

REVISTA
**DIREITO SEM
FRONTEIRAS**

I. DOCTRINA NACIONAL

2

**O ACESSO ÀS CONDIÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE DA MULHER NO
CÁRCERE: UMA ANÁLISE A PARTIR DA SITUAÇÃO DA PRESA NA
PENITENCIÁRIA MODULADA DE IJUÍ/RS**

**THE ACCESS OF BASIC HEALTH CONDITIONS OF WOMEN IN PRISON:
AN ANALYSIS FROM THE PRISONER SITUATION IN THE MODIFIED
PENITENTIARY OF IJUÍ / RS**

*Joice Graciele Nielsson¹
Anna Paula Bagetti Zeifert²
Raissa Hauenstein Barcellos³*

1 Doutora em Direito Público pela UNISINOS-FURB (2016); Graduada em Direito pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (2010) e Mestre em Desenvolvimento pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (2012); Professora do Programa de Pós-Graduação em Direito - Mestrado em Direitos Humanos - e do Curso de Graduação em Direito da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, atuando principalmente nos seguintes temas: Gênero, Feminismo, Constituição, Diversidade, Teoria da Justiça, Direitos Humanos. Autora radicada no Brasil. E-mail: joice.gn@gmail.com.

2 Doutoranda em Filosofia, Área de Concentração Ética e Filosofia Política, Linha de Pesquisa Estado e Teorias da Justiça, pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Mestre em Desenvolvimento, Gestão e Cidadania pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (2004). Especialista em Direito Privado (2002), com ênfase em Hermenêutica Jurídica, e Graduada em Direito pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (2000). Autora radicada no Brasil.

3 Advogada. Bacharel em Direito pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Autora radicada no Brasil.

Como citar este artigo:

NIELSSON, Joice Graciele; ZEIFERT, Anna Paula Bagetti; BARCELLOS, Raissa Hauenstein. **O acesso às condições básicas de saúde da mulher no cárcere: uma análise a partir da situação da presa na penitenciária modulada de Ijuí/rs.** Revista Direito Sem Fronteiras – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Foz do Iguaçu. Edição Especial. 2017; v. 1 (3): 29-46.

RESUMO

O presente trabalho de pesquisa faz uma análise da situação da mulher no cárcere, a possível violação de direitos fundamentais, bem como as principais dificuldades em conseguir ter o mínimo de dignidade na prisão e acesso às condições básicas de saúde. Para seu desenvolvimento foi adotado o modelo de estudo de campo, quantitativo e descritivo, tendo como base a coleta de dados e a realização de entrevistas com o Diretor e os profissionais de saúde que atuam na Penitenciária Modulada de Ijuí/RS. Os dados coletados foram tabulados e discutidos a partir de referenciais teóricos que analisam a problemática.

Palavras-chave: Sistema Penitenciário. Direitos Sociais. Dignidade Humana.

ABSTRACT

The present research analyzes the situation of women in prison, the possible violation of fundamental rights, as well as the main difficulties in achieving the minimum of dignity in prison and access to basic health conditions. For its development was adopted the field study model, quantitative and descriptive, based on the collection of data and interviews with the Director and health professionals working in the Modified Penitentiary of Ijuí / RS. The data collected were tabulated and discussed based on theoretical references that analyze the problem.

Keywords: Penitentiary System. Social rights. Human dignity.

INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos tem-se observado um aumento significativo no número de mulheres no sistema carcerário o que tem gerado certa preocupação em razão de que muitas penitenciárias foram projetadas para abrigar indivíduos do sexo masculino e não estão preparadas para atender as necessidades das mulheres, e garantir o acesso a condições básicas de higiene e saúde. Tal situação, muitas vezes, provoca desrespeito e violação da dignidade e de direitos já adquiridos pelas mulheres.

Assim, o presente estudo busca fazer uma análise da situação da mulher encarcerada na Penitenciária Modulada de Ijuí/RS e, também, responder aos seguintes questionamentos relativos à temática: a) quais os motivos e os fatores que contribuem de forma significativa para o aumento da criminalidade feminina? b) quais são os problemas enfrentados dentro do cárcere com relação às condições de saúde e higiene e que possibilitam identificar violações a direitos e, principalmente, a dignidade das detentas? c) como o Estado brasileiro garante acesso às condições básicas de saúde das detentas a fim de promover uma melhor qualidade de vida no sistema prisional? d) a legislação brasileira protege e garante o bem estar e o acesso às condições básicas de saúde das mulheres encarceradas? Ainda, com relação à Penitenciária Modulada de Ijuí/RS, questiona-se: a) qual o perfil da mulher encarcerada na Penitenciária Modulada de Ijuí? b) como a

penitenciária está estruturada para o atendimento às detentas que necessitam acesso aos serviços de saúde? c) os agentes envolvidos, especificamente os profissionais da saúde, compreendem sua missão enquanto responsáveis pela garantia da dignidade e respeito ao ser humano?

Nesse contexto, é objetivo da pesquisa compreender a situação da mulher no cárcere, em especial a violação dos direitos fundamentais, analisando o perfil da mulher presa, bem como as principais dificuldades em conseguir ter o mínimo de dignidade na prisão e acesso as condições básicas de saúde. Especificamente, analisar como a Penitenciária Modulada de Ijuí/RS busca observar as ações previstas na Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para atingir os objetivos propostos, a pesquisa seguiu um modelo de estudo de campo, quantitativo e descritivo, tendo como base a coleta de dados e a realização de entrevistas com o Diretor da unidade prisional e os profissionais de saúde que atuavam na Penitenciária Modulada de Ijuí/RS no ano de 2015. A Penitenciária possuía, no momento da pesquisa, 5 profissionais: 1 médico clínico geral, 1 técnico em enfermagem, 1 médico infectologista, 1 psiquiatra e 1 auxiliar de consultório odontológico.

Por fim, a pesquisa obteve autorização junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ/RS) e da Superintendência dos Serviços Penitenciários do Estado do Rio Grande do Sul (SUSEPE/RS), para acessar o banco de dados da instituição e realizar as entrevistas.

1. O SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO E A MULHER

Os números relacionados ao encarceramento de pessoas no mundo são assustadores e vêm aumentando significativamente. No Brasil, segundo o Infopen (2015), existem 607.731 pessoas presas, cerca de 300 para cada 100 mil habitantes. Se somados aos 147.937 presos em prisão domiciliar no ano de 2014, segundo informações do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), constata-se que há no país 775.668 pessoas privadas de liberdade, um número 6,7 vezes maior do que em 1990 (OBSERVA GÊNERO, 2015). Em 2014, esclarece Audi Et al. (2016), para abrigar tamanha população, o país contava com 1.478 instituições prisionais, com capacidade para abrigar 318.739 presos, apresentando um nível de ocupação de 171,9%.

