
PERFIL GINECO-OBSTÉTRICO DE MULHERES ENCARCERADAS NO ESTADO DO CEARÁ

Samila Gomes Ribeiro¹, Paula Renata Amorim Lessa², Alana Santos Monte³, Elizian Braga Rodrigues Bernardo⁴, Ana Izabel Oliveira Nicolau⁵, Priscila De Souza Aquino⁶, Ana Karina Bezerra Pinheiro⁷

¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Ceará, Brasil. E-mail: samilaribeiro@yahoo.com.br

² Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC. Bolsista da CAPES. Ceará, Brasil. E-mail: paularenatal@yahoo.com.br

³ Acadêmica de Enfermagem da UFC. Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET). Ceará, Brasil. E-mail: alanasmonte@yahoo.com.br

⁴ Acadêmica de Enfermagem da UFC. Bolsista do PET. Ceará, Brasil. E-mail: elizian_rodrigues@yahoo.com.br

⁵ Mestre em Enfermagem. Professora Auxiliar da Universidade Federal do Piauí. E-mail: anabelpet@yahoo.com.br

⁶ Doutora em Enfermagem. Bolsista de Pós-Doutorado da CAPES. Ceará, Brasil. E-mail: priscilapetenf@yahoo.com.br

⁷ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto IV da UFC. Pesquisador CNPq. Ceará, Brasil E-mail: anakarinaufc@hotmail.com

RESUMO: Objetivou-se identificar o perfil gineco-obstétrico de mulheres encarceradas no Ceará. Estudo documental, retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado no Instituto Penal Feminino do Estado do Ceará, com 672 prontuários. No tocante à idade, 62,3% das mulheres possuía até 31 anos. A faixa etária da menarca mais prevalente foi de 10 a 13 anos, com 57,2%, e a da coitarca foi de 11 a 15 anos, com 55,8%. O método contraceptivo mais utilizado foi a laqueadura tubária, representada por 29,5%. O comportamento homossexual foi encontrado em 17,9%. Os dados ainda evidenciaram um número elevado de gestações e abortamentos. Conclui-se que essas mulheres necessitam de maior atenção por parte dos profissionais de saúde e de ações de saúde que sejam específicas para o contexto prisional, pois apresentam riscos gineco-obstétricos.

DESCRIPTORES: Prisões. Características da população. Mulheres. Enfermagem.

GYNECOLOGIC AND OBSTETRIC PROFILE OF STATE IMPRISONED FEMALES

ABSTRACT: The objective of this study was to identify the gynecologic and obstetric profile of imprisoned females in the State of Ceará. This is a documental retrospective study with a quantitative approach, performed in the Female Prison Institute of the State of Ceará with 672 medical files. Regarding age, 62.3% of the women were 31 years old. The most prevalent age bracket for menarche was 10 to 13 years, (57.2%) and age of first sexual experience was 11 to 15 years (55.8%). The most common contraceptive method used was tubal ligation (29.5%). Homosexual behavior was found in 17.9% of inmates. Data also demonstrate an elevated number of pregnancies and abortions. In conclusion, these women require more care from health professionals and more specific health interventions in the prison context since they present high gynecologic and obstetrical risks.

DESCRIPTORS: Prisons. Population characteristics. Women. Nursing.

PERFIL GINECOLÓGICO Y OBSTÉTRICO DE MUJERES ENCARCELADAS EL ESTADO DE CEARÁ

RESUMÉN: El objetivo de este estudio fue identificar el perfil ginecológico y obstétrico de mujeres encarceladas en Ceará. Estudio documental, retrospectivo con enfoque cuantitativo, realizado en el Instituto Penal de Mujer del Estado del Ceará, con 672 registros. Respecto a la edad, 62,3% de las mujeres tenía hasta 31 años. La edad de la menarquía fue más prevalente 10 a 13 años (57,2%). El 55,8% aseguró que la primera relación sexual fue de 11 a 15 años. El método anticonceptivo más utilizado fue la esterilización femenina, representado por 29,5%. El comportamiento homossexual se encontró en 17,9%. Los datos todavía mostraron un alto número de embarazos y abortos. Llegamos a la conclusión de que estas mujeres necesitan más atención de los profesionales de salud y de acciones de salud que son específicos para el contexto penitenciario, pues tienen riesgos ginecológico y obstétrico.

DESCRIPTORES: Prisiones. Características de la población. Mujeres. Enfermería.

INTRODUÇÃO

O sistema prisional é considerado um problema de saúde pública no mundo, pois reúne uma parcela da população especialmente vulnerável a doenças infectocontagiosas.¹

No Brasil, a situação de saúde da população encarcerada é ainda mais preocupante. A violência urbana aumenta a cada dia, associado a isto, há o acréscimo no contingente prisional, porém a capacidade das penitenciárias permanece a mesma, provocando a superlotação das celas e favorecendo a disseminação de diversas patologias.

