportamentais anteriores ao aprisionamento mostra um perfil comportamental de risco elevado. A maioria das

mulheres declarou o uso regular de drogas ilícitas (63,3%) e o consumo semanal ou diário de bebidas alcoólicas (60,0%), além de um número significativo de fumantes (46,7%). Tais hábitos são fatores de risco conhecidos para o desenvolvimento de Doenças Crônicas e, por vezes, estão interligados a situações de vulnerabilidade que facilitam a exposição a ISTs.

No que concerne ao foco central desta pesquisa, os achados sobre a dimensão Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis são alarmantes. Mais da metade das participantes reportou ter um diagnóstico de alguma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT), conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3: Doença crônica não transmissível

Indicadores	Respondentes
Com diagnóstico	63,3%
Sem diagnóstico	36,7%
TOTAL	100%

Fonte: Os autores, 2025

A alta prevalência de Doença Crônica Não Transmissível (DCNT), com 63,3% das mulheres apresentando diagnóstico (Tabela 3), é um achado que exige atenção imediata. Em contraste com essa prevalência, apenas 53,3% das participantes fazem uso contínuo de medicamentos (Tabela 4). Essa diferença de 10 pontos percentuais entre o diagnóstico de DCNT e o tratamento contínuo sugere uma interrupção ou inadequação na assistência farmacêutica e na gestão do cuidado.

Tabela 4: Medicamentos de uso contínuo

Indicadores	Respondentes
Fazem uso	53,3%
Não fazem uso	46,7%
TOTAL	100%

Fonte: Os autores, 2025

Verifica-se que o acesso à saúde entre mulheres privadas de liberdade é limitado e desigual. Muitas unidades prisionais não contam com equipes de Atenção Básica, contrariando a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade. O atendimento médico e a disponibilidade de medicamentos são irregulares e o acesso aos serviços é dificultado pela dependência da escolta de agentes de segurança, o que compromete a continuidade do cuidado. Quando há escassez de efetivo ou restrições operacionais, as mulheres deixam de ser atendidas,

comprometendo o tratamento e o acompanhamento adequado de suas condições de saúde.

Adicionalmente ao HIV, o compartilhamento de seringas está associado à disseminação de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), como as hepatites virais B e C e a sífilis, que são passíveis de transmissão pelo contato direto com fluidos biológicos ou sangue contaminado. Tais ISTs apresentam alta prevalência entre pessoas privadas de liberdade, Tabela 5, e usuárias de drogas, caracterizando um grave problema de saúde pública.

Tabela 5: Infecções sexualmente transmissíveis

Indicadores	Respondentes
Detectáveis/em tratamento	21,7%
Não detectáveis	78,3%
TOTAL	100%

Fonte: Os autores, 2025

Segundo o Ministério da Saúde (2022), a carência de educação em saúde, o estigma social e a dificuldade de acesso a métodos preventivos são fatores que ampliam o risco de infecção e dificultam o diagnóstico precoce das ISTs. Diante disso, a priorização de estratégias de prevenção combinada, que inclui o uso de preservativos, a testagem periódica e o acesso a insumos de prevenção é essencial nos programas destinados às populações vulneráveis, visando a redução da transmissão e a promoção da saúde integral dessas mulheres.

Em síntese, os resultados e a discussão dos dados evidenciam que o perfil das mulheres privadas de liberdade é marcado por uma interseção de vulnerabilidades sociais e comportamentais, incluindo a juventude, a baixa escolaridade e os altos índices de hábitos de risco (uso de drogas e álcool).

Essa vulnerabilidade manifesta-se diretamente em um quadro de alta morbidade, com elevada prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (63,3%) e de Infecções Sexualmente Transmissíveis (21,7%).

A lacuna observada entre o diagnóstico de DCNT e o uso contínuo de medicamentos, somada à irregularidade no acesso à Atenção Básica, confirma a falha do sistema em prover assistência integral e humanizada, em contradição com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade.

Portanto, a análise reforça que a saúde da mulher encarcerada é um reflexo das desigualdades estruturais, sublinhando a necessidade de intervenções urgentes

que qualifiquem o cuidado e priorizem o fortalecimento dos laços familiares para a efetiva reintegração social.

CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou traçar o perfil sociodemográfico e de saúde das mulheres privadas de liberdade na Cadeia Pública Hildebrando de Souza, em Ponta Grossa/PR, evidenciando um cenário marcado por múltiplas vulnerabilidades sociais, econômicas e de gênero. Observou-se que a maioria das participantes é composta por mulheres jovens, com baixa escolaridade, histórico de desemprego e inserção em contextos de risco social, fatores que contribuem para o ciclo de exclusão e reincidência criminal.

Esses determinantes sociais influenciam diretamente o estado de saúde dessa população. A amostra apresentou elevada prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, uso irregular de medicamentos e exposição a Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), como o HIV, associadas principalmente ao uso de drogas e às condições precárias do ambiente prisional. É fundamental reconhecer que a privação de liberdade tende a agravar as condições de saúde pré-existentes, tornando-se um fator que potencializa a marginalização social.

Além dos agravos clínicos, a pesquisa revelou fragilidades no acesso à atenção básica e na continuidade dos cuidados em saúde dentro das unidades prisionais, o que reforça a necessidade de ações intersetoriais que garantam assistência integral e humanizada. O sistema prisional, ao falhar na garantia de condições dignas e no acompanhamento terapêutico, compromete o tratamento adequado das condições crônicas e infecciosas.

O apoio familiar mostrou-se um elemento essencial para a manutenção da saúde mental e para a ressocialização das mulheres encarceradas, pois a ruptura desses vínculos agrava o sofrimento psicológico e o sentimento de abandono. Torna-se indispensável o fortalecimento de políticas públicas que incentivem a preservação desses laços, visto que o suporte familiar é um componente terapêutico e social fundamental para a reconstrução da autoestima e da autonomia da mulher fora do cárcere.

Diante desse panorama, conclui-se que a efetivação das políticas de atenção integral à saúde da mulher em situação de privação de liberdade requer não apenas

a ampliação do acesso a serviços e insumos de prevenção, mas também uma abordagem que reconheça as especificidades de gênero e as desigualdades estruturais que permeiam o cárcere. É imperativo que as ações sejam sensíveis às necessidades femininas, conforme preconizado pelas diretrizes nacionais, para promover a dignidade humana e garantir o pleno exercício dos direitos.

O papel da enfermagem e das equipes multiprofissionais é fundamental nesse processo. Cabe a esses profissionais atuarem tanto na promoção do autocuidado e na vigilância epidemiológica quanto na construção de práticas educativas e humanizadas que contribuam efetivamente para a melhoria da qualidade de vida e a reintegração social dessas mulheres. A intervenção qualificada e o olhar humanizado são peças-chave para interromper o ciclo de vulnerabilidade e exclusão social.

REFERÊNCIAS

ANGOTTI, Bruna. **Entre as leis da ciência, do Estado e de Deus**. São Paulo: Pastoral Carcerária Nacional, 2018. Disponível em: <https://carceraria.org.br/wp-content/uploads/2018/06/bruna-angotti-entre-as-leis-da-cincia-do-estado-e-de-deus.pdf>. Acesso em: 13 out. 2025.

ANGOTTI, Bruna; SALLA, Fernando. Entre as leis da ciência, do Estado e de Deus. **Revista de Prisões**, v. 1, p. 1–20, 2018. Disponível em: https://www.revistadeprisoes.com/wp-content/uploads/2018/06/1_Angotti_Salla.pdf. Acesso em: 13 out. 2025.

ARAÚJO, P. F. de et al. Behind bars: the burden of being a woman in Brazilian prisons. **BMC International Health and Human Rights**, v. 20, p. 28, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12914-020-00247-7>.

ASSOCIAÇÃO PARA A PREVENÇÃO DA TORTURA (APT). **Relatório nacional – Brasil: mulheres privadas de liberdade**. Genebra, 2024. Disponível em: https://www.apr.ch/sites/default/files/2024-12/brazil_npm_-_por.pdf. Acesso em: 13 out. 2025.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 13 out. 2025.

