DIREITO À SAÚDE PARA MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE

Mara Ilka Holanda de Medeiros Batista[1]

Marcília Ribeiro Paulino[1]

Andrezza Maria Barros Dantas[2]

Eronyce Rayka de Oliveira Carvalho[3]

Carlus Alberto Oliveira dos Santos[4]

Alessandra Albuquerque Tavares Carvalho[5]

Fecha de publicación: 01/07/2018

Sumario: Introdução. **1.** Direito constitucional à saude e as diretrizes à saude conforme a lep. **2.** Panoroma fático legal de mulheres encarceradas e assistência a saúde no sistema prisional. **3.** (In) eficácia das políticas públicas em saúde no sistema penitenciário. - Conclusão. - Referências.

Resumo: As prisões no Brasil estão cada vez mais lotadas com um contingente de pessoas, em sua maioria jovens, e oriundos de um extrato de baixa renda da população. Com a superlotação das unidades prisionais brasileiras, alguns serviços públicos prestados ficam comprometidos, devido à alta demanda e pouco subsidio/profissionais. Dessa maneira, os acessos aos serviços

[1] Doutoranda em Odontologia – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

[2] Mestranda em Direitos Humanos – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

[3] Psicóloga, Especialista em Saúde da Família – Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

[4] Graduando de Odontologia – Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ).

[5] Professora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia - Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

de saúde ficam comprometidos no ambiente prisional, mesmo este sendo um direito que está previsto desde 1984, com a promulgação da lei nº 7.210 de 11 de julho de 1984, Lei de Execuções Penais (LEP) bem como do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) aprovado através da portaria ministerial nº 1777 de 09 de setembro de 2003. Nesse sentido, esse trabalho tem como objetivo principal analisar se o direito a saúde está sendo garantido, bem como a formulação de mais políticas públicas para melhoria e verdadeira efetivação do direito à saúde. Trata-se de um trabalho de caráter descritivo e qualitativo, onde inicialmente realizou-se uma abordagem da legislação pátria existente sobre o tema, seguida de uma análise do PNSSP (Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário) aprovado em 2003, como é sua aplicabilidade no sistema penitenciário e como o mesmo se efetiva como política pública. Para busca dos resultados e a concretização desse trabalho utilizou-se como referência alguns documentos disponíveis, tais como: o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário, os dados de informações das Penitenciárias dos estados brasileiros – INFOPEN, bem como referenciais bibliográficos sobre o tema, projetos, artigos, reportagens. Apesar do grande avanço com a implantação das equipes multidisciplinares regulamentado pelo PNAISP, muito ainda precisa ser feito dentro do ambiente prisional em relação à assistência à saúde, falta infraestrutura ambulâncias para o transporte de mulheres para socorros rápidos, bem como para atendimento a gestantes no pré-parto, além da escassez de medicamentos básicos.

Palavras-chave: Prisões. Direito à Saúde. Assistência integral à Saúde.

INTRODUÇÃO

O Direito a saúde da pessoa presa está previsto desde 1984 com a promulgação da lei nº 7.210 de 11 de julho de 1984, Lei de Execuções Penais (LEP) bem como do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) aprovado através da portaria ministerial nº 1777 de 09 de setembro de 2003, ou seja, o direito a saúde além de ser um direito fundamental está regulamentado na legislação pátria vigente (BRASIL, 2010; FULLER et al., 2017).

Esse trabalho terá como principal assunto a análise do Direito A saúde das mulheres presas no sistema penitenciário da Paraíba, tendo por base a afirmativa da Lei de Execuções Penais o qual garante tal direito, importa salientar que o foco principal será as políticas públicas adotadas no Estado para concretização deste direito, o que foi feito, que está sendo realizado e o que poderia ser melhorado para a melhor prestação desse direito fundamental (FULLER et al., 2017; CARDOSO et al. 2012).

Tem como objetivo principal analisar se tal direito esta sendo garantido, bem como a formulação de mais políticas públicas para melhoria e verdadeira efetivação do direito a saúde, tendo por base que na atualidade o encarceramento além de conter a criminalidade deve buscar meios para um melhor retorno a sociedade, construir condições para um convívio social e para tanto a política de saúde pública deve esta atrelado para este retorno (FAGUNDES et al., 2017)

Esse trabalho inicia-se com a abordagem da legislação pátria existente sobre o tema, quais os direitos garantidos nessa legislação, após será feita uma abordagem dos tratados de direitos humanos sobre e referido tema e o que deverá ser assegurado para a pessoa encarcerada, bem como o conhecimento das políticas públicas na área da saúde oferecidas e aplicadas a população prisional, mas especificamente a feminina do Presidio Feminina Marai Júlia Maranhão, localizado em João Pessoa na Paraíba (CARDOSO et al. 2012).

Em seguida será feita uma analise do PNSSP (Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário) aprovado em 2003, como é sua aplicabilidade no

sistema penitenciário e como o mesmo se efetiva como política pública (FREITAS et al., 2017).

