

Encarceramento feminino e bases legais da atenção à saúde da mulher privada de liberdade no Brasil

Female incarceration and legal basis of health care for women deprived of liberty in Brazil

Lidiane Castro Duarte de Aquino¹ , Danielle Teles da Cruz¹ 

¹Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Juiz de Fora (MG), Brasil.

Como citar: Aquino LCD, Cruz DT. Encarceramento feminino e bases legais da atenção à saúde da mulher privada de liberdade no Brasil. *Cad Saúde Colet.* 2023;31(4):e31040071. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202331040071>

Resumo

Introdução: O encarceramento feminino cresceu de forma significativa nos últimos anos. As condições impostas pelo cárcere podem culminar em agravos à saúde, o que poderia ser minimizado com a efetiva implementação de políticas de saúde no sistema prisional. **Objetivo:** O artigo tem como objetivo tecer reflexões acerca das bases legais da atenção à saúde das mulheres em privação de liberdade no Brasil, tendo como plano de fundo o conceito ampliado de saúde. **Método:** Através de revisão da literatura, foram traçados os principais marcos no que tange à garantia do direito à saúde das mulheres privadas de liberdade. Também foram apontados aspectos relevantes do encarceramento feminino no Brasil bem como reflexões acerca das particularidades encontradas no sistema prisional que culminam na negação do direito à saúde das mulheres acauteladas, contexto este que se configura como um grande desafio para a Saúde Pública contemporânea. **Resultados e conclusões:** Com base nesta análise, podemos verificar que mesmo diante dos dispositivos legais, a saúde da mulher privada de liberdade vem sendo duramente negligenciada, o que aponta para a necessidade de mudanças de caráter emergencial nos modelos assistenciais das unidades prisionais, em consonância com princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: prisões; mulheres; saúde da mulher; política de saúde.

Abstract

Background: Female incarceration has grown significantly in recent years. The conditions imposed by prison can culminate in health problems, which could be minimized with the effective implementation of health policies in the prison system. **Objective:** The article aimed to reflect on the legal basis of health care for women in deprivation of liberty in Brazil, having as a background the expanded concept of health. **Methods:** Through the literature review, the main milestones regarding the rights to health care of incarcerated women were traced. Relevant aspects of female incarceration in Brazil were also outlined, as well as reflections on the particularities found in the prison system that culminate in the denial of health care rights to imprisoned women, a context regarded as a great challenge to the current Public Health Care. **Results and conclusions:** Based on this analysis, one can notice that even in the face of legal provisions, the health of women in deprivation of liberty has been severely neglected, which leads to the need for emergency changes in the care models of prison facilities, in line with the principles and guidelines of the Unified Health System (*Sistema Único de Saúde – SUS*).

Keywords: prisons; women; women's health; health policy.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Correspondência: Lidiane Castro Duarte de Aquino. E-mail: lili_castro21@hotmail.com

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: Feb. 06, 2021. Aprovado em: Jul. 14, 2021

INTRODUÇÃO

Embora apresentem como princípios básicos a recuperação e reintegração dos indivíduos à sociedade, habitualmente os estabelecimentos prisionais impõem circunstâncias que ferem os direitos das pessoas em cumprimento de pena, sobretudo o princípio da dignidade da pessoa humana^{1,2}. A Lei de Execução Penal brasileira estabelece em seu artigo 1º que o objetivo da execução penal é “efetivar as disposições da sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado”³. Todavia, as precárias condições dos estabelecimentos penais e a elevada taxa de reincidência dos egressos do sistema prisional são fatores que evidenciam a dissonância entre a realidade carcerária e a legislação penal^{4,5}. Conforme Guimarães⁶, essa realidade reforça a percepção de que a pena privativa de liberdade exerceu, ao longo do tempo, um papel voltado para implantação, desenvolvimento e manutenção do sistema de produção capitalista, e que o encarceramento em massa se deve mais a uma política de repressão e criminalização de uma parcela historicamente excluída do que uma política capaz de diminuir a criminalidade⁴⁻⁷.

O encarceramento feminino também deve ser visto na lógica da ideologia punitiva construída pela sociedade capitalista, e, ainda, pela perspectiva das relações de gênero e poder, que ao longo da história reservou às mulheres lugares inferiores nas relações sociais. Nesse sentido, a desigualdade de gênero é reproduzida, de maneira ainda mais perversa, no sistema prisional⁸.

Segundo dados de 2017 do *World Female Imprisonment List*, relatório produzido pelo *Institute for Criminal Policy Research da Birkbeck*, da Universidade de Londres, existem mais de 714 mil mulheres presas em estabelecimentos penais ao redor do mundo⁹. Em números absolutos, o Brasil aparece na quarta posição quanto ao número de mulheres encarceradas, ficando atrás dos Estados Unidos (211.870), China (107.131) e Rússia (53.304).

De acordo com levantamento realizado pelo Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), do Ministério da Justiça, a população carcerária feminina no Brasil passava de 42 mil mulheres no ano de 2016. Embora o quantitativo represente cerca de 6% da população carcerária brasileira, é importante destacar que o aumento no número de mulheres presas foi expressivo nos últimos anos, a exemplo, entre 2000 e 2016, o crescimento da população carcerária feminina foi de 656%, enquanto que, no mesmo período, o encarceramento masculino cresceu 293%¹⁰.