BRASIL. **Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984**. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210compilado.htm. Acesso em: 13 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **INFOPEN Mulheres – junho 2014**. Brasília, DF: Departamento Penitenciário Nacional, 2014. Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/servicos/sisdepen/relatorios/relatorios-sinteticos/infopenmulheres-junho2014.pdf>. Acesso em: 13 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **INFOPEN Mulheres – junho 2016**. Brasília, DF: Departamento Penitenciário Nacional, 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/servicos/sisdepen/relatorios/relatorios-sinteticos/infopenmulheres-junho2016.pdf>. Acesso em: 13 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Secretaria Nacional de Políticas Penais (SENAPPEN). Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/servicos/sisdepen>. Acesso em: 13 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico de HIV/Aids e ISTs: 2022**. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2022>. Acesso em: 16 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade. Brasília, DF, 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/pri1777_09_09_2003.html. Acesso em: 13 out. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Relatório: a situação das mulheres presas no Brasil**. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2016/09/cd8bc11ffdc397c32eecdc40afbb74.pdf>. Acesso em: 13 out. 2025.

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL. **Encarceramento feminino no Brasil**. Campo Grande: Observatório da Cidadania, 2020. Disponível em: <https://www.observatorio.sead.ms.gov.br/wp-content/uploads/2020/07/ENCARCERAMENTO-FEMININO.pdf>. Acesso em: 13 out. 2025.

GOMES, Aline Barbosa Figueiredo et al. O abandono no sistema carcerário feminino: a mulher é condenada à solidão. **Revista Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 1–10, 2025. Disponível em: <https://revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/3398>. Acesso em: 16 out. 2025.

GRANGEIRO, Alexandre; ESCUDER, Maria Mercedes Loureiro; CASTILHO, Euclides Ayres de. Vulnerabilidade ao HIV entre usuários de drogas injetáveis no Brasil: desafios e avanços nas estratégias de prevenção. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, n. 1, p. 1–12, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200007>.

INSTITUTO TERRITÓRIO DE CIDADANIA. **Índice de escolaridade de mulheres privadas de liberdade**. São Paulo: ITTC, 2023. Disponível em: <https://ittc.org.br/indice-de-escolaridade>. Acesso em: 13 out. 2025.

MARTINS, Letícia Palmeira; BALDANZI, Ana Camilla de Oliveira; UZIEL, Anna Paula. A prisão feminina e seus afetos: gênero, cuidado e família. **Revista Subjetividades**, v. 21, n. 1, p. 1–15, 2021. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/rmes/article/view/13997>. Acesso em: 16 out. 2025.

MNPCT – MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA. **Relatório de missão em Minas Gerais**. Brasília, DF, 2022. Disponível em: https://mnpctbrasil.wordpress.com/wp-content/uploads/2022/08/relatorio-missao-mg-para-publicacao_compressed.pdf. Acesso em: 13 out. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **HIV/AIDS: Global Health Observatory**. Genebra: World Health Organization, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/hiv-aids>. Acesso em: 16 out. 2025.

RAFTER, N. H. **Partial justice: women, prisons, and social control**. Chicago: University of Illinois Press, 1985.

RIBEIRO, M. A. T.; DE DEUS, N. M. S. F. Mulheres encarceradas: a saúde atrás das grades. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 6, n. 4, p. 324–339, 2017. DOI: <https://doi.org/10.17267/2317-3394rps.v6i4.1708>.

SILVA, M. M. da et al. Educação e reintegração social de mulheres privadas de liberdade. **Revista Educação (UFSCar)**, v. 12, n. 2, p. 1523–1540, 2020. Disponível em: <https://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/view/4642/1523>. Acesso em: 13 out. 2025.

TEIXEIRA, Géssica Tuani et al. Saúde mental de mulheres privadas de liberdade em uma unidade no Paraná. **Diálogos Interdisciplinares em Psiquiatria e Saúde Mental**, v. 3, n. 1, e14006, 2024. DOI: <https://doi.org/10.59487/2965-1956-3-14006>.

WALMSLEY, Roy. **World Prison Brief**. London: International Centre for Prison Studies, 2000.