Deste modo, é preciso demandar uma maior atenção à saúde deste grupo. De acordo com a Lei Orgânica da Saúde, Lei n. 8080, a assistência à população deve ocorrer por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, em conjunto a ações assistenciais e preventivas. É necessário, ainda, que haja igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, isto inclui a população carcerária.²

Diante da grande necessidade de ações de saúde voltadas para as populações encarceradas, o Governo Federal criou, em 2003, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) que objetiva organizar o acesso dos recolhidos, nas unidades masculinas, femininas e psiquiátricas, às ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). A atenção à saúde deve ser integral e organizada na própria unidade prisional, por meio de estratégias e serviços de atenção básica, prestados por equipes interdisciplinares de saúde.³

Dentre as metas do PNSSP, enfatiza-se a importância da implantação de ações para a prevenção de hepatites, das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs)/aids, bem como, a distribuição de preservativos.³

Junto à população feminina, essas ações fazem-se muito relevantes, visto que a maioria dos agravos decorrentes das DSTs são mais frequentes nas mulheres.⁴ Ademais, o cenário atual mostra um crescimento do número de casos de aids e DSTs entre esse grupo.

Vários fatores contribuem para tal suscetibilidade: características biológicas, como as relações desiguais entre homens e mulheres, a falta de oportunidade de falar sobre sexualidade e de conhecer seu corpo, a dificuldade em negociar o sexo protegido, o não uso do preservativo, as

condições socioeconômicas e culturais que podem limitar o seu acesso a serviços, a falta de ações e de informações adequadas que enfoquem a prevenção das DSTs.⁵

Destarte, a atuação de equipes multiprofissionais nos presídios, precisa ser específica, principalmente no direcionamento de suas ações, de modo a promover intervenções eficazes e coerentes com as carências do grupo em questão. Ademais, conhecer a quem está se prestando cuidado é fundamental para o planejamento de ações estratégicas, a implementação e a avaliação do impacto da presença desses profissionais como atuantes na saúde deste grupo.

Assim, surgiu o seguinte questionamento: quais as características sexuais e reprodutivas de mulheres de mulheres encarceradas?

Deste modo, em concordância com o PNSSP, que enfatiza a necessidade da realização de estudos de abrangência nacional que revelem o perfil epidemiológico da população presidiária brasileira, este trabalho mostra-se relevante à medida que possibilita a identificação das características sexuais e reprodutivas destas mulheres, para que sejam implementadas políticas de promoção da saúde condizentes com a realidade deste grupo. Nesse contexto o estudo teve como objetivo identificar o perfil gineco-obstétrico de mulheres encarceradas no Ceará.

METODOLOGIA

Estudo documental, retrospectivo, com abordagem quantitativa desenvolvido no Instituto Penal Feminino do Estado do Ceará. A instituição tem capacidade para 300 mulheres e é a única penitenciária do Estado, ficando, portanto, encarregada de acolher toda a parcela de mulheres que infringiram as leis e que foram ou serão julgadas no estado do Ceará.⁶

A penitenciária encontra-se em processo de reestruturação para o cumprimento do PNSSP, já contando com uma equipe composta por uma enfermeira, um clínico geral, dois técnicos de enfermagem, um pediatra, um ginecologista, um odontólogo, um auxiliar de odontologia, um assistente social e um psicólogo. Acerca do cumprimento das metas estabelecidas pelo PNSSP para saúde da mulher, a instituição conta com consultas de prevenção do câncer cérvicouterino, de pré-natal, e com a distribuição de preservativos masculinos e femininos.

A população foi composta por todos os prontuários arquivados na Instituição no período de 2003 a 2010. Tal período justifica-se pela formulação do PNSSP pelo Ministério da Saúde, no ano de 2003, o que culminou no início da reestruturação das unidades prisionais com vistas ao cumprimento das diretrizes estabelecidas.

Os critérios de inclusão foram os prontuários específicos de consulta ginecológica. Já os critérios para exclusão do estudo foram: prontuários de acompanhamento do pré-natal, pois não continham informações relevantes para alcançar os objetivos do estudo; bem como aqueles com data inferior ao ano de 2003.

Foram analisados 2.322 prontuários. Destes, 1.650 foram excluídos em consequência dos critérios de exclusão supracitados, totalizando uma amostra de 672 prontuários. Alerta-se que as variáveis que compõe o estudo possuem valores de n divergentes, devido ausência de registro nos prontuários, sendo essa uma constante dificuldade apresentada nas pesquisas documentais.

