

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL – UNISC. PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO – MESTRADO. ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS. LINHA DE PESQUISA: POLÍTICAS PÚBLICAS DE INCLUSÃO SOCIAL

Patrícia Thomas Reusch

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA MULHER NO SISTEMA PENITENCIÁRIO DO RIO GRANDE DO SUL - RS: UMA ANÁLISE COM BASE NO RELATÓRIO PARA OEA SOBRE MULHERES ENCARCERADAS NO BRASIL

Santa Cruz do Sul, maio de 2016.

Patrícia Thomas Reusch

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA MULHER NO SISTEMA PENITENCIÁRIO
DO RIO GRANDE DO SUL – RS: UMA ANÁLISE COM BASE NO RELATÓRIO
PARA OEA SOBRE MULHERES ENCARCERADAS NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Direito – Mestrado, área de concentração em Direitos Sociais e Políticas Públicas, Linha de pesquisa: Políticas Públicas de Inclusão Social, da Universidade de Santa Cruz do Sul, UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Direito.

Orientadora: Prof^a. Pós Dr^a. Marli Marlene Moraes da Costa

Santa Cruz do Sul, maio de 2016.

Dedico este trabalho à minha família, que esteve ao meu lado durante esta jornada. Sem vocês nada disto teria sentido.

AGRADECIMENTOS

Ao longo destes dois anos de muito estudo e trabalho, várias foram as pessoas que estiveram ao meu lado dando seu apoio, oferecendo seu ombro, sua amizade e, principalmente me estimulando nesta longa caminhada.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à família, meu pai Jorge e minha mãe Vera, pessoas iluminadas de um incrível caráter, que nunca mediram esforços para me proporcionar sempre a melhor educação. São exemplos de amor e dedicação, merecem todo meu respeito, admiração e agradecimento. Sem eles não teria forças para chegar até aqui.

Aos meus “guris”, meu marido Thomas e meu filho Matheus, muito obrigada por tudo. Suportaram minha ausência, quando passava horas nas leituras, meu mau humor, minhas correrias. Obrigada por compreenderem minhas angústias, meu choro, por estarem perto nas vitórias, por comemorarem comigo desde o primeiro artigo publicado, por sonharem comigo este sonho que é o Mestrado.

À minha orientadora, Professora Pós-Doutora Marli Marlene Moraes da Costa, que com muito carinho me guiou nesta jornada. Obrigada pelas palavras de estímulo, pelas conversas, por estar sempre por perto e aberta a discutir angústias e dúvidas sobre os temas tratados. Obrigada por ter sido mais que uma orientadora, obrigada por ter sido uma amiga.

Aos professores do PPGD, por sua dedicação e comprometimento, sempre disponíveis para uma conversa, para responder dúvidas. Em especial, à Professora Caroline Muller Bittencourt, Professor André Viana Custódio e Professora Fabiana Marion Spengler, obrigada por seu entusiasmo, pelo carinho e pela alegria com que conduzem suas aulas, dividindo seu conhecimento, nos envolvendo e fomentando nossa curiosidade e desejo pelo saber.

Aos amigos, mais que um agradecimento, um pedido de desculpas. Desculpa por perder aniversários, confraternizações e, obrigada por entenderem esta minha ausência. À Lidi, uma amiga muito especial, que foi a primeira pessoa que acreditou, comigo, neste sonho, muito obrigada. Mesmo estando distantes, lembro sempre do seu carinho e palavras generosas de estímulo. À Michelle, que esteve ao meu lado todo tempo, obrigada pelos finais de semana que me tirou dos livros e por sempre acreditar que tudo daria certo.

Às amigadas construídas ao longo do curso, Simone, Dionathan, Tati, Cleidi, Dani e tantos outros com quem dividi as dúvidas, os anseios, as alegrias, as risadas

e tudo o que o Mestrado nos proporciona. Obrigada pela sua amizade!

Ao Grupo de Pesquisa “Direito, Cidadania e Políticas Públicas” que foi fundamental para o desenvolvimento deste estudo, e a cada um dos membros do grupo.