Seguido da realidade Paraíbana, os dados do INFOPEN referentes ao Brasil e ao Nordeste e por fim a Paraíba, quantos de fato são atendidos por tão programa qual o número de presídios femininos e como é o atendimento a saúde nesses locais, como são aplicadas a s diretrizes do PNSSP.

Para a concretização desse trabalho será utilizado como referência alguns documentos como: o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário, os dados de informações das Penitenciárias dos estados brasileiros – INFOPEN, bem como referenciais bibliográficos sobre o tema, projetos, artigos, reportagens (BRASIL et al., 2014; CARDOSO et al. 2012).

Como metodologia utilizou se a coleta de dados qualitativos, dados coletados a partir de estatísticas feitas no local escolhido. Enfim, entende-se que o a privação de liberdade não deverá ser motivo para a privação dos direitos sociais, sendo necessária a discussão da inclusão social e principalmente rever os objetivos do aprisionamento e como essas pessoas retornarão ao convívio em sociedade.

O trabalho foi organizado em dois capítulos. No primeiro será abordado o direito à saúde nos pactos, legislações e resoluções sejam estas Regras de Bangkok, Constituição, Lei de Execuções Penais e Plano Nacional de Saúde do Sistema Prisional.

No segundo capítulo, serão apresentadas informações a cerca do Panorama fático-legal da saúde das mulheres encarceradas, bem como a eficácia das políticas públicas aplicadas nos presídios na atualidade. E por fim as considerações finais sobre o tema apresentado.

1. DIREITO CONSTITUCIONAL À SAUDE E AS DIRETRIZES À SAUDE CONFORME A LEP

1.1. O direito à saúde no seu aspecto jurídico inicial

A Declaração Universal dos Direitos do Homem trouxe o primeiro esboço dos direitos fundamentais, hoje estes direitos estariam classificados em direitos de primeira, segunda, terceira e após a globalização política de quarta geração, termo este substituído pelo termo dimensão uma vez que não teriam ocorrido numa sucessão. Os direitos de primeira dimensão são os chamados direito de liberdade quais sejam os direitos civis e políticos, em seguida os direitos de segunda dimensão são os sociais, econômicos e coletivos os quais exigem a atuação do Estado e dentre estes está o Direito a Saúde (FREITAS et al., 2017; BRASIL et al., 2004).

> *Em virtude de sua vinculação com a concepção de um Estado social e democrático de Direito, como garante da justiça material, os direitos fundamentais sociais reclamam uma postura ativa do Estado, visto que a igualdade material e a liberdade real não se estabelecem por si só, carecendo de uma realização. Os direitos sociais estão vinculados com a necessidade de se assegurar as condições materiais mínimas para a sobrevivência e, além disso, para a garantia de uma existência com dignidade" (ALBEGARIA, Jason 2008).*

No Brasil o direito à Saúde encontra-se instituído na Constituição Federal de 1988 no capítulo referente aos direitos sociais fundamentais art. 6º e o que passou a ser tratado como direito fundamental social seria uma forma de complementação, pois de nada adiantaria ter liberdade e igualdade se esses direitos não fossem complementados com outros de importância igual. A Saúde tornou-se obrigação do Estado e fazia se necessário à criação de uma forma de torna-la acessível a todos os cidadãos e os não cidadãos, para isso criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS) que se encontra no art. 198 da Constituição Federal de 1988, o qual da as diretrizes para a distribuição igualitária e universal da prestação da assistência à saúde (BRASIL et al., 2004)

O Direito a Saúde na constituição de 1988 é um direito de todos e um dever do Estado que deverá ser garantido através de políticas sociais e econômicas e tem como objetivo principal a redução do risco de doenças, sendo o Estado como garantidor dessa política pública. "O Estado tem o papel de garantidor positivo de uma política que abrange a todos inclusive que alcance indivíduos que estão no sistema penitenciário" (SILVA, 2002).

O embasamento constitucional a garantia do direito à saúde no Brasil, encontra-se no artigo 6º da Constituição Federal de 1988, cujo rol, elenca os chamados direitos sociais da seguinte forma: "São Direitos sociais à educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na foram desta Constituição. "

José Afonso da Silva (2002, p.285-286) conceitua os direitos sociais como sendo:

> *"[...] prestações positivas proporcionadas pelo Estado direta ou indiretamente, enunciadas nas normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização das situações sociais desiguais. São, portanto, direitos que se ligam ao direito de igualdade. Valem como pressupostos do gozo dos direitos individuais na medida em que criam condições materiais mais*

propícias ao aferimento da igualdade real, o que, por sua vez, proporciona condição mais compatível com o exercício efetivo da liberdade".