A coleta dos dados ocorreu durante os meses de junho e julho de 2010, por meio da busca de informações nos prontuários disponibilizados, com o uso de um instrumento estruturado baseado na ficha da instituição.

O instrumento de coleta contemplava informações referentes à caracterização sócio-demográfica e dados da consulta ginecológica (queixa principal, menarca, coitarca, comportamento sexual, métodos contraceptivos, gestações, partos, via de parto e aborto).

Os dados obtidos foram armazenados e analisados pelo software *Statistical Package for Social Sciences for Personal Computer (SPSS-PC)*, versão 17.0, apresentados em tabelas nas quais foram calculadas as frequências dos achados e discutidos de acordo com a literatura pertinente.

Foram respeitados os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com o preconizado pela Resolução 196/96, sendo emitido o parecer de número 229/09 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos resultados teve por base a revisão de 672 prontuários de mulheres que realizaram a consulta ginecológica no presídio.

Tabela 1 - Distribuição do número de presidiárias segundo as características sociodemográficas. Aquiraz-CE, 2010

Variáveis	f	%
Faixa etária (n=609)		
18-24 anos	191	31,4
25-31 anos	188	30,9
32-38 anos	121	19,9
39-45 anos	63	10,3
46 anos ou mais	46	7,6
Escolaridade (n=141)		
Analfabeta	7	5,0
Ensino fundamental incompleto	82	58,2
Ensino fundamental completo	24	17,0
Ensino médio incompleto	4	2,8
Ensino médio completo	19	13,5
Ensino superior	5	3,5
Estado civil (n=268)		
Solteira	209	78,0
Casada	31	11,6
União estável	17	6,3
Viúva	6	2,2
Divorciada	5	1,9
Profissão (n=266)		
Doméstica e serviços gerais	156	58,6
Comerciante e vendedora	47	17,6
Outras profissões	36	13,5
Estudante	15	5,6
Costureira	12	4,5
Nacionalidade (n=261)		
Brasileira	228	87,35
Estrangeira	33	12,64

Os dados quantitativos correspondentes à idade foram analisados de acordo com a mediana e os intervalos interquartis, devido ao fato da variável não seguir uma distribuição normal. Portanto, a mediana da idade foi de 29 anos sendo a mínima de 18 e a máxima de 65 anos, com intervalo interquartil de 12 anos.

Tem-se observado que os jovens estão, cada vez mais, participantes de atos infracionais. Comumente inseridos nas camadas populares mais baixas, geralmente sem trabalho e perspectivas futuras, tornam-se alvos de cooptação por criminosos, sujeitos à violência, ao uso de drogas e à desestruturação familiar. Fatos que aumentam a incidência de estatísticas sobre infração de pessoas incluídas nesta faixa etária.¹

Observa-se também o aumento de mulheres envolvidas com a criminalidade e a conseqüente elevação da população carcerária feminina. Portanto, é prudente descrever as características e

reconhecer algumas das peculiaridades da mulher encarcerada, para que sejam criadas estratégias de promoção da saúde condizentes com a realidade do grupo em questão.

Acerca da escolaridade, no estudo, evidenciou-se um baixo nível de instrução, pois 63,2% (89) das informantes possuíam até o Ensino Fundamental Incompleto (EFI), sendo 5% (7) dessas, analfabetas.

Esses dados corroboram com estudo realizado com 287 encarceradas, em Porto Alegre, no qual também foi verificado o índice semelhante de mulheres com o Ensino Fundamental Incompleto (63,1%).⁷ Em uma penitenciária feminina do Estado de São Paulo observou-se que o tempo médio de estudo era de 5,9 anos \pm 2,9, e a mediana, de cinco anos.⁸

O presente estudo aponta um dado que está em concordância com outras pesquisas envolvendo mulheres presas: o fato de que 77,3% (85) das reclusas eram solteiras. Em São Paulo, um estudo realizado com 358 detentas, mostrou que 52% das mulheres possuíam essa mesma condição.⁸

Foi demonstrado que existe relação entre o estado civil e o tipo de crime cometido. Geralmente, as mulheres casadas ou em união estável declaram que foram presas em função do relacionamento com seus companheiros, seja por meio do tráfico ou violência doméstica. As solteiras estão, em geral, detidas por uso/tráfico de drogas e crimes contra o patrimônio.⁹

Pesquisa realizada com 955 mulheres, no sistema penitenciário do Rio de Janeiro, com o propósito de caracterizar o perfil sociodemográfico, a história penal, o uso de drogas e a presença de doenças sexualmente transmissíveis de mulheres institucionalizadas, apontou a média de idade de 31 anos entre as detentas. Ademais, esse estudo também identificou que a prevalência de mulheres que possuíam ensino fundamental, seja completo ou incompleto, foi de 72,6% (90) e ainda 54,4% (68) referiram serem solteiras, corroborando os achados da presente pesquisa.¹

No tocante à profissão, observa-se que mais da metade das mulheres tem profissões de baixo *status* social e/ou econômico. A baixa escolaridade da população do estudo pode explicar o número elevado de mulheres com atividades laborais que fornecem pouca remuneração.