Enfim, mais uma etapa chega ao fim, a saudade já começa a apontar, mas saber de tudo que foi construído dá um sentimento de missão cumprida. As amizades persistirão e o conhecimento adquirido não se perderá. Obrigada por dois anos difíceis e muito felizes!

A todas as pessoas do Mestrado em Direito com quem convivi quase que diariamente, muito obrigada! Sem o apoio e a amizade de todos, esta caminhada não teria sentido.

Meu muito obrigada, já com saudades!!

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.
(Constituição Federal de 1988)

“Para o Estado e a sociedade, parece que existem somente 440 mil homens e nenhuma mulher nas prisões do país. Só que, uma vez por mês, aproximadamente 28 mil desses presos menstram”.
(Heidi Ann Cerneka)

RESUMO

A realidade do sistema penitenciário brasileiro é complexa e preocupante e a combinação de diversos fatores se traduz no aumento da população carcerária feminina o que contribui para a precariedade do sistema penitenciário. Situações de violação de direitos contradizem claramente as normativas nacionais e internacionais que preveem um rol de direitos e garantias a mulher reclusa. O presente trabalho pretende efetuar uma análise acerca da saúde da mulher no sistema penitenciário do Rio Grande do Sul, estando, o problema, centrado na investigação de quais são e como vem sendo desenvolvidas as políticas públicas de implementação e manutenção do direito à saúde da mulher encarcerada neste Estado. Para tanto o objetivo principal é analisar as políticas públicas de garantia da saúde da mulher em privação de liberdade, atentando para ações específicas que reconheçam a mulher como sujeito de direitos, bem como atendam as suas particularidades referentes às questões de gênero. Nesta seara, parte-se de apontamentos acerca dos Direitos Humanos da mulher, evolução histórica, conceituação, bem como o direito à saúde como direito humano fundamental. Em um segundo momento, trata-se da responsabilidade do Estado na implementação de políticas públicas de saúde da mulher encarcerada e neste viés aprofunda-se na questão da precariedade do sistema e da violência perpetuada, a maneira como se mantém a exclusão social e a marginalização daqueles que já são oprimidos. Ao final, centralizando o foco no sistema penitenciário do Rio Grande do Sul, é feita a análise dos planos e das políticas públicas promovidas nesta região. O tema proposto é totalmente pertinente com a linha de pesquisa Políticas Públicas de Inclusão Social, pois reflete a preocupação com a séria situação da saúde da mulher encarcerada, a constante violação de direitos a que estão expostas, o que acentua as questões relativas a discriminação de gênero e exclusão. Para o desenvolvimento desta pesquisa, utilizar-se-á como metodologia o método de abordagem hipotético-dedutivo, enquanto o método de procedimento será o monográfico. A técnica de pesquisa a ser utilizada terá por base documentação indireta, consultas bibliográficas em fontes primárias e secundárias, tratados e convenções internacionais, Constituição Federal de 1988, e leis esparsas, sendo que tais fontes servirão tanto para a fundamentação do trabalho como para a diversificação de sua abordagem, possibilitando a concretização dos objetivos propostos.

Palavras-chave: Direitos Humanos; Exclusão Social; Discriminação de Gênero; Políticas Públicas; Sistema Penitenciário.