Neste cenário, em geral, de 2% a 9% da população carcerária mundial é composta por mulheres, isto é, mais de 625 mil mulheres são mantidas em instituições penais (ICPS, 2017). Entre os anos de 2006 e 2012, em um total de 187 países monitorados pelo *International Centre for prison studies* (ICPS, 2017), constatou-se um aumento de mais de 16% na população carcerária feminina. Neste cenário, aponta o relatório *Observa Gênero* (2015), o número de presas em nível mundial aumentou 50% desde 2000, ultrapassando o crescimento entre os homens.

Seguindo o cenário mundial, no Brasil, em 2014, o Infopen Mulheres (2015), informou que havia 37.380 mulheres presas, um aumento significativo de 256% de 2000 a 2014, passando a representar cerca de 7% da população carcerária brasileira.

No mesmo período, o aumento no número de homens presos foi de 130%, quase a metade. Deste modo, conforme o *Institute for Criminal Policy Research* (ICPS, 2017), o Brasil é o quinto país com mais mulheres encarceradas no planeta, e embora estas ainda representem uma pequena porcentagem do total, esse contingente cresce mais acentuadamente que a dos homens.

Significativo, também, configura-se o crescimento da aplicação do regime fechado e de prisões provisórias para mulheres. Segundo o Infopen Mulheres (2015), a distribuição dessa população por regimes de cumprimento de pena é: 44,1% (12.945 mulheres) cumpria pena em regime fechado, 15,7% (4.607 mulheres) em regime semiaberto, 4,1% (1.201 mulheres) em regime aberto e 34,4% (10.100 mulheres) em regime provisório, no sistema de polícia. Havia ainda o contingente de 1,7% (494 mulheres) em cumprimento de medida de segurança. Portanto, 78,5% do total encontrava-se em unidades prisionais, como penitenciárias ou delegacias (INFOPEN MULHERES, 2015).

O perfil social destas mulheres privadas de liberdade segue, em larga medida o perfil da população carcerária geral: pessoas pobres, com baixa escolaridade, majoritariamente negras e excluídas do mercado formal de trabalho. No caso das mulheres, este perfil constitui presas fáceis ao sistema de justiça criminal, especialmente devido ao papel que ocupam no tráfico de drogas, o crime que mais prende mulheres hoje no Brasil. Este processo em muito se aproxima do que Lóïc Wacquant (2003) descreve como criminalização da miséria, o qual, quando transportado para a realidade brasileira, denota que: “a prisão funciona como principal aparelho punitivo e de repressão sobre essa classe, e o Estado enquanto principal regulador dessa política máxima quanto à salvaguarda dos interesses capitalistas e mínima quando se refere à responsabilização frente aos investimentos sociais. O sistema penitenciário brasileiro não foge a essa regra e seus indicadores vêm demonstrando a ineficácia dos argumentos de reintegração social contraditoriamente ao seu papel segregador e vulnerabilizador de determinados segmentos da sociedade” (SANTOS, 2011, p. 45).

Especificamente com relação às mulheres, o cárcere concretiza uma dupla discriminação, por ser mulher e por ser presa, concretizando o papel de “punir e castigar através do afastamento social” (SANTOS, 2011, p. 45). Uma espécie de “aspirador da escória social”, refugio da sociedade de mercado (WACQUANT, 2003; 2004), representando a junção de violências e humilhações cotidianas, como vetor de desagregação familiar, de desconfiança cívica e de alienação individual. Por tudo isso, “o impacto danoso do encarceramento não age apenas sobre o detento, mas também, e de modo mais insidioso e injusto, sobre sua família: deterioração da situação financeira, desagregação das relações de amizade e de vizinhança, enfraquecimento dos vínculos afetivos, distúrbios na escolaridade dos filhos e perturbações psicológicas graves decorrentes do sentimento de exclusão aumentam o fardo penal” (WACQUANT, 2004, p. 221).

A maioria das mulheres presas é acusada de praticar crimes sem violência e, na maioria das vezes, por envolvimento com drogas. De acordo com o Infopen Mulheres (DEPEN, 2015), 63% das mulheres encarceradas estão detidas por crimes relacionados ao tráfico. Sobre as drogas, Wacquant observa que o argumento habitualmente invocado de que a inflação carcerária corresponde a uma redução

da criminalidade ao “neutralizar” os condenados atrás das grades, que assim não oferecem mais perigo, é completamente ilusório, porque, “quando aplicado à delinquência de baixa periculosidade, o encarceramento desmesurado equivale a ‘recrutar’ novos delinquentes por efeito de substituição” (WACQUANT, 2004, p. 222). Assim, assevera o autor, uma vendedora de pequena quantidade de droga detida é imediatamente substituída por outra, contanto que haja demanda da mercadoria e expectativa de lucro. A substituta, por sua vez, estará mais disposta à violência para se firmar e assegurar seu negócio, redundando em mais criminalidade, de modo que: “a prisão tem a característica de uma bomba social que aspira-e-expele: ela devolve à sociedade indivíduos capazes de cometer ainda mais delitos e crimes em virtude do corte sociobiográfico que a reclusão exerce; da carência de programas de “reinserção” durante e após o encarceramento; e da série de restrições, incapacidades e outros prejuízos decorrentes de uma passagem pela polícia” (WACQUANT, 2004, p. 222).

Sobre o perfil das mulheres presas por tráfico de drogas, já em pesquisa realizada por Ilgenfirtz e Soares (2002) no Rio de Janeiro no fim da década de 1990, evidenciou-se que 56,1% das prisões estavam associadas a esta razão. No estudo, as autoras mapearam o lugar que essas mulheres ocupavam na “rede do tráfico”: em torno de 50% declararam estar em funções subsidiárias ou subalternas, como “mula” ou “avião” (que transporta a droga), “vapor” (que negocia pequenas quantidades), “assistente/fogueteira” (que controla a presença da polícia); 27% se definiram como “bucha” (a pessoa presente na cena em que são efetuadas as prisões de alguém envolvido) e 10,7% como cúmplices. Poucas se identificaram como “vendedoras” e apenas uma pequena parte se intitulou como “abastecedora/distribuidora”, “traficante”, “caixa/contabilidade”, “gerente” e “dona de boca”, papéis principais.

Neste espiral, na atualidade, afirma Braga (2015, p. 539), normalmente, as mulheres continuam ocupando papéis secundários na economia do tráfico, como transporte, vigilância e manutenção de entorpecentes em casa, “são atividades que permitem conciliar as atividades domésticas com atividades tidas como criminosas e que, ao mesmo tempo, deixam as mulheres mais expostas às prisões em flagrante, com materialidade comprovada e, portanto, com menos chances frente ao sistema de justiça criminal”. Além disso, muitas dessas mulheres são presas justamente ao tentar ingressar com drogas nas prisões masculinas, com o intuito de levá-las aos seus companheiros, filhos e parentes em geral. Essa conduta, além de ser uma causa de aumento de pena do crime de tráfico, faz com que a mulher seja levada da unidade visitada diretamente para a prisão, em flagrante. (BRAGA, 2015).