Corroborando com o presente estudo, pesquisa realizada em São Paulo, que objetivou traçar o perfil de saúde mental de 358 mulheres encarce-

radas, mostrou que grande parte das internas da penitenciária procede das camadas menos favorecidas da sociedade, o que pode ser constatado pela baixa escolaridade e pelo predomínio de ocupações de baixa qualificação e salários proporcionais.⁸

Ao investigar acerca da nacionalidade das mulheres, percebeu-se que, apesar de a maioria ser brasileira, foi expressivo o número de mulheres oriundas de outros países, 12,64% (33), principalmente os do continente africano, representado por 66,6% (22) das mulheres estrangeiras. Na maioria das vezes, essas mulheres estão envolvidas com o tráfico internacional de drogas. A maior proporção de mulheres presas devido ao tráfico deve-se à posição subalterna que as mulheres ocupam na estrutura do tráfico de drogas, o que lhes dá menos possibilidade de negociar com a polícia, comprando sua liberdade. Houve um crescimento da proporção de mulheres estrangeiras, de 1% em 1976, para 11% em 1997, devido ao aumento do tráfico internacional, o que está de acordo com os resultados encontrados no presente estudo.¹⁰

Os dados relativos à história sexual das presidiárias são apresentados na tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição do número de presidiárias segundo as características da história ginecológica e comportamento sexual. Aquiraz-CE, 2010

Variáveis	f	%
Menarca (n=563)		
Menor que 10 anos	36	6,4
10 a 13 anos	322	57,2
14 a 17 anos	198	35,2
Maior que 17	7	1,2
Coitarca (n=163)		
Menor que 11 anos	20	3,6
11 a 15 anos	314	55,8
16 a 20 anos	212	37,7
21 a 25 anos	14	2,5
Comportamento sexual (n=352)		
Homossexual	63	17,9
Heterossexual	268	76,1
Bissexual	21	6

Os dados referentes à menarca concordam com pesquisa que objetivou investigar a idade da menarca em países desenvolvidos e subdesenvolvidos cujo achado evidenciou que a primeira menstruação está acontecendo cada vez mais precocemente, inclusive no Brasil.¹¹

A menarca é o principal marcador biológico de maturação sexual e a redução desta é uma tendên-

cia secular nas populações, inclusive na brasileira, podendo estar relacionada às melhores condições socioeconômicas ocorridas nos últimos anos.¹²

Ao lado da ocorrência mais cedo da menarca, as adolescentes tem tido sua iniciação sexual cada vez mais precocemente. É o que se constata quando é analisada a faixa etária mais prevalente da coitarca no presente estudo, que foi de entre 11 e 15 anos em 55,8% (314) das detentas.

Em estudo realizado com 48 encarceradas, em Goiás, percebeu-se que o início da prática sexual aconteceu, predominantemente, na faixa de 12 a 17 anos, pois 91,1% das mulheres declararam ter tido parceiros quando jovens, concordando com os achados da presente pesquisa.¹³

Os dados apresentados mostram porcentagens altíssimas da precocidade da entrada na vida sexual, especialmente ao se comparar com dados de uma pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas relacionada às DSTs e aids da população brasileira de 15 a 64 anos de idade, realizada pelo Ministério da Saúde, em 2008.¹⁴ Segundo os resultados da pesquisa, apenas 17% das mulheres sexualmente ativas entre 15 e 64 anos iniciaram sua vida sexual antes dos 15 anos, ao passo que no presente estudo 71 (45,8%) vivenciaram a coitarca nessa faixa etária.

O início precoce da vida sexual denota que estratégias de planejamento familiar e de promoção da saúde sexual e reprodutiva devem contemplar de forma intensiva o período da adolescência, uma vez que este pode ser determinante na resolução da história gineco obstétrica desses jovens.¹⁵ Além disso, essas ações permitem a prevenção das DSTs, que estão aumentando consideravelmente entre os jovens, principalmente, entre os que tem coitarca precoce.