ABSTRACT

The reality of the Brazilian penitentiary system is complex and worrying and the combination of several factors translates in the increase of the female prison population what adds to the precariousness of the penitentiary system. Situations of violation of rights clearly contradict the national and international standards we provide a range of direct and guarantees for the recluse woman. The present work intends to perform an analysis about women's health in the prison system of Rio Grande do Sul, being, the problem centered on the investigation of what and how has been developed public policies implementation and maintenance of the right to health of incarcerated women in this State. Therefore the main objective is to analyze public policy women's health assurance in deprivation of liberty, paying attention to specific actions that recognize the woman as subject of rights, as well as meet their particularities relating to gender issues. In this field, starts of notes about women's human rights, historical evolution, conceptualization, as well as the right to health as a fundamental human right. In a second moment, it is about the responsibility of the State in the implementation of public health policies of women incarcerated and, in this leaning, deepened in the matter of the precariousness of the system and the violence perpetuated, the way keeps the social exclusion and the marginalization of those who are oppressed. At the end, centralizing the focus in the penitentiary system of Rio Grande do Sul, is made the analysis of plans and public policies promoted in this region. The theme is completely pertinent to the research Public Policies for Social Inclusion, because it reflects the concern about the serious situation of women's health incarcerated, the constant violation of rights to which they are exposed, which accentuates the issues relating to gender discrimination and exclusion. For the development of this research, will be used as the method of hypothetical deductive approach, while the method of procedure will be the monographic. The search technique to be used will be based on indirect documentation, bibliographical consultations on primary and secondary sources, international treaties and conventions, The Federal Constitution of 1988, and sparse laws, being that such sources will serve both substantiation of work as to the diversification of your approach, enabling the substantiation of the proposed objectives.

Keywords: Human rights; Social exclusion; Gender discrimination; Public policy; Penitentiary system.

LISTA DE ABREVIATURAS

CEJIL:	Centro pela Justiça e pelo Direito Internacional
CNBB:	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNJ:	Conselho Nacional de Justiça
CODESUL:	Conselho de Desenvolvimento e Integração Sul
CPI:	Comissão Parlamentar de Inquérito
CRAS	Centros de referência de Assistência Social
CREAS:	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DEPEN:	Departamento Penitenciário
DESIPE:	Departamento do Serviço Penitenciário
DST:	Doença sexualmente transmissível
DUDH:	Declaração Universal dos Direitos Humanos
NEMESS:	Núcleo de Estudos e pesquisas sobre ensino e questões metodológicas em serviço social
NOAS:	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OEA:	Organização dos Estados Americanos
ONU:	Organização das Nações Unidas
OMS:	Organização Mundial da Saúde
PAISM:	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNPM:	Plano Nacional de Políticas para Mulheres
PNSSP:	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
POE:	Plano Operativo Estadual
SAP:	Secretaria de Administração Penitenciária
SEJU:	Secretaria de Estado da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos
SUS:	Sistema Único de Saúde
SUSEPE:	Secretaria da Segurança Pública
UBS:	Unidade Básica de Saúde
UPs:	Unidades prisionais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 DIREITOS HUMANOS FUNDAMENTAIS DA MULHER NAS NORMATIVAS NACIONAIS E INTERNACIONAIS	15
2.1 Direitos humanos fundamentais e a dignidade da pessoa humana: direito internacional e legislação nacional	15
2.2 Direitos da mulher enquanto direitos humanos fundamentais	26
2.3 Saúde como direito fundamental nas normativas nacionais e internacionais.....	37
3 ABANDONO POLÍTICO SOCIAL DA MULHER NO SISTEMA PENITENCIÁRIO	47
3.1 Sistema penal e controle social: marginalizando os oprimidos	48
3.2 Responsabilidade do Estado na proteção à saúde da mulher encarcerada .	58
3.3 A garantia do direito fundamental a saúde da mulher encarcerada a partir da legislação nacional	70
4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA A MULHER ENCARCERADA NO RIO GRANDE DO SUL	79
4.1 Evolução das políticas públicas de saúde da mulher no Brasil	79
4.2 Políticas Públicas de saúde direcionadas à mulher encarcerada	90
4.3 A ineficácia das Políticas Publicas de atenção a saúde da mulher encarcerada no Estado do Rio Grande do Sul	101
CONCLUSÃO	110
REFERÊNCIAS	114

INTRODUÇÃO

A situação atual do sistema carcerário brasileiro é desanimadora e preocupante na medida em que se percebe um crescente índice de encarceramento sem que haja, por parte do Estado, o interesse de manter condições de vida minimamente digna à pessoa em isolamento. A questão se agrava quando se trata do cárcere feminino. A mulher, que cultural e historicamente sofre com a discriminação e exclusão social, torna-se, neste ambiente, um ser desprovido de particularidades. Tratada como se homem fosse, sofre dupla ou mesmo tripla penalidade.

