

## MULHERES NO CÁRCERE: REFLEXÃO SOBRE O ATENDIMENTO À SAÚDE

### WOMEN IN PRISON: REFLECTION ON HEALTH CARE

ANA MARIA DE MORAIS SILVA<sup>1</sup>

CELIDALVA RIBEIRO DOS SANTOS<sup>2</sup>

KARLA CRISTINNE DE ARAÚJO FREITAS<sup>3</sup>

ÉDAR JESSIE DIAS MENDES DA SILVA<sup>4</sup>

#### RESUMO

O presente trabalho propõe a reflexão embasada em discussões apresentadas, referente ao Sistema Carcerário Feminino, no Brasil. Estabelece análise sobre o contexto do atendimento à saúde das mulheres privadas de liberdade, toma como lente científica a perspectiva de gênero, o modelo de proteção social engendrado pelo Sistema Prisional. Para elaborar a construção teórica, utiliza esta pesquisa de produções bibliográficas acerca da temática conjuntural. A empiria foi estruturada nos debates relatos às desigualdades de gênero, as quais tornaram mais abrangentes, devido ao crescimento da população carcerária feminina, no País, somado à análise do processo caótico de manutenção e garantia dos direitos sociais. Busca ainda este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) inferir na prevenção e preparação da apenada para sua reintegração social. Com um plano específico de Saúde para o Sistema Penitenciário, surge a nova concepção de atendimento à saúde da mulher, neste caso, em situação de restrição da liberdade. Subjugadas, as encarceradas enfrentam caráter punitivo duplo, sobrevivem ao encarceramento, à precarização institucional, às relações paradigmáticas de dominação na arena da penalização dos corpos, neste caso, do corpo que se identifica mulher.

Palavras-chave: Prisão. Mulheres. Direitos. Saúde. Políticas Sociais. Reintegração.

#### ABSTRACT

*This paper proposes a reflection based on the discussions presented, referring to the Female Prison System in Brazil. Establishes an analysis of the context of health care for women deprived of liberty, taking as a scientific lens the gender perspective, the social protection model engendered by the Prison System. To elaborate the theoretical construction, it uses this research of bibliographical productions about the conjunctural theme. The empiric was structured in debates related to gender inequalities, which became more comprehensive, due to the growth of the female prison population in the country, added to the analysis of the chaotic process of maintenance and guarantee of social rights. This Course Conclusion Work (TCC) also seeks to infer the prevention and preparation of the inmate for her social reintegration. With a specific Health Plan for the Penitentiary System, a new concept of health care for women emerges, in this case, in a situation of restriction of freedom. Subjugated, incarcerated women face a double punitive character, survive incarceration, institutional precariousness, paradigmatic relations of domination in the arena of penalizing bodies, in this case, the body that identifies as a woman.*

*Keywords: Prison. Women. Rights. Health. Social Policies. Reinstatement.*

1 Graduanda em Serviço Social, ana.oiresolve@gmail.com

2 Graduanda em Serviço Social, celidalvaribeiro15@gmail.com

3 Graduanda em Serviço Social, karladegu@gmail.com

4 Orientadora e professora da Faculdade Unidade de Campinas – FacUNICAMPs

## 1.INTRODUÇÃO

A reflexão surge a partir de apontamentos, inquietações, debates sobre uma problemática. No caso do Sistema Prisional, um fator histórico tem mote no olhar voltado à população masculina. De início, ao que retratam fatos e relatos, este sistema de penalização de corpos parece ter sido criado para homens. Mesmo após adequações e serviços penais dirigidos à esta arena de reclusão, as diretrizes gerais parecem ignorar as necessidades da mulher apenas ao Sistema de Reclusão.

No cárcere, a população feminina tem aumentado, de maneira que as demandas relativas às questões de Saúde aumentam significativamente, com implicações no crescimento de doenças, as quais são muitas, em grande parte, devido as condições insalubres dos presídios, ainda, a ausência da proteção social efetiva.

Nesse sentido, infere esta pesquisa nas políticas sociais de saúde, dentro dos muros dos estabelecimentos prisionais suas definições e determinações, garantidas por leis, avanços conquistados por meio de infindáveis debates e movimentos sociais, promovendo melhoria na qualidade de vida da mulher privada de liberdade.

O estudo aborda assuntos ligados às questões de gênero, para tanto, Simone de Beauvoir argumenta e lembra da necessidade de se repensar mitos históricos, construídos por homens com relação à mulher. Parte a empiria do pressuposto em que a mulher rompe tal submissão, propaga seus pontos de vista, o que recai sobre a questão da compreensão de suas necessidades e direitos, no caso desta escrita, dentro do Sistema Prisional.

Então, o objetivo dessa imersão científica é apresentar os três marcos fundamentais das Políticas Sociais de Saúde que atende à população prisional, mais, discutir sua efetivação no atendimento à população carcerária, a partir do momento que cada política foi lançada. Assim, a Lei de Execução Penal (LEP), de 1984; o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), de 2003; a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das pessoas privadas de liberdade.

O presente trabalho visa promover a reflexão, contemplar o público

carcerário feminino, relacionar as políticas sociais que atendem à população carcerária, mapear fatores contribuintes determinantes que apontem alguma especificidade sobre o atendimento à saúde dessas mulheres apenadas, temporariamente, privadas de liberdade.

## **2.REFERENCIAL TEÓRICO**

A história das prisões brasileiras revela que, embora as mulheres encarceradas ficassem em alas e celas, separadas dos homens, não havia uma instituição específica para aquelas que cometiam algum crime. Somente na década de 1930, visando promover reformas na regulamentação geral das instituições carcerárias o governo federal adotou medidas para reorganizar o regime prisional, promovendo grandes reformas estruturais.

Em 1934, criou o fundo e o Selo Penitenciário destinados a arrecadar dinheiro e impostos com a finalidade de investir nas prisões. Mesmo com as reformas do sistema prisional, à época, as mulheres continuavam sendo encarceradas em presídios masculinos.

Porém, as medidas efetivas, por parte do Estado, as quais visavam acomodar mulheres que cometiam crimes, em local adequado, seguro, se concretizaram somente em 1940 (LIMA, 1983, p. 48), Para isso os relatórios que descreviam o presídio masculino como ambiente de promiscuidade e risco, foram determinantes na discussão a respeito da necessidade de espaço específico para as mulheres. Para que medidas de regulamentação dos presídios fossem efetivadas, foram promovidos intensos discursos e debates sobre o assunto. Durante esse debate, houve divergências de opiniões entre os especialistas envolvidos, gerando conflitos de ideias a respeito da criação do presídio feminino.

Embora não existissem, à época, relatos específicos sobre os presídios, algumas informações passadas por aquela Comissão apontavam a existência de 51 homens e oito mulheres apenados instalados na Instituição. Em conformidade à informação, Flamínio Fávero afirma que havia pouca demanda, mas que, ainda assim, era necessário o feito, prevendo riscos apresentados por parte das presas que, para lá, fossem enviadas (1942, p. 323). Naquele recorte histórico, as discussões sobre os cárceres para mulheres foram

predominantes, tiveram perspectiva estrutural devido à situação da mulher, apenas na prisão, pautaram a hierarquia nas relações entre homens e mulheres.

Voltando um século na história apresentada, século XIX, o pensamento era determinista, utilizava-se da Biologia para fundamento comprobatório de que o sexo feminino era inferior entre os gêneros. Já caminhando a Era das Pesquisas, no século XX, a filósofa francesa, Simone de Beauvoir, traz a concepção de que não se nasce mulher, se torna mulher (1970). Ali a autora apresenta construção social e cultural, através das discussões de gêneros, coloca no discurso o conceito que enfatiza o ser humano homem e mulher, evidencia a diferença entre homens e mulheres, mas que, no caso e época, excluía as diferenças entre si. Diferenças as quais excluía a mulher, também, no enfrentamento da vida no cárcere, em questões relacionadas ao acolhimento e saúde, mantendo-as nas mais variadas situações de vulnerabilidade, enquanto ser social, político, caracterizado por necessidades básicas de sobrevivência em Mundo manipulado pelo sistema capitalista.

Informações divulgadas pelo Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN), em 2016, apontam que as mulheres encarceradas trazem consigo traumas de toda uma vida em sociedade. Apresentam perfil que possibilita refletir sobre suas implicações em conflitos na vida social, deparando com os efeitos da realidade, fator predominante no fomento da desigualdade social.

Essa realidade torna, ainda maior, a possibilidade de adentrar ao mundo do crime nas suas mais variadas formas. A maioria dessas mulheres não são chefes do crime. No caso do tráfico de drogas, artigo 33 da Lei 11.343/2006, sequer ocupam funções importantes, sendo usadas como meios de transporte de drogas, submetidas a ameaças por parte dos (as) companheiros (as), dentro ou fora das grades e muros da prisão (INFOPEN, 2016).