A legislação sobre direito a saúde no sistema prisional brasileiro está restrita a lei de execuções penais que tem por finalidade proporcionar condições para o cumprimento da reprimenda e a integração social da pessoa presa tendo por base a individualização da pena. A lei de Execuções Penais surgiu em um período em que o país estava se redemocratizando e pela primeira vez prevê em uma legislação o direito à saúde de "presos e condenados". A assistência à saúde na LEP tem como principais objetivos contribuir para o retorno para o convívio em sociedade, bem como manter as condições mínimas para o viver dentro de um ambiente prisional com dignidade. Essa assistência consta no art. 14 da seção III da LEP.

> *"A assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico. Quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover a assistência médica necessária, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento. "*

Em uma parceria entre o Ministério da Justiça e o Ministério da Saúde foi instituído a Portaria Ministerial nº 1.777/2003, que aprovou o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário, tal plano caracteriza-se pela atenção básica, sejam estas a prevenção e promoção da saúde como atividades prioritárias, importa salientar que as diretrizes norteadoras desse plano se deu pelo fato da insalubridade e a superlotação que caracterizam o ambiente prisional o qual são propícios a doenças infecto contagiosas. Em 2014 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional – PNAISP, que foi criando considerado o momento histórico de 30 anos de vigência da Lei de Execuções penais, tal política garante o acesso integral a todas as pessoas que se encontrem sob a custódia do Estado (ALMEIDA et al., 2011; FREITAS et al., 2017; BRASIL et al., 2004).

Importa salientar que aos marcos reguladores do Direito a Saúde são a Constituição Federal de 1988, A lei de Execuções Penais, PNSSP e PNAISP, sendo estes fundamentais para a formulação de políticas públicas sobre saúde prisional.

Durante muito tempo o Estado afastou suas políticas públicas sócias do sistema prisional uma vez que sempre se pensou em políticas repressivas, sendo impossível compatibilizar a repressão com ações educativas e integradoras preparadoras para o retorno ao convívio social. Tal política repressora também é fruto de um quadro de globalização neoliberal que

prioriza a meritocracia, o mercado de consumo, e bem estar social e se dirigi contra os princípios de direitos Humanos, e tem como função o reforço à perda da condição de humanidade daqueles chamados "inimigos da sociedade", daqueles que não se adequam as regras do mercado, ou seja, a lógica da exclusão (ALMEIDA et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2013).

O Código Penal que mesmo com a liberdade perdida as pessoas encarceradas deverão manter seus direitos sociais. A Lei de Execuções Penais representou um grande avança em matéria de políticas sociais no sistema prisional. O atendimento a saúde dentro do sistema prisional como foi vista anteriormente encontra-se no artigo 14 da referida lei, priorizando o atendimento a toda a população carcerária seja ela provisória ou sentenciada. Importa salientar que a LEP surgiu em um momento em que o país estava buscando sua redemocratização saindo de um período ditatorial, período este marcado pela total negação dos direitos sociais à população presa, bem como marcado por torturas e outras violações de direitos Humanos, portanto a LEP veio como uma grande conquista social e abertura política.

A LEP firmou-se então como marco regulatório do Direito a Saúde dentro do sistema prisional, carecendo de princípios de diretrizes que norteassem esse Direito, daí o surgimento do Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional instituído através da Portaria Ministerial nº 1.777/2003, como legitimador do acesso à saúde para a população prisional brasileira.

O PNSSP segue os princípios preconizados pelo Sistema único de Saúde, principalmente no que diz respeito a Universalidade, também promove a ação conjunta das políticas sociais de saúde juntamente com as políticas de segurança, o foco do plano é enfatizar além da assistência, a prevenção e a promoção de saúde às populações privadas de liberdade.

1.2. PNSSP E PNAISP como política publica para o Sistema Prisional

As políticas públicas em saúde no contexto voltado para as pessoas privadas de liberdade, considerando as necessidades peculiares do ambiente prisional deverão levar em conta a insalubridade que não é nada favorável a saúde física, psíquica e mental. O ambiente prisional raramente tem saneamento adequado, as condições de higiene são precárias, aumentadas principalmente pela superlotação carcerária o que são fatores determinantes no ciclo de doenças. Como a questão estrutural não pode ser resolvida em um curto período de tempo foi necessário adaptar a política de saúde

pública as condições em que vivem a população privada de liberdade (AGNOLO et al., 2013; BRASIL et al., 2014).

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional Penitenciário (PNSSP) surgiu como uma proposta de além de cumprir com os ditames impostos pela LEP elaborar uma política que estivesse adaptada a realidade atual do Sistema Prisional Brasileiro (BRASIL et al., 2014).

A portaria ministerial prevê a extensão dos serviços do SUS dentro dos presídios, através de ações de atenção básica, o que é feito através de gestão e divisão de responsabilidades. O plano em sua forma estrutural afirma que uma equipe de saúde com um médico, um enfermeiro, um psicólogo, um odontólogo, assistente de enfermagem e um auxiliar de consultório dentário será responsável por até 500 pessoas privadas de liberdade, ou seja, estabelecimentos com mais de 500 pessoas deverão ter mais de uma equipe de saúde e aquelas unidade prisionais com até 100 pessoas o, o atendimento será realizado no próprio estabelecimento por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, respeitada a equipe de saúde estabelecida no plano (LIMA et al., 2013).