Acerca do comportamento sexual, em pesquisa realizada na Penitenciária Feminina da Capital de São Paulo, das 655 mulheres, 98,3% referiram, no momento da inclusão, não terem hábitos homossexuais, e 1,7% revelaram esta orientação sexual. O autor infere ainda que estes números precisam ser analisados com cuidado, pois pode ser que a pequena quantidade de respostas afirmativas se justifique, pelo medo ou vergonha da revelação, por questões de discriminação e preconceito.¹⁶

Todavia, a ausência dos companheiros é constantemente referida como um sofrimento a mais durante a permanência no cárcere. Até recentemente, apenas uma das unidades femininas no Rio de Janeiro garantia a visita íntima

para as detentas. Percebemos que a dificuldade de relacionamentos afetivos e sexuais, agravada, principalmente, pelos entraves institucionais relativos às visitas íntimas favorece envolvimento afetivos e sexuais entre as mesmas.¹⁷ Dificuldade encontrada também na instituição onde o estudo foi desenvolvido, visto que as visitas íntimas ocorrem quinzenalmente, em um pequeno local com um banheiro, destinado apenas para visita íntima.

A maioria das mulheres iniciou experiências homossexuais durante o período de encarceramento.⁹ Entretanto, algumas detentas relatam que já possuíam tal orientação sexual antes de serem presas. Alguns autores afirmam que “o homossexualismo de internato” é uma construção institucional frequente em espaços de reclusão, sendo utilizado como estratégia de enfrentamento do cárcere no sentido da preservação dos afetos.¹⁸

A relação homossexual entre as encarceradas configura-se como uma situação de risco para aquisição de DST, visto que, a maioria não considera que as práticas sexuais entre mulheres sejam passíveis de contaminações por essas doenças. Portanto, torna-se necessário que os profissionais de saúde estejam sempre orientando o grupo, por meio de estratégias educativas, acerca de práticas sexuais seguras, independente da orientação sexual que possua o sujeito do cuidado. Além disso, para a efetiva prevenção das DSTs/aids é indispensável a percepção do indivíduo acerca de suas vulnerabilidades.¹⁹

A partir da análise dos métodos contraceptivos utilizados pelas presidiárias e apresentados na tabela 3, percebeu-se que 31,7% (90) das mulheres não faz uso de nenhum dos métodos. O número elevado pode justificar-se pelo fato da maioria das mulheres relatarem ser solteiras.

Tabela 3 - Distribuição do número de presidiárias segundo os métodos contraceptivos. Aquiraz-CE, 2010

Método contraceptivo (n=281)	f	%
Nenhum	90	31,7
Laqueadura tubária	86	30,3
ACO	63	22,2
Preservativo masculino	29	10,2
ACI	12	4,2
DIU	3	1,1
Preservativo feminino	1	0,4

Entre as mulheres casadas e com união estável, tem-se percebido que é pequeno o número

das que recebem visita íntima. Os homens presos apresentam três vezes mais chance de receber visita íntima do que as mulheres presas.¹ Assim, pode-se justificar que apesar das mulheres terem companheiro, não recebem visita íntima e, portanto, também não fazem uso de nenhum método contraceptivo.

Quanto à laqueadura tubária, percebeu-se um percentual também elevado. Situação preocupante, visto que o grupo é formado, em sua maioria, por mulheres jovens que se encontram no período de maior fertilidade da vida reprodutiva. Estudos apontam que quanto menor a idade em que a paciente se submete à laqueadura, maiores serão as possibilidades de arrependimento.²⁰⁻²² Destarte, faz-se necessário a atuação do enfermeiro na promoção de um planejamento familiar de qualidade, elencando todos os métodos contraceptivos, com suas vantagens e desvantagens, de modo que a mulher possa escolher o método que traga mais benefícios do que riscos.

No tocante ao uso do preservativo masculino, estudo realizado em uma penitenciária feminina localizada no município de Cariacica, região metropolitana de Vitória, com 121 mulheres foi relatado que 78,5% das mulheres nunca ou raramente usaram preservativos, tanto como método contraceptivo quanto para prevenção de DST.²³

Em relação ao preservativo feminino, no presente estudo apenas 0,4% (1) fazia uso do mesmo. Achado semelhante foi observado em pesquisa que avaliou o uso de preservativo feminino por homens e mulheres sexualmente ativos de 16 a 65 anos, na qual somente 3,5% das mulheres referiram que o utilizaram alguma vez na vida, o que confirma a idéia de que além da pequena cobertura populacional, entre as usuárias do preservativo feminino, apenas um pequeno número de relações sexuais são protegidas pelo seu uso.²⁴ Ressalta-se a necessidade de estratégias educativas que enfatizem o uso correto do preservativo em todas as práticas sexuais.

Ao analisar as queixas ginecológicas referidas pelas mulheres do estudo, observou-se o corrimento vaginal em 24,9% (197), seguido das mulheres que não possuíam queixa e estavam realizando o exame Papanicolaou conforme rotina, com 23,7% (187). A terceira posição foi ocupada pela queixa de dor pélvica 14,2% (112) e as demais queixas como odor fétido, prurido vulvar, dispareunia e disúria apresentaram-se em números menores.