## **2.1 A realidade do aprisionamento feminino no Brasil**

O primeiro presídio feminino erguido, no Brasil, foi a Penitenciária Madre Pelletier, fundada em 1937, na capital Porto Alegre – RS, tendo por fundadoras e responsáveis as freiras da Igreja Católica, inicialmente nominada Instituto

Feminino de Readaptação Social (QUEIROZ, 2015). Durante o processo até ser, de fato, uma penitenciária, Nana Queiroz, afirma que o presídio foi liberado pela Congregação de Nossa Senhora da Caridade do Bom Pastor, fundada em 1935. Era uma casa destinada a criminosos, à qual eram enviadas mulheres consideradas desajustadas. A exemplo, aquelas que expressavam opiniões em público, moças encalhadas, ainda as moradoras de rua e prostitutas.

Nesse contexto, a penitenciária abrigava mulheres as quais, não necessariamente, cometiam crimes, mas agiam de uma forma que a sociedade não aceitava, tornando a Penitenciária Madre Pelletier local destinado a modificar o caráter das encarceradas, na tentativa de torná-las aceitas socialmente. “Nas rotas do desvio estavam aquelas que eram discrepantes na paisagem urbana ideal. As mulheres escandalosas, vestidas de maneira vulgar, prostitutas, moradoras de favelas e cortiços, que frequentavam locais masculinos, se expunham ao mundo do trabalho, negras, mestiças, criadas e empregadas” (ANDRADE, 2011, p. 119).

Após o surgimento desta que foi a primeira Penitenciária Feminina, no Brasil, foram construídas outras prisões, num mesmo recorte histórico. Em 1937, surge o Instituto Feminino de Readaptação Social, no Rio Grande do Sul. Em 1941, foi criado o Presídio de Mulheres, em São Paulo. Em seguida, no ano de 1942, foi criada a Penitenciária Feminina do Distrito Federal, em Bangu - RJ. Com relação à prisão, o adiamento para solucionar a situação degradante na qual se encontrava era justificada pelo pequeno número de mulheres condenadas (ANDRADE, 2011, p. 21).

À época, segundo Bruna Soares A. B. de Andrade, o Brasil estava atrasado com relação aos outros países, isso, no que tange aos presídios exclusivos para mulheres (2011, p. 21-23). O primeiro presídio feminino que se tem conhecimento, na história mundial, surgiu na Holanda, em 1645. Dois séculos depois, em 1835, os Estados Unidos criaram o primeiro estabelecimento prisional destinado a mulheres. Já o Brasil, levou aproximadamente três séculos para construir os primeiros presídios femininos que se tem conhecimento na história da Nação, isso, nos idos anos 1800.

Embora o cenário do cárcere feminino brasileiro retrate problemática histórica, os debates sobre a necessidade do presídio destinado a mulheres somente tornou viável, no início do século XX. As condições das mulheres

encarceradas não eram relatadas de forma específica, algumas informações obtidas por Comissão de Visita às Prisões, apontavam “tratamento desumano” (Sant’Anna, 1951, p. 87). Diante das desumanas e precárias condições com as quais as mulheres eram tratadas, e mantidas nas prisões, começa a intensificar o debate sobre a necessidade da criação da Penitenciária Feminina.

Conforme o contexto histórico que relata a situação-realidade-história da prisão, no Brasil, um dos personagens mais influentes, responsável pelo debate, foi Lemos Brito, à época, membro do Conselho Penitenciário, inspetor geral das prisões, além de grande idealizador da Penitenciária Para Mulheres (LIMA, 1983, p. 41; ANGOTTI, 2012, p. 65-75). Em relatório encaminhado ao Ministério da Justiça, Lemos inferiu sobre a “falta de prisões especiais para mulheres” (BRITO, 1926, p. 369).

Considerando a realidade observada, sobre a condição das mulheres encarceradas, Lemos Brito sugere a criação do reformatório, a fim de recolher mulheres condenadas a um período superior a três anos de prisão. Contudo, as demais mulheres teriam novo regime no cárcere, onde poderiam “executar trabalhos ao ar livre, trabalhar em oficinas de costuras, cozinha, lavanderia, outras atividades semelhantes” (BRITO, 1926, p. 373). São escassos os registros de dados concernentes à população carcerária feminina nos anos iniciais, obtidos nos primeiros presídios exclusivos às mulheres. O Censo Penitenciário brasileiro apontou, em 1995, uma população carcerária feminina de 4,33% (LEMOS, 2006, p. 104).

Conforme dados publicados, em junho de 2014, o Brasil contava população carcerária de 579.780 pessoas custodiadas. Destas, 37.380 eram mulheres, sendo 542.400 homens. O INFOPEN MULHERES revelou que, “no período entre 2000 e 2014 o aumento da população carcerária feminina foi de 567,4%, enquanto a média do crescimento masculino, no mesmo período, foi de 220,20%, refletindo, assim, a curva ascendente do encarceramento em massa de mulheres” (2014b, p. 5). No que tange à comparação da taxa, somente entre a população carcerária feminina, no Brasil, no ano 2014, observa-se 36,4 de mulheres presas, para cada 100 mil mulheres, dados fornecidos pelo Ministério da Justiça, segundo o INFOPEN MULHERES (2014b, p. 9)

O quadro das encarceradas, no Brasil, obedece padrão, de acordo com

fatores sociais e econômicos. Nota-se que prevalece o perfil de mulheres negras, de baixa escolaridade, revela discrepância das tendências do encarceramento feminino no País (idem, p. 20).

Os últimos dados fornecidos pelo INFOPEN para mulheres, no ano de 2014, no que diz respeito ao perfil etário das mulheres presas, no Brasil, 50% possuem idade entre 18 e 29 anos. Além disso, 18% das mulheres têm entre 30 e 34 anos de idade; 21%, na casa dos 35 a 45 anos; 10% caracterizam o grupo de 46 a 60 anos; apenas 1% das mulheres encarceradas comprova idade entre 61 a 70 anos de idade (ibidem, p. 22).

A partir dessa análise do perfil das mulheres encarceradas, informado pelo INFOPEN MULHERES, observando a faixa de idade, por Unidade da Federação, percebe-se que o perfil etário repete o padrão nacional jovem, na maioria dos Estados, onde o maior número de mulheres privadas de liberdade conta idade abaixo dos 34 anos (2014b, p. 23).

É possível observar que 68% das mulheres presas, no Brasil, possuem menos de 34 anos. Ao observar o viés do cárcere feminino brasileiro, percebe-se, de modo geral, que as mulheres têm suas necessidades específicas ignoradas, mesmo após as conquistas feministas no País (PINTO, 2003), a população feminina se encontra, ainda em desvantagens, com relação aos homens. A relação de dominação masculina foi sendo instaurada no momento em que o corpo e a sexualidade das mulheres passaram a ser controlados pelos homens e instituições religiosas, o que promoveu a divisão social, de trabalho, entre homens e mulheres (BRASIL, 2010).

Nessa perspectiva instalou-se o processo de apropriação, exploração e opressão da mulher, ou, “a grande derrota histórica do sexo feminino em todo o mundo” (ENGELS, 1884). Sobre essa realidade, Simone de Beauvoir aborda a questão de gênero através de seu posicionamento crítico na relação pautada pela hierarquia social do gênero masculino sobre o feminino, onde revela a mulher como indivíduo que não dispõe de autonomia (2001, p. 18).

As imposições masculinas sobre a mulher, fez com que elas se sentissem prisioneiras das atribuições impostas pela sociedade. “É na maturidade que a figura feminina encontra maiores possibilidades de se ver como sujeito autônomo, dono de suas escolhas e destino (BEAUVOIR, 1949, p. 453-454)”.

A afirmação de Simone Beauvoir explica o fato de que, mesmo a mulher tendo uma visibilidade social de ser fraco, submisso, na realidade, trata-se do ser forte, capaz de fazer suas próprias escolhas em meio ao conturbado mundo machista, patriarcal, violento. De acordo com Beauvoir, outro fator negativo na atribuição do comportamento machista, que potencializa as relações de domínio do homem sobre a mulher. Ainda, enxergar o gênero de forma categorizada, o que proporciona articulação de poder, justificando as relações sociais desse que é um processo histórico onde e quando o homem enxergava a mulher como parte de suas propriedades.

Contudo a luta da mulher vem ganhando força, desde o século XIX, deixando de ser submissa ao homem, ser vista como o sexo frágil. Para a filósofa Simone de Beauvoir, “a humanidade é masculina e o homem define a mulher não em si, mas relativamente a ele: ela não é considerada um ser autônomo” (2009, p. 18).