Conforme o mesmo relatório, as mulheres privadas de liberdade no Brasil são jovens, predominantemente negras, solteiras, com no mínimo um filho, responsáveis pela provisão do sustento familiar, com baixa escolaridade, oriundas de extratos sociais desfavorecidos economicamente e que exerciam atividades de trabalho informal em período anterior ao aprisionamento^{10,11}. Aproximadamente 45% dessas mulheres não haviam sido julgadas, e a maior parte havia sido condenada ou aguardava julgamento por delitos menores, como posse de drogas e furtos¹⁰.

Da totalidade dos estabelecimentos prisionais, apenas 7% destinam-se ao público feminino e 16% ainda são mistos, ou seja, adaptações de um estabelecimento originalmente masculino¹⁰. Na maior parte desses estabelecimentos, a infraestrutura é inadequada e contrária as políticas prisionais no que tange à garantia dos direitos das mulheres em privação de liberdade.

As principais políticas prisionais que ampliaram o olhar sobre a mulher privada de liberdade no Brasil datam do ano de 2014: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) e a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE). Contudo observa-se que a realidade encontrada no sistema prisional brasileiro ainda está distante do que preconiza tais normativas, o que pode ser constatado por meio dos diversos estudos que demonstram que as mulheres privadas de liberdade sofrem constantemente com a violação dos seus direitos, dentre eles, o direito à saúde.

Essas informações sinalizam que as questões inerentes ao encarceramento feminino têm sido tradicionalmente negligenciadas. Nessa perspectiva, a atenção à saúde da mulher privada de liberdade se apresenta como um grande desafio para a Saúde Pública na atualidade, tornando necessária a compreensão das questões que permeiam a realidade dessas mulheres

e o entendimento do contexto legal da atenção à saúde do grupo, sobretudo na lógica do conceito ampliado de saúde.

Considerando a invisibilidade, os silenciamentos e as vulnerabilidades que tangenciam a temática, este artigo objetiva tecer apontamentos e revisar as bases legais da atenção à saúde das mulheres privadas de liberdade no Brasil, trazendo reflexões acerca da implementação de tais dispositivos no contexto carcerário. O percurso teórico aqui delineado baseia-se na revisão de normativas legais, tendo como ponto de partida a Lei de Execução Penal, e também da literatura científica que versa sobre a temática na área da Saúde Coletiva. A revisão da literatura foi realizada por meio de consulta eletrônica à base de dados *PubMed*, *LILACS* e *SciELO*, utilizando as palavras-chave: mulheres, prisões, saúde da mulher e políticas de saúde. Também foram consultados sites governamentais como do Conselho Nacional de Justiça, Departamento Penitenciário Nacional e Ministério da Saúde.

REFERENCIAL TEÓRICO

Encarceramento feminino no Brasil

A criação de estabelecimentos prisionais específicos para o recolhimento de mulheres ocorreu de forma tardia no Brasil em comparação com outros países do mundo. Mesmo após a implantação do encarceramento como medida penal, por muitas décadas as mulheres foram recolhidas junto aos homens nos estabelecimentos prisionais brasileiros e expostas a diferentes tipos de violência, principalmente a sexual^{12,13}.

Soares e Ilgenfritz¹³, ao expor as origens do encarceramento feminino no Brasil, apontam que as discussões acerca da necessidade de um tratamento específico para as mulheres encarceradas ganharam força no Brasil somente em meados da década de 1920, sobretudo na voz do penitenciarista Lemos Britto.

Contudo, os primeiros estabelecimentos prisionais exclusivos para mulheres só foram surgir no Brasil a partir da década de 1940, sob influência do novo Código Penal, que contribuiu para a ampliação dos debates sobre a criação das unidades prisionais femininas bem como impulsionou a construção dos mesmos, uma vez que estabelecia que as mulheres deveriam cumprir pena em estabelecimentos especiais, ou, na falta destes, em seção adequada¹⁴.

O encargo pela administração dos primeiros presídios femininos foi atribuído à Irmandade Nossa Senhora da Caridade do Bom Pastor d'Angers, que recebeu a responsabilidade de corrigir as mulheres apontadas como transgressoras. Esse período foi marcado pela vinculação do discurso moral e religioso nas formas de aprisionamento da mulher, tendo como plano de fundo as concepções moldadas sobre os papéis de gênero. O fim desse período ocorreu na segunda metade do século XX com a saída das freiras da administração das unidades prisionais, que passaram então a ser administradas pelo Estado, mas sem considerar a necessidade de um projeto penitenciário adequado para as mulheres acauteladas^{12,13}.

Gradativamente o encarceramento feminino foi se evidenciando no cenário brasileiro. Para Almeida¹⁵, o crescimento do índice de criminalidade feminina começou a ser observado à medida que as conquistas sociais das mulheres foram tomando forma, o que, entretanto, não significou maior visibilidade de suas demandas específicas no contexto prisional. Cortina¹⁶, em análise do aprisionamento feminino sob a perspectiva da criminologia feminina, afirma que os fatores relativos à feminização da pobreza, tais como apresentar baixa escolaridade, ser mãe, jovem, desempregada, relatar histórico de abuso de drogas e não possuir companheiro são fundamentais para compor o conjunto de critérios da seletividade que o sistema penal emprega, o que contribui para as altas taxas do encarceramento feminino no Brasil, sobretudo relacionado ao crime de tráfico de drogas.