Na presente pesquisa, objetiva-se olhar para esta mulher, isolada, privada de sua liberdade bem como do convívio social e familiar, tratando especificamente de suas condições de acesso à saúde no ambiente carcerário. Do mesmo modo, deseja-se observar quais as políticas públicas que o Estado tem promovido para assegurar este Direito Humano Fundamental.

Por conta disso, este trabalho tem como tema Políticas Públicas de saúde da mulher no sistema penitenciário do Rio Grande do Sul - RS: uma análise com base no Relatório para OEA sobre mulheres encarceradas no Brasil. O Relatório citado, apresentado a OEA em 2007, despertou o interesse por esta temática, pois denunciou as condições insalubres em que vivem as mulheres nos estabelecimento penais, bem como o descaso do Estado em atender às necessidades mínimas desta população.

Vive-se uma realidade complexa e preocupante, visto que os índices de criminalidade e violência aumentam a cada dia. A combinação de vários fatores faz surgir um aumento da população carcerária feminina, o que contribui para a precariedade do sistema penitenciário. Situações estas de violação de direitos que contradizem claramente o princípio democrático fundamental da dignidade da pessoa humana, previsto constitucionalmente no art. 5º da Constituição Federal brasileira, bem como normativas nacionais e internacionais que preveem um rol de direitos e garantias à mulher reclusa. Nesta particular situação, nota-se uma brutal violação de seus mais básicos direitos, dando-se especial atenção neste momento, ao direito fundamental à saúde. Deste modo, analisando a atuação do Estado, o problema da presente pesquisa está centrado na investigação de quais são e como vem sendo desenvolvidas as políticas públicas de implementação e manutenção do direito à saúde da mulher encarcerada no Rio Grande do Sul.

Neste contexto, são consideradas duas hipóteses, sendo a primeira

relacionada ao histórico de descaso com os problemas de saúde decorrentes do cárcere, de modo que as particularidades em relação à saúde da mulher não recebem a devida atenção do poder estatal, bem como a sociedade em geral não demonstra preocupação com a problemática. A segunda hipótese está ligada ao fato de que os planos e políticas públicas atuais não são devidamente desenvolvidos, mostrando-se urgente que o Estado atue de maneira pró ativa a fim de implementar políticas públicas de saúde não apenas no sentido de cura, mas também e especialmente, com ações de prevenção, e no resgate da dignidade da mulher encarcerada.

O objetivo geral desta dissertação está centrado na análise da aplicação das políticas públicas no que se refere a garantir os direitos fundamentais a mulher encarcerada, especificamente o direito a saúde física e mental. Assim, o estudo está organizado em três capítulos com objetivos específicos.

No primeiro capítulo, é feita uma análise dos direitos humanos fundamentais da mulher nas normativas nacionais e internacionais, onde tratar-se-á em primeiro momento, dos Direitos Humanos Fundamentais de maneira geral, bem como a garantia da dignidade da pessoa humana; em seguida, especificamente abordar-se-á os Direitos da mulher enquanto direitos fundamentais, para ao final, apontar a saúde como Direito Humano fundamental. A análise feita parte da legislação nacional e das normativas internacionais ratificadas pelo Brasil e são essenciais para o desenvolvimento da pesquisa já que contextualizam a saúde da mulher e a garantia de sua dignidade humana como direito fundamental, devendo ser respeitado e promovido pelo Estado.

O segundo capítulo tratará do abandono político social da mulher no sistema penitenciário. O objetivo concentra-se em analisar o papel do Estado na implementação de políticas públicas de saúde da mulher encarcerada e neste viés aprofunda-se um pouco na questão da precariedade do sistema e da violência perpetuada, a maneira como se mantém a exclusão social e a marginalização daqueles que já são oprimidos. Ainda, aborda-se a responsabilidade do Estado em garantir o acesso à saúde da mulher privada de liberdade a partir da legislação nacional.