Somado a estes fatores, afirma Simas Et al. (2015), a aplicação da Lei de Drogas (Lei 11.343/06) combinada com a Lei de Crimes Hediondos (lei 8.072/90) tem implicado uma enorme limitação à concessão de benefícios processuais e de execução penal. “Por exemplo, inviabiliza a concessão de fiança, bem como aumenta o prazo para a progressão do regime prisional e para o livramento condicional” (SIMAS Et al., 2015, p. 567).

Por tudo isso, importante destacar que o aumento de mulheres encarceradas, devido ao crime de tráfico de drogas, em um movimento intensificado especialmente pela interação amorosa com traficantes, perpassa por questões sociais e de gênero. As

mulheres infratoras deixam de ser vistas como mulheres pacatas, dedicadas ao amor romântico e ao cuidado do lar e dos filhos, passando a ser vistas como delituosas, bandidas, capazes de cometer crimes, contradizendo os papéis de gênero socialmente esperados para mulheres no patriarcado.

Partindo desse pressuposto, pode-se entender que as mulheres encarceradas constituem um grupo de reclusas e exclusas da sociedade. Desde o momento em que são consideradas delinquentes, passam a viver uma ruptura dupla em relação com o seu espaço social e com o papel delas esperado: são infratoras da lei, e infratoras das normas culturais da sociedade patriarcal, “fracassam” enquanto cidadãs e enquanto mulheres, e desse modo, são duplamente punidas. Constitui-se, a partir da discriminação de gênero, uma verdadeira “sobrepena”, gerada especialmente pela falta de políticas públicas que considerem a condição das mulheres, e pela “inadequação estrutural do sistema prisional às necessidades femininas”, pois, em regra, as prisões femininas não passam de meras adaptações de espaços masculinos, o que torna os impactos da prisão ainda mais severos, implicando uma sistemática violação dos direitos humanos. (SIMAS Et al., 2015, p. 550).

Cabe ressaltar, diante desta questão, que o artigo 5º, inciso XLVIII, da Constituição Federal de 1988 impõe que a pena deve ser cumprida em estabelecimentos distintos, de acordo com a natureza do delito, a idade e o sexo do/a apenado/a (OBSERVA GÊNERO, 2015). No entanto, atualmente, os estabelecimentos prisionais no país totalizam 1.424 unidades, 1.074 masculinas, 103 femininas e 239 mistas. Concretamente, nestes espaços prisionais, encontram-se pavilhões, alas e celas adaptadas para mulheres e, em sua maioria, não há qualquer forma de tratamento voltado para a ressocialização das presas, tampouco creche e berçário para seus filhos.

A prisão feminina expõe especificidades correlacionadas ao gênero, e a saúde da mulher, como questões de saúde reprodutiva e infantil, de proteção e assistência social à maternidade e à infância nesse ambiente, todos os temas relevantes no contexto ético-jurídico contemporâneo de direitos humanos reconhecidos no âmbito internacional e nacional (SIMAS Et al., 2015). Tamanha vulnerabilidade das mulheres encarceradas é ainda acentuada para as detentas grávidas e para aquelas que, tendo dado à luz seus filhos durante o encarceramento, vivem com eles em prisões insalubres, sob a vigilância constante e num contexto incompatível com um desenvolvimento afetivo, motor e psicossocial harmonioso. Por tudo isso, poucas mulheres em situação de privação de liberdade conseguem manter os vínculos familiares, ocorrendo a perda e/ou fragilização das relações entre filhos e mães presas e a família. Verifica-se ainda, conforme Braga (2015), a existência de um índice elevado de abandono de presidiárias por parte dos maridos e/ou companheiros.

Envoltos neste conflito existente entre cárcere e interação familiar, especialmente no caso de presas mulheres, afirma Santos (2011), estão relatos de sentimentos de solidão, tristeza, abandono e revolta, por terem que cumprir a pena sem interação com os filhos e familiares, sem notícias ou visitas. Todas estas questões emocionais e psicológicas afetam a permanência das mulheres no sistema carcerário, e agravam ainda mais as violações de direitos, uma vez que repercutem diretamente no campo biológico, constituindo-se em fontes primárias para doenças psicológicas.

A fim de enfrentar este cenário penoso, o Brasil é signatário de Tratados Internacionais de Direitos Humanos que versam sobre a situação da população encarcerada. Em 1957 a Assembleia Geral da ONU aprovou as Regras Mínimas para o Tratamento do Preso, com princípios e orientações de organização institucional e prática penitenciária. No entanto, as mulheres e jovens privadas de liberdade tiveram que esperar mais de cinquenta anos para terem seus direitos e especificidades reconhecidos pela legislação internacional, com a aprovação em 2010, pela mesma Assembleia, das Regras para o Tratamento das Mulheres Presas (Regras de Bangkok). A regra n. 1 de Bangkok determina atenção às necessidades específicas das mulheres a fim de alcançar a substancial igualdade de gênero, de materializar o princípio da não discriminação, este previsto na regra n. 6 das Regras Mínimas para o Tratamento do Preso. (BRAGA, 2015, p. 531).

Do ponto de vista simbólico, a aprovação das regras foi um importante passo na garantia de direitos. Contudo, ainda que o Estado brasileiro deva respeito a elas, não há sanção por não cumpri-las. A violação de todos os tipos de direitos segue sendo a regra nas nossas prisões, e seus números e histórias ficam trancados atrás das grades. Segundo Heidi Cerneka (2012, p. 18): “[...] há uma escassez total de informação sobre as regras de Bangkok e poucos estudos sobre as mulheres encarceradas. Mesmo que isso tenha melhorado nos últimos anos, ainda faltam dados concretos e sérios sobre este assunto, para garantir que políticas públicas nacionais e internacionais correspondam à realidade e às necessidades da mulher. As Regras 67-70 apontam a falta de informação desse assunto e a necessidade de fomentar investigações, estudos e divulgação sobre a realidade e das causas das mulheres em conflito com a lei”.

