

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
BACHARELADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

Ammanda Braga Guimarães

DE PLANOS A POLÍTICAS DE SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL:

Saúde da mulher enquanto política pública

Porto Alegre

2021

Ammanda Braga Guimarães

DE PLANOS A POLÍTICAS DE SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL:

Saúde da mulher enquanto política pública

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Políticas Públicas.

Orientadora: Prof^a. Dra. Andréa Fachel Leal

Porto Alegre

2021

Ammanda Braga Guimarães

DE PLANOS A POLÍTICAS DE SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL:

Saúde da mulher enquanto política pública

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Políticas Públicas.

Aprovado em: ____ de _____ de ____.

BANCA EXAMINADORA

Nome do professor - instituição

Nome do professor - instituição

Nome do professor - instituição (orientador)

AGRADECIMENTOS

A minha irmã, Nina, que me ensina e me inspira todos os dias a ser uma pessoa mais forte e corajosa. Obrigada pela amizade, pelo suporte afetivo e também por compartilhar seu olhar sobre o mundo. A minha mãe, Adriana, que sempre proporcionou cores para preencher meus dias cinzas e que me inspira a lutar por um mundo mais justo. Ao meu pai, Renato, que mesmo em outro plano, me ensinou a reconhecer melodia até mesmo nos dias mais tristes. Isso me incentiva a ser uma pessoa melhor. A vocês três, por me ensinarem o que é amor.

A professora Andréa Fachel por aceitar orientar esse trabalho. Agradeço não apenas a orientação, mas também os ensinamentos na pesquisa, as conversas e a forma tão carinhosa com que me acolheu desde o meu primeiro ano na Universidade, obrigada pelas oportunidades de aprendizado desde o primeiro trabalho de Iniciação Científica.

“Adormecer dentro de um sonho
Renascendo em outro céu
E viver eternamente
Nesse mundo de papel.
Então eu vou criando em mim
Um mundo novo, um amor sem fim
Revelando novas cores, novos traços,
Colorindo o meu caminho”

Mundo de papel
Renato Guimarães

Dedico esse trabalho aos meus pais que me deram olhos para ver os outros. E a minha irmã, que me ensina, todos os dias, como usá-los.

RESUMO

Diante do grande aumento na população carcerária feminina no Brasil, o presente estudo busca analisar as políticas de saúde desenvolvidas pelo Estado brasileiro para essa população. Essas mulheres em situação de prisão fazem parte de um grupo de alta vulnerabilidade social e as especificidades de gênero tornam-se significativas para se pensar estratégias de cuidado em saúde. Para além de considerar o âmbito materno, é necessário considerar possíveis políticas que abordam prevenção a doenças, cuidado pessoal, saúde mental e que, possivelmente, se tornaram marcos importantes para a ampliação dos direitos sociais à saúde. Bem como para considerar a mulher encarcerada sujeita de direitos. Para tanto, buscou-se compreender o caminho que o Estado utiliza para desenhar estratégias de enfrentamento desta vulnerabilidade, a partir de parâmetros normativos que tangem à saúde da população privada de liberdade. Pondera-se a fragilidade organizacional e analisa-se o envolvimento dos órgãos gestores na defesa e garantia dos direitos fundamentais das mulheres presas em um espaço que prioriza práticas punitivas.

Palavras-chave: saúde carcerária; gênero; mulheres encarceradas, políticas públicas de saúde.

ABSTRACT

In view of the large increase in the female prison population in Brazil, the present study seeks to analyze the health policies developed by the Brazilian State for this population. These women in prison are part of a group of high social vulnerability and gender specificities become significant for thinking about strategies with health care. In addition to considering the maternal scope, it is necessary to consider possible policies that address disease prevention, personal care, mental health and that, possibly, have become important milestones for the expansion of social rights to health. As well as to consider the imprisoned woman a subject of rights. To this end, we sought to understand the way that the State uses to design strategies to deal with this vulnerability, based on normative parameters that relate to the health of the population deprived of liberty. We consider the organizational weakness and analyze the involvement of management bodies in the defense and guarantee of the fundamental rights of women imprisoned in a space that prioritizes punitive practices.

Keywords: prison health; gender; incarcerated women, public health policies.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	6
1.1	CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	7
2	POLÍTICAS PÚBLICAS: POLÍTICAS SOCIAIS E O ESTADO DE BEM ESTAR SOCIAL.....	9
3	SAÚDE NA PRISÃO: UMA PUNIÇÃO PARA ALÉM DA PENA.....	11
3.1	SAÚDE COMO DIREITO UNIVERSAL.....	13
4	ESTRUTURA HISTÓRICA DOS PRESÍDIOS: ROTA DOS DESVIOS.....	14
4.1	A ESTRUTURA INSTITUCIONAL DOS PRESÍDIOS FEMININOS NO BRASIL.....	17
5	PRESÍDIOS FEMININOS: QUEM SÃO ESSAS MULHERES?.....	20
6	DIREITO À SAÚDE PARA A POPULAÇÃO NO SISTEMA CARCERÁRIO: POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL.....	25
6.1	UNIVERSALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL: CONQUISTAS E NEGAÇÕES DIREITOS.....	28
6.2	LEIS ORGÂNICAS DO SUS: LEI 8.080/1990 E LEI 8.142/1990.....	29
7	SAÚDE PARA MULHERES NO BRASIL: DO PROGRAMA À POLÍTICA NACIONAL.....	31
8	MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE, EGRESSAS DO SISTEMA PRISIONAL, POLÍTICA PÚBLICA E DESAFIOS.....	32
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38

1 INTRODUÇÃO

Neste trabalho serão discutidas políticas públicas de saúde, com foco na população carcerária feminina. Políticas de saúde estão entre as chamadas políticas sociais, numa classificação que parte da lógica da setorialização das ações de governo e de Estado.

Direitos sociais são compreendidos, no que se refere o artigo 6º da Constituição Federal, como o acesso à educação, à saúde, à alimentação, ao trabalho, à moradia, ao transporte, ao lazer, à segurança, à previdência social, à proteção à maternidade, à infância e à assistência aos desamparados. A Carta de 1988 traz ainda no título VIII dedicado à ordem social, um capítulo que aborda a seguridade social, descrevendo dos artigos 194 ao 204 um modelo de seguridade social que abarca a saúde, a previdência e a assistência social, assim como um capítulo dedicado à educação, à cultura e ao desporto, dos artigos 205 ao 217. O sistema de políticas sociais que a Constituição representa, reflete algumas ideias para a sociedade, a qual demanda por inclusão e redução das desigualdades, adquirindo afirmações dos direitos sociais como parte da cidadania no momento em que proclama direitos específicos para as mulheres, proteção para idosos, respeito ao meio ambiente (capítulo VII, artigos 226 a 230). Ao longo deste trabalho corre a premissa de que se não forem bem contextualizados e concretizados, os direitos humanos pouco significam.

Para tanto, ao longo deste trabalho, enfoca-se o direito social à saúde, o qual pode ser afetado diante das estruturas inadequadas dos estabelecimentos penais, da dificuldade de acesso aos serviços de prevenção e de assistência e do afastamento quanto à rede de apoio. Deste modo, é fundamentalmente importante que se priorize o pleno acesso dessas mulheres ao sistema público de saúde, de modo que seja garantida não só a atenção integral, mas uma assistência de qualidade, que respeite as questões de gênero e as demais condições de vulnerabilidade em que se encontram. Para que possam contribuir para a ampliação do acesso das mulheres privadas de liberdade, profissionais de saúde que atendem no sistema prisional precisam conhecer os direitos delas e os recursos existentes no Sistema Único de Saúde (SUS).

É importante salientar ainda a contextualização do surgimento dos institutos penitenciários femininos no Brasil, para compreender o possível avanço alcançado historicamente. Faz-se necessário compreender alguns pontos entre as políticas

institucionalizadas buscando portarias, leis elaboradas pelos Ministérios da Justiça e Ministério da Saúde para a população, pensando também nas dificuldades e desafios que o sistema penal brasileiro enfrenta e no contexto o qual foram criados os cárceres no Brasil.

A luz do que se refere França (2014) e Giddens (2002), semelhante com o que acontece em outros campos da sociologia, os estudos que fazem referência à criminalidade, tem a tendência de ignorar as mulheres. Daí a crítica das intelectuais feministas, que acusam essa área do conhecimento de disciplina "masculina", pois para elas, além de ter o domínio dos homens distanciam as mulheres as limitando a uma total invisibilidade, tanto no que se refere às abordagens teóricas quanto em estudos empíricos.

Este trabalho tem como objetivo analisar as políticas desenvolvidas pelo Estado brasileiro relacionadas à saúde da população carcerária feminina, não apenas no âmbito materno, mas considerando possíveis políticas que abordam prevenção a doenças, cuidado pessoal, saúde mental e que possivelmente se tornaram marcos importantes para a ampliação dos direitos sociais à saúde.

1.1 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

O presente trabalho de conclusão de curso constitui em uma pesquisa de revisão de literatura e de análise documental visando identificar marcos fundamentais de algumas políticas sociais, especialmente a de saúde, voltadas à população prisional feminina. A escolha do tema se dá por conta do meu interesse de me aprofundar no conhecimento acerca do funcionamento e desdobramentos do sistema carcerário. Desta forma, a partir de algumas leituras concluídas ao longo do curso, observou-se a escassez do debate de gênero neste contexto. Com isto, neste trabalho serão observadas as mudanças com o objetivo de ampliar os direitos à saúde das mulheres privadas de liberdade. Cabe destacar que para se discutir acerca do tema, faz-se necessário compreender o contexto aos quais as políticas e planos estão inseridos, bem como o enfoque que, a partir dessas, são dados às minorias. O presente trabalho é uma pesquisa qualitativa, o objeto de análise será estudado de forma a não medir seus dados dando ênfase ao contexto pelo qual o fenômeno está inserido. Diante dessa discussão, este trabalho tem como objetivo observar as políticas de saúde para as mulheres privadas de liberdade que possivelmente contribuíram

para a ampliação desses direitos sociais e humanos e para trazer ao debate a incorporação de discussão de gênero no sistema prisional.

Para isso, foram realizadas buscas na literatura, incluindo teses, artigos e livros que contemplassem o tema da saúde no sistema prisional e a construção do sistema penitenciário feminino, sem especificação de data, apenas buscando sobre o assunto e legislações constitucionais e normativas existentes desde o código penal de 1940. Em um segundo momento, foram analisados os textos que abordassem a saúde da população feminina, observando temas relacionados às condições carcerárias e à saúde como direito universal, com base nas políticas elaboradas pelo Estado brasileiro a partir da Lei de Execuções Penais de 1984 e 2003, quando implementado o primeiro Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional.