As rupturas dessa ideologia começam a partir da segunda onda feminista, trazendo a discussão de gênero sobre a percepção das diferenças sexuais impostas sobre um corpo sexuado. Fato que torna parte da construção histórica e cultural, determinando, desde o nascimento, o sexo feminino e masculino, o que definitivamente “foi libertador porque permitiu às mulheres demonstrar que a opressão tinha como raiz uma causa social, e não biológica ou natural” (MENDES, 2012, p. 99).

Sobre o fato da invisibilidade da mulher, passa pelo controle social, que as identificou no âmbito doméstico, onde e quando as “protegia” da imoralidade e fiscalização do sistema de Justiça, tornando-as figuras ocultas para o controle público (ANGOTTI, 2012, p. 165). Com isso, a pouca visibilidade feminina fez com que a percepção da mulher, enquanto autora de um crime, fosse sempre subnotificada (FRANCO, 2015), fato que restringiu os crimes femininos aos “delitos próprios de mulheres”, sempre associados ao desvio de suas funções, socialmente impostas.

Infringir as leis e cometer crimes não era compatível com o gênero feminino. O discurso sobre identidade da mulher sempre esteve associado à passividade, amabilidade, delicadeza. Claudia Priori apresenta a atuação da mulher, no crime, como algo em desconformidade com a natureza feminina, como se houvesse norma imposta pelo gênero (2011).

A criminalidade feminina está relacionada à história de vida das mulheres, pelos padrões violentos presentes em suas relações, seja com os (as) parceiros (as), também os familiares (ALMEIDA, 2011). Esses padrões violentos influenciam na construção social dessas mulheres, reforçando a motivação aos crimes, repetindo padrões violentos, vivenciados por elas. As mulheres que cometem crimes são vítimas e protagonistas, na medida que estão expostas aos motivadores gerais, por terem a opção de seguir nessas atividades, sendo ativas no processo de escolha (BARCINSKI, 2009).

Dados do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN, 2014) apresentam as prisões femininas brasileiras com um dos maiores índices de apenadas, no Mundo. O fato torna evidente que o cárcere feminino é assunto relevante para análise desse fenômeno no Brasil. Em 2018, foram contabilizadas 36,4 mil mulheres, em dezembro de 2019, o gráfico alcançou 37,2 mil delas. Os dados evidenciam como esse fenômeno é aprofundado pelo quadro de pobreza, entre mulheres, identificado como fator determinante para o ingresso do gênero feminino no mundo do crime.

O encarceramento feminino inviabiliza a raiz dessas mulheres na pobreza, o cenário de difícil acesso a bens e serviços necessários, exposição a conflitos, violência, baixa escolaridade, limitações de oportunidades laborais. Além do não entendimento de que elas são, na maioria, mães, principais responsáveis pelos filhos, o que revela que não somente elas são atingidas pelo encarceramento, também os filhos, realidade que gera o ciclo de reprodução da pobreza (GERMANO et al, 2018).

A população carcerária conta com a Lei de Execução Penal (LEP), de número 7.210, publicada em 1984, que exerce a função mantenedora dos direitos aos condenados, com o objetivo de reinserção do indivíduo à sociedade e prevenção de medidas que garantam a efetivação das disposições da sentença ou na decisão criminal que proporciona decisões harmônicas na integração social do condenado.

No que tange às mulheres encarceradas, a LEP dispõe de direitos tais como a Saúde, Educação, Assistência Social e jurídica, atividades laborais. Nos casos de mulheres em gestação é dado o direito de reclusão em estabelecimento compatível, além do direito à amamentação. A lei prevê a obrigação do Estado em proporcionar condições necessárias ao cumprimento

desse direito (CEJIL, 2007; CNJ, 2012). Nesse sentido, a responsabilidade do Estado em conferir condições mínimas de sobrevivência digna, dentro do cárcere, é prevista na Carta Magna e na Lei de Execução Penal.

A condição das mulheres presas, no Brasil, apresenta discrepância na penalidade, quando comparada aos homens, demonstra que, na situação das presas gestantes e lactantes, essas têm suas especificidades redobradas (PIZOLOTTO, 2014). A Constituição Federal, promulgada a 5 de outubro de 1988, assegura “às presidiárias permanecer com seus filhos durante o período de amamentação” como é reconhecido no seu artigo 5º “L”, para que os filhos não carreguem o peso do crime cometido pela mãe, e que a pena não os atinja (idem).

A Lei de Execução Penal (LEP) sofreu alterações com as leis de números 11.942/2009 e 12.121/2009, que trouxeram modificações a favor da mulher encarcerada, contempla os estabelecimentos prisionais femininos, a função de adotar berçários para amamentação, até no mínimo seis meses de idade, além da obrigatoriedade de possuir agentes do sexo feminino. No processo de modificações, foi instituído o Artigo 89 à LEP, que prevê “a penitenciária de mulheres contar com uma seção para gestantes e parturiente, também, creches para abrigar as crianças maiores de seis meses e menores de sete anos”, cuja finalidade é amparar a criança a qual tem sua responsável em situação de restrição da liberdade.

Dessa forma, conclui-se que as normativas e regras para o tratamento das mulheres presas, ora mencionadas, mostra que a LEP é abrangente na sua efetivação, promovendo melhoria significativa na realidade das penitenciárias, mesmo enfrentando inúmeros obstáculos. A falta de estrutura dos Estados acarreta no aguçamento do cenário de precariedade atual, exposto na superlotação, falta de estrutura física, de recursos humanos, além do desrespeito aos direitos fundamentais (SCARDUELI; SILVEIRA, 2010).

O Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias do Ministério da Justiça informa que o número de mulheres encarceradas cresceu, 567%, entre os anos de 2000 e 2014 (INFOPEN MULHERES, 2012, p. 10). Os dados revelam a gravidade de um problema ainda maior, que recai na infraestrutura insuficiente para atender mulheres grávidas. Nos estabelecimentos femininos, apenas 34% destes dispõem de cela ou dormitório adequado para gestantes;

32% dispõem Berçário ou Centro de Referência Materno Infantil; apenas 5% dispõem de creche (idem, p. 18-19).

Já nos estabelecimentos mistos, esses dados retratam dificuldade, ainda maior, onde apenas 6% das unidades dispõem de espaço específico para custódia de gestantes; apenas 3% dispõem de Berçário ou Centro de Referência Materno Infantil; e nenhum dispõe de creche (INFOPEN MULHERES, p. 18-19)

A Constituição Federal do Brasil, de 1988, em seu parágrafo 1º, inciso III, traz como fundamento do Estado Democrático de Direito a dignidade da pessoa humana. Logo, entende-se que os direitos fundamentais possuem inegável conteúdo ético. São sobretudo, valores básicos para uma vida em sociedade.

## **2.2 A Política de Saúde da Mulher e a Política de Saúde no Contexto Brasileiro**

As Políticas de Saúde, a nível de Brasil, passam a incluir a saúde da mulher nas primeiras décadas de 1930, estendendo aos anos 50 e 70. O fim era atender as demandas da gravidez e parto. Daí surgiram programas materno-infantis, baseado no papel social da mãe-doméstica, responsável pela criação, educação, cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

As mulheres passaram a se organizar por meio dos movimentos sociais. E a criticar programas existentes no ciclo gravídico-puerperal, com forte atuação no campo da saúde, ficando sem assistência na maior parte da vida.

Naquele recorte histórico, discutiam as desigualdades, condições de vida, relações homens x mulheres, problemas associados à sexualidade e reprodução, dificuldades relacionadas à anticoncepção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, sobrecarga de trabalho das mulheres, responsáveis pelo trabalho doméstico e criação dos filhos (ÁVILA; BANDLER,1991).

No ano de 1984 o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Esse fato marca a ruptura conceitual com os princípios direcionados à política das mulheres e critérios

para eleição de prioridades nesse campo (BRASIL,1984). O PAISM garante o direito a todas as mulheres, através do SUS, independente de classe social, orientação sexual, identidade de gênero.

Os cuidados abrangem a saúde no que toca à mamografia - exame para detecção do câncer de mama; Papanicolau - exame preventivo que rastreia o câncer no colo do útero; ações educativas, preventivas, tratamentos, diagnósticos, recuperação, clínica ginecológica, pré-natal, parto e puerpério, planejamento familiar, DST. Além do exposto, a garantia de acesso às ações de maior complexidade (BRASIL,1984).

A implementação do PAISM teve grande influência no processo de construção do SUS, sendo implementado com base nos princípios e diretrizes contidos na legislação básica: Constituição de 1988; Lei nº 8.080; Lei nº 8.142; Normas Operacionais Básicas (NOB); Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS).

Todas devidamente editadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL,1990). Cabe ressaltar a inovação da PNAISM, de incorporar, no campo da saúde, a noção de “subordinação interseccional”, pela qual as diferenças de raça/cor/etnia, classe social e orientação sexual entre grupos de mulheres se sobrepõem e interagem com as discriminações de gênero (CRENSHAW, 2002).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) é estruturada em dois documentos, sendo o primeiro, *Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes*. O projeto contém conceitos sobre saúde da mulher, enfoque de gênero, situação social e demográfica, breve diagnóstico da situação de saúde, diretrizes a respeito da humanização da atenção, objetivos gerais, específicos, estratégias da política referentes a cada objetivo.