Um dos principais objetivos do PNSSP é o controle e a redução dos problemas de saúde mais frequentes na população privada de liberdade, visando a politica nacional de saúde bucal, saúde da mulher, doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDs, saúde mental, hepatites, tuberculose, diabetes e hanseníase, bem como assistência farmacêutica básica, a prevenção através das imunizações e coleta de exames laboratoriais (LIMA et al., 2013).

Em 2014, ano emblemático para o Direito das pessoas privadas de liberdade em que a LEP completou 30 anos foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional – PNAISP através da Portaria nº 482/2014, que se baseou em estudos feitos por grupos de trabalho do Ministério da Saúde e Ministério da Justiça, das organizações de proteção às pessoas privativas de liberdade e movimentos sociais, nos anos de 2012 e 2013. O PANISP prevê um quantitativo de equipes multidisciplinar por pessoas privadas de liberdade e além daqueles previstos no PNSSP, outros profissionais como: médicos, psiquiatra, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e nutricionista, ou seja, amplia os direitos sociais previstos no PNSSP, incluindo ainda os trabalhadores do sistema prisional e os familiares das pessoas privativas de liberdade nas ações do plano, tanto na promoção como na prevenção dos agravos à saúde. Uma das importantes

ações do PANISP é minimizar os estereótipos tanto das populações carcerárias no que tange as políticas públicas voltadas para a promoção dos direitos sociais (AGNOLO et al., 2013; BRASIL et al., 2014;LIMA et al., 2013).

No que tange ao Estado da Paraíba foi implantado o Plano Operativo Estadual de Saúde do Sistema Penitenciário através da Portaria nº 1.163/08 de 12 de junho de 2008., o qual previa a efetivação do PNSSP, teria como principal objetivo promover a saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como psiquiatria favorecendo a melhoria do perfil epidemiológico e sanitário nesses ambientes. Foram implantadas 18 (dezoito) equipes de saúde que abrangiam 4 (quatro) municípios.

1.3. Direito e políticas públicas para a saúde das mulheres encarceradas.

O encarceramento feminino vem crescendo muito nos últimos anos no Brasil em média 500% em 14 anos enquanto o de homens cresceu menos de 200% no mesmo período. A população carcerária brasileira é de 646,6 mil pessoas dentre estas 37,3 mil são mulheres. O perfil das mulheres privadas de liberdade no Brasil é de jovens, mães solteiras, a principal infração cometida é o tráfico de drogas, a maioria se declara solteira, separada ou divorciada, e diferente do perfil masculino as mulheres ainda mantêm o vinculo familiar, portanto a família é uma constante preocupação da mulher encarcerada.

As políticas públicas até então priorizavam o sistema penitenciário como um todo, ou seja, não diferenciavam quanto à questão de gênero, deixando para o segundo plano a realidade prisional feminina, existe muitas divergências entre os dados do perfil das mulheres privadas de liberdade, o principal documento a abordar esta temática foram as Regras de Bagkok – Regras das Nações Unidas para o tratamento de mulheres presas e medidas não privativas de liberdade para mulheres infratoras, esse relatório tem como principal característica propor um olhar diferenciado para as especificidades de gênero no encarceramento feminino, tanto na questão de execução penal bem como em alternativas a não privação de liberdade. A seguir algumas regras do Relatório de Bangkok para os serviços de saúde (KOLKER et al., 2001).

> *1) Cada estabelecimento penitenciário deve dispor dos serviços de pelo menos um médico qualificado, que deverá ter alguns conhecimentos de psiquiatria. Os serviços médicos devem ser organizados em estreita ligação com a administração geral de saúde da comunidade ou da nação. Devem*

incluir um serviço de psiquiatria para o diagnóstico, e em casos específicos, o tratamento de estados de perturbação mental.

2) Os reclusos doentes que necessitem de cuidados especializados devem ser transferidos para estabelecimentos especializados ou para hospitais civis. Quando o tratamento hospitalar é organizado no estabelecimento este deve dispor de instalações, material e produtos farmacêuticos que permitam prestar aos reclusos doentes os cuidados e o tratamento adequados; o pessoal deve ter uma formação profissional suficiente.

3) Todos os reclusos devem poder beneficiar dos serviços de um dentista qualificado.

4) Nos estabelecimentos penitenciários para mulheres devem existir instalações especiais para o tratamento das reclusas grávidas, das que tenham acabado de dar à luz e das convalescentes. Desde que seja possível, devem ser tomadas medidas para que o parto tenha lugar num hospital civil. Se a criança nascer num estabelecimento penitenciário, tal fato não deve constar do respectivo registro de nascimento.