Estudo que objetivava identificar o perfil sociodemográfico e as condições de saúde das

mulheres encarceradas em uma penitenciária feminina, no Espírito Santo, verificou dados um pouco mais elevados do que os da presente pesquisa, indicando percentual de 44,9% das queixas ginecológicas correspondentes à leucorreia e 35,6% à dor pélvica.²³

Para melhor caracterização das mulheres estudadas a tabela 4 evidencia os dados da história obstétrica.

Tabela 4 - Distribuição do número de presidiárias segundo as variáveis obstétricas. Aquiraz-CE, 2010

Variáveis	f	%
Gesta (n=506)		
1 a 2	174	34,4
3 a 4	178	35,2
5 ou mais gestações	154	30,4
Para (n=480)		
1 a 2 partos	217	45,2
3 a 4 partos	170	35,4
5 a 6 partos	61	12,7
7 ou mais partos	32	6,7
Aborto (n=570)		
Nenhum	322	56,5
1	138	24,2
2 a 3	96	16,8
4 a 5	6	1,1
6 ou mais abortos	8	1,4
Parto vaginal (n=438)		
Nenhum	114	26,0
1	82	18,7
2 a 3	147	33,6
4 a 5	60	13,7
6 ou mais	35	8,0
Parto cesareana (n=409)		
Nenhum	235	57,5
1	104	25,4
2 a 3	63	15,4
4 a 5	5	1,2
6 ou mais	2	0,5
Total	409	100,0

A mediana das gestações foi de três (IQ=4), sendo um, o número mínimo, e 22, o máximo de gestações entre as mulheres.

Esses dados evidenciam a alta taxa de fecundidade das mulheres do estudo, principalmente, quando comparados com os achados da última Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, que mostram o número de gestações decrescendo. Observou-se que a taxa de fecundidade de mulheres

nordestinas caiu de 3,1 filhos para 1,8 filhos por mulher entre 1996 e 2006.²⁵

Entretanto, em estudo realizado com 81 prostitutas, foi evidenciada taxa elevada de fecundidade, no qual 46% (36) das prostitutas tiveram de três a quatro gestações e 11,8% (7) apresentaram mais de sete gestações, dados que estão em concordância com o presente estudo.²⁶ Deste modo, pode-se inferir que em classes sociais menos favorecidas o número de gestações é elevado, denotando a necessidade de estratégias de planejamento familiar mais eficazes, que orientem quanto a todos os métodos contraceptivos e dêem empoderamento à mulher, para que a mesma escolha o método mais adequado a sua realidade.

Apesar do número de partos vaginais ter sido superior ao de cesarianas, conforme evidenciado na tabela, o Brasil é considerado um dos países que mais pratica este tipo de parto. Dado considerado preocupante, visto que um dos indicadores que avaliam a qualidade do cuidado obstétrico é a taxa de cesarianas realizadas no país, pois quando a taxa apresenta-se elevada o país passa a ser alvo de debates e críticas.¹³

As causas principais para realização de cesáreas foram: a laqueadura, o pouco conhecimento das mulheres e o despreparo destas em relação ao parto normal, até mesmo devido à formação dos médicos e a reação destes frente à dor das parturientes, visto que vários acreditam que as mulheres preferem cesarianas, porém muitas elegem o parto vaginal. Entretanto, a cesárea tornou-se tão comum que o parto normal deixou de ser prática corrente, mesmo que se tenha evidenciado a preferência pelo parto normal.²⁷

Pesquisa que compara a expectativa de puérperas adolescentes e adultas quanto ao tipo de parto e o seu conhecimento do motivo da cesárea concluiu que o parto normal era o tipo de parto esperado pela maioria das mulheres (74,7%), sendo que essa expectativa diminui dentre aquelas com cesárea prévia. A principal justificativa para a preferência da via vaginal é a recuperação mais rápida, enquanto que as razões para a escolha da cesárea são o receio de sofrer dores e complicações consigo ou com o RN, entre outros motivos.²⁸

O parto fórceps foi realizado por 1,9% (6) das mulheres encarceradas. Corroborando com o presente estudo, pesquisa realizada com 151 gestantes, evidenciou que apenas uma paciente teve parto assistido com fórceps.²⁹ Observa-se que o número de partos fórceps é cada vez mais reduzido.