O segundo documento, *Plano de Ação 2004-2007*, descreve os objetivos específicos, propõe metas, estratégias, ações, recursos e indicadores para cada um dos objetivos. A definição desses instrumentos de gestão PNAISM deve ser definida pelo nível local, de acordo com a realidade epidemiológica e social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

No decorrer de seis anos, após a criação da PNAISM, a Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha. Retrata estratégia do Ministério da Saúde a implementar a rede de cuidados

para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

As leis que garantem o direito das mulheres no SUS são a Legislação Federal da Saúde; Legislação Específica; Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014; Lei do Planejamento Familiar (1996); e Lei 10.778/2013, que trata sobre a violência contra a mulher. O Sistema Único de Saúde (SUS) garante acesso integral, universal, gratuito a toda a população do País, sem discriminação (Brasil, 1988).

A atenção integral à saúde, não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser direito de todos os brasileiros, desde a gestação, por toda vida, com foco na saúde e qualidade de vida, visando à prevenção, promoção da saúde.

Isso posto, confirmado nos artigos:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes [...].

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada [...].

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei [...] (Brasil, 1988).

De acordo com a Constituição de 1988, a saúde é direito de todos e dever do Estado, que deve ser garantido através de Políticas Sociais e Econômicas, e tem como objetivo principal a redução do risco de doenças, sendo o Estado responsável por garantir essa política pública. “O Estado tem papel primordial de garantidor de uma política que abrange a todos, inclusive, alcance indivíduos que estão no Sistema Penitenciário” (SILVA,2002).

A lei sobre o direito à saúde no Sistema Prisional brasileiro está limitada à Lei de Execuções Penais, que tem por intenção proporcionar condições para o cumprimento da advertência e integração social da pessoa encarcerada,

tendo por base a individualização da pena.

A Lei de Execuções Penais surgiu no período em que o País estava democratizando, e, pela primeira vez, prevê em legislação o direito à saúde de “presos e condenados”. A assistência à saúde, na LEP, tem como principais propósitos contribuir para o retorno, convívio em sociedade, bem como manter as condições mínimas para se viver no ambiente prisional com dignidade. Essa assistência consta no Artigo 14, Seção III, da LEP.

Em parceria do Ministério da Justiça com o Ministério da Saúde foi instituída Portaria Ministerial nº 1.777/2003, que aprovou o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário. Tal plano qualifica a prevenção e promoção da saúde como atividades preferenciais, sendo importante destacar as diretrizes norteadoras as quais se deram pelo fato da insalubridade e superlotação que representam o ambiente prisional, no qual são propícias as doenças infecto contagiosas.

Em 2014, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), é considerada momento histórico, após de 30 anos de vigência da Lei de Execuções Penais. Tal política garante acesso integral às pessoas sob custódia do Estado (ALMEIDA et al., 2011; FREITAS et al., 2017; BRASIL et al., 2004).

A LEP estabeleceu-se, então, como marco regulatório do Direito à Saúde dentro do Sistema Prisional, necessitando de princípios de diretrizes que nortegassem esse Direito. Daí o surgimento do Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional, criado através da Portaria Ministerial nº 1.777/2003, como legalizador do acesso à saúde para a população prisional brasileira.

Uma disposição normativa direcionada a estabelecer e efetivar direitos e deveres dos indivíduos em situação de prisão, tanto no que diz respeito à classificação dos condenados, da assistência a eles dirigida, trabalho, disciplina, aplicação de sanções, como também versa sobre os órgãos e estabelecimentos de execução penal em espécie (BRASIL,1984).

É importante evidenciar que os marcos reguladores do Direito à Saúde são a Constituição Federal de 1988; A Lei de Execuções Penais; PNSSP e PNAISP, sendo estes indispensáveis à elaboração de Políticas Públicas de Saúde Prisional. Por relevante período histórico, o Estado retirou políticas públicas sociais do Sistema Prisional, vez que sempre se pensou em políticas

repressivas, sendo impossível conciliar a repressão com ações educativas e integradoras, preparadoras para o retorno ao convívio social.

Tal política repressora é fruto do quadro de globalização neoliberal que prioriza a meritocracia, o mercado de consumo e bem-estar social. Além de dirigir contra princípios dos Direitos Humanos, tendo como função o reforço à perda da condição de humanidade dos chamados “inimigos da sociedade”, que não se adaptam às normas do mercado, ou seja, à lógica da exclusão (ALMEIDA et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2013).

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) segue princípios indicadores do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente no que diz respeito à Universalidade. Também proporciona ação conjunta das Políticas Sociais de Saúde, juntamente às Políticas de Segurança, sendo o objetivo do plano destacar a lei da assistência, a prevenção e promoção da saúde às populações privadas de liberdade (BRASIL,2003).

Os direitos fundamentais, assegurados à mulher privada de liberdade, constam na Constituição Federal de 1988, na Lei de Execução Penal de 1984, reconhecem as pessoas em situação de restrição da liberdade com direito à saúde e educação.

A PNSSP expande a Garantia e Universalização do Acesso aos Serviços de Saúde na Penitenciária, onde deverá conter uma Unidade Básica de Saúde Prisional, equipes multiprofissionais que ofertam ações de promoção à saúde e prevenção de agravos. Não havendo Unidade de Saúde Prisional, a Unidade Básica de Saúde do território poderá se responsabilizar pelo atendimento (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2008).

Dentre a equipe interdisciplinar da Equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF), deve ser composta por psicólogo, assistente social, técnico em Enfermagem, dentista, auxiliar de consultório dentário e cirurgião dentista, médico, atuando nas UBS, dentro do Sistema Penitenciário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

As políticas direcionadas à redução de riscos à saúde, são especialmente relevantes aos grupos populacionais expostos como na penitenciária. Segundo Nicolau et al., em virtude da heterogeneidade do ambiente prisional, que oferece riscos físicos, psicológicos e biológicos, estando a mulher especialmente suscetível (2012, p. 387).

A escassez da saúde é aspecto dos mais graves que afetam o Sistema Prisional, aonde aparecem doenças latentes ou em início de manifestação, as quais não contam com meios de atendimento ou medicação diferente do que é oferecido pelo sistema.

Ao discordar da efetivação das leis, no cárcere privado, Torres afirma ser a realidade ignorada, no que enfatiza: “Em todo Brasil, a assistência médica aos presos é negligenciada, desde atendimentos mais simples, como moléstias de peles, ocorrências dentárias, pequenos curativos, até problemas complexos, como acidente vascular cerebral, acidente cardiovascular e câncer, para os quais o detento não recebe o atendimento necessário ou mesmo nenhum atendimento” (2001, p. 86-87).

O Código Penal prevê, portanto, a garantia da manutenção dos direitos sociais de pessoas após o cárcere. No entanto, as políticas sociais, a âmbito prisional, só foram criadas pelo Estado a partir da Lei de Execução Penal (LEP), no ano de 1984. Essa lei regula os direitos, deveres da população encarcerada para com o Estado e a sociedade, estabelece normas fundamentais a serem aplicadas durante o período de prisão.

Ou seja, a LEP afirma direitos, deveres, penalidades da disciplina, avaliação dos presos, tendo como foco a reintegração, que busca a prevenção de novos crimes e a preparação da pessoa presa para o retorno ao convívio social (BRASIL, 1984).

Já explanado anteriormente, nesta pesquisa, as Políticas Sociais de Saúde no Sistema Prisional tem três marcos importantes, sendo a LEP o primeiro deles, pioneira na garantia de direitos à saúde nos estabelecimentos prisionais. Tal garantia opera no plano jurídico, não necessariamente se efetiva dentro do cenário prisional.

De todo modo a LEP foi pioneira no estabelecimento legal dos direitos à população prisional no Brasil, representou evolução no campo das políticas sociais no cárcere. Sobre a saúde, essa lei, em seu Artigo 14, preconiza que a “assistência à saúde do preso e do internado, em caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico” (BRASIL, 1984).

Vale ressaltar que a LEP caracteriza mudança histórica do período ditatorial. Ela transgrediu, alcançando a democracia, embora tenha sido

combinada por camadas mais influentes da sociedade. É inegável a importância das mobilizações populares, em especial, o movimento “Diretas Já”, entre março de 1983 e abril de 1984, importante marco histórico no que refere a algumas conquistas do marco legal, efetivadas (YAMAMOTO; OLIVEIRA, 2010).