A revisão da literatura pode ser descrita como narrativa, pois através da pesquisa e análise de publicações, buscou-se maior conhecimento sobre o tema e mapear o "estado da arte". A revisão de literatura foi feita principalmente através do site Scielo e Google Acadêmico, com os seguintes termos: cárcere, mulheres encarceradas, saúde da mulher presa, saúde da mulher, saúde prisional. Foram incluídos nesta revisão teses e dissertações, cuja busca se deu com as mesmas expressões nas bases Scielo e Google Acadêmico, bem como capítulos de livros localizados através das referências dos próprios artigos encontrados na busca e que foram incluídos nesta revisão. No que se refere à inclusão das mulheres transexuais e travestis, não foram apontadas expressões diretas no momento de busca por literatura. Com isso, ficou evidente que a literatura pouco incluí essas mulheres no tema saúde da mulher encarcerada.

Os textos localizados foram selecionados pela sua relevância para o presente estudo, dando destaque àqueles que abordavam o caminho que o Estado desenvolve para o enfrentamento de certas vulnerabilidades a partir de parâmetros normativos que contemplassem a população carcerária feminina e depois, organizados de forma a considerar os que traziam a evolução das políticas públicas de saúde ao longo dos anos, por seguinte a estrutura do cárcere feminino e por último os que traziam a questão da mulher/mãe. Foram analisados os conteúdos dos textos, identificando primeiro o tema abordado e depois contextualizando com as referências teóricas.

Como análise documental, buscou-se algumas legislações relativas ao tema da saúde do sistema prisional. A análise de documentos envolveu a busca por documentos normativos, legais e técnicos através do site do Ministério da Justiça, do Portal Legislação do Senado Federal e do Diário Oficial da União, com as expressões “saúde no cárcere”,

“saúde população carcerária”, bem como normas já referenciadas nos artigos lidos. Entende-se como passo importante para o presente trabalho, sobre saúde no cárcere, que a Constituição Federal de 1988 seja o marco regulatório de todas as normas infraconstitucionais, pois o acesso da população privada de liberdade às ações e serviços de Assistência à Saúde é legalmente definida pela mesma, bem como pela Lei 8.080/1990 que regula o SUS e pela Lei 7.210/1984, Lei de Execução Penal. Por este motivo estes documentos foram incluídos na análise.

2 POLÍTICAS PÚBLICAS: POLÍTICAS SOCIAIS E O ESTADO DE BEM ESTAR SOCIAL

Assim, apresenta-se aqui inicialmente uma definição de políticas públicas; em seguida, uma discussão breve sobre políticas sociais no âmbito do Estado de Bem Estar Social, que, a partir de Dye (1948), podemos compreender alguns significados de políticas públicas como o que o governo escolhe ou não fazer. A discussão mais conhecida do estudo teórico das políticas públicas é a de Laswell, segundo o qual, as decisões e análises sobre as políticas públicas implicam em responder algumas questões como: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz. Muitas das definições apontam para a política pública como uma forma de resolução de problemas, onde o foco está no papel do governo e na solução governamental a um problema. Não se pode deixar de lado, ao reconhecer a ação governamental, o papel conflituoso dos interesses distintos e os limites que cercam as decisões dos governos, como observa Souza (2007, p.69), “a formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações, que produzirão resultados ou mudanças no mundo real”.

As políticas sociais começam a ser discutidas com o Estado de Bem Estar Social, abordando principalmente as áreas de políticas e gestão de serviços sociais, como por exemplo, saúde e educação, algumas das quais universais e outras focadas em alguns grupos - muitas vezes, grupos minoritários e excluídos.

A Constituição de 1988 surge a partir de debates entre movimentos sociais, parlamentares e sociedade civil, quando o resgate da dívida social passa a ser tema central da discussão e da agenda política. Motivada em debates sobre direitos humanos, a Carta Maior representa uma construção de ordem institucional democrática que reorganizaria

as políticas sociais, respondendo às demandas da sociedade, e desta forma, segundo Fleury (2005), teríamos uma maior inclusão social e equidade. Neste sentido podemos compreender que

A opção por um dado formato de política social, que se cristaliza na combinação de modelos distintos para diferentes segmentos dos trabalhadores, indica o lugar que cada um deles ocupa em uma dada correlação de forças, além das tendências internacionalmente preponderantes. Ainda que toda política social traga embutido um modelo de integração social, diferentes modelos de proteção social implicam diferentes formatos de integração e, portanto, distintos projetos societários (FLEURY 2005 p.450).

Os direitos humanos são inerentes à pessoa humana, firmados e positivados de acordo com uma sociedade em determinado contexto e umas das formas de concretizá-los é com as políticas públicas, representando o direito ao bem-estar social (GORCZEVSKI; SEVERO, 2019). Tais autores destacam que como forma de objetivar e assegurar a dignidade da pessoa humana, encontram-se os direitos sociais. Estes, que por sua vez, constituem uma conquista histórica relacionada à segunda geração de direitos humanos. Faz-se necessária a ampliação de direitos humanos e da proteção social, uma vez que representam o direito ao desenvolvimento de uma vida digna.

Conduzindo às conquistas que envolvem os direitos humanos, é necessário destacar a Declaração Universal dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas de 1948, a qual considera-se um marco nos direitos sociais, os quais são definidos por bases de valores de democracia e cidadania buscando a igualdade e solidariedade na sociedade. (GORCZEVSKI; KONRAD, 2013).

A forma como se pode concretizar a proteção social é a partir das políticas públicas capazes de proporcionar o bem-estar social. A Constituição de 1988 traz a necessidade de proteção social e de construção de políticas públicas que sejam capazes de cumprir com o bem-estar social idealizado. A constituição Brasileira de 1988 determina de forma clara e expressa tais direitos quando afirma no seu artigo 6º: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados” (BRASIL, 1998).

A construção do Estado Nacional, segundo Fleury (2005) é um processo inacabado onde as relações de poder vão sendo desenhadas na institucionalidade do aparato administrativo, seja através de processos voltados para a implementação do projeto

econômico ou reproduzido a partir das demandas políticas de certos grupos. Ponto a ser observado, como lembra Cohn (2005), são as disputas de interesse na esfera social, justamente por conta de interesses distintos nos grupos individuais. Todas as políticas sociais envolvem diferentes formatos de integração e, portanto, distintos projetos de sociedade (Fleury, 2005). A contradição é que os direitos que são proclamados nem sempre encontram garantias no contexto real, sendo por muitas e repetidas vezes violados, como ocorre com os indivíduos no sistema carcerário.

Dentre os grupos sociais, historicamente, as mulheres têm menos poder simbólico, econômico e político no Brasil, sendo por isso consideradas uma minoria social e política. Suas demandas muitas vezes não são atendidas pelo Estado, que não considera suas especificidades nem incorpora a dimensão de gênero nas suas ações. A população carcerária, por sua vez, é estigmatizada. Ser mulher e estar privada de liberdade amplia especialmente a condição de vulnerabilidade deste grupo em particular. É justamente neste prisma que este trabalho se desenvolve, além da pena, a mulher é julgada pelos papéis que foram socialmente atribuídos à ela.

3 SAÚDE NA PRISÃO: UMA PUNIÇÃO PARA ALÉM DA PENA

É a perspectiva de condição social que definirá se você terá ou não dinheiro para a fiança e se ficará ou não preso. é a perspectiva de gênero, em você sendo mulher, que trará uma carga moral ao julgamento e que definirá sua punição. em sendo, portanto, a prisão um ato político, porque definida em regras políticas, todos e todas nós que atendemos a essa característica do que deve ser abominado, marginalizado, controlado e, em última instância, exterminado, com mulheres, pobres, negras e LGBTs, nos coloca na mira e na possibilidade de uma prisão. (BORGES, 2019 p.122.).

A história do surgimento das penitenciárias femininas no Brasil e o processo de implementação de políticas públicas para essa população específica se fazem pertinentes para o entendimento do processo de implementação e efetivação dos direitos de saúde para a população carcerária feminina.

O Brasil é um país desigual e o sistema carcerário é desproporcional em relação ao atendimento de homens e de mulheres. É importante discutir o desenvolver e as políticas de saúde para mulheres no sistema prisional, observando que a estrutura para mulheres foi criada a partir de uma condição estrutural masculina, razão pela qual ocorre,

muitas vezes, negligência às necessidades específicas das mulheres, como identifica Queiroz (2019), ao apontar essa situação como uma forma a mais de exclusão e opressão dessas mulheres diante da sociedade.

O aumento da população carcerária feminina representa uma preocupação social, dado ao impacto que produz nas famílias e nas comunidades (SCHULTZ; DIAS; DOTTA, 2020). A questão do encarceramento feminino possui certas especificidades, como o fato de as mulheres serem, geralmente, as responsáveis por seus filhos. Apesar da pouca disponibilidade de informações acerca do número de filhos das mulheres privadas de liberdade em todo o país, a pesquisa do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN) apresenta dados onde caracterizam que 74% das mulheres têm filhos, uma proporção bem maior em relação a de 53% dos homens que se encontram no sistema prisional (BRASIL, 2018).

A saúde da população feminina carcerária vai além do exercício do poder reprodutivo, entretanto é um viés importante nas políticas de saúde voltada às mulheres, principalmente quando observamos as especificidades de direito ao pré-natal que é constantemente violado ou de relatos de mulheres que são algemadas durante o parto¹ (QUEIROZ, 2019).

São recorrentes os relatos de mulheres que estão ou já saíram do sistema carcerário que denunciam situações de negligência no atendimento de saúde, apontando situações desumanas que violam os direitos sociais mais elementares acerca de saúde, higiene e assistência médica e à violência e ausência de direitos e garantias individuais. No que parece, a saúde da mulher dentro do sistema prisional, pouco segue às suas demandas específicas, onde muitas vezes não dispõem de auxílio adequado no pós-parto. Em demandas mais simples como a falta de absorventes para a higiene diária, justificam que várias mulheres tenham que recorrer ao uso de miolo de pão em seus ciclos menstruais. Em outras situações que demandam o uso de papel higiênico, não é raro a necessidade de utilização de folhas de jornais para sua higiene íntima (BORGES, 2019). Segundo Dentes (2017) a realidade dessas mulheres é marcada pela negligência estatal, uma vez que seja o resultado de um processo histórico extenso de exclusão da mulher enquanto sujeito, sob as quais recaem os efeitos do sistema prisional.

¹ Importante ressaltar que em abril de 2017 a Lei 13.434 reforça normativas anteriores como a resolução do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP), de 2012, e uma súmula do Supremo Tribunal Federal, que já vedava o uso de algemas em tais situações.