5) Quando for permitido às mães reclusas conservar os filhos consigo, devem ser tomadas medidas para organizar um inventário dotado de pessoal qualificado, onde as crianças possam permanecer quando não estejam ao cuidado das mães

A população feminina privada de liberdade além das peculiaridades apresentadas por conta do ambiente insalubre e a facilitação de proliferação de algumas doenças, ainda enfrentam as particularidades do gênero, a gravidez que ocorre antes do aprisionamento ou em quantidade inferior nas visitas conjugais, bem como a incidência das doenças sexualmente transmissíveis, entre estas a sífilis que tem aumentado muito no último ano, tendo atualmente sido encarada como uma epidemia (ALMEIDA et al., 2001).

A legislação pátria e a elaboração de políticas públicas para as mulheres privadas de liberdade têm sofrido alguns avanços, sejam estes promovidos pelo PNSSP com a instituição da Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE), que dentre as muitas ações tem a priorização das especialidades nas questões de gênero, etnia, cor ou raça, sexualidade, deficiência física e mental, bem como a garantia de acesso integral ao SUS, através da qualificação e humanização da atenção à saúde no sistema prisional, assistência à concepção e contraconcepção, fornecimento de produtos mínimo de higiene e palestras abrangendo direitos sexuais e doenças sexualmente transmissíveis adaptadas a realidade prisional, atendimento pré-natal. Quanto à legislação tem-se entre estas a proibição do uso de algemas durante os atos médico-hospitalares preparatórios para a

realização do parto, durante o parto, bem como no período do puerpério imediato, que dura até dez dias após o parto, lei federal nº 13.434/17 de 13 de abril de 2017 (GRECO et al., 2011; BRASIL et al., 2014).

No Estado da Paraíba a Unidade Prisional Feminina existente na cidade de João Pessoa, conta com uma equipe multidisciplinar de saúde formada por médico, psicóloga, assistente social, dentista, enfermeira, técnica de enfermagem, auxiliar de dentista, que realizam atendimento diário das mulheres, bem como efetuam o encaminhamento das referidas para a realização de exames complementares na rede pública local, ao mesmo em que são realizadas palestras educativas a respeito de saúde no ambiente prisional. Importa salientar que todas essas ações fazem parte da efetivação do Plano Operativo Estadual de Saúde do Sistema Penitenciário aprovado no ano de 2008 (CHERNICHARO et al., 2014; GRECO et al., 2011).

2. PANOROMA FÁTICO LEGAL DE MULHERES ENCARCERADAS E ASSISTÊNCIA A SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL

O panorama das mulheres privadas de liberdade no Brasil vem aumentando nos últimos tempos, o Brasil possui a quinta maior população de mulheres encarceradas do mundo.

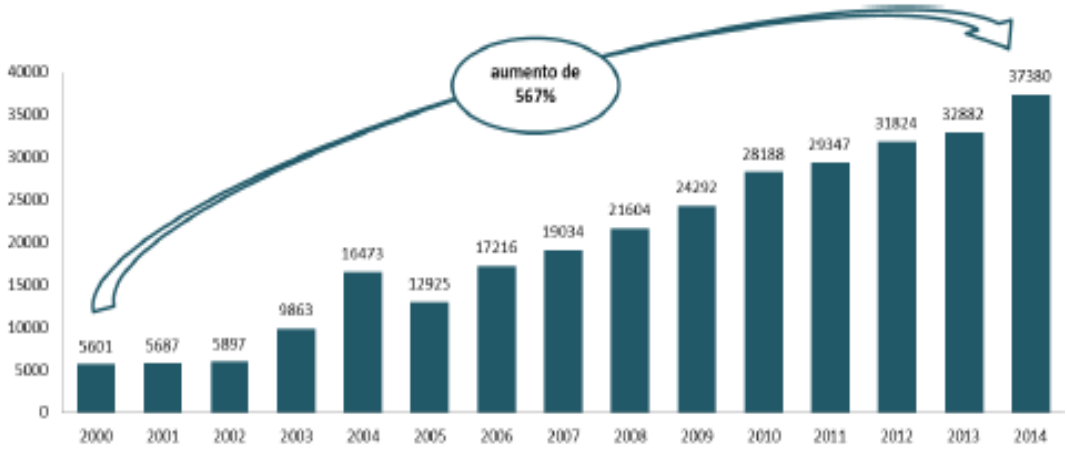
Tabela 1. Informações prisionais dos vinte países com maior população prisional feminina do mundo. 2014.

País	População prisional feminina	% da população prisional total	Taxa de aprisionamento por 100 mil hab.
Estados Unidos	205.400	9,3	64,6
China [1]	103.766	6,3	(...)
Rússia	53.304	8,1	36,9
Tailândia	44.751	14,5	66,4
Brasil	37.380	6,4	18,5
Vietnã	20.553	14,4	22,2
Índia	18.188	4,4	1,4
México	13.400	5,2	11,2
Filipinas	10.277	8,6	10,3
Myanmar	10.000	16,3	18,8
Colômbia	8.482	7,0	17,1
Indonésia	8.246	5,1	3,3
Ucrânia	7.977	6,2	17,7
Irã	6.880	3,1	8,9
Turquia	5.971	3,6	7,7
Taiwan	5.405	8,6	23,0
Japão	5.044	8,2	4,0
Espanha	4.982	7,7	10,7
Peru	4.396	6,0	14,2
Inglaterra	3.922	4,6	6,8

Fonte: Dados do Word Female Imprionnment list, último dado disponível para cada país[6].