Da mesma forma, do ponto de vista da legislação nacional, pode-se dizer que houve um considerável avanço na última década. A Lei n. 11.942/09 deu nova redação aos artigos 14, § 3º, 83 e 89 da Lei de Execução Penal (Lei n. 7.210/84) para assegurar às mães presas, aos recém-nascidos e às crianças condições mínimas de assistência. A Lei n. 12.203/12, que reformou a matéria de medidas cautelares, inseriu no artigo 318 do Código de Processo Penal a previsão de substituição da prisão preventiva pela prisão domiciliar nos casos de gestante a partir do sétimo mês de gravidez, ou sendo esta de alto risco, e de pessoa imprescindível aos cuidados especiais de pessoa menor de 6 anos de idade ou com deficiência. Mais recentemente, a promulgação da chamada Lei de Convivência Familiar (Lei n. 12.962/14) alterou o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) para facilitar a convivência da criança e do adolescente com seu pai ou mãe presa. (BRAGA, 2015, p. 531).

No entanto, ressalta Braga (2015, p. 531), longe da soberania da lei, o chão da prisão continua sendo feito de violações de direitos, que caracterizam o passado e o presente do sistema prisional brasileiro e se acentuam em relação às mulheres encarceradas. “Há um déficit histórico em relação ao planejamento e à execução de políticas públicas voltadas ao coletivo feminino nas prisões”, uma vez que a maioria das políticas penitenciárias (cuidados com a saúde, regime de visita, manutenção de vínculos, arquitetura prisional) foi pensada para a população masculina, tradicionalmente majoritária nos estabelecimentos prisionais.

2. A SAÚDE DA MULHER PRESA COMO UM DIREITO HUMANO FUNDAMENTAL

Traçado um panorama geral da situação de encarceramento feminino no Brasil, este tópico aprofundará a reflexão sobre a situação de saúde desta população, e as políticas públicas implementadas pelo Estado Brasileiro quanto à temática. Inicialmente, cabe ressaltar que as ações de saúde pública para a população, em geral, e para a carcerária, em especial, representam um direito de cidadania. Portanto, é responsabilidade do Estado a preservação da vida, da integridade física e mental e da saúde dos indivíduos.

No entanto, mesmo diante desta previsão constitucional, o déficit na assistência à saúde da população de um modo geral, e especialmente da população privada de liberdade permanece assombroso, o que se acentua ainda mais em se tratando de populações vulneráveis femininas. Afinal, a sociedade brasileira tem conceitos arraigados no modelo patriarcal, que inscreve o “ser mulher” em uma condição de subordinação e desvalorização, que aumenta significativamente quando imputada à mulheres negras, indígenas, lésbicas, residentes em área rural e em condição de cárcere, contribuindo, conseqüentemente, para o aumento da situação de vulnerabilidade e total desrespeito.

No cenário atual, cabe destacar que a Constituição Federal estabelece que o acesso à saúde deve ser garantido de forma universal e igualitária (art. 196), e assegura de forma expressa o direito à integridade física e moral das pessoas presas (art. 5º, XLIX). Além disso, a Lei de Execução Penal prevê ser dever do Estado a assistência à saúde do preso e do internado, que, se necessário, será prestada fora do estabelecimento penal, e garante às mulheres o direito a acompanhamento médico específico (art. 14). No entanto, um breve olhar histórico basta para demonstrar que a saúde no sistema prisional consistiu, durante muito tempo, de ações pontuais e intervenções específicas no caso de algumas doenças contagiosas, passando a contar com um diferencial apenas a partir da Lei de Execução Penal, nº 7.210/84 e mais tarde, da Constituição Federal de 1988 que assumiu a saúde como dever do Estado e direito de todo cidadão por meio do SUS. Tal proposição, afirma Martinho (2015), passou a incluir, embora timidamente, a saúde da população do sistema prisional pelo princípio da universalidade.

Desde a CF/88 um longo caminho veio sendo traçado, tendo como marco a publicação das Portarias Interministeriais (Saúde e Justiça) nº 668/2002 e nº 1.777/2003, que instituíram o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), vigente de 2002 a 2013. Embora tenha sido alvo de diversas críticas, Martinho (2015) aponta que o Plano representou um significativo avanço, se comparado à LEP/1984, especialmente ao instituir atenção integral (prevenção, promoção, assistência) à saúde da população prisional, superando a lógica pontual de atenção oferecida até então. Com o Plano, buscou-se efetivar o acesso da população presa a ações e serviços em saúde, ampliando as estratégias do cuidado para as mulheres, considerando que condições de vida e de saúde são importantes, porque afetam não apenas o comportamento das pessoas como também a sua capacidade de funcionar como membro da comunidade, principalmente quando se toma como

referência a população encarcerada, a qual tem como determinante para o seu bem-estar físico e psíquico as condições de confinamento.

A elaboração do Plano foi importante também, porque especificamente com relação à saúde da mulher, incorporou as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), implementada em 2004. A implementação do PNAISM buscou superar a lógica imperante até a década de 70, quando a atenção à saúde da mulher apresentava um caráter reducionista, ancorado no modelo de “mulher-mãe”, tendo seu enfoque restrito à gravidez e ao parto. O objetivo, portanto, tornava-se efetivar ações de promoção, prevenção e tratamento da saúde junto a grupos de mulheres historicamente marginalizadas pelo cotidiano social, como as presidiárias.

No entanto, mesmo sob a vigência do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) na primeira década do século XXI, as presas permaneceram em situação de exclusão e marginalidade, aumentando, conforme demonstrado no tópico anterior, os índices de encarceramento e de morbimortalidade. Neste cenário, permaneciam insuficientes as políticas públicas e os investimentos de recursos direcionados à saúde, especialmente à saúde da população carcerária, e mais ainda, das mulheres presas.

A fim de corroborar tal cenário, em 2007, o Governo Federal lançou um Relatório sobre as Mulheres Encarceradas (BRASIL, 2007), propondo a reorganização e reformulação do sistema prisional feminino com o apoio da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) e do Ministério da Justiça (MJ). Esse relatório referia especialmente às condições físicas degradantes nas cadeias e presídios, o déficit de vagas, a insalubridade (falta de água, água contaminada, tubulações quebradas e enferrujadas, provocando o vazamento de excrementos), a violência institucional, como o uso de práticas de tortura, e péssimos ou inexistentes serviços em saúde.

Objetivando a mudança desse cenário, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária publicou duas resoluções direcionadas à assistência em saúde para pessoas privadas da liberdade. A Resolução n. 07/2003, que abordava a implantação de ações em saúde dentro do sistema penitenciário e, mais tarde, a Resolução n. 02/2008, que recomendava a condução de presas(os) para o atendimento à saúde fora do espaço penitenciário com condições mínimas de segurança. Para assegurar a efetividade de tais ações, o PNSSP estabeleceu linhas prioritárias. Entre essas, as ações de Atenção Integral à Saúde, que deveriam ser desenvolvidas por equipes multidisciplinares nas unidades básicas dentro do sistema penitenciário, além da oferta de serviços continuados nas unidades de referência de média e alta complexidade, como os centros especializados, os laboratórios, os prontos-socorros e os hospitais para atendimento da população carcerária.