3.2 SAÚDE COMO DIREITO UNIVERSAL

O discurso político não se estabelece no abstrato, mas sobre corpos (Borges 2019, p.66)

Na década de 1980, com a luta pela democratização, na defesa dos direitos civis, políticos e sociais, o acesso universal à saúde ganhou espaço na Constituição Federal de 1988, como direito de todos e dever do Estado. A Constituição representou uma transformação no padrão de proteção social, uma vez que consolidou as pressões políticas e sociais. Neste novo período, o modelo de seguridade social passou a estruturar essa organização, buscando uma universalização da cidadania, como bem coloca Fleury (2005).

No modelo de seguridade social busca-se romper com as noções de cobertura restrita a setores inseridos no mercado formal e afrouxar os vínculos entre contribuições e benefícios, gerando mecanismos mais solidários e redistributivos. Os benefícios passam a ser concedidos a partir das necessidades, com fundamentos nos princípios da justiça social, o que obriga a estender universalmente a cobertura e integrar as estruturas governamentais (Fleury, 2005, p. 453)

Consagrado no artigo 196º da Constituição, o reconhecimento ao direito à saúde ganha contornos nítidos e que não dão margem a interpretações vagas: "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

Contudo, segundo Cohn (2005), o grande desafio a partir de então, é dispensar a herança de segmentação das políticas sociais via Estado/mercado e garantir a efetivação do direito à saúde, em um novo contexto real. Para Sousa (2014), o Sistema Único de Saúde (SUS) resulta em uma proposta de instituição de sistema universal no qual todos têm acesso à saúde. Entretanto ao longo da sua existência, constrói uma base jurídica e institucional que concorre com o sistema privado. Sousa (2014) aponta que, a partir de 1990, o acesso a este sistema torna-se cada vez mais segmentado, predominando a focalização, marcada pela participação privada.

Os padrões de oferta de atenção e acesso aos serviços de saúde devem ser equivalentes aos cuidados da comunidade em geral, segundo os princípios internacionais, sendo uma necessidade de saúde pública. A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a saúde pública como uma boa atenção à saúde nos sistemas prisionais. O pensamento dual de acesso das pessoas que estão “fora” e “dentro” do cárcere reforça práticas punitivas e segregatórias e isto faz com que a realidade paradoxal seja analisada de forma separada, não observando a prisão como uma construção humana que exprime o auge da violência do homem contra o homem, como referem-se Schultz, Dias e Dotta (2020).

4 ESTRUTURA HISTÓRICA DOS PRESÍDIOS: ROTAS DOS DESVIOS

[...] o caráter profundamente influenciado pelo gênero da punição ao mesmo tempo reflete e consolida ainda mais a estrutura de gênero da sociedade como um todo. (DAVIS, p.66, 2018)

Historicamente o primeiro estabelecimento prisional feminino que se tem conhecimento surgiu em 1645 na Holanda, era considerada uma instituição modelo, “onde abrigava mulheres pobres, desrespeitosas, criminosas, bêbadas e prostitutas, bem como meninas mal comportadas que não obedeciam aos seus pais e maridos” (ANDRADE, 2011, p.20). Era uma “casa de correção e instituição prisional, voltada para o trabalho na indústria têxtil” (ZEDNER, 1995, p.329).

O Brasil foi um dos últimos países da América Latina a construir estabelecimentos prisionais femininos, tendo feito isso após o Chile, Argentina, Peru e Uruguai. O primeiro presídio feminino do Brasil foi fundado em 1937 por freiras da Igreja Católica, situado em Porto Alegre, a Penitenciária Madre Pelletier. Inicialmente chamado de Instituto Feminino de Readaptação Social, era liderado pela Congregação de Nossa Senhora da Caridade do Bom Pastor. De modo geral, se fizermos uma comparação superficial, o Brasil tardou quase 300 anos a construir sua primeira penitenciária exclusivamente feminina.

Andrade (2011) ao discutir o primeiro presídio feminino brasileiro afirma que:

Nas rotas do desvio estavam aquelas que eram discrepantes na paisagem urbana ideal. As mulheres escandalosas, as vestidas de maneira vulgar, as prostitutas, as moradoras de favelas e cortiços, as que frequentavam locais

masculinos, as que se expunham ao mundo do trabalho, as negras e mestiças, as criadas e empregadas. (Andrade, 2011, p.119)

Nesse sentido, para lá, eram encaminhadas mulheres “desajustadas”, mulheres que se recusavam a casar, prostitutas, criminosas, moradoras de rua e mulheres consideradas com falta de destreza nas tarefas do lar ou com dificuldade de arrumar marido. Com isso em mente, a Penitenciária Madre Pelletier abrigava não apenas mulheres que cometiam crimes, mas também mulheres que não eram aceitas nos padrões impostos pela sociedade da época.

Antes mesmo da criação do primeiro presídio feminino do Brasil, havia discussões sobre essa questão. Andrade (2011) apresenta a criação do Patronato das Presas, em 1921, como tentativa de criar um espaço destinado somente às mulheres, anterior à construção do primeiro presídio do Brasil. Inspiradas nas prisões femininas de países como Argentina e Uruguai, um grupo de mulheres presididas pela esposa do então presidente do Conselho Penitenciário do Distrito Federal Cândido Mendes, juntamente com outras senhoras da sociedade carioca e as Irmãs da Congregação de Nossa Senhora do Bom Pastor d`Angers, buscavam refletir sobre um atendimento adequado às questões das mulheres encarceradas, com o objetivo de propiciar a instalação de uma prisão feminina especializada. (CURCIO, 2017).

Como a população carcerária feminina era menor que a masculina, a busca por soluções para a situação das mulheres era sempre postergada. Algumas instituições penais foram readaptadas em espaços que já existiam. Além da Penitenciária Madre Pelletier de 1937, em 1941 São Paulo instituiu o Presídio para Mulheres, seguido do Rio de Janeiro. Logo após, no Distrito Federal foi criado o primeiro presídio feminino, construído especificamente para ser um presídio para mulheres, não readaptado como os demais (CURCIO, 2017).

Cabia às freiras do Bom Pastor d`Angers a recuperação moral e educação a respeito das tarefas do lar, tidas como responsabilidades femininas. Por sua vez, o Estado estava incumbido das leis, imposições dos castigos e atividades administrativas (CURCIO, 2017). Com relação à Penitenciária Madre Pelletier, as freiras ficaram em sua direção do ano que foi criado até 1981, quando passou a ser administrado pelo Estado.

Nesse sentido, a religião moldava as mulheres ditas ‘criminosas’, como instrumento de aceitação social. As mulheres, privadas de liberdade eram catequizadas, a partir de valores morais e sociais para a condição feminina da época. O propósito seria

apresentar novamente à sociedade como mulheres piedosas, recatadas, discretas e pacíficas. Dedicando-se às prendas domésticas, elas estariam aptas para voltar ao convívio da sociedade e da família, caso fossem solteiras ou sem vocação para o casamento, estariam preparadas para a vida religiosa (SOARES; ILGENFRITZ, 2002).

Em seus estudos, Foucault (1996), traduz o corpo como objeto e alvo de poder e esses corpos podem ser manipulados, modelados, treinados, pois, para ele o corpo dócil é aquele que pode ser submetido, utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado. A disciplina e a vigilância objetivam docilizar os corpos e os comportamentos. Refere-se aqui, o papel importante na domesticação das mulheres, o objetivo de conduzir a mulher ao seu destino doméstico e reprimir sua sexualidade, ao mesmo tempo em que a religião fortalece essa concepção social do papel da mulher para/com a sociedade, enaltecendo os papéis de gênero que se manifestam também no campo jurídico. Por óbvio, o papel da religião se mostrava de forma distinta com relação aos homens: para eles a restauração dentro das penitenciárias se dava com sentido de legalidade e de trabalho.

A propósito, como salienta Curcio (2017), desta forma se constrói a lógica de que homens e mulheres devem direcionar seus modos de sentir, agir e pensar de acordo com seu gênero, determinado de forma arbitrária, “de acordo com o local social, econômico, político e cultural no qual fazem parte” (p.13).

Para Scott (1995), o gênero é compreendido como as relações constituídas a partir da forma como a sociedade percebe as diferenças biológicas entre os sexos, ou seja, gênero é uma percepção sobre as diferenças sexuais, onde elas são hierarquizadas dentro de uma maneira de pensar engessada e dual. Portanto, pensar na forma como os significados culturais dessas diferenças são construídos, posicionando-se novamente dentro de relações hierárquicas. Nos movimentos pela ressocialização das mulheres, homens e mulheres deveriam ter características bem definidas de masculinidade e feminilidade (Nóbrega, 2020). Para Smart (1997), os desvios de padrões esperados para a época eram considerados patológicos, pois os aspectos culturais eram desconsiderados.

Em que pese, podemos perceber que determinadas instituições produzem e reproduzem memórias que se mantêm até hoje. Segundo Curcio (2017), podemos compreender de duas perspectivas, a primeira como uma memória-hábito que conserva e memoriza as condutas e os comportamentos dos sujeitos sociais e a segunda como uma memória-arquivo, a qual determinadas regras são recuperadas de forma constante para o fim de sua manutenção.

4.1 A ESTRUTURA INSTITUCIONAL DOS PRESÍDIOS FEMININOS NO BRASIL

Se os discursos que se constroem e que são repetidos percebem diferenças entre homens e mulheres, então os tratamentos dedicados aos mesmos não se darão da mesma maneira. Até porque, mediante o vigiar e o controlar, deve-se tornar tais indivíduos úteis e dóceis ao que é socialmente aceito (Curcio, 2017, p.14).

Pensar na instituição prisional feminina implica em observar ideologias, metas e ideias que envolvem suas razões e funções. Daí a importância da contextualização histórica de sua criação, observando também o momento punitivo, legislativo e político do país. Questão relevante a ser pensada é sobre a quem cabia a prestação de cuidados às mulheres presas. A escolha da Congregação Nossa Senhora da Caridade do Bom Pastor d'Angers nos mostra, de certa forma, como a delinquência, o sentido de punição e questões como laicidade estatal e prática prisional eram percebidas naquele período.

Desde meados do século XX, os chamados penitenciariistas, médicos e juristas de profissão, refletiam sobre o encarceramento no país, sobre a função das penitenciárias e sobre soluções para seu melhor funcionamento visando aliar a ciência à prática carcerária. As reflexões passavam, obrigatoriamente, por sugestões e projetos de homens especializados na “ciência penitenciária” (ANDRADE, 2011). Os penitenciariistas eram vistos como vozes significantes para a modernização das instituições prisionais em um período onde a humanização da pena e do sistema penitenciário eram o foco do pensar sobre a reintegração do “delinquente” ao meio social. Com relação aos presídios femininos, Lemos Britto, Victório Canepa, Roberto Lyra e Cândido Mendes são exemplos de penitenciariistas que tiveram papel importante na estruturação da separação dos espaços de encarceramento feminino e masculino.