Por fim, o terceiro capítulo será dedicado as Políticas Públicas de saúde para a mulher encarcerada no Rio Grande do Sul, tendo como intenção verificar quais são e de que maneira são desenvolvidas estas ações. Para tratar de políticas públicas de saúde da mulher, será necessária uma breve contextualização, com a definição

de conceitos e alguns aspectos históricos, para enfim adentrar na temática de políticas públicas de saúde para mulher encarcerada. Ao final, observa-se o estado do Rio Grande do Sul e a maneira como tem enfrentado esta temática. Delimitou-se especialmente a presente pesquisa ao estado do RS tendo em vista a extensão do território nacional e as diferentes culturas que compõem nossa sociedade, bem como por se tratar de uma realidade mais próxima.

A justificativa deste trabalho está centrada na preocupação e inquietação diante da situação atual no que se refere às políticas públicas aplicadas no intuito de garantir o direito à saúde da mulher encarcerada. Diante de um sistema carcerário precário e de um agravamento frente a escalada nas taxas de encarceramento, tal temática possui enorme relevância, pois estas mulheres tornam-se cada vez mais excluídas da sociedade, de forma que nem o Estado nem a comunidade tem demonstrado real preocupação com sua situação. Em um momento de crescimento constante nas taxas de criminalidade, bem como preocupação de toda sociedade com a questão da segurança, o que se percebe é uma vontade geral expressa na intenção de cada vez mais criminalizar condutas, contudo, não se percebe planos concretos para que estes seres humanos sejam reabilitados ao convívio em sociedade ou mesmo possam cumprir sua pena sem sofrer as atuais violências inerentes ao sistema prisional. O desejo de isolá-las do convívio social parece superar até mesmo o fato de que somos todos iguais, todos titulares do direito a dignidade. É urgente um amplo debate acerca das atuais políticas públicas existentes nessa seara, particularmente no que se refere à mulher. Embora quantitativamente menor, a população carcerária feminina merece atenção, pois contém aspectos particulares que tornam mais sérias e gravosas a sua condição, já que além da vulnerabilidade diante das relações sociais de gênero, tem-se o fato de se tratar de pessoa presa ou condenada pela Justiça Criminal.

Ressalta-se que o tema proposto é totalmente pertinente com a linha de pesquisa Políticas Públicas de Inclusão Social, pois reflete a preocupação com a séria situação da saúde da mulher encarcerada, a constante violação de direitos a que estão expostas, o que acentua as questões relativas à discriminação de gênero e exclusão. Desta forma, pretende-se levantar as consequências desta violência sofrida pela mulher, tanto individualmente quanto em suas relações sociais e familiares, os reflexos em sua saúde física e mental, bem como a dificuldade de inclusão social diante da ausência de preocupação com políticas públicas que promovam um tratamento adequado diante das condições específicas das mulheres.

Ainda, propõem-se uma atuação pró ativa do Estado brasileiro a fim de promover a efetivação de direitos fundamentais à população carcerária feminina, destacando-se a importância em se garantir o acesso integral à saúde da mulher.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, utilizar-se-á como metodologia o método de abordagem hipotético-dedutivo, enquanto o método de procedimento será o monográfico. A técnica de pesquisa a ser utilizada terá por base documentação indireta, consultas bibliográficas em fontes primárias e secundárias, tratados e convenções internacionais, Constituição Federal de 1988, e leis esparsas, sendo que tais fontes servirão tanto para a fundamentação do trabalho como para a diversificação de sua abordagem, possibilitando a concretização dos objetivos propostos.

2 DIREITOS HUMANOS FUNDAMENTAIS DA MULHER NAS NORMATIVAS NACIONAIS E INTERNACIONAIS

Com a intenção de melhor explorar o tema proposto, o primeiro capítulo é dedicado às questões referentes aos direitos humanos da mulher. Assim, num momento inicial, trata-se dos direitos humanos e direitos fundamentais, destacando a dignidade da pessoa humana como seu fundamento. A seguir, são feitos breves apontamentos acerca da evolução dos direitos humanos das mulheres, bem como da importância dos movimentos feministas e a luta constante pelo reconhecimento e efetivação de seus direitos.