Através da tabela 1 pode-se perceber que no Brasil as mulheres representam 6,4% do total da população carcerária, e quanto o aprisionamento para cada 100 mil habitantes situa-se na sétima posição.

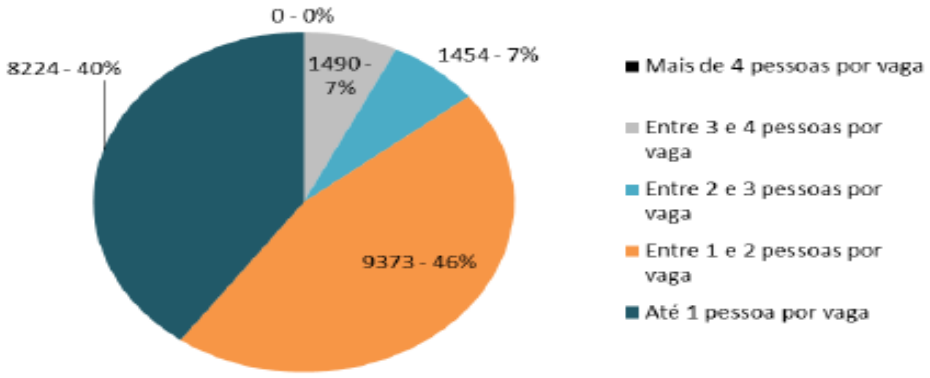
Figura 1 – Evolução da população de mulheres no sistema penitenciário. Brasil 2000 a 2014



FONTE: Ministério da Justiça - a partir de 2005, dados do INFOPEN/MJ.

Analisando a evolução da taxa de aprisionamento de mulheres pode-se verificar um crescimento de mais de 500%, desde o ano de 2000, se contrapondo aos países que historicamente investem em políticas de encarceramento, o que fez como que o Estado investisse em políticas públicas específicas para as mulheres em situação de privação de liberdade.

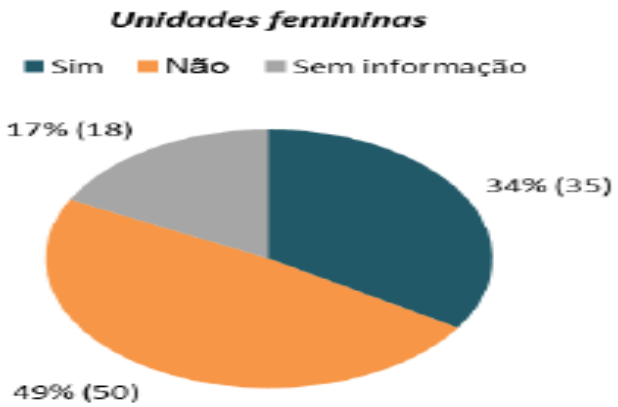
Figura 2 – Mulheres em unidade femininas por situação de lotação. Brasil. Junho de 2014.



[6] Disponível em www.prisionstudies.org. acessado em julho de 2017

FONTE: Infopen, junho/2014. Departamento Penitenciário Nacional/ Ministério da Justiça.

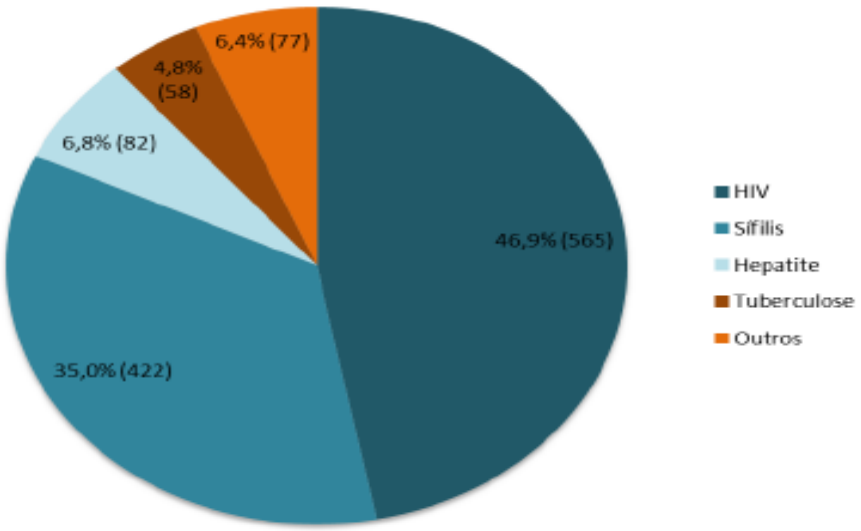
Figura 3 – Existência de cela/dormitório adequado para gestantes em unidades femininas. Brasil. Junho de 2014.