Na segunda metade do século XIX as questões prisionais preocupavam aqueles que acreditavam na modernização do sistema penitenciário, pois as prisões eram lugares insalubres, com violência e fome, além de doenças que acometiam tanto os condenados quanto os guardas. A solução, em um primeiro momento, foram as Casas de Correção, que marcaram um passo importante na mudança do momento punitivo nacional, pois adotaram a execução das penas com trabalho, ou seja, a pena laboral prescrita pelo juiz. O objetivo era dar trabalho ao condenado e que assim, seriam corrigidos e poderiam voltar ao convívio social.

Entretanto esse esforço de dar ao aprisionamento uma função, que não retirar meramente o condenado do meio social foi marcado também pela violência, pois havia uma discrepância entre o discurso, o papel e a prática. De forma geral, mostrou-se necessário um debate sobre investimento público, formas punitivas, crime, criminoso e leis penais. Identificar as regras de pensamento e as ações que moldam as políticas e as práticas das condições sociais que se submetem ao controle do crime não é simples para discutir as mudanças no campo prático, Garland (2008) deixa claro isso ao identificar que “estrutura” e “mudança estrutural” são um campo complexo, com diferentes racionalidades e multidimensional que a partir da submissão de um processo de transição, revelam-se sinais de continuidade e descontinuidade.

O projeto de lei apresentado por Paulo Egydio, nos últimos anos do século XIX, propunha aos médicos, principalmente aos psiquiatras, uma atenção especial, pois as penitenciárias seriam locais de cura e tratamento terapêutico. Por isso, profissionais da saúde se tornaram importantes para a medicalização e produção de laudos. O projeto de Lei 254 de 1956 não foi colocado em prática, mas na primeira década do século XX a Penitenciária de São Paulo foi construída, com capacidade para mais de mil detentos, com o objetivo de tratamento, individualização da pena, produtividade laboral, ordem e prática científica (SALLA, 1999).

A penitenciária carregava a mentalidade punitiva, onde a disciplina, trabalho, silêncio e regeneração eram prioridades. Ao ser acolhido, o condenado passava a ser avaliado por seu comportamento, realizando uma anamnese psicológica que objetivava traçar comportamentos anteriores a sua condenação, percebendo, então, a importância do profissional de saúde nesse período para a penitenciária. O alcoolismo, a epilepsia e outras doenças psicológicas poderiam indicar, na época, degenerescência genética como justificativa para o comportamento delinquente.

Contudo, apesar de a Penitenciária de São Paulo ser elogiada por intelectuais brasileiros e estrangeiros, por ser uma penitenciária que seguia o que estava previsto no Código de 1890, a violência não sumiu com a modernização. Castigos físicos, punições como tempos prolongados de escuridão, jejum e a falta de higiene aparecem nos laudos de análise de Salla (1999). Em 1940 a Penitenciária de São Paulo já era considerada ultrapassada, não mais vista como exemplo e sim criticada por seus modos punitivos de tempos remotos que se tentava superar. Para recuperar, não seria aceitável tratar os condenados como delinquentes irrecuperáveis, mas como pessoas que erram e que com o

passar do tempo voltariam ao convívio social (ANDRADE, 2011). Com isso, observamos as mudanças que Garland (2008) propõem com relação às estruturas de controle:

Um complexo reconfigurado de estruturas e de estratégias inter-relacionadas, que são compostas de elementos novos e antigos, o antigo contexto operacional revisado e redirecionado pelo novo, os novos elementos modificados pela contínua influência de práticas profissionais e de modos de pensamento próprios do período anterior” (Garland, 2008).

Deve-se mencionar as mudanças que o campo jurídico sofreu com a alteração do Código Penal de 1890 para o Código de 1940, vigente até os dias atuais. Compreendendo os códigos como uma política pública, são nítidas as percepções sociais com relação aos direitos das pessoas presas de suas épocas.

Basta fazer uma breve análise no Código Penal de 1890, e em nenhum momento será encontrado a normatização da saúde dos(as) condenados(as). Por sua vez, o Código de 1940, trata de questões de saúde, pensando na redução ou suspensão da pena, em situações específicas para pessoas que possuem algum problema mental ou de saúde.

De outra parte, como destaca Nóbrega (2020), era comum que no campo da criminologia não houvesse referências às mulheres. Desde os primeiros estudos até a metade do século XX, as mulheres eram ignoradas ou consideradas suas vivências distorcidas e estereotipadas. Este cenário corresponde ao ideário que se tinha sobre a mulher no momento histórico, os quais seriam determinadas por características biológicas e inatas, pois, enquanto os homens criminosos eram estudados cada vez mais a partir de ideais sociológicas, as mulheres continuavam a ser interpretadas por estudos de cunho médico e psicológico de viés ideológico e sexista (SMART, 1977).

Desde meados dos anos de 1960 e 1970, a chamada "segunda onda" do movimento feminista trouxe uma série de pesquisadoras dos mais diversos campos de estudos que procuravam posicionar as mulheres no centro de estudos em resposta ao androcentrismo das ciências até então. Observa-se que a introdução do enfoque de gênero teve um papel científico e um papel político. Científico porque ampliou a compreensão do funcionamento do sistema penal, social e político, porque desenvolveu, segundo Nóbrega (2020) a suposta neutralidade e racionalidade na formulação e aplicação de normas e de conceitos jurídicos. Além disso, significou a introdução de novos sujeitos produtores do saber (ANDRADE, 1996).

Buscando compreender a estrutura e as mudanças ao longo do tempo com relação ao controle das instituições carcerárias para, possivelmente, compreender as políticas

públicas que foram implementadas e configuradas a partir disso, corrobora-se o pensamento de Garland (2008) e Curcio (2017). Instituições são estruturas que podem ser alteradas, entretanto compõem-se de sujeitos (agentes) não totalmente autônomos diante delas, ou seja, as instituições são construídas e reproduzidas pelos sujeitos que compõem (e refletem) o meio social.

As instituições exercem influência sobre o espaço e nos atores sociais que ali estão envolvidos, bem como repetem hábitos que reproduzem memórias, por meio de vigilância (WACQUANT, 2001), e tal vigilância atua como um poder que naturaliza as regras de condutas sociais que devem ser seguidas. Tais observações ressaltam a teoria de Foucault (1996) de que a prisão não ressocializa, pelo contrário, seu objetivo maior é a punição.

Cabe ressaltar a diferença que a Lei de Execução Penal (Brasil, 1984) aponta sobre os tipos de unidades prisionais. No artigo 82, separam-se os estabelecimentos de acordo com a situação do indivíduo, destinando estabelecimentos penais ao condenado, ao submetido à medida de segurança, ao preso provisório e ao egresso. A partir do artigo 87 até 90, a LEP aponta os destinos das penitenciárias ao afirmar no parágrafo único que a União e estados podem construir penitenciárias tanto para presos provisórios quanto para condenados ao regime fechado, quando sujeitos ao regime disciplinar diferenciado. Ponto relevante de observação são os requisitos que o artigo 89 aponta para as penitenciárias destinadas às mulheres, as quais devem ser dotadas de seção para gestantes, puerpérias e creches. Por sua vez, do artigo 102 a 104, são determinadas as funções da cadeia pública, a qual é destinada aos presos provisórios².

5. PRESÍDIOS FEMININOS: QUEM SÃO ESSAS MULHERES?

“Não é surpresa que a nossa linguagem e escolha de palavras reflita a ‘invisibilidade’ social das mulheres, porque, na nossa cultura, o homem representa o universal, enquanto as características da mulher só são definidas em relação a ele” (Smart, 1977, p. 177-178).

Trazendo à nossa atualidade, é fundamental olharmos para o perfil das mulheres que estão em situação de cárcere hoje em dia no Brasil.

² Neste trabalho as nomenclaturas de “penitenciária”, “cadeira”, “presídio” serão utilizadas como expressão comum, não atreladas a forma literal que a LEP aponta.

Embora a proporção de mulheres presas no país seja de 6,4% do total de 714.665 presos, a taxa de encarceramento feminino cresceu 525% entre 2000 e 2016, das 5.601 reclusas passaram a ser 37.380 (BRASIL, 2018). Os dados do Infopen para Mulheres, realizado pelo Ministério da Justiça, auxilia-nos a traçar o perfil dessas presas. De forma geral, elas obedecem a um padrão de idade, escolaridade, raça, cor ou etnia, maternidade, estado civil e tipo de crime cometido. Além disso, deve-se considerar que muitas dessas mulheres já sofreram abuso sexual e/ou violência doméstica em algum período antes do aprisionamento (CERNEKA, 2018). A guerra às drogas é outro ponto alarmante que deve ser observado, uma vez que, segundo o Atlas de Violência (2017), jovens negros aos 21 anos têm 147% mais chances de serem assassinados, neste contexto, do que jovens brancos. Dessa forma, a violência urbana também encontra mais mulheres negras.

Para pensar a estrutura física e punitiva dos cárceres femininos faz-se necessário mapear os espaços sociais em que as mulheres se enquadravam, suas diferenças raciais e sociais, além de compreender o desenrolar das principais legislações que embasam o tema, o momento político a que elas pertencem, os debates e as práticas penitenciárias do país. Entender o papel da mulher na sociedade, o “dever ser” feminino, os perfis que as mulheres deveriam se encaixar e os ideais que ocupavam nos permitem compreender melhor a estrutura a qual a sociedade brasileira construiu a ideia de cárcere feminino. Nesse sentido, é necessário pensar na prisão de forma não distante e sim como produto da negligência das políticas que tratam diferenças como desigualdades. Em sendo, portanto a prisão um ato político, colocam na mira das possibilidades, como sugere Borges (2019), todos e todas que atendem a características do ser mulher, pobre, negra e LGBTQIA+.

As penitenciárias femininas são distribuídas de forma desproporcional pelo Estado: ao invés de pequenas unidades, as penitenciárias do Brasil são grandes e poucas. Dessa forma, as mulheres tendem a preferir cumprir suas penas em cadeias públicas e distritos policiais, entretanto, esses lugares estão longe de representarem o ideal, pois encontram-se em condições precárias de higiene e superlotação. Muitas vezes faltam camas e atendimentos médicos mais elementares. Não se pode perder de vista que as cadeias públicas foram criadas para abrigar a acusada por pouco tempo: cinco dias prorrogáveis por mais cinco; ou prisão preventiva que deveria durar alguns poucos meses, durante a investigação e o julgamento. Para a lei brasileira, a estada nestes locais deveria ser temporária.