É relevante evidenciar que a ótica masculina tem prevalecido no contexto prisional e deixado em segundo plano as diversidades que compõem o universo das mulheres^{17,18}. Para Cortina¹⁶, o tratamento dado às mulheres nas prisões brasileiras é o cenário caótico de múltiplas violações de direitos humanos e espaço de aprofundamento de desigualdades, o que na perspectiva de Miyamoto e Krohling¹⁹ contribui para acentuar a invisibilidade das mulheres na sociedade.

Principais agravos à saúde da mulher privada de liberdade

De acordo com o Departamento Penitenciário Nacional, 84% das mulheres privadas de liberdade estão em unidades que contam com módulo de saúde¹⁰. Apesar disso, estudos demonstram que a atenção à saúde nas unidades prisionais é insuficiente para garantir o direito à saúde da mulher em situação de encarceramento, bem como não está inserida na lógica dos princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS)^{20,21}, o que contribui para que as mulheres privadas de liberdade fiquem mais vulneráveis a diferentes tipos de doenças e agravos à saúde, favorecendo que as mesmas saiam da prisão em estado geral de saúde pior do quando entraram^{22,23}.

No Brasil, um estudo conduzido com a população carcerária no estado de São Paulo, no ano de 2014, revelou altas taxas de transtornos mentais entre as mulheres reclusas, e com maior prevalência quando comparada ao grupo masculino²⁴. No Rio de Janeiro, a pesquisa que avaliou o impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado mostrou que 57,9% das mulheres privadas de liberdade apresentavam sintomas de estresse, e 7,5%, sintomas depressivos graves²⁵. Estudo realizado com 287 mulheres recolhidas em uma penitenciária no Rio Grande do Sul encontrou alta prevalência de sintomatologia grave de depressão, representando quase a metade da amostra²⁶.

Um inquérito realizado em uma unidade prisional de São Paulo com 1013 mulheres constatou baixas prevalências de realização de exames ginecológicos, mamografia e vacinação, e altas prevalências de obesidade e Transtorno Mental Comum²⁷. Os resultados da pesquisa "Saúde materno-infantil nas prisões" mostraram que mulheres encarceradas, quando comparadas às mães livres, apresentaram maior prevalência de sífilis e infecção pelo HIV durante a gravidez e menor qualidade do atendimento pré-natal, contribuindo para alta incidência de sífilis congênita nesse grupo²⁸. Bezerra²⁹, em revisão sistemática da literatura, confirma a alta prevalência de HIV/AIDS e demais Infecções Sexualmente Transmissíveis na população carcerária feminina brasileira quando comparada à população feminina livre.

No que diz respeito à vivência da maternidade, pesquisas apontam para situações como: violação dos direitos sexuais e reprodutivos; piores condições da atenção à gestação e ao parto; assistência de pré-natal precária; atos arbitrários e uso da violência por parte da autoridade penitenciária, o que expõe as mulheres e seus filhos a sofrimentos psíquicos e morais; e discursos e práticas que tendem a deslegitimar a maternidade e os direitos reprodutivos das mulheres encarceradas³⁰⁻³³.

Com relação à capacidade de oferecer espaço adequado para que a mulher privada de liberdade permaneça em contato com seus filhos e possa oferecer cuidados ao longo do período de amamentação, apenas 14% das unidades prisionais femininas ou mistas contam com berçário e/ou centro de referência materno-infantil. Quanto aos espaços de creche, destinados a receber crianças acima de 2 anos, apenas 3% dos estabelecimentos prisionais os possuem¹⁰.

Cabe acrescentar, ainda, as violações graves de direitos humanos e as diversas formas de violências discriminatórias sofridas por pessoas LGBTQIAPN+, principalmente as mulheres transexuais e travestis, em situação de privação de liberdade. O cárcere representa um ambiente de extremo risco para essas pessoas, tornando-os alvos dos mais diversos tipos de violência física, mental e sexual³⁴. O ambiente do cárcere perpetua e reforça de forma mais robusta as agruras estruturadas pela sociedade e pelo Estado. Historicamente, as prisões foram se constituindo em espaços ocupados majoritariamente por homens, negros e pobres, o que forja atravessamentos que perpassam pela interseccionalidade como categoria de análise. Como resultado, os traços de lgbtfofia e machismo são amplificados e canalizados em piores condições de saúde³⁵. Esse mesmo fenômeno pode ser usado como base para entender as condições do cárcere quando analisamos as mulheres cisgêneras e heterossexuais.

Verifica-se que as condições do confinamento são determinantes para o processo saúde-doença, e que as condições precárias do sistema prisional contribuem para o aumento dos agravos à saúde das mulheres encarceradas, haja vista o elevado risco tanto de doenças transmissíveis, como tuberculose, hanseníase, sífilis e HIV, como de outras não transmissíveis, como doenças do trato respiratório, comprometimento da saúde mental, diabetes e hipertensão

nesta população^{36,37}. Partindo da compreensão da saúde como uma complexa produção social, somam-se ainda as vulnerabilidades sociais e estigmas decorrentes do encarceramento que podem incidir negativamente na vida dessas mulheres após o cumprimento da pena.