Como exposto, desde o ano de 1984, está previsto em lei o atendimento de saúde às pessoas reclusas nos estabelecimentos penais. No entanto, esse atendimento ainda era assunto de interesse e responsabilidade das Políticas de Segurança Pública, e não de Saúde. Foi através do segundo marco das Políticas Sociais de Saúde no âmbito prisional, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), de 2003, que foi firmada a necessidade da organização de ações e serviços de saúde no Sistema Penitenciário. Isso, com base nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre eles, o da universalidade (BRASIL, 2003a), reforçado na Portaria Interministerial nº 1.777/2003, da garantia do acesso à saúde às pessoas privadas de liberdade, de acordo com o princípio de universalidade do SUS, ampliando as diretrizes de saúde no sistema Penitenciário descritas anteriormente na LEP (idem, 2003b).

A responsabilização conjunta das políticas sociais de saúde e segurança, impulsionadas pelo PNSSP alavancam a proposta da garantia de ações integrais de saúde, além da assistência, prevenção, promoção de saúde às populações masculina, feminina, ainda, a psiquiatria disponibilizada às pessoas privadas de liberdade (BRASIL, 2003a).

Assim, a saúde nas prisões passa a ser assunto, também, das Políticas Sociais de Saúde. Entre as perspectivas de saúde lançadas pela LEP e o PNSSP oferta-se a máxima de que “saúde é direito de todos e dever do Estado”. Esse direito foi instituído pela Constituição Federal de 1988, regulamentado pela Lei nº 8.080, e Lei nº 8.142, ambas de 1990 (BRASIL, 1990a; 1990b).

É fundamental lembrar a escolha relacionada à criação e implementação do plano de saúde específico para o Sistema Penitenciário. O que só foi decidido pelo Poder Público, quinze anos após o reconhecimento da saúde como direito de todos. Esse direito está pautado na carta política democrática - Constituição Federal -, e não faz divisão em relação à pessoa

desse direito: presos ou não, todos têm direito à saúde (KOLLING; SILVA; SÁ, 2013).

O principal objetivo do PNSSP é contribuir para o controle e/ou redução dos agravos de saúde mais frequentes na população penitenciária do País, trabalhar na lógica da prevenção e promoção à saúde. Trata-se de estratégia que faça chegar o acesso às políticas de saúde à população privada de liberdade, considerando ações da atenção básica de saúde como as políticas nacionais de saúde bucal, saúde da mulher, DST, e HIV/Aids, saúde mental, hepatites, tuberculose, hipertensão, diabetes e hanseníase.

O PNSSP também indica assistência farmacêutica básica, imunizações (vacinação) e a coleta de exames laboratoriais (BRASIL, 2003a). Na prática, observam-se péssimos indicadores de saúde da população encarcerada (COELHO, et al., 2009; NOGUEIRA; ABRAHÃO, 2009; SÁNCHEZ et al., 2007).

Importante avanço do sistema prisional feminino, a instituição da Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE), amplia o olhar sobre a população prisional feminina, a prevenção de todos os tipos de violência contra as mulheres. Abrange a importância de normas e procedimentos adequados às especificidades das mulheres no que compete às questões de gênero, idade, raça, orientação sexual, cor, escolaridade, religiosidade, nacionalidade, deficiências, bem como o incentivo à construção e adaptação de unidades prisionais para o público feminino (BRASIL, 2014b).

Outra ferramenta de luta na questão de direitos o público encarcerado, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), fruto de grupos de trabalho (GT) criados pelos Ministérios da Saúde e da Justiça, entre 2012 e 2013.

À época, reuniu diferentes atores na construção política, dessa garantia de direito à saúde às pessoas encarceradas, ligado ao Programa de Direito Sanitário da Fiocruz-Brasília, composto pela gestão, academia, organizações de proteção às pessoas privadas de liberdade (DOMINGUES, 2012).

Essa política pública representa importante avanço na atenção à saúde da população privada de liberdade, ampliação da garantia de direitos sociais. Assim, o público-alvo amplia a todas as pessoas sob custódia do Estado, em regime fechado, semiaberto, aberto, cumprindo medidas de segurança em

tratamento ambulatorial. Outra conquista do PNAISP é a inclusão de trabalhadores dos serviços prisionais e familiares de pessoas privadas de liberdade.

### **2.3 Limites e desafios: a Atenção à Saúde da mulher privada da liberdade**

Conquista histórica, no Brasil, o direito à saúde da população privada de liberdade é regulado por normativas tais como a Lei de Execução Penal (LEP, 1984); Constituição Federal de 1988; Lei Orgânica nº 8.080, de 2010, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS); Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP, 2003) além de portarias e decretos que reconhecem as necessidades de saúde da população carcerária, já explanado nos itens anteriores dessa pesquisa.

Em decorrência do confinamento, observam-se agravos psicossociais, a distinção de gênero, a prevalência dos transtornos mentais graves, maior entre as mulheres, em comparação aos presos do sexo masculino (SANTOS et al., 2016; MINAYO; RIBEIRO, 2006).

Logo se compreende que o encarceramento feminino é formado pelo grupo especialmente vulnerável, mulheres que carregam múltiplas vitimizações sofridas durante sua trajetória, muitas vezes, expostas à vitimização da violência institucional vivenciadas no ambiente carcerário. Ao não reconhecer as necessidades da mulher, no cárcere, favorece a vitimização feminina por parte da Instituição que as abriga (SCHULTZ, 2018).

É necessário monitorar as condições de saúde dessa população, avaliar ações ofertadas pelos serviços destinados a atendê-la, assegurar fluxos assistenciais, responsabilização, resolutividade da assistência. Para alcançar a integridade e atenção à saúde, fundamental o planejamento a articular o acesso, responsabilização, autonomia (MEDEIROS, 2015).

O acesso à saúde está diretamente ligado ao princípio da universalidade como direito de todos e dever do Estado. Nesse caso sugere-se que sejam implantadas políticas públicas para a adaptação de suas instalações, para que se torne um ambiente mais apropriado para recebê-las.

É essencial conhecer a realidade local, de cada região, para que torne possível traçar planejamento, implementar serviços de saúde à população

específica. Nesse caso, os principais agravos em saúde são as doenças respiratórias, como rinite alérgica, sinusite e bronquite crônica (MINAYO; RIBEIRO, 2016).

De acordo com o Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2014), há no Brasil 2.861 prisões, dessas, 699 mantêm mulheres presas, números que alteram a cada inspeção. Dessas, 123 são exclusivas para mulheres. Existem 576 mistas, nas quais existem pavilhões, alas, cela adaptadas para mulheres. Quando se trata de gestantes, o assunto é mais complexo. Essas presas têm que ser transferidas a presídios melhor localizados, geralmente na capital, com estruturas mais adequadas. Essas dinâmicas as colocam mais distantes dos familiares, dificultando, mesmo impedindo receber visitas, devido à distância (BRASIL, 2008).

O exposto acarreta a problemática de que as mulheres tendem a ser abandonadas quando presas, recebem poucas, às vezes, nenhuma visita, em número significativo (BRASIL, 2008), realidade que agrava problemas psicológicos.

Estudos do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP revelam que, 68,9% das mulheres presas, tinha desenvolvido algum tipo de transtorno mental. Fenômeno que se deve à superlotação das penitenciárias, falta de higiene, pouca circulação de ar, uso de drogas, falta de acesso à família. A quebra de vínculos familiares tende a ser fator agravante das condições psicológicas das encarceradas (SANTOS; BERMUDEZ, 2012).

Uma das propostas da Política Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (2003), nesses casos, a Atenção Básica de Saúde. Política que deve cumprir funções para que as Redes de Atenção à Saúde possam atuar de forma resolutiva, identificando riscos, necessidades, demandas dos complexos penitenciários, sendo eficazes nas intervenções clínicas, sanitárias, atuando de maneira assertiva na prevenção de doenças. Uma sugestão é a criação de grupos de saúde mental, dinâmicas de grupos com propostas de atividades físicas, rodas de conversas, acolhimento. O objetivo, melhorar a vivência nesses espaços.

Além dos transtornos mentais as mulheres privadas de liberdade sofrem com a situação de maior vulnerabilidade, acometidas por outras doenças infecto contagiosas citadas anteriormente neste trabalho.

De acordo com estimativa do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV e Aids (UNAIDS), a prevalência da Aids entre pessoas privadas de liberdade é maior. São variadas as causas, compartilhamento de materiais, seringas, agulhas, consumo de drogas, *piercings*, não esterilização, fatores determinantes ao contágio por HIV/Aids, diversas DST (SANTOS; BERMUDEZ, 2012).

As necessidades e características do ambiente prisional, devem levar em conta a insalubridade nada favorável à saúde física, psíquica, mental. O ambiente prisional raramente tem saneamento adequado, ali, as condições de higiene são precárias, há uma superlotação carcerária, fatores determinantes no ciclo de doenças. Como a questão estrutural não pode ser resolvida, em curto período de tempo, promoveu-se um encaixe da Política de Saúde Pública com foco na população encarcerada (AGNOLO et al., 2013; BRASIL et al., 2014).