Numa perspectiva comparativa ao contexto internacional, o Brasil se encontra na 4ª posição entre os países que mais encarceram mulheres no mundo, sendo que na primeira edição do Infopen, encontrava-se na 5ª posição. Os estudos quanto à situação das mulheres encarceradas enfrentam algumas limitações: uma delas é o debate de gênero não ser incorporado de forma ampla no sistema prisional, justamente por encontrarmos um maior número de homens encarcerados. A partir disso, é necessário entender as pautas de saúde da população carcerária feminina refletindo sobre suas condições de vida, compreendendo e discutindo os fatores que permeiam o sistema prisional brasileiro e as políticas de saúde.

Na avaliação de Andrade (2011) o sistema carcerário reproduz o sexismo que está presente na sociedade para além dos muros das penitenciárias. Além do crime cometido, a mulher também é julgada pelos papéis que foram socialmente atribuídos a ela.

Segundo Angela Davis (2018), os sistemas punitivos têm sido marcadamente masculinos porque refletem a estrutura legal, política e econômica direcionada a homens, sendo o espaço público negado às mulheres e o espaço doméstico e privado sua determinação de vida. Ocorre que, considerando a história punitiva sobre as mulheres, no momento em que os homens começam a ser penalizados nas prisões como quebra de contrato com a sociedade, em âmbito público, tratando como algo dentro da normalidade masculina, as mulheres são submetidas a penas em hospitais psiquiátricos, instituições mentais e até mesmo em espaços religiosos, como vimos anteriormente na estrutura do cárcere no Brasil. Nessa perspectiva compreende-se melhor a construção da “mulher louca, histérica ou anormal”, enraizada na sociedade (BORGES, 2019).

Como já dito anteriormente, as mulheres eram consideradas incorrigíveis até o século XVIII, e nesta ideia suas correções estavam postas no campo da moral. Ao mesmo tempo, as punições masculinas estavam dispostas para a correção, a reflexão e trabalho no momento de privação da liberdade. As reformas que foram surgindo não romperam com essa lógica de domesticação das mulheres e segundo Borges (2019) é apenas a partir do século XX que as punições femininas se aproximam das masculinas no Brasil. Ocorre que a igualdade prisional acabou por agravar a opressão que as mulheres que compõem o sistema prisional sofrem, como aborda Angela Davis (2018), a combinação destrutiva de racismo e misoginia mantém suas terríveis consequências nas prisões femininas. As mulheres possuem necessidades diferentes e "esse uso de respeito a um tratamento igual intensifica o contexto de violência a que essas mulheres são submetidas no contínuo desrespeito aos direitos humanos nas unidades prisionais" (Borges, 2019, p.73).

A relação de destinação dos estabelecimentos por sexo aponta uma característica interessante: o sistema penal foi, inicialmente, projetado para o público masculino, e a partir de determinado momento, há relevância em estudar as mulheres e as políticas públicas de saúde, de acordo com as suas especificidades. Esta destinação de separação por sexo está prevista na Lei de Execução Penal (LEP) de 1984 e foi também incorporada à Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional - PNAME (Portaria Interministerial nº 210/2014) com a proposta de mostrar que as estruturas e arquitetura dos estabelecimentos prisionais não estão capazes de assegurar as especificidades das necessidades das mulheres, como por exemplo, espaços para aleitamento, espaço para os filhos, espaços para custódia de mulheres gestantes, espaços para equipes multidisciplinares de atenção à saúde da mulher como informa o INFOPEN mulheres (BRASIL, 2018).

A LEP (Brasil, 1984) pouco faz menção às mulheres em seu texto, mesmo sendo considerada por muitos juristas uma das mais avançadas leis de execução penal. O artigo 3º da LEP indica: “Ao condenado e ao interno serão assegurados todos os direitos não atingidos pela sentença ou pela lei”, acrescido do parágrafo único que afirma “Não haverá qualquer distinção de natureza racial, social, religiosa ou política” (BRASIL, 1984). Em nenhum momento se faz referência a gênero no texto.

Conforme destaca França (2014), esse não reconhecimento em relação às diferenças entre homens e mulheres não pode ser omitido; e pode indicar formas de discriminação no atendimento à mulher presa. Durante a redação da LEP, a mulher é mencionada uma vez no artigo 19º que trata da assistência educacional.

Depreende-se do até aqui exposto que o sistema prisional apresenta inúmeros exemplos que demonstram como gênero é categoria fundamental para entender a questão da punição e a organização dessas estruturas e instituições. Há diversas formas de violência que são reproduzidas dentro do cárcere, como a negligências médicas, negação ao acesso ao controle reprodutivo, os contornos de violência psicológica que essas mulheres trazem e continuam a sofrer dentro do cárcere, além da insalubridade do cotidiano para a higiene íntima, o que é bastante relatado ao longo da pesquisa de Queiroz (2019). Para tanto, trazendo dados do Infopen Mulher 2018, 74% das unidades prisionais são destinadas para os homens, enquanto 7% ao público feminino e 16% caracterizados como mistos, onde há espaços/alas específicas para homens e para mulheres dentro de um mesmo estabelecimento.

No cenário internacional, as Regras das Nações Unidas para o tratamento de mulheres presas e medidas não privativas de liberdade para mulheres infratoras, conhecida como as Regras de Bangkok, definidas em Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), em 2010, são um marco normativo internacional importante que aborda a situação do superencarceramento que propõem um olhar específico na questão de gênero no que se refere ao encarceramento feminino. Por ser membro da ONU, o Estado brasileiro deve respeitar as regras, mas como bem coloca Cerneka (2018), não pode sofrer sanções por não as cumprir. Mesmo assim, algumas medidas ainda se mostram tímidas, pois é necessário que haja alternativas que abordam questões como o racismo, dominação masculina, classismo, a LGBTQI+fobia.

No que tange à saúde da população feminina, nas regras de aplicação geral as Regras de Bangkok, principal marco normativo internacional que aborda a problemática da saúde e que, também, serve de complemento para as Regras Mínimas para Tratamento de Reclusos, popularmente conhecida como Regras de Mandela (UNODOC, 2015), pode-se encontrar as recomendações:

A acomodação de mulheres presas deverá conter instalações e materiais exigidos para satisfazer as necessidades de higiene específicas das mulheres, incluindo absorventes higiênicos gratuitos e um suprimento regular de água disponível para cuidados pessoais das mulheres e crianças, em particular mulheres que realizam tarefas na cozinha e mulheres gestantes, lactantes ou durante o período da menstruação. (UNODOC, 2015, p.)

Com relação aos serviços de cuidados à saúde, o atendimento médico específico para mulheres é citado, deixando claro em seu primeiro item a necessidade de ser oferecido às presas o atendimento médico equivalente àqueles disponíveis na comunidade (ONU, 2010). Em outro momento, nos é apresentado o tópico referente aos serviços preventivos de atenção à saúde, onde:

Mulheres presas devem ter o mesmo acesso que mulheres não privadas de liberdade da mesma faixa etária a medidas preventivas de atenção à saúde de particular relevância para mulheres, tais como o teste de Papanicolau e exames de câncer de mama e ginecológico” (Bangkok, 2016, p.).

As regras de Bangkok não observam apenas o tratamento da saúde materna, o que acontece em muitas das políticas para mulheres. Percebem, além, a necessidade de as mulheres presas prevenirem doenças sexualmente transmissíveis, bem como menciona programas de tratamento para o consumo de drogas. Tais regramentos parecem responder

às altas taxas de mulheres encarceradas portadoras de HIV e usuárias de drogas ilícitas. A prevenção ao suicídio e o cuidado com a saúde mental são peças importantes nas políticas de saúde para essa população.

Os dados levantados pelo Infopen Mulheres de 2016 trazem a taxa de suicídio entre mulheres no sistema prisional vinte vezes maior que a média nacional. Podemos vincular a isso às más condições das unidades prisionais, que foram adaptadas para as mulheres e que, ainda assim, não são adequadas para suas demandas e particularidades, mas também a quebra dos vínculos familiares e comunitários, dentre eles o distanciamento dos filhos, entre outras dificuldades, tanto sociais como econômicas.

6 DIREITO À SAÚDE PARA A POPULAÇÃO NO SISTEMA CARCERÁRIO: POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL

O artigo 38 do Código Penal (1940) estabelece que " o preso conserva os direitos não atingidos pela perda de liberdade, impondo-se a todas as autoridades o respeito à sua integridade física e moral". A Lei nº 7.210, de 1984, que institui a Lei de Execução Penal, afirma que a assistência ao preso e ao internado é dever do Estado (artigo 10) e que tal assistência explicitamente envolve a saúde (artigo 11). A Lei de Execução Penal (LEP), em seu artigo 1º, determina que "a execução penal tem por objetivo efetivar as disposições de sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado". A humanização da sanção penal está presente no artigo que dispõe sobre condições favoráveis para a "recuperação" das pessoas em custódia do Estado, com consequência a volta social do indivíduo. Os artigos 10º e 11º, conforme mencionado, ressaltam a importância do papel do Estado com relação à saúde da pessoa restrita de liberdade: "A assistência ao preso e ao internado é dever do Estado, objetivando prevenir o crime e orientar o retorno à convivência em sociedade".

No contexto de integralidade que o SUS aporta, o diálogo entre as pessoas encarceradas e a sociedade estabelecem laços sociais além daqueles pautados na violência (SÁ e SILVA, 2009). Neste sentido, um importante passo para estreitar essa relação foi a Lei de Execução Penal (LEP) de 1984 que garante no artigo 14º, "a assistência à saúde do preso e do internado, de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico" (BRASIL, 1984). No entanto, este assunto estava vinculado aos interesses e responsabilidades das políticas de segurança pública.

Em relação às pessoas privadas de liberdade, a oferta de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e cuidados são indispensáveis para garantir o acesso aos serviços de saúde de qualidade, observando sempre as diferenças e especificidades dos grupos. Por sua vez, poucos anos antes da Constituição cidadã de 1988, o atendimento em saúde às pessoas reclusas em unidades prisionais estava previsto na LEP (Brasil, 1984). Incluído o parágrafo 3º pela Lei nº 11.942 de 2009 que assegura às mães presas e aos recém-nascidos condições mínimas de assistência, sendo este a única especificidade voltada às mulheres.

O ideal de um sistema de saúde público e universal foi debatido na 8ª Conferência Nacional de Saúde, dando origem ao artigo 196 da Constituição Federal de 1988. Em seu texto, a Constituição define como papel do poder público, a regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde. A organização se daria de forma descentralizada, com atendimento integral e participação da comunidade. O objetivo é que o sistema se mantenha com recursos governamentais da União, estados e municípios. Prevê que as instituições privadas podem participar de forma complementar ao SUS e deve ser feito por meio de contratos de direito público ou convênio, dando preferência às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos. Por sua vez, as ações do governo precisam ser submetidas aos Conselhos de Saúde. Tais conselhos são formados por usuários e prestadores de serviços. O SUS passa a ser formalizado e instituído em 1990, apesar do marco inicial ser a Constituição de 1988, por meio das leis 8080/90 e 8142/90.