BASES LEGAIS DA ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE

As mulheres privadas de liberdade apresentam características que lhes são específicas, o que implica na necessidade de um modelo assistencial que contemple sua saúde de forma integral e em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Contudo, a atenção à saúde nas unidades prisionais se mantém distante da lógica do SUS e insuficiente para garantir o direito à saúde da mulher em situação de encarceramento^{20,21}.

Apesar disso, a legislação brasileira assegura a assistência à saúde de todas as pessoas privadas de liberdade através da Lei de Execução Penal e de estratégias como o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional e, de maneira específica às mulheres encarceradas e egressas, a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional. A exploração e a análise dessa trajetória legislativa, aliadas ao contexto político, econômico e social, possibilitam a compreensão de como vem sendo tratadas as necessidades de saúde das mulheres encarceradas e suas implicações dentro de uma abordagem crítica e reflexiva.

A Lei de Execução Penal (LEP/1984) representa o primeiro marco fundamental para a garantia dos direitos da população carcerária, incluindo a assistência à saúde. Em seu texto, preconiza no artigo 14 que “a assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico”, e no que tange às mulheres, complementa apenas que a elas será assegurado acompanhamento médico, principalmente nos períodos de pré-natal e no pós-parto, extensivo ao recém-nascido³. Cabe destacar que, embora a lei indique a assistência à saúde, esse atendimento era de interesse e responsabilidade da pasta da segurança pública, e não da saúde, o que só foi alterado em 2003, com a primeira política de saúde para a população prisional. A compreensão do conceito de saúde que emerge da LEP/1984 reflete o modelo de atenção médico hegemônico pautado na dimensão biológica, reducionista e fragmentada da saúde, que se consolidou com a medicina previdenciária no Brasil.

Com foco nos princípios do Sistema Único de Saúde, a Portaria Interministerial nº 1.777/2003, dos Ministérios da Saúde e da Justiça, instituiu o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP). O Plano foi elaborado a partir de uma perspectiva pautada na assistência e na inclusão das pessoas privadas de liberdade com base em princípios básicos que asseguravam a eficácia das ações de promoção, prevenção e atenção integral à saúde. Seu principal objetivo era de aproximar a população penitenciária ao SUS, e previa ações que deveriam ser realizadas por equipes interdisciplinares de saúde³⁸.

Apesar do caráter avançado em relação a LEP/1984, o PNSSP focalizou a assistência à saúde das mulheres para as questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, traçando como uma de suas metas a atenção à saúde da mulher no pré-natal e puerpério e no controle dos cânceres cérvico-uterino e de mama³⁸. O atraso observado no PNSSP em relação à integralidade do cuidado prevista no SUS pode ser compreendido pelo descompasso entre este e a promulgação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher em 2004. É apenas a partir de 2004 que a atenção humanizada e a visão ampliada — que ultrapassam a vinculação restrita da saúde da mulher às questões reprodutiva e sexual — é fundamentada em um dispositivo normativo, incorporando os ideários feministas.

Após dez anos de aplicação do Plano, o contexto do encarceramento ganhou nova proporção. O aumento expressivo de pessoas reclusas resultou na superlotação de grande parte dos estabelecimentos penais do país. Além disso, o Plano não contemplava todo o itinerário carcerário, como as delegacias, cadeias públicas e penitenciárias federais, deixando assim de incluir a totalidade de pessoas em privação de liberdade. Martinho³⁹ aponta também que o baixo quantitativo de equipes de saúde habilitadas no Sistema Penitenciário era uma

importante limitação para a efetividade do Plano. Desta forma, constatou-se o esgotamento do modelo e a necessidade de promover a inclusão efetiva das pessoas privadas de liberdade ao SUS, cumprindo os princípios da universalidade e equidade.

Assim, foi aprovada em 2014, através da Portaria nº 482, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), cujo principal objetivo é garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS. Em sua concepção, obedece aos princípios básicos do SUS da universalização do acesso à saúde, da integralidade da atenção e da equidade em saúde, além dos princípios normativos de descentralização e participação popular⁴⁰.

Diferentemente do PNSSP, a PNAISP propõe ações de promoção da saúde e prevenção de agravos em todo o itinerário carcerário bem como para os profissionais que atuam nos estabelecimentos prisionais, familiares e outras pessoas relacionadas ao sistema, ampliando o acesso às políticas de saúde no cárcere. A política reconhece ainda que a superlotação das unidades e as condições precárias de confinamento podem potencializar os agravos em saúde na população carcerária, admitindo a importância da transversalidade das políticas públicas, de forma a atender a todos em todas as suas especificidades⁴⁰. Conforme observado por Lermen *et al.*⁴¹, outra evolução que pode ser notada na política é em relação às terminologias utilizadas, tais como “pessoas privadas de liberdade”, “sob custódia do Estado temporariamente” e “beneficiários”, consolidando a palavra “pessoas” ao invés de “presos”, sendo este um ponto importante para minimizar os estereótipos relacionados à população carcerária.