A população feminina encarcerada, além das características apresentadas, por conta do ambiente insalubre, a facilitação da proliferação de doenças, enfrenta particularidades do gênero. A gravidez que ocorre, antes do cárcere, ou na quantidade inferior, em visitas íntimas, a ocorrência das doenças sexualmente transmissíveis, entre essas a sífilis, que tem aumentado nos últimos anos, vêm sendo apontadas como epidemia carcerária (ALMEIDA et al., 2001).

As Políticas Públicas de Saúde, apresentadas dentro do ambiente prisional, apesar de serem as mesmas utilizadas pelo SUS, devem ser adaptadas. O ambiente intramuros é mais insalubre, superlotado, apresenta incidência de doenças, de certo modo, já contidas no ambiente extramuros.

Outro fator, que põe em perigo a eficácia de tais políticas, as equipes multiprofissionais, as quais atendem apenas presídios de maior quantitativo de pessoas. O plano não prevê equipes nos estabelecimentos, com até 100 internos, sendo tal atendimento realizado pelas Redes de Serviços de Saúde municipais, aonde situa a prisão. Lembrado que atendem à população em geral, em ações voltadas à população penitenciária, fato que causa vácuo administrativo em relação ao restante da população carcerária (GRECO et al., 2011).

Em relação às ações públicas dirigidas à população feminina,

anteriormente, tais políticas não diferenciavam gênero, aplicadas de modo impreciso aos dois gêneros, até então definidos homem e/ou mulher, sem singularidades, prevenção de violência, legitimação de normas relacionadas às questões de gênero, raça, etnia, orientação sexual, deficiência física.

Ainda os ajustes das unidades prisionais para o público feminino, ao tempo de inclusão, teve que ser estruturado na forma de políticas públicas que dessem prioridade às necessidades materno-infantil, os direitos reprodutivos, o controle sobre o direito ao corpo, neste caso, das mulheres privadas de liberdade (CHERNICHARO et al., 2014; GRECO et al., 2011).

É importante ressaltar que a maioria das mulheres privadas de liberdade tem melhor atendimento de saúde, quando encarcerada. Até a internação, grande número das internas nunca fez exames preventivos, testes de HIV. Aquelas em situação gestacional jamais fizeram exames pré-natais.

O retrato social da sociedade encarcerada revela uma paralela em relação à questão da assistência dispensada à saúde das populações em geral, situação tão precária como o é a da população encarcerada (GRECO et al., 2011; BRASIL et al., 2010; NASCIMENTO et al., 2016).

Todavia, a partir da PNAISP expandiu a possibilidade de constituir a Equipe de Atenção Básica Prisional (EABP) por meio do financiamento estabelecido pela Portaria GM/MS nº 482/2014, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014b).

A EABP tem a função de realizar atenção primária à saúde nas Instituições Prisionais, incluindo o serviço à Atenção Primária à Saúde (APS) municipal, com obrigatoriedade de utilizar os sistemas de informação, acesso à educação permanente, acesso regulado às Redes de Atenção à Saúde (RAS). Esta se representa pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo como centro de comunicação a APS.

Fundamentam-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, destacando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde. Tem como foco viabilizar a integração sistêmica de ações e serviço de saúde com fornecimento de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, promover o desempenho do sistema de saúde, em questão de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, eficiência econômica (MENDES, 2015).

Os impactos negativos estão associados à inexistência do propósito de cuidado com o processo de saída do cárcere, quando a usuária pode ficar sem atendimento e conseguir acessar o serviço de referência territorial. Além da “recaída” (P9), uso abusivo de drogas; reincidir e sofrer novo processo de retorno à prisão, o conhecido fenômeno “porta giratória” das prisões (FRAZIER et al., 2015). Estudo internacional certificou a mudança de atendimento nos serviços de APS da prisão para os serviços territoriais, sendo realizada de maneira insuficiente, inadequada ou inexistente (BINSWANGER et al., 2011).

Há indícios de que um dos fatores para a dificuldade de acesso dos egressos do sistema ao serviço de Atenção Primária e Secundária da comunidade é a consequência da falta de planejamento dos serviços de APS da prisão, o que permite que casos complexos sejam subvalorizados no processo de livramento. Além disso, estes são regularmente liberados com oferta limitada de medicamentos (BINSWANGER et al., 2011; KINNER et al., 2016; LEUTWYLER; HUBBARD; ZAHND, 2017).

A desorganização do cuidado aumenta a vulnerabilidade, riscos da não continuidade do tratamento, agrava condições de saúde da população egressa. Dessa forma aumentam as probabilidades de suicídio, hospitalização, homicídio, retorno ao Sistema Prisional (LEUTWYLER; HUBBARD; ZAHND, 2017), comprovado que o primeiro mês, pós-reclusão, eleva os riscos de mortes por causas externas (ZLODRE; FAZEL, 2012), citadas acima.

Esses dados indicam a prática de reclusão como fator tormentoso, destacado a ausência de coordenação, cuidado, implementação de ferramentas destinadas a realizar a Gestão de Caso, em especial, aos egressos em condições complexas de saúde - alto risco, vulneráveis (Chang et. al., 2015; LEUTWYLER; HUBBARD; ZAHND, 2017).

A literatura nacional, especializada em APS, reitera a Gestão de Caso como um dos elementos da Gestão Clínica, considerada instrumento adequado de profissionais e usuários dos serviços de cuidados primários. Mantém foco no acompanhamento de imposições crônicas complexas, que necessitam da elaboração ampliada, colaborativa, trabalho em equipe, articulado aos demais serviços da rede (MENDES, 2015).

Num colher de impressões, sua análise, tomando como lente a trajetória do profissional do Serviço Social, alojado à questão Prisional,

destaque à urgência de programas de treinamento adequados, educação permanente das categorias profissionais envolvidas dentro da intersectorialidade/interdisciplinaridade. Tais brechas acabam por trazer consequências negativas à saúde das encarceradas e das egressas do Sistema Prisional, condição de precarização humana que alcança as famílias, logo, a comunidade como um todo.

### **3.METODOLOGIA**

Esta pesquisa científica adota a revisão bibliográfica cujo caráter é qualitativo. Aprofunda os estudos por meio de buscas teóricas em leis, sites de internet, revistas, artigos científicos e livros, a partir da definição da questão central da pesquisa, situada na expressão social relata à saúde da mulher encarcerada. A revisão tem finalidade na abordagem metodológica que permite a inclusão de dados institucionais para melhor compreensão do fenômeno analisado.

O fator que norteia e contribui para a revisão caracteriza-se nas evidências científicas publicadas, dados fornecidos por órgãos fiscalizadores da prisão, no Brasil. Recorta os trabalhos o período dos últimos 20 anos decorridos no País, os quais contribuiriam na compreensão das necessidades, bem como desafios, limites das mulheres no cárcere brasileiro.

Reforça-se que a pesquisa vai para-além das duas décadas citadas, a realidade extrapola a própria história não só da mulher, no Brasil, mas o seu contrário, ou seja, de um Brasil que só reconhece direitos expressivos das mulheres a partir da terceira década do século XX.

Para início do trabalho foram adotados artigos da escritora militante feminista, a francesa Simone de Beauvoir (1908-1986). De maneira estratégica são utilizados no enxerto da pesquisa por tratar, de forma ampla, a questão de gênero, sua histórica e paradigmática evolução na sociedade capitalista machista, patrimonialista, de um sexo só.

Foram incluídos artigos nacionais relacionados ao cárcere, no Brasil, conforme descrito, leis que tratam, normatizam os direitos da pessoa privada

de liberdade. Com base em dados científicos, identifica a empiria dificuldades na efetivação do apoio à mulher em situação de restrição da liberdade, isso, por parte dos responsáveis institucionais, fator histórico-cultural, o qual estende à ausência do Estado.

Com foco na identificação das primeiras prisões femininas no País, as problemáticas no atendimento à saúde feminina, o fator relevante encontra-se na ausência de estrutura suficiente capaz de atender necessidades humanas, no caso em específico, das presas em geral, com cuidado em retratar, com maior ênfase, as gestantes e parturientes.

Além do agravante com relação ao gênero, quando os resultados permitem estabelecer a reflexão sobre a realidade do cárcere feminino, no Brasil. Torna evidente, também, a escassa informação, mais precisa, munida de dados e análises, sobre o tal mote conjuntural, político, antropológico e cultural do encarceramento feminino.

#### **4.RESULTADOS**

O atendimento à saúde da mulher, no cárcere, de forma efetiva, com prática acolhedora, igualitária, atende ao que é garantido pela Constituição Federal: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (CF, 1988. Art. 196-200).