Ao final, propõe-se uma discussão sobre o direito à saúde, num contexto geral, salientado os documentos internacionais, bem como as previsões constitucionais relativas à temática. Tratando-se a saúde de um direito social, ainda é exposta a discussão sobre as argumentações que sustentam a inconstância dos direitos sociais como direitos humanos fundamentais. Todos estes apontamentos são de essencial importância para que se possa inserir o direito à saúde da mulher, como direito humano fundamental, no plano do sistema prisional feminino, núcleo do segundo capítulo.

2.1 Direitos humanos fundamentais e a dignidade da pessoa humana: direito internacional e legislação nacional

Tratar acerca da temática dos Direitos Humanos pode ser considerada uma tarefa árdua, porém, absolutamente necessária tendo em vista o momento atual onde há uma forte discussão sobre efetividade e universalidade. Nas últimas décadas, vários foram os documentos internacionais que objetivaram sua proteção, contudo, também foi nesta época que vimos as maiores violações de Direitos Humanos. Diante disso, é fundamental entender esta estrutura, seus fundamentos e o alcance de sua proteção.

Para uma compreensão do termo Direitos Humanos procura-se a apresentação de um conceito, contudo, a busca por este conceito definitivo e absoluto é um desafio, sem êxito, enfrentado há muito tempo. É possível dizer que “Direitos Humanos” é a nova terminologia para o que antes era chamado “Direitos do Homem”, sendo que foi na década de 1940, que Eleanor Roosevelt¹ fomentou o uso

¹ Foi primeira-dama dos Estados Unidos de 1933 a 1945. Defensora dos direitos humanos, trabalhou

da expressão quando percebeu “que os direitos dos homens não incluíam os direitos das mulheres”. (GORCZEVISKI, 2009)

Embora textos constitucionais ainda façam uso da expressão “Direitos do Homem”, ensina Ferreira Filho (2005), que no diálogo político já não é tratado desta maneira, tendo em vista que o feminismo conseguiu o repúdio da mesma, por entendê-la como “machista”, impôs, em substituição, a “terminologia politicamente correta de direitos humanos, direitos humanos fundamentais, de que direitos fundamentais são uma abreviação”.

Dallari (1998) esclarece que a expressão “Direitos Humanos” é uma forma abreviada de citar os direitos fundamentais da pessoa humana. Fundamentais porque na sua ausência a pessoa não consegue existir ou não é capaz de participar plenamente da vida e se desenvolver. São aquelas necessidades iguais a todos os seres humanos e que devem ser atendidas para que se possa viver com a dignidade que deve ser garantida a todas as pessoas.

No mesmo sentido, destaca Gorczeviski (2009), que os direitos humanos, são todos aqueles inerentes ao ser humano, dispensando qualquer concessão da sociedade política,

[...] nascem com o homem, fazem parte da própria natureza humana e da dignidade que lhe é intrínseca, são fundamentais, porque sem eles o homem não é capaz de existir, de se desenvolver e participar plenamente da vida; e são universais, porque exigíveis de qualquer autoridade política em qualquer lugar.

São direitos históricos, de modo que são suscetíveis de ampliação e transformação, que despontam de maneira gradual através das lutas travadas pelo homem na busca de sua emancipação e também das mudanças que essas lutas produzem nas condições de vida, “são o produto não da natureza, mas da civilização humana”. (BOBBIO, 1992)

Ainda, complementa Dallari (1998) sobre a garantia das condições mínimas de existência e desenvolvimento como direito humano:

Todos os seres humanos devem ter asseguradas, desde o nascimento, as condições mínimas necessárias para se tornarem úteis à humanidade, como também devem ter a possibilidade de receber os benefícios que a vida em sociedade pode proporcionar. Esse conjunto de condições e de possibilidades associa as características naturais dos seres humanos, a capacidade natural de que cada pessoa pode valer-se como resultado da

organização social. É a esse conjunto que se dá o nome de direitos humanos.