A análise dos abortos ocorridos nessa população mostrou que quase a metade 43,6% (248) das mulheres teve pelo menos um aborto. Percebe-se que o número de mulheres que sofreram aborto na população mostrou-se bastante elevado. Concorrendo com a pesquisa, outro estudo realizado com 121 detentas mostrou que 50,4% (61) das mulheres relataram história prévia de aborto.²²

Já existem alguns estudos que mostram que as práticas abortivas estão associadas a fatores sócio-econômicos, difícil relação com o companheiro, falta de apoio familiar, idade, entre outros.³⁰ Frente aos achados evidenciados anteriormente, observa-se que a maioria da população estudada apresenta fatores de risco associados a práticas abortivas. Assim, demonstra-se, portanto, a necessidade de uma investigação com maior afinco para saber os verdadeiros motivos de índices tão elevados de abortamento entre as mulheres do estudo, além da necessidade de ações educativas e da garantia de acesso à anticoncepção, que devem ser priorizadas para esses grupos demográficos específicos.

CONCLUSÃO

A análise do perfil gineco-obstétrico das presidiárias evidenciou uma população composta por mulheres jovens, de baixo nível socioeconômico e educacional, que possuem uma iniciação precoce da vida sexual e alto índice de gestações e abortamentos.

Conhecer o perfil desta população é de suma importância para identificação das principais vulnerabilidades do grupo, de modo que as estratégias de promoção, proteção e recuperação da saúde sejam condizentes com a realidade vivenciada por essas mulheres.

A ausência do registro de muitas informações relevantes nos prontuários estudados mostrou-se como uma limitação para o estudo. Adverte-se a importância do registro de qualidade das ações de saúde nos prontuários, pois estes documentam informações importantes para o desenvolvimento de pesquisas futuras em prol da melhoria da assistência à saúde.

A partir da análise dos dados supracitados, fica evidenciada a grande necessidade da implementação de ações de saúde, junto à população aprisionada que, muitas vezes, é esquecida, devido à própria condição do encarceramento, situação esta, que as expõe a vários fatores de risco para disseminação das mais diversas mazelas.

Percebe-se que, apesar de existirem políticas públicas que incluam a população carcerária como sujeitos do cuidado em saúde, muitas vezes não são fornecidos recursos humanos e financeiros para alcançar as metas propostas no PNSSP.

Diante de tais informações torna-se importante a atuação dos profissionais de saúde, principalmente dos enfermeiros, na promoção de atividades de educação em saúde com enfoque na promoção da saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres.

Indubitavelmente, a trajetória do cuidado é difícil, pois muitos preconceitos devem ser rompidos. Entretanto, espera-se que a análise do perfil traçado nesta pesquisa, possibilite o desenvolvimento de novas pesquisas junto a essa clientela, com um intuito maior de melhorar a atenção à saúde neste grupo, proporcionando um cuidado de forma a atender as especificidades inerentes a população carcerária.