Sob a perspectiva das características específicas do sistema prisional como isolamento, superlotação, situações de violência, outras enfermidades podem acarretar em casos graves para além da ideia de doenças biológicas. Segundo Mourão et al (2015) a vulnerabilidade às doenças infectocontagiosas para a população privada de liberdade são especialmente altas e com isso a necessidade de acesso às ações de atenção à saúde em todos os níveis de complexidade deve ser ofertada. Vale apontar que a mulher que se encontra em situação de prisão tem limitadas suas ações e o direito de livre acesso nos espaços institucionais, assim mediante dificuldade de controlar as próprias decisões, essa mulher apresenta não alterações relacionadas aos aspectos biológicos, como também às questões emocionais, tornando-a vulnerável para a presença de outras morbidades.

Observando tais demandas, o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça instituíram o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), por meio da Portaria Interministerial nº 1.777 de 9 de setembro de 2003, com o objetivo de prover

para a população carcerária a atenção integral à saúde e sua inclusão, de fato, e não apenas de direito, no SUS.

Até 2003, com a aprovação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), foi proposta a ampliação para equipes multiprofissionais e previstas ações de promoção da saúde e de atenção no nível básico, com o propósito de contribuir para o controle e ou redução dos agravos mais frequentes à saúde da população privada de liberdade (Portaria n. 1.777, 2003). Antes as garantias à saúde da mulher presa restringiam-se, na prática, à saúde materno-infantil, ou seja, a mulher recebia um pouco mais de atenção no sistema penal quando vinculada a uma criança. Tal experiência nos mostra, de certa forma, como se interpreta a saúde da mulher pelas políticas de saúde de modo geral. As políticas com frequência dão ênfase aos direitos reprodutivos da mulher. A saúde da mulher normalmente é pensada a partir da maternidade, e mais especificamente do controle da sua saúde reprodutiva, na medida em que as políticas governam seus corpos definindo o que as mulheres querem, se devem ou não ter filhos e quantos. Neste sentido, as propostas se aproximam às da Política de Atenção Básica, orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equipe e da participação social (Brasil, 2012).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) instituída pela Portaria Interministerial nº 1 de 2 de janeiro de 2014, tem como objetivo garantir o acesso integral ao SUS da população privada de liberdade. Ela tenta qualificar e humanizar a atenção básica no sistema prisional com ações conjuntas nas áreas da saúde e da justiça, nas três esferas de governo. Também se refere a ampliação das equipes multidisciplinar de profissionais de saúde, rompendo com os padrões previstos na LEP, buscando a inclusão de outros profissionais de saúde nas unidades prisionais, com, por exemplo, assistentes sociais e psicólogos, mostrando uma visão ampliada de saúde, não mais centrada no médico. Os serviços de saúde dentro das instituições devem estar integrados a uma Unidade Básica de Saúde fora das instituições. A partir de então, a saúde passa a ser garantida também aos familiares e indivíduos que circulam nos espaços prisionais, além dos próprios indivíduos reclusos.

A PNAISP impulsiona outras resoluções para minorias, sendo elas a “resolução nº 1 de 10 de fevereiro de 2014, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; a resolução conjunta CNPCP e Conselho Nacional de Combate à Discriminação e

Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais de 15 de abril de 2014, a qual dispõe sobre o acolhimento da população LGBT em privação de liberdade no Brasil e prevê, dentre outros aspectos, a atenção integral à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais” (LERMEN et al, 2015).

6.1 UNIVERSALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL: CONQUISTAS E NEGAÇÕES DE DIREITOS

A universalização da saúde constitui um dos ideários do movimento sanitário que foi reconhecido na Constituição Federal de 1988, compondo os princípios básicos do SUS (SOUSA, p.228. 2014)

Ao longo da história da saúde no Brasil, podemos observar algumas mudanças em suas estruturas. Romper a linha divisória que existia, entre o direito restrito à assistência médica individual, exercida pelos trabalhadores com emprego formal e que contribuem diretamente para a previdência social, àqueles que não conseguiam entrar no mercado de trabalho e eram tratados como indigentes, dependentes de ações de organizações filantrópicas e submetidos às práticas clientelistas, foi o ponto chave das mudanças que vieram com a Reforma Sanitária e com a aprovação da Constituição Federal de 1988 (SOUSA, 2014). A Reforma se torna relevante para a garantia do acesso à saúde de todos, acarretando em mudanças nos modelos adotados na área da saúde, visando a melhoria das condições de vida da população brasileira (PAIM, 2008).

Para Sousa (2014), considerando a saúde como um direito social, a compreensão de universalidade pode ser entendida de formas diferentes, a partir de duas abordagens: a social democrática que constrói o direito social inerente a todas e todos; e a liberal que compreende que o acesso deve ser viabilizado através do mercado. Por sua vez a Reforma Sanitária firmava o acesso à saúde como direito de todos, com caráter público/estatal, garantindo sua aplicação a partir de recursos públicos gerados por contribuições sociais. No entanto, organismos financeiros internacionais afirmam que o sistema de saúde não comporta a totalidade da população e por isso, sobrecarrega as finanças do Estado. Neste sentido: “o Estado só deve intervir residualmente, de forma focalizada, dualizando o acesso: o público para os que não podem pagar e o privado para os que tem condições de comprar” (SOUSA, 2014, p.228)

Observa-se que na primeira abordagem todos tem acesso, na segunda os recursos se tornam seletivos, a política compensatória e o acesso restrito. De acordo com Cohn

(2005), focalização e universalização estão relacionadas às formas de pobreza e desigualdade social que fundaram o sistema de proteção social no Brasil e a principal barreira é contestar a herança de divisão das políticas sociais via Estado/mercado e garantir tais direitos de fato.

Na concepção de Ocké-Reis (2009), o SUS foi inspirado em experiências do Estado de bem-estar europeu e foi construído baseado em crenças democráticas que fizeram parte do processo de redemocratização do país. Tomando como base países desenvolvidos, Mendes (2005) também enfatiza dois grandes modelos de sistemas de saúde no mundo, os primeiros são Canadá, Reino Unido, Itália e Suécia, baseados em princípios de solidariedade social e o segundo fundado no princípio do individualismo e do mercado, como por exemplo, os Estados Unidos e sobre o Brasil refere-se

O SUS constitucional propõe um sistema público universal para todos os brasileiros, expresso na saúde como direito de todos e dever do Estado, o SUS real vai se consolidando como um espaço destinado aos que não tem acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado" (MENDES, 2005, p.35).

Neste prisma, se o princípio da universalidade é fragilizado, implicações na efetividade de outros princípios fundamentais, como equidade e as necessidades dos sujeitos e suas capacidades, podem apresentar outras debilidades. A partir disto, se pensarmos em um contexto de desigualdade social, indivíduos em situação de vulnerabilidade, como a população do sistema carcerário, essa fragilização se reflete nos limites do acesso aos serviços e também na garantia do atendimento integral.

6.2 LEIS ORGÂNICAS DO SUS: LEI 8.080/1990 E LEI 8.142/1990

A Constituição Federal de 1988 assegurou que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Garantiu, nos marcos da lei, o ingresso das populações mais desassistidas nas ações e serviços de saúde. Contudo, para concretizar esse direito foi fundamental a regulamentação trazida por duas leis: a Lei Orgânica da Saúde, Lei n. 8.080 de 1990, que regulamenta o SUS e a Lei n. 8.142 de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS.

A Lei 8080/90 trata da organização, direção, gestão e competência da federação, dos estados e dos municípios, onde detalha os objetivos e as atribuições do SUS. A participação complementar do sistema privado quando os serviços públicos forem insuficientes também está prevista nesta lei. A lei regulamenta os recursos do SUS, os quais são provenientes do Orçamento da Seguridade Social. Os valores que são transferidos para os estados e municípios seguem o perfil demográfico, perfil epidemiológico da população, características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área, desempenho técnico, econômico e financeiro, níveis de participação do setor da saúde nos orçamentos como critérios. Já na esfera federal, os recursos são administrados pelo Ministério da Saúde, por meio do Fundo Nacional de Saúde.

O objetivo da segunda Lei n. 8142/90 é monitorar as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Ela trata da Conferência de Saúde que acontece a cada quatro anos representados por diversos setores sociais que avaliam a situação de saúde e propõem as diretrizes para a formulação da política de saúde. Por sua vez, os Conselhos de Saúde têm caráter permanente e deliberativo, com a função de formular estratégias e controlar a execução da política de saúde nas instâncias correspondentes. São compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais da saúde e usuários. Para o âmbito estadual temos o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e no município o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

As Leis nº 8.080/90 e 8.142/90, as quais regulamentam o SUS, apresentam, entre outras questões, importante organização na estrutura da saúde pública brasileira. Como princípios éticos a universalização, a integralidade e a igualdade e princípios normativos, a descentralização e a participação social. Neste ponto podemos destacar a participação social na gestão das políticas de saúde, sendo a principal ferramenta para promover a equidade (FILHO, 2016). Para Costa (2006), o conceito de igualdade é apresentado no princípio ético na Lei 8080/90, pois para ele, a equidade aparecerá quando houver participação social no campo da saúde por meio da democracia participativa, ou seja, para que a equidade seja promovida, se faz necessários grupos e movimentos sociais em situação de vulnerabilidade e exclusão social em espaços de permanente diálogo. Para tanto, a equidade torna-se um princípio que norteia as ações políticas, o sentido de justiça e o conceito amplo na questão da saúde, demandando iniciativas concretas, de natureza multidisciplinar, visando à proteção aos direitos humanos.

7. SAÚDE PARA MULHERES NO BRASIL: DO PROGRAMA À POLÍTICA NACIONAL

No contexto das políticas públicas de saúde para mulheres, historicamente, as diretrizes estiveram bastante voltadas aos parâmetros da atenção materno-infantil. Esses programas foram elaborados nas décadas de 1930, 1950 e 1960, refletindo uma visão restrita sobre as mulheres, compondo um papel social de boa mãe, cuidadora dos filhos e da família, baseada em especificidades biológicas (FERREIRA; SALES, 2017).

A partir dos anos 1980 a resistência do movimento sanitário quanto a implementação de programas de controle demográfico, contribuiu para a sustentação técnica e política do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) de 1983. Segundo Costa (2009), foi neste momento que alianças estratégicas foram sendo definidas e envolvendo alguns setores governamentais como o Conselho dos Direitos das Mulheres, com apoio do Ministério da Saúde e do movimento feminista.