A pessoa privada de liberdade, sujeito de direitos, retrata dados que direcionam à demanda específica, no caso dessa pesquisa, a mulher, a qual busca tratamento digno e respeitoso nas abordagens institucionais.

Mesmo com alguma evolução, apontada no artigo, as ações e planejamento para o atendimento à saúde da mulher privada de liberdade não atende às suas necessidades essenciais. Esta realidade requer medidas e serviços, principalmente a assistência e saúde. Há que seguir e aplicar as propostas de inclusão e assistência asseguradas nas leis.

O resultado esperado através dessa análise é o aumento da fiscalização para garantir as normas, ver melhorar a saúde integral das mulheres presas,

evitar a exposição das crianças cujas mães estão em situação de restrição da liberdade.

Para tanto, o trabalho preventivo é determinante para que objetivos sejam alcançados, utilizando planejamento e estratégias que contribua na redução da superlotação, através de mutirões para acelerar nos tramites dos julgamentos, e consolidar o Plano Nacional de Saúde no sistema Penitenciário (PNSSP- 2005), reconhecendo sua responsabilidade frente a essa necessidade juntamente com as ações organizacionais, seguindo os princípios do PNSSP, que asseguram a eficácia das ações e promoções, pela prevenção e atenção integral a saúde. Dentre os princípios pautados no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, estão à ética, a justiça, a cidadania, os direitos humanos, a participação, a equidade, a qualidade e a transparência. Sabendo a dimensão do fenômeno, os desafios enfrentados pelas mulheres encarceradas, enfatiza o trabalho sobre a importância da reflexão, a fim de estimular as políticas públicas, promover e dar visibilidade à população carcerária feminina instalada por entre muros e grades da arena prisão, neste caso, no Brasil.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Durante a construção do trabalho, nota-se que os primeiros estabelecimentos prisionais, no Brasil, tinham como finalidade mudar o caráter da pessoa presa. No que tange aos Institutos Femininos o tratamento, à rigor, era determinante no sentido de moldar a mulher conforme fosse aceitável pela sociedade (ANDRADE, 2011, p. 119).

Do mesmo modo, observa-se que a maioria das referências pesquisadas aborda o sistema carcerário masculino e feminino da mesma forma. Esse tratamento reflete nos presídios, arena na qual as mulheres recebem tratamento insuficiente quanto às suas necessidades básicas.

O objetivo do trabalho é promover a reflexão sobre o cárcere feminino, dentro da perspectiva do atendimento à saúde das mulheres encarceradas. Através da reflexão pretende-se produzir questionamentos que venham contribuir para a sociedade civil consciente, participativa, articulada, capaz de apresentar propostas junto à rede, através de debates sobre a temática.

Demonstrado, o problema de acesso à saúde, histórico, é realidade vivenciada pelas mulheres, antes mesmo do cárcere.

Aborda-se a questão de gênero, dentro do contexto prisional, destaca-se sua evolução, determinante na instituição de modificações resultantes nos cárceres femininos, as quais produziram transformações no sentido de atender às necessidades das mulheres, ainda, inferir no padrão de abordagens.

No mesmo contexto, apresenta a pesquisa o processo de criminalização das mulheres, fatores que demonstram o padrão histórico, quando as mulheres eram apontadas perigosas, que desviavam do padrão social exigido. Em comparação a dados atuais, constata-se que a delinquência feminina está relacionada às suas relações sociais, principalmente, os relacionamentos conjugais.

Busca o trabalho apresentar dados das primeiras prisões femininas, no Brasil, no entanto, as referências não dispõem volume de informações do período, sendo escassos os dados fornecidos pelas comissões dos presídios. Contudo, personagens, especialistas, membros dos Conselhos apresentam informações, no âmbito estrutural, principalmente, nas abordagens institucionais, descritas como "desumanas", o que levanta debates e resulta no que foi descrito durante a escrita do artigo.

Dados atualizados sobre o perfil do encarceramento feminino, nas prisões brasileiras, potencializa a urgência do estudo sobre a criminalidade feminina, as perspectivas dos fatores que produzem seu ingresso "no mundo do crime". Assim, avançar na compreensão dos mecanismos de opressão aos quais as mulheres são submetidas, levando-as a cometer crime, em decorrência, levadas à privação da liberdade.

Essa pesquisa científica não apresenta respostas prontas, nem são formuladas soluções imediatas, mas há, sim, uma provocação à reflexão, dentre as quais, a de que é preciso compreender a mulher sob a concepção de personagem de identidade, personalidade, que luta contra a opressão, sobrevive à sociedade.

Analisa-se as diferenças entre masculino e feminino, homem e mulher, a qual, ao ser levada ao encarceramento, passa a ser submetida a diferentes formas de submissão, através do controle formal do cárcere, sendo duplamente punidas, perdendo sua liberdade, identidade de mulher.

Em destaque, no que refere à representação dos direitos à saúde, por parte das pessoas presas, ressalta-se a Lei de Execução Penal (LEP) de 1984, que estabelece a regulação do Direito à Saúde dentro do Sistema Prisional. Por outro lado, a reflexão traz concepções sobre suas normativas, acesso, efetivação à população carcerária feminina.

Ainda, no contexto dos avanços da garantia dos direitos das mulheres presas, trata a escrita da efetivação da Política Pública de Saúde, pelo Plano Nacional de Saúde, no Sistema Penitenciário, isso, em 2003, que viabilizou a cidadania, minimizou desafios enfrentados pelas pessoas privadas de liberdade. A aplicação dos princípios propostos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe mudanças significativas para compreender e encarar a Assistência e Saúde às pessoas privadas de liberdade (BRASIL et al.; 2010; BRASIL et al.; 2014).

Ressalta-se, ainda, que as políticas públicas foram aplicadas de modo impreciso, sem prever necessidades específicas do público masculino e feminino, acarretando no fracasso. No entanto, ao ser restringido com intuito de atender a população carcerária feminina, percebe-se que a maioria das presas caracteriza mães, além das gestantes. Em 2009, a Lei de Execução Penal (LEP) sofreu alterações que contemplavam as prisões femininas a adotar berçários, seção específica para atender as gestantes e parturientes, além de creches.

Ao apresentar Políticas Públicas que atendam ao Sistema Prisional, a tempo certo, dados atuais do Sistema Carcerário Feminino revelam discrepância no que tange ao acesso dessas políticas, aniquilando discursos de igualdade e efetivação. Contudo, reforça o objetivo de ampliar a reflexão na ideia de conseguir demonstrar a desigualdade, compreender ser possível atender às necessidades destacadas pelas pessoas privadas de liberdade.

A realidade carcerária é concreta, cruel. Os desafios diários enfrentados por mulheres encarceradas são a luta por dignidade, tentativa de vencer o sofrimento, a negação de investimentos estatais. As prisões causam aflições, torturas e abandono, contudo, a realidade que mais choca é a indiferença social. Ignoram-se as transgressões femininas, há uma recusa em discutir o assunto, a sociedade evita falar da mulher encarcerada, seguindo o preceito,

ou não, de crescermos ouvindo que a violência faz parte da natureza do homem, não da mulher” (QUEIROZ, 2015, p. 18-19).

A luta contra a opressão, alimentada pelo machismo, resulta na negação da humanidade de que a mulher é batalhadora diária. O enfrentamento na redução das desigualdades de gênero, pela efetivação dos direitos garantidos por leis, no que refere às mulheres privadas de liberdade, além de prover as transformações para sua inserção na sociedade, são mote dos direitos humanos, dentro ou fora da prisão.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA PRC, Soares RSC, Coura AS, Cavalcanti AL, Dutra MOM, Lima TMA. **Condição de saúde de mulheres privadas de liberdade: uma revisão integrativa.** R Bras Ci Saúde. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4034/RBCS.2015>. Acessado em: novembro de 2021

ALMEIDA, Rosemary de Oliveira. **Mulheres que matam: universo imaginário do crime no feminino.** Rio de Janeiro: Relume Dumara, 2001.

ANDRADE, Bruna Soares Angotti Batista de. **Entre as leis da ciência, do Estado e de Deus: o surgimento dos presídios femininos no Brasil.** 2011. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

BARCINSKI, M. **Protagonismo e vitimização na trajetória de mulheres envolvidas na rede do tráfico de drogas no Rio de Janeiro.** Ciência & Saúde Coletiva. v. 14, n. 2, p.577-586, 2009b.

BEAUVOIR, Simone de. **O segundo sexo: Fatos e mitos.** 4ª ed. São Paulo: Difusão Europeia Do Livro, 1970.

BINSWANGER, I. A. et al. **“From the prison door right to the sidewalk, everything went downhill,”** A qualitative study of the health experiences of recently released inmates. International journal of law and psychiatry, v. 34, n. 4, p. 249-255, 2011. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0160252711000628>. Acesso em: 12 dez. 2019.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 jul. 2003.