Novamente, embora possam ser percebidas tentativas no sentido da ampliação e humanização do atendimento às mulheres presas dentro do sistema penitenciário, as tentativas foram insuficientes para repercutirem significativamente na condição de vida das mulheres presas. Conforme refere o Boletim Observa Gênero (2015), nos poucos espaços em que estes foram implementados, as presas permaneceram desconhecendo grande parte dos serviços de saúde oferecidos, a funcionalidade das ações desenvolvidas pela equipe multidisciplinar, limitando o enfoque ao modelo curativista.

Novamente, visando à efetivação de todo o instrumental normativo já existente, foram concebidas, recentemente, duas políticas de âmbito nacional tendo como escopo a atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída de forma conjunta pelos Ministérios de Saúde e da Justiça em 2014⁴, e o programa Saúde Prisional, lançado pelo Conselho Nacional de Justiça em junho de 2016.

Segundo a apresentação oficial, a PNAISP foi criada com o objetivo de “ampliar as ações de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) para a população privada de liberdade”, de modo que “os serviços de saúde no sistema prisional passem a ser ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, qualificando também a Atenção Básica no âmbito prisional como porta de entrada do sistema e ordenadora das ações e serviços de saúde pela rede”. Assim, parte da importante premissa de que, sendo um direito universal, a assistência à saúde do preso, como a de qualquer outro cidadão, se insere e deve ser oferecida no âmbito do Sistema Único de Saúde e de forma integrada aos seus serviços regulares, sobrepondo-se às condicionantes intrínsecas ao sistema de justiça criminal⁵.

Buscou-se, na concepção da PNAISP, superar as deficiências que levaram ao esgotamento do antigo Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) e criou-se, de forma complementar, o Serviço de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicadas à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP)⁶. Constituem objetivos específicos do PNAISP: promover o acesso das pessoas privadas de liberdade à Rede de Atenção à Saúde, visando ao cuidado integral; garantir a autonomia dos profissionais de saúde para a realização do cuidado integral das pessoas privadas de liberdade; qualificar e humanizar a atenção à saúde no sistema prisional por meio de ações conjuntas das áreas da saúde e da justiça; promover as relações intersetoriais com as políticas de direitos humanos, afirmativas e sociais básicas, bem como com as da Justiça Criminal; e fomentar e fortalecer a participação e o controle social (AUDI Et al., 2016).

Esses objetivos estão guiados pelos princípios do respeito e valorização dos direitos humanos, integralidade da atenção, equidade e respeito à singularidade, promoção de iniciativas que garantam os direitos dessa população, responsabilidades compartilhadas entre os entes federados e valorização do controle social na elaboração e execução das ações. Os princípios estão de acordo com os propostos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e dialogam com a importância dos direitos humanos nas condições de saúde (AUDI Et al., 2016).

Neste sentido, importante salientar que a PNAISP aponta, finalmente, para o vínculo existente entre a garantia da saúde e a dos direitos humanos. Considera, portanto, que respeitar os direitos humanos implica na promoção da saúde, o que apenas pode ser efetivado a partir da constituição do pensar o processo saúde-doença-atenção para além do indivíduo, envolvendo assim uma rede ampliada, como é o

4 Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014.

5 “É objetivo geral da PNAISP garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS.” (Portaria Interministerial nº 1/2014, art. 5º).

6 Portaria GM/MS nº 94, de 14 de janeiro de 2014.

caso da família e das redes de sociabilidade. Nestas referências, as redes sociais e comunitárias são imprescindíveis para se pensar as condições de saúde da população. No caso das pessoas em situação de prisão, os familiares e os amigos têm papel preponderante na garantia do direito à saúde. Todos os elementos apontados acima e trazidos pela PNAISP, conforme apontam Audi Et al. (2016), ampliam o olhar da saúde. Ressaltam a necessidade de observar questões supraindividuais para a garantia da saúde dos sujeitos, alçando os direitos humanos à condição de importância fundamental.

Por outro lado, o programa Saúde Prisional, instituído pelo CNJ em junho de 2016 (CNJ, 2016), representa mais uma iniciativa voltada à garantia de um padrão sanitário e de assistência social mínimo, bem como o acesso universal às ações de saúde às pessoas em situação de privação de liberdade. Entre as medidas previstas no programa estão a definição de protocolos para avaliação da condição de saúde na entrada e na saída de qualquer pessoa no ambiente prisional, ações para a prevenção de doenças e acesso a tratamentos de saúde, ações específicas para garantir a saúde de gestantes e seus filhos, bem como medidas terapêuticas aos presos com transtorno mental e dependentes de drogas. Com esse horizonte, foram definidos quatro eixos orientadores cada qual pressupondo ações transversais e articuladas através de parcerias entre o poder judiciário, o poder executivo e sociedade civil: universalização do acesso à saúde; saúde da mulher; medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei; e criação de um indicador para a fiscalização e monitoramento das condições dos estabelecimentos prisionais.

Apesar dos objetivos ambiciosos das várias políticas citadas, Kiss (2016) aponta que, quase três anos após a criação da PNAISP, em 2014, sua implementação encontra-se bastante defasada em relação às metas definidas. Um primeiro dado que chama a atenção, segundo a autora, é o fato de, nas três unidades federativas com maior população prisional do país, praticamente não existirem equipes da PNAISP habilitadas: em São Paulo, que sozinho detém quase um terço dos presos do país, há uma única equipe, enquanto no Rio de Janeiro e em Minas Gerais não há nenhuma. Tendo em vista que a transferência de recursos financeiros para desenvolvimento das ações previstas está condicionada à habilitação de equipes, conclui-se que nesses locais a efetivação da política, até o momento, está praticamente esvaziada. Em um panorama mais amplo, verifica-se que das 1.424 unidades prisionais existentes no Brasil, apenas 118 possuem equipes habilitadas – o equivalente a 8%. Por tudo isso, o país não cumpriu as metas fixadas na portaria instituidora da PNAISP, segundo a qual os entes federativos teriam até 31 de dezembro de 2016 para efetivar as medidas necessárias de adequação de suas ações e serviços⁷ (KISS, 2016).

Corroborando este cenário, em estudo realizado por Audi Et al. (2016), buscando investigar avaliar o perfil sociodemográfico e as condições de saúde de mulheres encarceradas em uma Penitenciária Feminina (PF) do interior do estado de São Paulo, a partir da entrevista de 1013 detentas, as autoras identificaram a incidência de dependência grave de nicotina em 26,1% das mulheres; o uso de tranquilizantes em 19,1% das entrevistadas; cerca de 70% não praticavam atividade física; e a maioria das presas (56,9%) apresentava sobrepeso ou obesidade. A prática de atividade sexual

7 Portaria Interministerial nº 1/2014, art. 21.

de risco (manter relação sexual sem o uso de preservativos e com vários parceiros) foi referida por 26,8% das mulheres. A violência física faz parte da história de vida dessas mulheres, tendo início na adolescência (26,9%) e perdurando pela vida (31,4%), assim como o alto consumo de drogas (62,4%). A prevalência do uso de drogas entre as mulheres no último ano antes da reclusão foi de 62,3%. Quase metade delas referiu consumir drogas diariamente.