No que se refere ao fundamento dos direitos humanos que está dividido em posições antagônicas para alguns doutrinadores, e complementares para outros, através do positivismo e do jusnaturalismo, Gorczeviski (2009) salienta que a busca por esta fundamentação não se trata apenas de descobrir as origens dos Direitos Humanos, mas também seus objetivos, “é buscar a razão de sua existência e a razão de ser balizadores de toda conduta humana (...)”. Contudo, a ciência jurídica moderna tem evitado este tema, argumentando que a tarefa do jurista é determinar os direitos vigentes, se a autoridade é competente, sua aplicação e extensão, justificando que tratar da fundamentação levaria a discussões intermináveis que acabariam na inoperância do mesmo direito. (GORCZEVISKI, 2009)

Já Baez e Barreto (2007) consideram que os direitos humanos tem uma fundamentação moral, já que sua origem não é encontrada em leis e são reconhecidos aos indivíduos pelo simples fato de serem seres humanos. Os valores morais que servem de base a estes direitos são identificados como aqueles indispensáveis a uma vida digna, de forma que são comuns a toda humanidade, independente da época, cultura ou lugar.

Comparato (1997) destaca a dignidade da pessoa humana como fundamento dos direitos humanos, esclarecendo que:

Uma das tendências marcantes do pensamento moderno é a convicção generalizada de que o verdadeiro fundamento de validade - do direito em geral e dos direitos humanos em particular - já não deve ser procurado na esfera sobrenatural da revelação religiosa, nem tampouco numa abstração metafísica - a natureza - como essência imutável de todos os entes no mundo. Se o direito é uma criação humana, o seu valor deriva, justamente, daquele que o criou. O que significa que esse fundamento não é outro, senão o próprio homem, considerado em sua dignidade substancial de pessoa, diante da qual as especificações individuais e grupais são sempre secundárias.

Contudo, é conhecida a afirmação de Bobbio (1992) ao referir que o problema não é filosófico, mas jurídico e, num sentido mais amplo, político. Para o autor, a questão não é saber quais e quantos são esses direitos, qual é a sua natureza e seu fundamento, se são naturais ou históricos, absolutos ou relativos, mas sim qual é o modo mais seguro de garanti-los para impedir que, mesmo diante de diversas declarações solenes, eles continuem sendo violados. (BOBBIO, 1992)

Fato é que a dignidade da pessoa humana é o bem maior dentro dos direitos humanos, é seu núcleo essencial e, por esse motivo deve ser reconhecida, promovida e respeitada por todos os indivíduos e pelo Estado.

[...] é uma qualidade intrínseca, irrenunciável e inalienável, inerente a todos os seres humanos e que os qualifica como tal. Assim, ela não pode ser concedida ou retirada das pessoas, pois constitui valor inerente à própria qualidade humana. Ela decorre da razão, fato que permite ao indivíduo edificar sua existência e seu destino de forma livre e independente. Mas isso não impede que aqueles que não tenham o exercício pessoal de sua capacidade de autodeterminação deixem de ter o direito a um tratamento digno. (BAEZ; BARRETO, 2007)

Bobbio (1992) descreve o processo que culminou na Declaração Universal de 1948, servindo-se das categorias tradicionais do direito natural e do direito positivo:

[...] os direitos do homem nascem como direitos naturais universais, desenvolvem-se como direitos positivos particulares, para finalmente encontrarem sua plena realização como direitos positivos universais. A Declaração Universal contém em germe² a síntese de um movimento dialético, que começa pela universalidade abstrata dos direitos naturais, transfigura-se na particularidade concreta dos direitos positivos, e termina na universalidade não mais abstrata, mas também ela concreta, dos direitos positivos universais. (BOBBIO, 1992)

Guerra (2012) apresentando uma breve notícia histórica sobre a proteção dos direitos humanos, passa pelos pensadores gregos, romanos, pelo Cristianismo que para ele foi onde o tema da dignidade humana encontrou seu marco fundamental, um verdadeiro “divisor de águas”, bem como por documentos de extrema importância na evolução dos direitos humanos, dos quais podemos citar a Magna Carta de 1215, na Inglaterra; o *Bill of Rights* de 1689, que significou uma enorme restrição ao poder estatal; a Declaração de Direitos da Virgínia de 1776; a Declaração de Independência dos Estados Unidos de 1778 e a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789. Estas últimas, declarações (norte-americanas e a francesa), significaram a emancipação histórica do indivíduo diante dos grupos sociais aos quais ele sempre esteve submetido: organizações religiosas, clãs, estamentos, família.