Em relação às diretrizes gerais da Política, é relevante destacar o foco dado à humanização nas práticas de saúde, enfatizando o respeito às diferenças, sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais por parte dos profissionais⁴⁰. Além desta, a PNAISP segue os princípios do SUS ao pontuar como diretrizes: a integralidade, prevendo que as equipes de saúde no sistema prisional devem primar por ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e de recuperação, referenciando as ações de maior complexidade para atenção especializada na Rede de Atenção à Saúde (RAS); a descentralização, pontuando que a atenção à saúde da população privada de liberdade é responsabilidade dos três níveis de gestão, de acordo com as competências de cada um; a hierarquização, afirmando que os serviços de saúde prisional constituem unidades básicas de saúde que devem se articular com os demais serviços da rede, seguindo os fluxos de referência e contrarreferência de forma a garantir o acesso integral aos serviços e ações do SUS; e por fim, a intersetorialidade, assinalando a importância de parcerias com setores governamentais e não governamentais⁴⁰.

Em relação aos serviços e equipes de saúde no sistema prisional, a PNAISP define que a atenção básica será ofertada por meio das equipes de atenção básica de Unidade Básica de Saúde definida no território ou por Equipes de Atenção Básica Prisional (EAP). A oferta das demais ações e dos serviços de saúde deverá ser prevista e pactuada na Rede de Atenção à Saúde. Os critérios elencados para caracterização das equipes em Equipe de Atenção Básica Prisional (EAPs) tipo I, II ou III são: o número de pessoas privadas de liberdade na unidade prisional, a vinculação dos serviços de saúde a uma unidade básica de saúde no território e a existência de demandas referentes à saúde mental⁴⁰. As equipes de atenção básica prisional tipos I, II e III contam com uma equipe multidisciplinar composta por cirurgia dentista, enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, técnico de higiene bucal, podendo ser acrescida, dependendo dos tipos anteriormente citados, de outros profissionais como médico psiquiatra, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional e nutricionista⁴⁰.

Apesar dos avanços alcançados, até aqui nenhum dos dispositivos citados demonstrou clareza no que diz respeito à assistência integral das mulheres no sistema prisional, considerando as especificidades de gênero. Esse marco só foi alcançado com a instituição da Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE).

A PNAISP foi instituída através da Portaria Interministerial nº 210, de 16 de janeiro de 2014, entre o Ministério da Justiça e a Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, pautada na Constituição Federal da República, na Lei de Execução Penal, no

Estatuto da Criança e do Adolescente, nas Regras de Bangkok e em outros normativos afetos às mulheres privadas de liberdade, egressas e seus filhos, em âmbito nacional e internacional⁴².

A PNAME representa o primeiro grande esforço, em âmbito nacional, para a melhoria das condições do encarceramento feminino, com o intuito de proporcionar às mulheres acauteladas uma execução penal menos estigmatizante e violadora de direitos, ao ser direcionada às necessidades e realidades específicas das mulheres em privação de liberdade e egressas do sistema prisional^{41,43}.

A política preconiza, dentre outras ações, a prevenção de todos os tipos de violência contra essas mulheres; fomenta a adoção de normas e procedimentos adequados às especificidades das mulheres no que tange às questões de gênero, idade, etnia, cor ou raça, sexualidade, orientação sexual, nacionalidade, escolaridade, maternidade, religiosidade, deficiências física e mental e outros aspectos relevantes, bem como o incentivo à construção e adaptação de unidades prisionais para o público feminino⁴². Por fim, ainda ratifica o direito à saúde e preconiza a assistência à saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS bem como em consonância com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema e a Política Nacional de Atenção de Integral à Saúde da Mulher⁴². A Figura 1 apresenta um breve organograma dessas políticas.

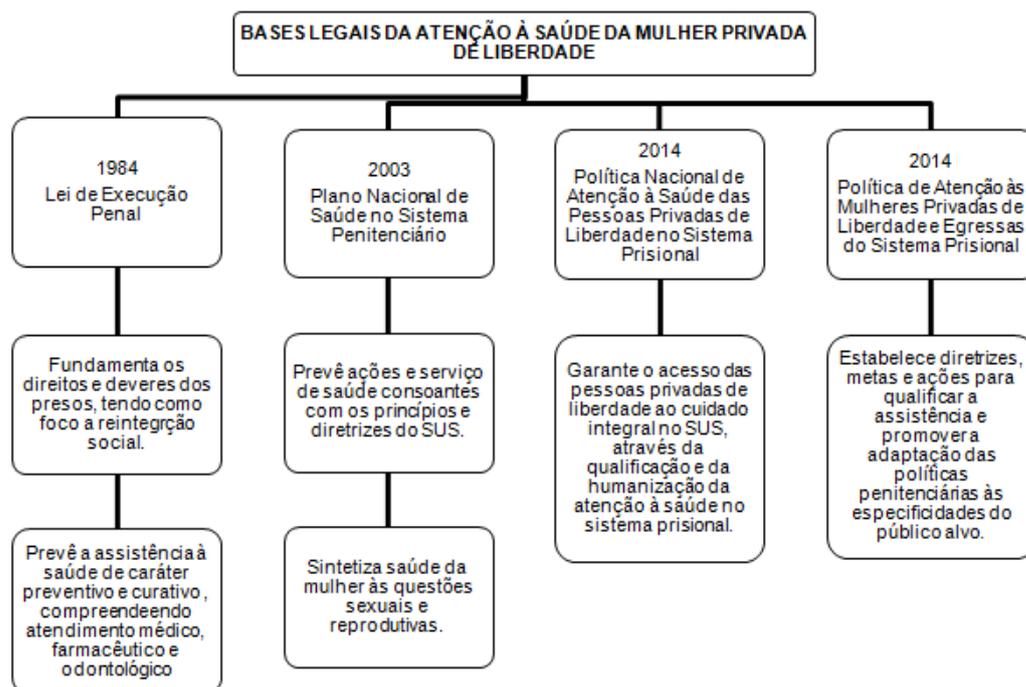


Figura 1. Organograma de resumo das principais bases legais da atenção à saúde das mulheres privadas de liberdade no Brasil