Kiss (2016) ressalta que esses dados provocam algumas reflexões. De um lado, o descompasso alarmante entre a implementação da política e seus termos ideais evidenciam o caráter retórico de certas iniciativas voltadas à melhoria do sistema prisional, que não chegam a impactar significativamente suas condições reais e, ainda mais grave, acabam contribuindo para legitimá-lo e perpetuá-lo. Afinal, como se viu, o arcabouço legal para que o acesso à saúde nas prisões seja assegurado de forma integral já existe há muito tempo, e a sua aplicação adequada, por si só, já tornaria redundantes em grande medida as políticas recentemente introduzidas. A invisibilidade do que acontece no interior do cárcere perante a sociedade, por sua vez, concorre para reforçar e conservar esse estado de coisas e frustrar tentativas de modificá-lo.

É preciso ter em mente, ainda, afirma Kiss (2016), que tão importante quanto oferecer assistência à saúde das pessoas presas é assegurar que esse direito seja tratado com a devida importância e que seja viabilizado o acesso a cuidados, serviços e instalações extramuros sempre que necessário, sob pena de a prisão tornar-se pena abertamente cruel, em afronta à garantia inculpada constitucional. Para isso, novamente, não é necessário inovar na ordem jurídica nem arquitetar políticas complexas, já que a legislação vigente contém uma série de dispositivos que contemplam esse direito e acabam muitas vezes esquecidos no cotidiano da justiça criminal. Enquanto o sofrimento humano for estruturante do sistema de justiça criminal em funcionamento, não haverá política de saúde plenamente satisfatória.

3. REFLEXÕES EM TORNO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DAS MULHERES NA PENITENCIÁRIA MODULADA DE IJUÍ/RS

A pesquisa prática empreendida neste estudo teve como cenário a Penitenciária Modulada de Ijuí – PMI/RS, localizada no estado do Rio Grande do Sul. Porém, antes de dar início a análise, cabe destacar que, a partir da evolução das políticas públicas de saúde prisional no Brasil, no Rio Grande do Sul as Equipes de Atenção Básica de Saúde Prisional (EABSP) foram municipalizadas e seguem a composição de, no mínimo, sete profissionais de saúde, entre eles psicólogos, assistente social, médico, enfermeiro, técnico em enfermagem, odontólogo e auxiliar de consultório dentário. (BRASIL, 2015). O Rio Grande do Sul conta com 24 EABSP, sendo que as Secretarias Municipais de Saúde que assumem a contratação das equipes, insumos e manutenção das unidades, as quais são financiadas integralmente com incentivos da Secretaria Estadual de Saúde e do Ministério da Saúde, através da adesão ao PNAISP (BRASIL, 2015).

Através da pesquisa de campo realizada junto a Penitenciária Modulada de Ijuí/RS no ano de 2015, foi possível compreender como funciona a questão da saúde da mulher dentro dessa unidade. Importante neste sentido é destacar que a penitenciária, ao contrário de muitas no cenário nacional, cumpre com as determinações legais e

possui uma Unidade Básica de Saúde, a qual tem como objetivo prestar às pessoas privadas de liberdade acesso à saúde integral em todos os aspectos previstos em Lei, garantindo dessa forma, melhor segurança aos profissionais e a população do Município de Ijuí/RS. Conta com uma equipe multidisciplinar da Unidade Básica de Saúde (UBS), composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um odontólogo, um auxiliar de saúde bucal, uma nutricionista, uma psicóloga e uma assistente social.

O funcionamento da UBS começa a partir de uma triagem, onde são realizados testes rápidos de HIV, sífilis, hepatite B e C, busca ativa de sintomáticos respiratórios como tuberculose e, também, de DSTs. Bem como encaminhamentos da documentação, cartão do SUS, programas de imunização, saúde bucal, alimentação e nutrição, hipertensão arterial, diabetes mellitus, hepatites virais. Especificamente para as mulheres encarceradas são oferecidos programas de planejamento familiar, pré-natal e prevenção de câncer ginecológico.

É realizado ainda, acompanhamento psicossocial e procedimentos de restauração dentária, pequenas cirurgias encaminhamento para próteses.

Dados da PMI do ano de 2015 revelam melhorias, das quais se destacam a implementação do CISA para a autorização de exames e consultas especializadas; cartão do SUS para 99% das pessoas privadas da liberdade; equipamentos novos, como eletrocardiograma, consultório odontológico, ultrassom, amalgamador, fotopolimerizador, maca ginecológica para a coleta de CP; informatização da unidade, assim como com a implementação de E-SUS e sistema de vacinas.

Através dos questionários aplicados aos profissionais de saúde que atendem na PMI, bem como ao Diretor da unidade prisional, foi possível extrair as condições de saúde que se encontram as mulheres encarceradas, a visão desses profissionais com relação a sua responsabilidade pela garantia da dignidade e respeito ao ser humano. A pesquisa seguiu o modelo de estudo de campo, quantitativo e descritivo, tendo como base a coleta de dados e a realização de entrevistas com os profissionais de saúde que atuam na Penitenciária Modulada de Ijuí/RS. A Penitenciária possui 5 profissionais: 1 médico clínico geral, 1 técnico em enfermagem, 1 médico infectologista, 1 psiquiatra e 1 auxiliar de consultório odontológico. Na sequência, parte das entrevistas realizadas com os profissionais da saúde da Penitenciária de Ijuí/RS:

Pergunta A: Como é ser um profissional da saúde dentro do sistema prisional?

Entrevistado 1 (E1): “Após a implementação da USB conseguimos a melhoria de diversas ações de saúde dentro da casa prisional e o vínculo com o Município se intensificou facilitando nosso acesso como profissional e o acesso das pessoas privativas de liberdade, como usuários. Mas os desafios são diários, pois existem muitos mitos e preconceitos em relação as pessoas que estão presas, socialmente muitos pregam que estas não deveriam ter a mesma garantia de acesso a programas de saúde, educação.”

(E2): “Não vejo diferença entre a assistência no sistema prisional e fora dele”.

(E3): “Um desafio a cada dia. Nos primeiros dias sentia muito “medo”, ficava tensa, pois não conhecia o sistema prisional, mas com o passar do tempo fui acostumando com a rotina e agora não sinto dificuldades, e, além disso, os apenados demonstram muito respeito com a equipe”.