FONTE: Infopen, junho/2014. Departamento Penitenciário Nacional/ Ministério da Justiça.

Sobre a infraestrutura existente nos estabelecimentos prisionais femininos, a figura 3 mostra que menos da metade dos estabelecimentos dispõe de cela ou dormitório adequado para as gestantes (34%), o que seria uma garantia para a saúde gestacional das mulheres privadas de liberdade.

Figura 4 – Mulheres privadas de liberdade com agravos nas unidades prisionais. Brasil Junho de 2014.



FONTE: Infopen, junho/2014. Departamento Penitenciário Nacional/ Ministério da Justiça.

A quantidade de mulheres encarceradas com agravos transmissíveis é de 1.204, o que equivale a 5,3% da população prisional feminina, enquanto o total de homens chega a 2,4% da população prisional masculina. Entre as mulheres, 46,9% são portadoras de HIV, 35% são portadoras de sífilis, 46,9% tuberculose, 6,8% portadoras de hepatite enquanto 6,8% outras enfermidades transmissíveis.

Tabela 2. Número de mulheres privadas de liberdade no Estado da Paraíba

LOCALIZAÇÃO DA PENITENCIÁRIA FEMININA	**Nº DE APENADAS**
João Pessoa	331
Campina Grande	86
Patos	63
Cajazeiras	39
TOTAL	519

FONTE: Dados Sispen. Paraíba. 2016.

O quantitativo de pessoas privadas de liberdade no Estado da Paraíba no ano de 2016 era de 11.894, sendo desses 519 eram mulheres, e apesar de menor número o déficit de vagas em unidades femininas é maior quantitativamente que o masculino visto que as políticas públicas no sistema penitenciário não previa que o percentual de mulheres privadas de liberdade iria crescer de forma vertiginosa, consequentemente a superlotação causaria o aumento do número de doenças dentro do ambiente prisional.

Tabela 3. Atendimento das Equipes multidisciplinares do PNAISP no Presídio Feminino Júlia Maranhão – João Pessoa, Paraíba.

MISSÕES	**Nº ATENDIMENTOS**
Atendimento Odontológico	659
Assistência Psicológica	774
Assistência Social	1391
Atendimento de Enfermagem	586
Atendimento Médico-Interno	669
Atendimento Médico-Externo	44

Exames Externos	54
Procedimentos Externos	31
Cirurgias	0
Marcação de exames e consultas	24

FONTE: Presídio Feminino Maria Júlia Maranhão. Janeiro 2016.

A Unidade prisional possuía uma população carcerária de 331 mulheres em privação de liberdade, fazendo um comparativo com o quantitativo apresentado na tabela 3 referente o atendimento das equipes multidisciplinares durante todo o ano de 2015, verifica-se que os atendimentos são totalmente satisfatórios e atende as necessidades da unidade, tendo apenas uma deficiência com relação aos atendimentos fora do ambiente prisional.

3. (IN) EFICÁCIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO

A implementação de uma política publica de saúde através do PNSSP voltado para as pessoas privadas de liberdade promoveu a cidadania por meio da efetivação do direito a saúde prevista na Constituição Federal e na Lei de Execuções Penais, e foi o primeiro grande passo para que esse direito fundamental fosse garantido de forma universal como um dever do Estado e direito de todos. Urge salientar que o enfretamento a inefetividade do direito a saúde no sistema prisional serve como forma de minimizar a negligência com as pessoas privadas de liberdade. O direito a saúde no sistema penitenciário sempre foi relegado ao segundo plano uma vez que, como já foi dito anteriormente, as políticas de segurança eram voltadas apenas para o caráter repressivo, como o surgimento do PNSSP e consequente aplicação dos princípios preconizados pelo SUS deu-se uma mudança significativa nessa foram de pensar e encarar a assistência a saúde das pessoas privadas de liberdade (BRASIL et al., 2010; BRASIL et al., 2014).

As políticas públicas voltadas para a saúde dentro do ambiente prisional apesar de serem as mesmas utilizadas pelo SUS carecem ainda de adaptação, uma vez que se tratam de políticas aplicadas no ambiente intra “muros”, ambiente este mais insalubre, superlotado e com incidência de doenças de certo modo já controladas no ambiente extra “muros”. Outro fator que compromete a eficácia de tais políticas é o fato de que as equipes multiprofissionais atendem apenas presídios de maior quantitativo de pessoas, uma vez que no plano não preveem equipes para aqueles

estabelecimentos com até 100 pessoas sendo tão atendimento realizado pelas redes de serviços de saúde do município onde se situa o estabelecimento, que ainda atendem a população em geral, ou seja, as ações estão voltadas para a população penitenciária, o que deixa um grande buraco em relação ao restante da população carcerária (GRECO et al., 2011).