No âmbito da saúde, a política assenta-se sob a perspectiva ampliada do conceito de saúde que visa romper com o binômio saúde-doença e outros aspectos centrados na visão reducionista, fragmentada, curativista e médico-centrada. Trata-se de um novo paradigma no campo da saúde pública que tem como referência histórica e teórica a definição dada pela Organização Mundial de Saúde, em 1948, de que a “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade”. Essa base conceitual ganha novos elementos e robustez com a Declaração de Alma-Ata (1978)¹ e a Carta

1 Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Declaração de Alma-Ata, URSS, 1978.

de Ottawa (1986)² na medida em que avança no entendimento da saúde como resultado de uma complexa e dinâmica produção social, da lógica da intersetorialidade, e do papel do Estado na garantia da saúde como um direito e no combate das desigualdades. Assume ainda, como categoria central, a importância da intervenção nos determinantes do processo saúde-doença, da perspectiva da saúde como recurso indissociável para o desenvolvimento social, econômico e político de uma nação, e da ênfase a ser dada na promoção da saúde.

Insta salientar que, para além das normativas elencadas, outras de âmbito internacional também se configuram como importantes dispositivos no que tange à atenção à saúde das mulheres encarceradas. Nesse sentido, destaca-se a Declaração de Kiev, primeiro documento internacional a conferir uma abordagem específica para a temática e atribuir ao sistema de justiça criminal a responsabilidade de servir aos interesses das mulheres sob seus cuidados, para que as necessidades de saúde e outras necessidades específicas de gênero sejam prontamente atendidas e facilmente acessadas. Configura-se, portanto, como uma referência para os cuidados em saúde com vistas à superação das iniquidades de gênero na saúde prisional⁴⁴.

Porém, ainda que tenhamos normativas consistentes que visam a garantia dos direitos de tal grupo, as inadequações estruturais, a falta de acesso ao serviço de saúde adequado, a negação da maternidade e as diversas formas de violências a que essas mulheres estão expostas ainda são realidades encontradas nas prisões brasileiras^{45,46}.

No escopo de análise, alguns elementos devem ser considerados para o entendimento da ausência da implementação objetiva das normativas regidas pelos diferentes dispositivos legais. Um primeiro objeto de análise assenta-se na prerrogativa de estarmos diante de corpos historicamente marginalizados e negligenciados, mas que desempenham um papel importante dentro da estrutura capitalista. Trata-se da expressão máxima da criminalização da pobreza, da concentração de poder, da verticalização social e da formação e controle de um contingente de reserva necessário para a acumulação primitiva e manutenção do capitalismo.

Concomitante, outros aspectos ganham contornos significativos para a análise crítica e reflexiva, e não podem ser descolados do contexto já apresentado: a ascensão do neoliberalismo e o posicionamento do Brasil na periferia do capitalismo. Sob diferentes arranjos, a depender das mudanças de governo, coalizão de vetores de força e conjuntura econômica e política, a emergência do neoliberalismo no final da década de 90 incidiu na redução das políticas estatais, aumento das desigualdades sociais e priorização de ações e políticas voltadas para a classe média em detrimento das classes exploradas⁴⁷.

Por outro lado, o neoliberalismo sustenta-se em pautas conservadoras regadas pela ordem moral e religiosa que confluem para a criação da falácia da necessidade da violência e truculência do Estado. Assim, criam-se substratos necessários para manutenção de um sistema prisional punitivo e ortodoxo, no qual a retórica de cessação de direitos humanos, dentre eles a saúde, prevalece. Simultaneamente, observa-se a dubiedade do papel do Estado que assume a responsabilidade de garantir as necessidades mínimas dessa parcela da população, que passa a usufruir — mesmo que por ações pontuais, frágeis e insatisfatórias — de determinados serviços como educação, alimentação e saúde. Assim, é estabelecido um ciclo vicioso que corresponde ao motor propulsor das desigualdades sociais e iniquidades em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mulheres em situação de prisão têm demandas, necessidades e peculiaridades que são específicas. Ao compreender as nuances do encarceramento feminino no Brasil, verifica-se que o cárcere impõe uma série de condições que, além de ferirem os direitos das mulheres encarceradas, contribuem para que os agravos à saúde sejam potencializados nesse grupo.

Partindo da perspectiva de análise da trajetória legislativa, podemos observar que houve grandes avanços, mas que o principal desafio continua sendo o de assegurar de maneira efetiva o direito constitucional à saúde das pessoas privadas de liberdade, o que está em consonância com a decisão do Supremo Tribunal Federal na ADPF nº 347, que reconheceu o sistema prisional

² Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde. *Carta de Otawwa*, Otawwa, 1986.

brasileiro como “estado de coisas inconstitucional”⁴⁸. Além disso, a decisão proferida no Habeas Corpus coletivo 143.641/SP, que concedeu às mulheres presas gestantes o direito de substituir a prisão preventiva pela prisão domiciliar, revela a inoperância dos dispositivos vigentes⁴⁹.