(E4): “Uma experiência nova e que traz muitos pensamentos sobre a vida”.

Pergunta B: Tendo como referência o respeito à vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana, enquanto profissional, você acredita que os efeitos da reclusão possam ser amenizados através da assistência e dos cuidados dispensados?

(E1): “Acredito que essa é a palavra correta - amenizados. Vejo nosso trabalho nesse sentido, como amenização do sofrimento do sujeito encarcerado; possibilitar a ele a garantia de acesso à saúde independente da sua atual condição.”

(E2): “Um pouco sim, mas existem outros fatores, a meu ver, com maior relevância, capacidade de infraestrutura, penas alternativas para delitos leves.”

(E3): “Sim, pois percebemos nas consultas diárias que, muitas vezes, os pacientes vêm até a unidade para conversar e ter alguém para escutá-los, pois pelo fato de estarem reclusos, sentem-se ansiosos; conversas entre os encarcerados e equipe de saúde tendem a amenizar a ansiedade e a tranquiliza-los”.

(E4): “Acho que ameniza um pouco o sofrimento dessas pessoas que estão privadas da liberdade.”

Também foi realizada entrevista com o Diretor da unidade prisional a fim de compreender o funcionamento da mesma, conforme segue:

Perguntas: Quais os tipos de atendimentos a saúde do preso que são prestados pela PMI? Como é prestado o atendimento a saúde das mulheres que se encontram presas na PMI? Com relação a mulher presa que se encontra grávida, como a PMI garante o pré-natal e os cuidados pré-parto? E o recém-nascido, o atendimento é diferenciado? O aleitamento materno é incentivado?

(E1): Médico; enfermagem; Odontológico; nutricionista; psicólogo; assistente social. Testes rápidos de HIV, sífilis; hepatite B; hepatite C; testes de glicemia; medicações e planejamento familiar; pré-natal; prevenção de câncer ginecológico. Garante o pré-natal através da equipe multidisciplinar da Unidade de Saúde Prisional, sendo todo o possível realizado dentro da penitenciária; se necessário atendimento mais específico, a presa é levada ao hospital. Ao recém-nascido é garantido o contato com a mãe pela assistente social que leva a criança até a presa para o aleitamento.

Foi identificado através da fala dos entrevistados, que a implantação da estrutura da Unidade Básica de Saúde Prisional da Penitenciária Modulada de Ijuí/RS foi um importante avanço no que tange ao acesso a saúde integral as mulheres que se encontram privadas de liberdade, assim como, garante maior segurança tanto para os profissionais que lá atuam como a população do Município de Ijuí/RS. Porém, muito precisa ser feito, uma vez que a mulher encarcerada ainda sofre com preconceitos, demonstrando o quão desatentos em relação à dignidade feminina ainda estão os órgãos públicos responsáveis por garantir a correta aplicação dos dispositivos legais.

Um dos maiores entraves neste sentido torna-se a efetivação de ações compartilhadas, que requerem parcerias entre instituições com histórias, valores e missões distintas gerando tensões. Tais tensões decorrem, em parte, de contradições nos discursos e práticas das prisões, porque propõem reeducar, ressocializar, regenerar, cuidar e, ao mesmo tempo, historicamente, servem para punir, vigiar, castigar, controlar e disciplinar outros seres humanos. Somam-se as perspectivas estigmatizantes da população atendida, que se materializam no cotidiano pelos entraves institucionais

da organização dos serviços, sobretudo pelas barreiras de discriminação, envoltas em questões tecnicistas e burocráticas, comprometendo assim o direito à saúde (BARSAGLINI; KEHRIG; ARRUDA, 2015). Todos estes elementos, ainda, somadas às diferenciações de gênero, constituem barreiras difíceis de serem ultrapassadas.

Portanto, aponta Martinho (2015), a implementação das ações de saúde deve prezar pela não reprodução de assimetrias, considerando a pertinência de agentes de segurança pública serem sensibilizados em relação aos temas de saúde, especialmente vinculados a questões de gênero, como, igualmente, os profissionais de saúde necessitam de noções de segurança pública e justiça para atuar no sistema prisional. Seriam lógicas distintas (saúde, segurança, justiça), mas que convivem e “precisam ser negociadas no cotidiano carcerário, respeitando as competências exclusivas de cada setor e mantendo uma direção única: a garantia do direito à saúde e proteção dos direitos humanos das pessoas privadas de liberdade” (MARTINHO, 2015, p. 56).

Compreende-se que este movimento de intersectorialidade possa contribuir, especialmente para a efetivação dos direitos de saúde da mulher presa, uma vez que são as unidades em saúde implantadas dentro do presídio que se constituem como porta de entrada para o cuidado à essa população, podendo representar a superação da lógica reducionista e curativa, que limitava as ações em estratégias de prevenção de doenças de transmissão sexual, o que apenas ampliava sua vulnerabilidade. Ressalta-se que a vulnerabilidade não se restringe apenas às práticas sexuais, mas abarca a vulnerabilidade social, econômica e moral.

Assim, as estratégias em saúde utilizadas para a população carcerária feminina devem contemplar serviços voltados ao controle do câncer do colo uterino e de mama, ao diagnóstico, aconselhamento e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, à violência contra a mulher, à atenção no período da idade reprodutiva e climatério, à contracepção, ao exercício da maternidade assistida, entre tantas outras, resguardando o direito à saúde integral da mulher apenas dentro das unidades prisionais.

Para tanto, deve-se atuar na reestruturação do sistema prisional, por meio de um sistema de justiça e segurança em conjunto com as demais políticas sociais setoriais, como a educação, a saúde, a assistência social, o trabalho, a renda e a cultura. As políticas públicas até então elaboradas, visando a melhoria nas condições de saúde das presidiárias, por mais que estejam atentas às questões que de fato são mais urgentes, ainda encontram dificuldades na implementação, uma vez que se defrontam com problemas estruturais do sistema penitenciário, e da sociedade brasileira.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa fez uma análise da situação da mulher no cárcere, refletindo sobre as principais dificuldades encontradas em conseguir ter o mínimo de dignidade na prisão e acesso as condições básicas de saúde. Nesse contexto, possui especial relevância quando direcionada as desigualdades nos direitos e entre homens e mulheres e a violação dos direitos humanos, mais especificamente das detentas no sistema prisional, contribuindo no debate de questões que parecem esquecidas pela sociedade.

O conhecimento das condições de funcionamento das instituições prisionais é importante para fundamentar a reflexão sobre a situação de mulheres em cumprimento de pena – que costuma permanecer obscura e silenciosa –, de modo a permitir a adoção de medidas para, se não solucionar, ao menos contribuir substancialmente para a melhoria da realidade atual. Para além do contexto prisional, esta situação configura um grave problema social, à medida que as presas, que também são mulheres, mães e chefes de família, encontram escassas condições de exercer seus papéis socialmente atribuídos de forma satisfatória e de minimizar a vulnerabilidade de suas famílias.