Em relação às políticas públicas voltadas para a população feminina tem sido eficaz, pois anteriormente tais políticas não previam diferenças de gênero, sendo aplicadas de modo genérico tanto para a população masculina quanto para a feminina, de modo que não era vista as particularidades especificas, sejam estas gestacionais, alguns tipos de canceres mais incidentes na população feminina, prevenção de violência, adoção de normas a despeito das questões de gênero, raça, etnia, orientação sexual, deficiência física, bem como a adaptação das unidades prisionais para o publico feminino, ou mesmo tempo que a inclusão de tais políticas errou no sentido de priorizar as necessidades materno-infantil e os direitos reprodutivos exercendo de certa forma o controle sobre o direito ao corpo das mulheres privadas de liberdade (CHERNICHARO et al., 2014; GRECO et al., 2011).

Apesar da grande avanço com a implantação das equipes multidisciplinares regulamentado pelo PNAISP muito ainda precisa ser feito dentro do ambiente prisional em relação à assistência a saúde, falta infraestrutura ambulâncias para o transporte de mulheres para socorros rápidos bem como para atendimento a gestantes no pré-parto, bem como a escassez de remédios da farmácia básica.

Importa salientar que a maioria das mulheres em privação de liberdade tem melhor e mais atendimentos de saúde estando no sistema penitenciário, um grande número delas nunca tinham feito exames preventivos, nem testes de HIV, e as mulheres em situação gestacional não tinham feito exames pré-natais, com isso percebe-se que a questão de assistência à saúde para as populações em geral é tão precária quanto para aquelas que estão encarceradas (GRECO et al., 2011; BRASIL et al., 2010; NASCIMENTO et al., 2016).

CONCLUSÃO

Diante de todo esse cenário da saúde no Sistema Prisional, percebe-se que a saúde é direito de todos e dever do Estado, portanto, as mulheres privadas de liberdade também possuem esse direito, e assim o Estado proporciona. As equipes de saúde que trabalham no âmbito dos presídios estão presentes

para que haja um atendimento primário e básico, realizando promoção, proteção e recuperação da saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de. ALENCAR, Mônica Maria Torres de Alencar. Serviço Social: trabalho e Políticas públicas. São Paulo: Saraiva, 2011 (p. 141-171).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Legislação em saúde no sistema penitenciário*. 1ª ed. Brasília, DF: SAS, 2010. 172 p. (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pub licacoes/cartilha_pnssp.pdf>.

BRASIL, Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias Infopen Mulheres, Ministério da Justiça, 2014. Disponível em: https://www.justica.gov.br/noticias/estudo-tracaperfil-da-populacao-penitenciaria-feminina-no-brasil/relatorio-infopen-mulheres.pdf.

CARDOSO, M.C.D. As assistências preventivas na Lei de execução penal: uma tentativa de inclusão social do apenado.SER social, Brasília, v. 11, n. 24, p. 106428, jan/jun, 2009.

CHERNICHARO, Luciana Peluzio. Sobre Mulheres e Prisões: Seletividade de Gênero e Crime de Tráfico de Drogas no Brasil. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: http://www.neip.info/upd_blob/0001/1565.pdf.

COSTA EDS et al. Incarcerated women: profile, sexuality and knowledge on sexually transmitted infections;Vol.5, n.1,pp.23-28, 2017.

FAGUNDES, Camila Miotto; TEIXEIRA, Maria Rita Torres; CARNEIRO, Rômulo Almeida. A ineficácia do sistema carcerário brasileiro como orgão ressocializador. Revista Jurídica Direito, Sociedade e Justiça/RJDSJ, v. 5, n. 1, Nov-Dez/2017, p. 231/233.

FREITAS, M.M.B et al. A Saúde e o Psicotrópico no Sistema Prisional. Rev. Polis e Psique, 2017; 7(3): 61 – 83.

FULLER, G.P.Social and Environmental Responsabilities of Financial Institutions With Regard Environmental Law as A Human Right And The Information Society .Rev. Fac. Direito UFMG, Belo Horizonte, n. 71, pp. 211 - 242, jul./dez. 2017.

GRECO, Rogério. Direitos humanos, sistema prisional e alternativas à privação de liberdade. São Paulo: Saraiva, 2011, p. 320.

KOLKER, T. (Org.). Saúde e Direitos Humanos nas Prisões. Rio de Janeiro: Secretaria de Direitos Humanos e Sistema Penitenciário, 2001.

LIMA, G.M.B. et al. Mulheres no cárcere: significados e práticas cotidianas de enfrentamento com ênfase na resiliência. Saúde em Debate, 2013; 37(98):446-456.

NASCIMENTO, Luciana Maria do. As leis que me prendem: travestis/transexuais no sistema prisional. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social - Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

OLIVEIRA, L.V. et al. Epidemiological profile of female de tainees in the Brazilian state of Paraíba: a descriptivestudy. Online Braz J Nurs, 2013; 12(4):655 -663.