Verifica-se, assim, que o que se opera no plano jurídico não é observado na realidade da maior parte das unidades prisionais brasileiras. A baixa difusão das políticas pelos órgãos públicos, o desconhecimento das mesmas pelos profissionais que atuam no sistema prisional, aliados aos problemas já instalados nos cárceres brasileiros — como superlotação, estrutura precária, falta de recursos humanos e materiais, escassez de investimento estatal e a priorização da segurança sobre os demais serviços — são fatores que dificultam a implantação de políticas no sistema prisional e contribuem para que não seja assegurado a essas mulheres o direito universal à saúde.

Nesse sentido, é necessário chamar atenção para o atraso na agenda de saúde do país quanto à priorização dessa população, o que contribui para que as condições de saúde e de vida dessas mulheres continuem sendo negligenciadas, o que resulta em grande desafio para a Saúde Pública na atualidade e também em um dilema ético, moral e civilizatório.

Observa-se, portanto, que há uma necessidade urgente de difusão, efetivação e monitoramento das estratégias de saúde voltadas às mulheres privadas de liberdade no Brasil, a fim de que essas mulheres não permaneçam na invisibilidade e sendo constantemente submetidas à violação de direitos fundamentais.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

LCDA: Conceituação, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Visualização, Escrita — Primeria Redação. DTC: Conceituação, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Visualização, Supervisão, Escrita — Primeria Redação, Escrita — Revisão e Edição.

REFERÊNCIAS

1. Soares Filho MMS, Bueno PMMG. Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(7):1999-2010. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.24102015>
2. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. Comissão Parlamentar de Inquérito do Sistema Carcerário. CPI sistema carcerário brasileiro. Brasília: Câmara dos Deputados; 2015.
3. Brasil. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Lei de Execução Penal [Internet]. Brasil; 1984 [acessado em 16 maio 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7210.htm
4. Davis A. Estarão as prisões obsoletas? Tradução: Marina Vargas. Rio de Janeiro: Difel; 2018.
5. Monteiro FM, Cardoso GR. A seletividade do sistema prisional brasileiro e o perfil da população carcerária. *Civitas*. 2013;13(1):93-117. <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2013.1.12592>
6. Guimarães CAG. Funções da pena privativa de liberdade no sistema penal capitalista: do que se oculta(va) ao que se declara. Tese (Doutorado). Florianópolis: Centro de Ciências Jurídicas, Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.
7. Wacquant L. As prisões da miséria. Tradução de André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001.
8. Barcinski M, Cunico SD. Os efeitos (in)visibilizadores do cárcere: as contradições do sistema prisional. *Psicologia*. 2014;28(2):63-70. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v28i2.696>
9. World Prison Brief. Instituto de Pesquisa em Políticas Criminais [Internet]. World Prison Brief [acessado em 3 fev. 2019]. Disponível em: <http://www.prisonstudies.org/about-us>
10. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento nacional de informações penitenciárias – INFOPEN mulheres. 2ª ed. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública; 2018.
11. Brasil. INFOPEN. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias. Brasília: Departamento Penitenciário Nacional, Ministério da Justiça; 2014.
12. Andrade BSAB. Entre as leis da Ciência, do Estado e de Deus: o surgimento dos presídios femininos no Brasil. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). São Paulo: Departamento de Antropologia, Universidade de São Paulo; 2011.
13. Soares BM, Ilgenfritz I. Prisioneiras: vida e violência atrás das grades. Rio de Janeiro: Garamond; 2002.