Em que pese às leis garantam os direitos das pessoas privadas de liberdade, a população prisional, em especial a feminina, demanda uma atenção de saúde específica, situação que muitas vezes não condiz com a realidade do cárcere. Contudo, necessário reconhecer que as políticas até então elaboradas visando à melhoria nas condições de saúde das presidiárias são inegavelmente merecedoras de reconhecimento, pois estão atentas a questões que, de fato, são as mais alarmantes. Agora, o maior desafio é sua implementação que exige um esforço conjunto do poder público, dos profissionais que atuam nas unidades prisionais, para que, enfim, essa população seja assistida de forma integral e digna.

Diante deste cenário, e da problemática do Sistema Prisional brasileiro, a realidade prisional da Penitenciária Modulada de Ijuí/RS pode ser considerada exemplo para as demais unidades, pois através da Unidade Básica de Saúde tenta minimizar os problemas oriundos do precário acesso à saúde garantido no âmbito do sistema prisional. Ações preventivas e a busca por uma melhor qualidade de vida e dignidade das pessoas privadas da liberdade despontam como algo fundamental nessa estrutura.

Por fim, cabe ressaltar que, reflexões, ações e políticas implementadas no campo da promoção de saúde de mulheres presas pouca relevância terão se desacompanhadas de um questionamento mais amplo da cultura punitivista e encarceradora dominante na atualidade. Isto porque, o processo de construção da cidadania e a justiça penal são essencialmente contraditórios, na medida em que a construção da criminalidade, ao incidir de modo seletivo e estigmatizante sobre a pobreza e a exclusão social, impõe-se como um obstáculo à efetivação de direitos: “enquanto a cidadania é dimensão de construção de direitos e necessidades, a justiça penal é dimensão de restrição e violação de direitos e necessidades” (ANDRADE, 2006, p. 14).

Nesse contexto, a experiência demonstra que o cárcere não é e nunca será o ambiente adequado para aqueles que necessitam de cuidados de saúde, uma vez que muitos dos agravos estão diretamente relacionados à superlotação e às condições estruturais dos presídios e do próprio sistema, bem como a uma mentalidade de indiferença aos direitos e demandas das pessoas presas. A própria apresentação do programa Saúde Prisional traz como um dos seus vetores balizadores o combate à cultura do encarceramento desnecessário, em especial nas prisões provisórias, nos termos do art. 1º, IX da Portaria n. 16/2015 do CNJ. A “promoção de iniciativas de ambiência humanizada e saudável”, um dos princípios regentes da PNAISP, passa necessariamente por essa reflexão. Portanto, o melhor exercício de cuidado com a saúde é sempre aquele exercido em liberdade, o que implica uma mudança considerável nos rumos da política criminal brasileira, especialmente aquela pautada no encarceramento em massa de mulheres, criminalizadas pelo consumo ou tráfico de drogas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Vera Regina Pereira. **A colonização da justiça pela justiça penal: potencialidades e limites do Judiciário na era da globalização neoliberal.** *Katálysis*, v. 9, n. 1, jan./jun. 2006, Florianópolis, p. 11-14.

AUDI, Celene Aparecida Ferrari; SANTIAGO, Silvia Maria; ANDRADE, Maria da Graça Garcia; FRANCISCO, Priscila Maria Stolses Bergamo. **Inquérito sobre condições de saúde de mulheres encarceradas.** *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 112-124, ABR-JUN 2016.

BARSAGLINI, R. A.; KEHRIG, R. T.; ARRUDA, M. B. **Análise da percepção de gestores sobre a gestão da política de saúde penitenciária em Mato Grosso.** *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 24, n. 4, p. 1119-1136, 2015.

BRAGA, Ana Gabriela Mendes. **Entre a soberania da lei e o chão da prisão: a maternidade encarcerada.** *Revista Direito GV*, São Paulo, 11(2), p. 523-546, JUL-DEZ 2015.

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

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN). Sistema Integrado de Informações Penitenciárias (Infopen). **Mulheres presas – dados gerais**. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/noticias/mj-divulgara-novo-relatorio-do-infopen-nesta-terca-feira/relatoriodepen-versao-web.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**, 2004.

BRASIL. SECRETARIA DE POLÍTICA PARA AS MULHERES. **Boletim Observa Gênero**. Edição Nº 49 - Ano 7, Novembro, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final. Reorganização e Reformulação do Sistema Prisional Feminino**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

CNJ. **Conheça os diferentes tipos de estabelecimentos penais**. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/79914-conheca-os-diferentes-tipos-de-estabelecimentos-penais>. Acesso em: 20 Ago 2017.

CERNEKA, Heidi Ann. Regras de Bangkok: está na hora de fazê-las valer! **Boletim IBCCRIM**, São Paulo, ano 20, n. 232, p. 18-19, Agos. 2012.

FRANÇA, Marlene Helena de Oliveira. **Criminalidade e prisão feminina: uma**

análise da questão de gênero. *Ártemis*, João Pessoa, v. 1, p.212-227, 07/ 2014. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/artemis>>. Acesso em: 13 Set. 2017.

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

INTERNATIONAL CENTRE FOR PRISON STUDIES (ICPS). Disponível em: <http://www.prisonstudies.org/news/more-700000-women-and-girls-are-prison-around-world-new-report-shows>. Acesso em: 1 Agos. 2017.

KISS, Vanessa. **Pensando os esforços atuais por uma política de saúde no sistema Carcerário.** 2016. Disponível em: <http://justificando.cartacapital.com.br/2016/10/19/pensando-os-esforcos-atuais-por-uma-politica-de-saude-no-sistema-carcerario/>. Acesso em: 20 Set 2017.

SANTOS, Raquel Costa de Souza. **Maternidade no cárcere: reflexões sobre o sistema penitenciário feminino.** 2011. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2011.

SILVA, Martinho. **Saúde penitenciária no Brasil: plano e política.** Brasília: Verbena, 2015.

SIMAS, Luciana; VENTURA, Miriam; BAPTISTA, Michelly Ribeiro; LAROUZÉ, Bernard. **A jurisprudência brasileira acerca da maternidade na prisão.** Revista Direito GV, SÃO PAULO 11(2), p. 547-572, JUL-DEZ 2015.

WACQUANT, Loïc. **A aberração carcerária à moda francesa.** Dados, v. 47, n. 2, p. 215-232, 2004.

WACQUANT, Loïc. **Punir os pobres: a nova geração da miséria nos Estados Unidos.** 2. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

Artigo recebido em: 27/09/2017

Artigo aceito em: 23/10/2017