De acordo com Souto (2008) a criação da PAISM, em 1983:

representou um marco na história das políticas públicas voltadas para as mulheres, pois, pela primeira vez: (...) ampliou-se a visão de integralidade presente nas formalizações do movimento sanitário, para incorporar a noção de mulher como sujeito, que ultrapassava sua especificidade reprodutiva, para assumir uma perspectiva holística de saúde (p.165)

Para tanto, o PAISM rompe com certos paradigmas materno-infantil e reconhece a livre escolha dos padrões de reprodução. É com a Constituição de 1988 e a instituição do SUS que o planejamento familiar se torna livre arbítrio das pessoas. A PAISM contempla as etapas e ciclos da vida, incluindo os assuntos reprodutivos e situações da vida das mulheres (FERREIRA; SALES, 2017).

Com a criação do SUS na década de 1990 e a conseqüente municipalização e reorganização da atenção básica, o PAISM ganha força, mesmo que a saúde reprodutiva ainda tenha destaque nos assuntos referentes à saúde da mulher (SOUTO, 2008).

Segundo Souto (2008), a política pública voltada para a integralidade é aquela que está estabelecida para um determinado grupo e que pode ser observada a partir de duas dimensões ao conceituar integralidade, discorre:

[...] um conceito polissêmico e possui diferentes analisadores, e um deles encontra-se (...) como: costume dizer que a integralidade tem duas dimensões: a vertical e a horizontal. A vertical inclui a visão do ser humano como um todo, único e indivisível. E a horizontal é a dimensão da ação da saúde em todos os campos e níveis. (p.163)

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), elaborada em 2007, adota princípios de humanização e de qualidade da atenção em saúde, objetivando o reforço do PAISM. A Política Nacional de Integração à Saúde da Mulher indica ações de saúde que se traduzem na resolução de problemas que antes eram identificados como a satisfação das usuárias, fortalecimento da identificação das mulheres diante de suas demandas, promoção do autocuidado e na promoção de direitos.

8 MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE, EGRESSAS DO SISTEMA PRISIONAL, POLÍTICA PÚBLICA E DESAFIOS

As formas de governo têm como correlatos campos de saber que objetivam a saúde, a educação, a habitação, a alimentação, mas sobretudo, objetivam certo modo de ser (Bernardes, 2005).

Buscando observar as políticas públicas de saúde em uma linha do tempo é possível analisar que a Lei de Execução Penal, publicada em 1984, não faz referência à saúde da mulher, no entanto, em sua revisão publicada em 2009, inclui-se no inciso 3º, a Assistência à Saúde, voltada a atendimento médico à mulher, principalmente ao pré-natal e pós-parto, extensivo ao recém-nascido. O PNSSP (2003) observa a assistência à saúde da mulher privada de liberdade englobando o pré-natal e incluindo o controle do câncer cérvico-uterino. A PNAISP (2014) aborda maiores especificidades dos indivíduos no sistema prisional, impulsionando o acesso integral ao SUS desta população.

A Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas (PNAMPE), instituída na Portaria interministerial nº 210, em 16 de janeiro de 2014, modifica o olhar para a mulher dentro do sistema prisional, pois inclui a prevenção a todos os tipos de violência contra as mulheres, a capacitação permanente de profissionais do sistema prisional feminino, a assistência material e a assistência jurídica.

Quando se fala em políticas públicas de saúde a partir do SUS, o termo "integralidade/integral" é apresentado por diversas vezes e torna-se central em todos os debates. Sob os conceitos que o SUS está baseado, a universalidade indica as ações e os

serviços de saúde que devem ser garantidos a todos e todas, a equidade que tem como objetivo diminuir as desigualdades investindo onde a carência é maior, e a integralidade que visa atender as necessidades dos indivíduos, incluindo promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação (MEDEIROS, 2009). No entanto não se pode deixar de destacar a importância do princípio da integralidade em conjunto com outras políticas públicas, justamente para assegurar uma atuação intersetorial entre diferentes áreas, o que de certa forma pode ser percebido na PNAMPE.

As regras de BANKOK, que em 2021 completam 10 anos, de certa forma acendeu este ideal de intersetorialidade, no entanto alguns papéis como da reprodução ainda são reforçados e outras especificidades do corpo feminino, como por exemplo a menopausa, não são vistas ou pouco são abordadas nas políticas de saúde.

Segundo Medeiros (2005), o corpo da mulher está determinado como um corpo que reproduz e, dessa forma, as políticas de saúde para mulheres estão intrinsecamente ligadas à reprodução, seus cuidados com o corpo, marcando determinadas formas de ser mulher. Neste caminho, Foucault (2004) aponta que os discursos formam os objetos de que falam, ou seja, são práticas na mesma medida em que constituem sujeitos e corpos. Para tanto, ao nomear partes do corpo feminino como principais ou não, as políticas de saúde prescrevem, a partir disso, quais os procedimentos devem ser adotados e quais condutas devem ser evitadas. Questões relacionadas à violência, saúde mental, gênero devem também ser abordadas, para além da gestação, mamas, útero no âmbito das políticas de saúde para mulheres.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os direitos das mulheres encarceradas são violados de diversas maneiras pelo Estado, desde a desatenção a direitos essenciais, como a saúde, políticas de reintegração social, como a educação, o trabalho e preservação de vínculos e relações familiares. Neste prisma, é possível observar que a trajetória das políticas públicas de saúde para a população carcerária segue um caminho linear, desde as primeiras falas sobre saúde e os direitos dessa população na LEP (Brasil, 1984), até a PNAMPE, onde a saúde da mulher tem maior expressão e menor enfoque somente na reprodução. Desta forma, mostram-se

desafiadores os princípios de integralidade do acesso do SUS com relação à inclusão das mulheres encarceradas em políticas públicas de saúde.

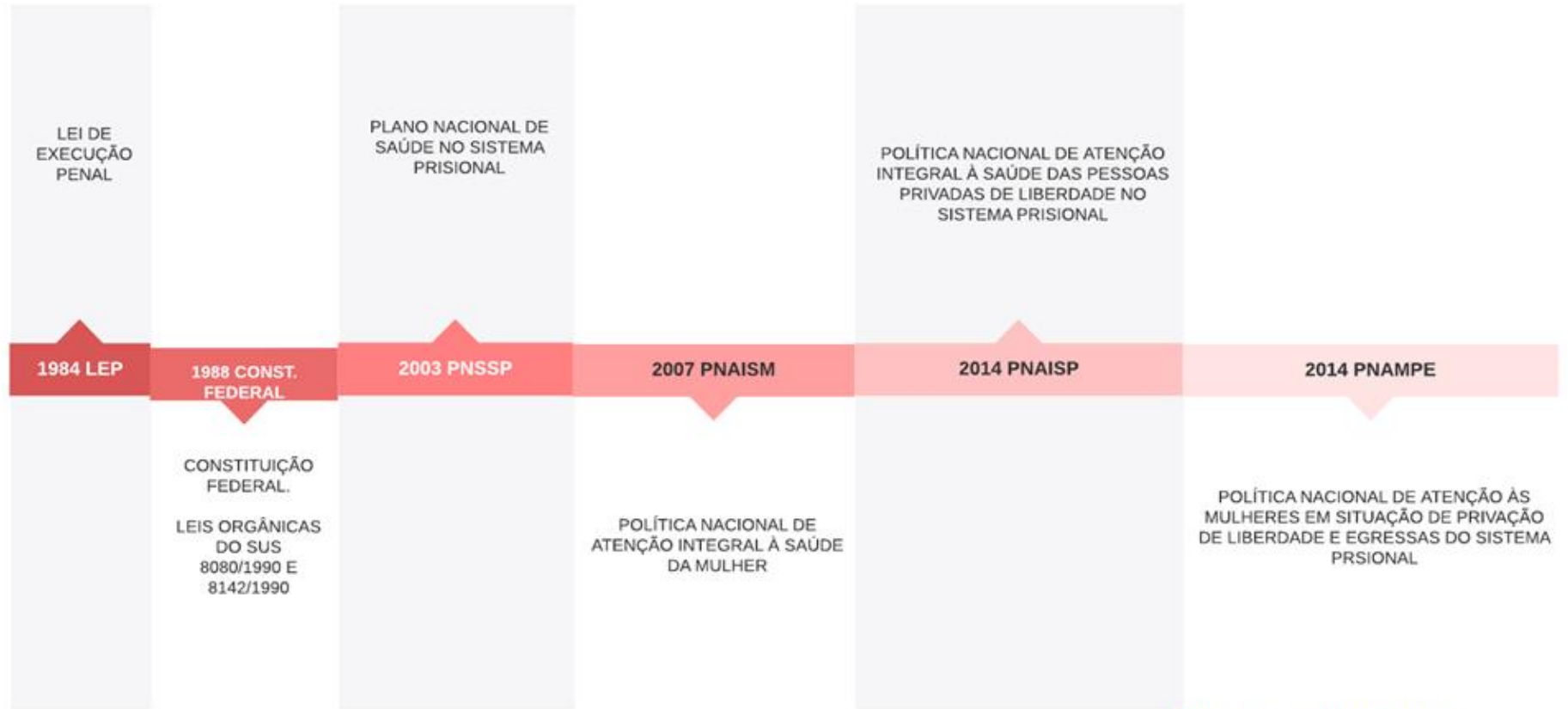
No que diz respeito às questões sobre direitos sociais, à saúde mental e as melhores condições de vida na prisão, as estruturas do cárcere e a convivência quase nunca estão adaptadas às necessidades das mulheres, uma vez que são desenhadas a partir de uma perspectiva masculina.

O Código Penal no artigo 38, texto de 1940, incorpora o sujeito de direitos, entretanto a LEP de 1984 começa a legitimar tal processo. Ainda em 1984, com a LEP, a saúde estava vinculada às políticas de segurança pública e não de saúde, somente com o PNSSP, em 2003 houve organização de ações e serviços de saúde vinculados com as diretrizes do SUS. O PNSSP legitima o acesso de acordo com o SUS, trata do conjunto das políticas sociais de saúde e de segurança. Sua implementação acontece no mesmo ano da 12^a Conferência Nacional de Saúde (CNS), onde o tema era justamente o direito de todos à saúde. A partir disso, firma-se a ideia de que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” que já estava previsto na Constituição de 1988. Soma-se ao que já foi posto, a Lei 8080/90 e 8142/90 sobre as diretrizes do SUS.

Com o objetivo de organizar o serviço de saúde dentro dos estabelecimentos prisionais, o Ministério da Saúde e da Justiça criaram o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário – PNSSP (portaria 1.777/2003). Mais recentemente, a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional – PNAISP (portaria nº 1, de 02 de janeiro de 2014) entra em operacionalização em 1º de abril de 2014 e especificamente às mulheres presas destaca-se a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMP), publicada no mesmo ano.