REFERÊNCIAS

- Carvalho AL, Valente JG, Assis SG, Vasconcelos AGG. Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social. *Ciencia Saúde Coletiva*. 2006 Abr-Jun; 11(2):461-71.
- Ministério da Saúde (BR), Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Política para Mulheres. Brasília (DF): MS; 2004.
- Ministério da Saúde (BR), Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Série B. Textos Básicos de Saúde. 2ed. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde. 2005.
- Guedes TG, Moura ERF, Paula NA, Oliveira NC, Vieira RPR. Mulheres monogâmicas e suas percepções quanto à vulnerabilidade a DST/HIV/aids. *DST. J Bras Doenças Sex Transm*. 2009 Ago; 21(3):118-23.
- Ministério da Saúde (BR). Plano Integrado de enfrentamento a feminização da epidemia de Aids e outras DST. Brasília (DF): MS; 2007.
- Secretaria de Justiça e cidadania do estado do Ceará (SEJUS). Ceará (CE); 2008 [atualizado 2008 Out 07; acesso 2010 Mai 15]. Disponível em: <http://www.sejus.ce.gov.br/index.php/gestao-penintenciaria/39/69> 2008
- Canazaro D, Argimon III. Características, sintomas depressivos e fatores associados em mulheres encarceradas no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* [on line]. 2010 Jul [acesso 2011 Jul 13]; 26(7):1323-33. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-11X2010000700011&lng=en
- Moraes PAC, Dalgalarondo P. Mulheres encarceradas em São Paulo: saúde mental e religiosidade. *J Bras Psiquiatr*. 2006 Mar; 55(1):50-6.
- Guedes MA. Intervenções psicossociais no sistema carcerário feminino. *Psicol Cienc Prof*. 2006 Dez; 26(4):558-69.
- Lemgruber J. Cemitério dos vivos: análise sociológica de uma prisão de mulheres. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Forense; 1999.
- Carvalho WRG, Farias ES, Guerra-Júnior G. A idade da menarca está diminuindo? *Rev Paul Pediatr*. 2007 Mar; 25(1):76-81.
- Grandim CV, Ferreira MBL, Moraes MJ. O perfil das grávidas adolescentes em uma unidade de saúde da família de Minas Gerais. *Rev APS*. 2010 Jan-Mar; 13(1):55-61.
- Araújo RC. Agência Goiana do Sistema Prisional: estudo das condições sociodemográficas e comportamentais de mulheres de detentos, relacionadas à vulnerabilidade ao vírus HIV [dissertação]. Goiás (GO): Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós Graduação em Ciências Ambientais e Saúde; 2006.
- Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional do Câncer (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativas de incidência e mortalidade por câncer no Brasil [página da internet]. Rio de Janeiro (RJ): INCA: 2008. [acesso 2008 Set 26]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativas/2008>
- Nicolau AIO, Moraes MLC, Lima DJM, Aquino PS, Pinheiro AKB. Laqueadura tubária: caracterização de usuárias laqueadas de um serviço público. *Rev Esc Enferm USP* [online]. 2011 Mar [acesso 2011 Mai 25]; 45(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/08.pdf>
- Lima M. Da visita íntima à intimidade da visita: a mulher no sistema prisional. [Dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo. Departamento de Saúde Materno-Infantil; 2006.
- Santos MBS, Néri HF, Oliveira MFL, Quitete B, Sabroza A. Do outro lado dos muros: a criminalidade feminina. *Mnemosine*. 2009 Jul-Dez; 5(2):174-88.
- Assis SG, Constantino P. Filhas do mundo: infração juvenil no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2001.
- Aquino OS, Nicolau AIO, Moura ERF, Pinheiro AKB. Perfil sociodemográfico e comportamento sexual de prostitutas de Fortaleza-CE. *Texto Contexto Enferm*. [online]. 2008 Jul-Set [acesso 2011 Jul 21]; 17(3):427-34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000300003&lng=en&nrm=iso
- Hardy E, Bahamondes L, Osis MJ, Costa RG, Faundes A. Risk factors for tubal sterilization regret, detectable before surgery. *Contraception*. 1996 Set; 54(3): 159-62.

21. Vieira EM. O arrependimento após a esterilização cirúrgica e o uso das tecnologias reprodutivas. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2007 Mai; 29(5):225-9.
22. Pacagnella RC. Ocorrência de disfunção sexual entre mulheres submetidas à laqueadura tubária no município de Ribeirão Preto [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2007.
23. Miranda AE, Merçon-de-Vargas PR, Viana MC. Saúde sexual e reprodutiva em penitenciária feminina, Espírito Santo, Brasil. *Rev Saúde Publica*. 2004 Abr; 38(2):255-60.
24. Barbosa, RM, Perpetuo I. Análise das estratégias de prevenção da disseminação do HIV entre mulheres no Brasil, especialmente do uso do preservativo feminino. Documento preliminar produzido no âmbito do Termo de Referência do UNFPA - Contrato de consultoria # 042/2009. Nov 2009 [acesso 2010 Set 20]. Disponível em: <http://nepaids.vitis.uspnet.usp.br/wp-content/uploads/2010/04/capitulo-CF-Regina-Barbosa-livro-UNFPA-SPDM1.pdf>
25. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil, Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde, Macro Internacional. PNDS-2006: cai a taxa de fecundidade no Nordeste. Brasília (DF): Agência Saúde/Demografia e Saúde. [acesso 2010 Set 20]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pndsnordeste.pdf>
26. Nicolau AIO, Aquino OS, Moura ERF, Pinheiro AKB. Perfil gineco-obstétrico e realização do exame de prevenção por prostitutas de Fortaleza. *Rev RENE*. 2008 Jan-Mar; 9(1):103-10.
27. Campana HCR, Pelloso SM. Levantamento dos partos cesárea realizados em um hospital universitário. *Rev Eletr Enf [online]*. 2010 Abr [acesso 2011 Mar 15]; 9(1):51-63. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a04.htm>
28. Bruzadeli DS, Tavares BB. Expectation about childbirth type and the knowledge of the caesarean reason: comparison between puerpera adolescent and adult. *Rev Eletr Enf [online]*. 2010 Mar [acesso em 2011 Mar 25]; 12(1):150-7. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a18.htm>
29. Franzin, CMMO, Silva JLP, Pereira BG, Marba STM, Morais SS, Amaral T, Reszka EB. Centralização de fluxo sanguíneo fetal: comparação entre os índices diagnósticos. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010 Jan; 32(1):11-8.
30. Oliveira MS, Oliveira ICFJ, Fernandes AFC. Razões e sentimentos de mulheres que vivenciaram a prática do aborto. *Rev RENE*. 2005 Set-Dez; 6(3):23-30.