14. Brasil. Decreto-Lei nº 2848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União. 1940.
15. Almeida RO. Mulheres que matam: universo imaginário do crime feminino. Rio de Janeiro: RelumeDumará / UFRJ, Núcleo de Antropologia da Política; 2001.
16. Cortina MOC. Mulheres e tráfico de drogas: aprisionamento e criminologia feminista. *Ver Estud Fem.* 2015;23(3):761-78. <https://doi.org/10.1590/0104-026X2015v23n3p761>
17. Carvalho ML, Valente JG, Assis SG, Vasconcelos AGG. Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006;11(2):461-71. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000200023>
18. Cerneka HA. Homens que menstruam: considerações acerca do sistema prisional às especificidades da mulher. *Veredas Direito.* 2009;6(11):61-78. <https://doi.org/10.18623/rvd.v6i11.6>
19. Miyamoto Y, Krohling A. Sistema prisional brasileiro sob a perspectiva de gênero: invisibilidade e desigualdade social da mulher encarcerada. *Direito Estado Soc.* 2012;(40):223-41. <https://doi.org/10.17808/des.40.173>
20. Martins ELC, Martins LG, Silveira AM, Melo EM. O contraditório direito à saúde de pessoas em privação de liberdade: o caso de uma unidade prisional de Minas Gerais. *Saúde Soc.* 2014;23(4):1222-34. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400009>
21. Fernandes LH, Alvarenga CW, Santos LL, Pazin FA. Necessidade de aprimoramento do atendimento à saúde no sistema carcerário. *Rev Saúde Pública.* 2014;48(2):275-83. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004934>
22. Silva E, Ribeiro E. Atenção à Saúde da mulher em situação prisional. *Rev Saúde Desenv.* 2013;4(2):160-72.
23. Almeida PRC, Soares RSC, Coura AS, Cavalcanti AL, Dutra MOM, Lima TMA. Condição de Saúde de Mulheres Privadas de Liberdade: Uma Revisão Integrativa. *RBCS [Internet].* 2016 [acessado 16 maio 2020];19(1):73-80. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/23890>
24. Andreoli SB, Santos MM, Quintana MI, Ribeiro WS, Blay SL, Taborda JG, et al. Prevalence of Mental Disorders among Prisoners in the State of Sao Paulo, Brazil. *PloS One.* 2014;9(2):e88836. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0088836>
25. Constantino P, Assis SG, Pinto LW. O impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2016;21(7):2089-99. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.01222016>
26. Canazaro D, Argimon ILL. Características, sintomas depressivos e fatores associados em mulheres encarceradas no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2010;26(7):1323-33. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000700011>
27. Audi CAF, Santiago SM, Andrade MGG, Francisco PMSB. Inquérito sobre condições de saúde de mulheres encarceradas. *Saúde Debate.* 2016;40(109):112-24. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610909>
28. Domingues RMSM, Leal MC, Pereira APE, Ayres B, Sánchez AR, Larouzé B. Prevalence of syphilis and HIV infection during pregnancy in incarcerated women and the incidence of congenital syphilis in births in prison in Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2017;33(11):1-15. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00183616>
29. Bezerra ATAF. HIV/AIDS e demais infecções sexualmente transmissíveis em população carcerária brasileira: uma revisão sistemática. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia em Saúde Pública). Teresina: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2015.
30. Diuana V, Correia MCDV, Ventura M. Mulheres nas prisões brasileiras: tensões entre a ordem disciplinar punitiva e as prescrições da maternidade. *Physis.* 2017;27(3):727-47. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000300018>
31. Diuana V, Ventura M, Simas L, Larouzé B, Correa M. Direitos reprodutivos das mulheres no sistema penitenciário: tensões e desafios na transformação da realidade. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2016;21(7):2041-50. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.21632015>
32. Leal MC, Ayres BVS, Esteves-Pereira AP, Sánchez AR, Larouzé B. Nascer na prisão: gestação e parto atrás das grades no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2016;21(7):2061-70. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.02592016>
33. Ventura M, Simas L, Larouzé B. Maternidade atrás das grades: em busca da cidadania e da saúde. Um estudo sobre a legislação brasileira. *Cad Saúde Pública.* 2015;31(3):607-19. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00092914>
34. Brasil. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. LGBT nas prisões do Brasil: Diagnóstico dos procedimentos institucionais e experiências de encarceramento. Brasília: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos; 2020.

35. Nascimento FEM. Agrupamentos de travestis e transexuais encarceradas no Ceará, Brasil. *Rev Estud Fem.* 2020;28(1):e57687. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n157687>
36. 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.* 2012;17(5):1235-46. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000500017>
37. Minayo MCS, Constantino P. *Deserdados Sociais: condições de vida e saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015.
38. Brasil. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.* 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
39. Martinho S. *Saúde penitenciária no Brasil: Plano e Política.* Brasília: Verbena; 2015.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional.* Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
41. Lermen HS, Gil BL, Cúnico SD, Jesus LO. Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. *Physis.* 2015;25(3):905-24. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000300012>
42. Brasil. Ministério da Justiça e Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Política Nacional de Atenção às mulheres em situação de privação de liberdade e egressas do sistema prisional.* Brasília: Ministério da Justiça; 2014.
43. Favilli F. Direitos humanos, mulheres e tutela da saúde no cárcere: breve estudo sobre as políticas sociais e saúde voltadas prioritariamente à população carcerária feminina. In: *Seminário da pós-graduação 2016: diálogos de pesquisa: teoria, direito e estado em perspectiva crítica;* 2016.
44. Organização Mundial da Saúde. Escritório Regional para Europa. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. *Women's Health in Prison: Correcting Gender Inequity in Prison Health.* Copenhagen: Organização Mundial da Saúde; 2009.
45. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. Comissão Parlamentar de Inquérito do Sistema Carcerário. Brasília: Câmara dos Deputados; 2009. Série ação parlamentar, n. 384.
46. Brasil. Ministério da Justiça. *Dar à luz na sombra: condições atuais e possibilidades futuras para o exercício da maternidade por mulheres em situação de prisão.* Brasília: Ministério da Justiça; 2015.
47. Campos CMS, Viana N, Soares CB. Mudanças no capitalismo contemporâneo e seu impacto sobre as políticas estatais: o SUS em debate. *Saúde Soc.* 2015;24(Supl. 1):82-91. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01007>
48. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 347. Relator: Ministro Marco Aurélio [Internet]. Brasília: Supremo Tribunal Federal; 2020 [acessado em 4 maio 2021]. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADPF347decisao.Covid19.pdf>
49. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Segunda Turma. HC 143.641/SP. Relator: Ministro Ricardo Lewandowski. *Diário Oficial da União.* 2018.