Para ilustrar de forma mais clara o desenvolver destas políticas e planos, foi elaborada a linha do tempo na qual apresenta os marcos que se destacam a partir do cenário proposto neste trabalho (Figura 1).

Figura 1 Linha do tempo dos principais marcos normativos em relação à saúde de mulheres privadas de liberdade no Brasil desde 1984 a 2021



Fonte: Elaborado pela autora (2021)

Pode ser observado na Figura 1 que a linha do tempo se inicia na LEP de 1984, pois o código penal de 1940 não trata das especificidades da pessoa privada de liberdade. É na LEP (Brasil, 1984) que pela primeira vez entende-se o indivíduo preso como sujeito de direitos, no entanto não faz referência a gênero em seu texto, apenas no que tange a separação de estabelecimentos por sexo. Neste período, a saúde estava vinculada às políticas de segurança. Em 1988, como maior marco normativo, há a Constituição e as leis orgânicas do SUS. Em 2009, no entanto, a LEP é revisada, incluindo diretrizes sobre o pré-natal, pós-parto e saúde do recém-nascido. Dando sequência à linha temporal, em 2003, a PNSSP é implementada, a qual objetiva a inserção da população carcerária na atenção integral à saúde, fazendo referência ao SUS e suas leis orgânicas. Antes da PNSSP, a mulher recebia maior atenção quando grávida ou quando vinculada a uma criança. Em 2007 a PNAISM rompe com certos paradigmas de reprodução, tendo como base o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher. Em 2014 atentamos para dois momentos, o primeiro são as ações conjuntas entre a área da saúde e da justiça na PNAISP, na ampliação das equipes multidisciplinares que rompem com os padrões propostos pela LEP (Brasil, 1984). A PNAISP aborda outras especificidades como pessoas com transtornos mentais, promoção e acolhimento da população LGBT em privação de liberdade. Em um segundo momento do ano de 2014, consideramos a PNAIMPE, a qual inclui a prevenção e combate a violência, assistência material e jurídica em sua estrutura.

Neste trabalho foi possível observar o avanço da percepção sobre a importância em se discutir a saúde das mulheres encarceradas e egressas do sistema prisional, mesmo que perceptível a ênfase na reprodução e na maternidade. Entende-se importante a perspectiva da maternidade, uma vez que perpassa pela vida de grande parte das mulheres, além de tocar nos direitos dessas crianças, porém não deveria ser foco e centro do debate da saúde das mulheres. Toda via, deixar de observar o papel que a sociedade estruturalmente patriarcal espera das mulheres com relação aos seus corpos, sexualidade e reprodução, prejudicaria a análise deste trabalho

Sem embargo, é importante priorizar o pleno acesso das mulheres ao sistema público de saúde, com o objetivo de que seja garantido não somente a atenção integral à saúde, mas também uma assistência de qualidade, que respeite as questões de gênero e as vulnerabilidades peculiares. Deve prever o acesso a serviços voltados à educação, ao desporto, ao lazer e à área ocupacional. Obstáculos estruturais e políticos que afetam a condição de vida nesses ambientes. No caso das mulheres, a prisão implica problemas

com maior impacto, como o abandono familiar, a maior estigmatização social e os altas incidências de problemas de saúde e sofrimento mental.

Para contribuir na ampliação do acesso dessas mulheres privadas de liberdade, os profissionais de saúde que atendem no sistema prisional tornam-se agentes importantes, no momento em que conhecem os direitos dessas mulheres e os recursos existentes no Sistema Único de Saúde (SUS). Contribui, também, o envolvimento de órgãos gestores como a Administração Penitenciária e a Justiça Criminal. A não garantia dos direitos sociais no contexto do sistema prisional representa descaso à Constituição Federal e aos princípios dos Direitos Humanos e Fundamentais. Para tanto, não há dúvidas de que o Estado materializa sua força nas prisões imprimindo o poder de punir e exterminar, transformando-as em um instrumento de segregação e aniquilação. A falta de políticas públicas intersetoriais no ambiente prisional penaliza duplamente estas mulheres.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Cândido Mendes de. As mulheres criminosas no centro mais populoso do Brasil: **Diário Oficial dos Estados Unidos do Brasil**. Rio de Janeiro, 4 mar. 1928. Anno SXVII. N.53. p. 6293-6298.

ANDRADE, Bruna Soares Angotti Batista de. **Entre as leis da Ciência, do Estado e de Deus: O surgimento dos presídios femininos no Brasil**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.

ANDRADE, Vera Regina Pereira de. Violência sexual e sistema prisional: proteção ou duplicação da vitimação feminina? **Sequência: Estudos Jurídicos e Políticos**, Florianópolis, v. 17, n. 33, p. 87-114, jan. 1996.

BERNARDES, Anita. **Estratégias de produção de si: biotecnologias e humanização**. 2005. Ensaio temático - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

BORGES, Juliana. **Encarceramento em massa**. São Paulo: Pólen, 2019. p. 144.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei 7210, de 11 de julho de 1984. **Lei de Execução Penal**. 1984.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde nº 8**. 1990.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias: INFOPEN**. 2018. Disponível em: <<https://www.justica.gov.br/news/mj-divulgara-novo-relatorio-do-infopen-nesta-terca-feira/relatorio-depen-versao-web.pdf>>. Acesso em: 20 jan 2021.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)**. 2014

BRITTO, José Gabriel de Lemos. **Os Sistemas Penitenciários do Brasil**. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 1924. v.1. Disponível em: <http://bd.camara.leg.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/20419/systemas_penitenciaros_brito_volume2.pdf?sequence=4>. Acesso em: 14 fev 2020.

CERNEKA, Heidi Ann. Regras de Bangkok: está na hora de fazê-las valer. **Boletim IBCCRIM**, p. 18-19, 2018.

COHN, Amélia. O SUS e o direito à saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**, 2005.

COSTA, A.M.; LIONÇO, T. Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde? **Saúde e Sociedade**. vol.15 n. 2, São Paulo Maio/Ago. 2006.

COSTA, A.M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**. 2009; 14(4): 1073-1083.

CURCIO, Fernanda Santos. **As memórias das prisões femininas no Brasil**. 2017. Tese de Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Memória Social, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

DAVIS, Angela. **Estarão as prisões obsoletas?** Rio de Janeiro: Difel, 2018.

DENTES, N. M. **Execução penal, individualização da pena e os direitos da mulher presa**. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

DEPEN (Departamento Penitenciário Nacional) junho de 2017, disponível em:
<http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen-mulheres/copy_of_Infopenmulheresjunho2017.pdf>

FARAH, Marta. Gênero e políticas públicas. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis: UFSC, v12, n. 1, p. 47- 71, 2004

FOUCAULT, Michel. **Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1996.

FERREIRA, H. M.; SALES, M. D. C. Saúde da mulher enquanto Políticas Públicas. **Salus J Health Sci**, v. 3, n. 2, p. 58-65, 2017.

FILHO, Marden Marques Soares. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). **Saúde, Justiça e Direitos Humanos**, p. 8, 2016.

FLEURY, Sonia. A seguridade social e os dilemas da inclusão social. **Revista de Administração Pública-RAP**, v. 39, n. 3, p. 449-467, 2005.

FRANÇA, Marlene Helena de Oliveira. Criminalidade e prisão feminina: uma análise da questão de gênero. **Revista Ártemis**, v. 18, n. 1, p. 212-227, 2014.

GARLAND, David. **A Cultura do controle: crime e ordem social na sociedade contemporânea**. Rio de Janeiro: Revan, 2008.

GORCZEWSKI, Clovis; SEVERO, Priscilla Paola. Políticas públicas de seguridade social: a necessidade de ampliação da proteção social como forma de concretização dos direitos humanos: **Seminário Internacional Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea**. Florianópolis: maio de 2019.

GORCZEWSKI, Clovis; KONRAD, L.R. A educação e o plano nacional de educação em direitos humanos: efetivando os direitos fundamentais no Brasil. **Revista do Direito** (UNISC. Impresso), v. 39, p. 18-42, 2013.

IPEA. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Atlas da Violência**, 2017.

LERMEN, Helena Salgueiro, et al. Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 2015, 25: 905-924.

LUCENA, Mariana Barrêto Nóbrega de. **Mortes Violentas de mulheres no Brasil e novas vulnerabilidades**: da violência do patriarcado privado à violência do patriarcado público. Gramado: Aspas, 2020.

MEDEIROS, Patricia Flores de; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Revista Estudos Feministas**, v. 17, n. 1, p. 31-48, 2009.

MENDES, E. V. O SUS e a atenção primária de saúde - Entrevista. **Revista APS**, v.8, n.2 p. 218-219, jul./dez/. 2005.

MORRIS, Norval; ROTHMAN, David J. (Ed.). **A história da prisão em Oxford**: a prática de punição na sociedade ocidental. Oxford University Press, 1995.

MOURÃO, Luana Feitosa et al. Promoção da Saúde de mulheres encarceradas: um relato de experiência. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 14, n. 1, 2015.

OCKÉ-REIS, C. O. A Constituição de um modelo de atenção à saúde universal: uma promessa não cumprida pelo SUS? In: **Textos para discussão**. n.1376, Séries Seguridade Social. Rio de Janeiro: CNPq; MCT, 2009.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2008.

QUEIROZ, Nana. **Presos que menstruam**. 11ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2019.

SÁ e SILVA, F. A cidadania encarcerada: problemas e desafios para a efetivação do direito à saúde nas prisões. In Costa, A.B et al (Orgs.), **O Direito achado na rua**: introdução crítica ao direito à saúde. Brasília: CEAD/UnB. 2009

SALLA, Fernando. **As Prisões em São Paulo**: 1822-1940. São Paulo: Annablume, 1999.

SOUSA, Aione Maria da Costa. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. **Revista Katálysis**, v. 17, n. 2, p. 227-234, 2014.

SOUTO, KMB. A política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero. **SER Social**. 2008; 10(22): 161-182

SOUZA, Celina. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 65-86, 2007.

SOARES, Bárbara Musumeci; ILGENFRITZ, Iara. **Prisioneiras**: vida e violência atrás das grades. Rio de Janeiro: Garamond, 2002.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**. Porto Alegre, v. 20, n. 2, jul./dez. 1995.

SMART, Carol. **Women, Crime and Criminology**: a feminist critique. London, Henley e Boston: Routledge&Kegan Paul, 2013.

SCHULTZ, Águida Luana Veriato; DIAS, Míriam Thais Guterres; DOTTA, Renata Maria. Mulheres privadas de liberdade no sistema prisional. **Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. e36887-e36887, 2020.

UNODC. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Reclusos (Regras de Nelson Mandela). Viena: UNODC, 2015. E-book .Disponível em: https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-P-ebook.pdf Acesso em 20 jan. 2021

WACQUANT, Loïc. As prisões da miséria. Zahar, 2001.