BRASIL. **Conselho Nacional de Justiça. Regras de Bangkok** – Regras das Nações Unidas para o tratamento de mulheres presas e medidas não privativas de liberdade para mulheres infratoras. Traduzidas para o português, 2016. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/09/cd8bc11ffdc397c32eecd40afbb74.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm) Acesso em: 9 de junho de 2014 [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)

BRASIL. **Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN)**. Dados Consolidados do Sistema Penitenciário Nacional. Disponível em: <<http://www.mj.gov.br/depen/>> Acesso em: 22 maio de 2012.

BRASIL. **Lei de Execução Penal**. Brasília, 1984. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/17210.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17210.htm) acesso em: 10 junho 2014. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/17210.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17210.htm)

BRASIL. **Lei no 7.210, de 11 de julho de 1984**, Lei de Execução Penal (LEP). Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L7210.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210.htm)>.

BRASIL. LEVANTAMENTO Nacional de Informações Penitenciárias – **Infopen**. Departamento Penitenciário Nacional e Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 30 jun. 2014. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/noticias/mj-divulgara-novo-relatorio-do-infopen-nesta-terca-feira/relatorio-depen-versao-web.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2021;

BRASIL. **Mais Mulheres no Poder** – Contribuição à Formação Política das Mulheres – 2010/ Marlise Matos e Iáris Ramalho Cortês. Brasília: Presidência da República, Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2010.

BRASIL. **Ministério da Justiça e Segurança Pública**. Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento nacional de informações penitenciárias - INFOPEN Mulheres. Brasília 2017. Disponível em <[http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen-mulheres/infopenmulheres\\_arte\\_07-03-18.pdf](http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen-mulheres/infopenmulheres_arte_07-03-18.pdf)>.

BRASIL. **Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária**. Resolução nº 03, de 1º de Junho de 2012. Brasília, 2012b. Disponível em: [file:///C:/Users/Qbex/Downloads/2012 Resolução 003.pdf](file:///C:/Users/Qbex/Downloads/2012%20Resolu%C3%A7%C3%A3o%20003.pdf). Acesso em: 27 jun 2014

BRASIL. Ministério da Justiça. Resolução nº 01, de 10 de Fevereiro de 2014. Brasília, 2014e. disponível em:file:///C:/Users/Qbex?Dpwwloads/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20n%C2%BA1%10de%202014%20(1).pdf. Acesso em: 15 de junho 201

BRASIL. Portaria GM/MS nº 01, de 02 de janeiro de abril de 2014. 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). Brasília (DF), 2014a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001\\_02\\_01\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html)>. Acesso em: 12 dez. 2019.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 01, de 02 de janeiro de abril de 2014.** 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). Brasília (DF), 2014a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001\\_02\\_01\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html)>. Acesso em: 12 dez. 2019.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 482 de 1º de abril de 2014.** 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). Brasília (DF), 2014b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0482\\_01\\_04\\_2014.htm](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0482_01_04_2014.htm)>. Acesso em: 12 dez. 2019.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 482 de 1º de abril de 2014.** 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). Brasília (DF), 2014b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0482\\_01\\_04\\_2014.htm](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0482_01_04_2014.htm)>. Acesso em: 12 dez. 2019.

BRITO, José Gabriel de Lemos. **Os sistemas penitenciários do Brasil.** Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 3 vols, 1924 e 1926. [Vols 1 e 2, 1924 e vol 3 1926].

CUNHA, Maria Clementina Pereira. O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1986.

FERLA, Luis Antonio Coelho. Feios, sujos e malvados sob medida: do crime ao trabalho, a utopia médica do biodeterminismo em São Paulo (1920-1945). São Paulo, Doutorado em História, Universidade de São Paulo, 2005.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 125-34.

FRAZIER, B. D. et al. The impact of prison deinstitutionalization on community treatment services. *Health & justice*, v. 3, n. 1, p. 9, 2015. Disponível em:

<<https://healthandjusticejournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40352-015-0021-7>>. Acesso em: novembro, 201;

FRIEDRICH, Engels. **A origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado**. Coleção Grande Obras do Pensamento Universal. Editora Escala, S/D;

GOIS, S. M. et al. **Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 5, p. 1235-1246, 2012. Disponível em: <<http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/39693/S1413-81232012000500017.pdf?sequence=1>>. Acesso em: outubro 2021;

GRECO, Rogério. **Direitos Humanos, sistema Prisional e alternativas à privação de liberdade**. São Paulo: Saraiva, 2011, p. 320;

INFOPEN, Mulheres. **Departamento Penitenciário Nacional e Fórum Brasileiro de Segurança Pública**, 30 jun. 2014. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/noticias/estudo-traca-perfil-da-populacao-penitenciaria-feminina-no-brasil/relatorio-infopen-mulheres.pdf>>. Acesso em: outubro 2021;

LARNEY, S. et al. **Variation in mortality risk of people released from prison**. *The Lancet Psychiatry*, v. 2, n. 8, p. 681, 2015. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366\(15\)00235-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366(15)00235-7.pdf)>. Acesso em: outubro 2021;

LEMOS BRITO, J. G. **“As mulheres criminosas e seu tratamento penitenciário”**. In: *Estudos Penitenciários*, São Paulo, 1943;  
LEMOS, Carlos Eduardo Ribeiro. **A dignidade da Pessoa Humana e as Prisões Capixabas**. Vitória: Univila, 2007;

LIMA, Elça Mendonça. **Origens da Prisão Feminina no Rio de Janeiro**. O Período das Freiras (1942- 1955), São Paulo, 1983;

LIMA, G. M. B. **Mulheres presidiárias: Sobreviventes de um mundo de sofrimento, desassistência e privações**. Dissertação (Mestrado de Enfermagem em Saúde Pública) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa – PB – 2005;

MEDEIROS, R. H. A. de. **Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 25, p. 1165-1184, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/physis/2015.v25n4/1165-1184/pt/>>. Acesso em: 12 outubro 2021;

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015. Disponível em: <<http://www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/a-construcao-social-da-aps-mendes-2015-1pdf>>. Acesso em: outubro 2021;

MINAYO, M. C. de S.; RIBEIRO, A. P. **Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro**, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 7, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n7/1413-8123-csc-21-07-2031.pdf>>. Acesso em: outubro 2021;

PINTO, Céli R. J. **Uma história do feminismo no Brasil**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo. 2003;

QUEIROZ, Nana. (2015). **Presos que menstruam**. Histórias de mulheres que são tratadas como homens nas prisões paulistas. Disponível em: <<http://presosquemenstruam.blogspot.com/2011/09/seios-de-fora.html>>. Acesso em: set. 2021;

SANT'ANNA, Nuto. **Documentário Histórico-vol.2** (Relatórios das visitas a estabelecimentos de caridade e prisões da cidade de São Paulo, de 1829 a 1841. São Paulo, Prefeitura de São Paulo, 1951;

SCHULTZ, A.L.V. **O apoio matriarcal como metodologia para o trabalho em saúde no Brasil sistema prisional: fatores favoráveis, desfavoráveis e contribuições**. Dissertação (Mestrado em política social e Serviço Social) – Programa de Pós Graduação em Política Social e Serviço Social, Universidade Federal do Rio grande do Sul, Porto Alegre, 2018. Disponível em: <HTTP://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/182009/001076288.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acessado em: outubro 2021;

SILVA, Glaydson José. **“Gênero em questão – apontamentos para uma discussão teórica.”** Mneme - Revista Virtual de Humanidades, n. 10, v. 5, abr./jun. 2004. Dossiê História Cultural. Disponível em: <http://www.seol.com.br/mneme>;

YAMAMOTO, O.H.; OLIVEIRA, I. F. de. **Política Social e Psicologia: uma trajetória de 25 anos**. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Brasília, v. 26, n. especial, p. 9-24, 2010.

## Apêndice A



### TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO

Eu Deledalina Ribeiro dos Santos RA 36564

Declaro, com o aval de todos os componentes do grupo a:

AUTORIZAÇÃO

NÃO AUTORIZAÇÃO

Da submissão e eventual publicação na íntegra ou em partes no Repositório Institucional da Faculdade Unida de Campinas – FACUNICAMPS e da Revista Científica da FacUnicamps, do artigo intitulado: Mulheres na crise: Reflexão sobre o atendimento à saúde.

De autoria única e exclusivamente dos participantes do grupo constado em Ata com supervisão e orientação do (s) Prof. (s): Edson Jesus Dias Mendes da Silva

O presente artigo apresenta dados válidos e exclui-se de plágio.

Curso: Serviço Social - Modalidade afim \_\_\_\_\_

Deledalina Ribeiro dos Santos

Assinatura do representante do grupo

Edson Jesus Dias M. da Silva

Assinatura do Orientador (s):

Obs: O aval do orientador poderá ser representado pelo envio desta declaração pelo email pessoal do mesmo.

Goânia, 19 de 11 de 2023