Evidente que o sistema internacional de proteção dos direitos humanos ganha destaque e força com a proclamação da Carta da ONU, em 1945, que dispõe no seu artigo 55, alínea c que: “as Nações Unidas favorecerão o respeito universal e efetivo

² Quando Bobbio diz “contém um germe”, está alertando para o fato de que a Declaração Universal é apenas o início de um longo processo, “cuja realização ainda não somos capazes de ver. A Declaração é algo mais do que um sistema doutrinário, porém algo menos do que um sistema de normas jurídicas”. (BOBBIO, 1992, p. 31)

aos direitos humanos e das liberdades fundamentais para todos, sem distinção de raça, sexo, língua ou religião. (GUERRA, 2012)

Outras ações também tiveram grande significado para este processo de internacionalização dos direitos humanos, como por exemplo o final da Segunda Guerra Mundial.

[...] no momento em que os seres humanos se tornam supérfluos e descartáveis, no momento em que vige a lógica da destruição, em que é cruelmente abolido o valor da pessoa humana, torna-se necessária a reconstrução dos direitos humanos, como paradigma ético capaz de restaurar a lógica do razoável. A barbárie do totalitarismo significou a ruptura do paradigma dos direitos humanos, por meio da negação do valor da pessoa humana como valor-fonte do Direito. (PIOVESAN, 2006)

Foi no emergir da Segunda Guerra Mundial, após todo tipo de massacres e atrocidades, que tiveram início com o fortalecimento do totalitarismo estatal nos anos 1930, que a humanidade compreendeu, mais do que em qualquer outra fase da História, o supremo valor da dignidade humana. O sofrimento foi a matriz da compreensão do mundo e dos homens, conforme as lições da sabedoria grega aprofundou-se a afirmação histórica dos direitos humanos. (COMPARATO, 2008)

Assim, na medida em que os direitos humanos vão sendo incorporados aos ordenamentos jurídicos internacionais e nacionais, é que a garantia efetiva da dignidade da pessoa humana ocorre, demonstrando a preocupação com o respeito à vida, integridade física e moral do ser humano, bem como com as condições mínimas para uma vida digna.

Se a guerra promoveu a ruptura com os direitos humanos, o pós-guerra deveria significar sua reconstrução. Foi então que em 1948, a Declaração Universal introduziu uma nova concepção de direitos humanos, como resposta as atrocidades cometidas durante o nazismo. A Declaração e a Convenção Internacional sobre prevenção e punição do crime de genocídio, aprovada um dia antes também no quadro da ONU, são os marcos inaugurais desta nova fase histórica. (COMPARATO, 2008)

Com uma destinação universal, a redação da Declaração Universal é enxuta e secular, resultado de um trabalho de negociações diplomáticas, tendo em vista que nos momentos preparatórios da Declaração colidiam visões: jusnaturalistas e positivistas, religiosas e laicas, liberais e marxistas dos direitos humanos, tudo tendo como pano de fundo a emergência da Guerra Fria. Contudo, ao contrário do que se

possa imaginar, a DUDH “não representa um mínimo denominador comum de distintos sistemas e culturas. Ela se proclama ‘o ideal comum a ser atingido por todos os povos e todas as nações’”. (ALVES, 1997)

Com a Declaração de 1948, tem início uma fase em que a afirmação dos direitos passa a ser, simultaneamente, universal e positiva.

[...] universal no sentido de que os destinatários dos princípios nela contidos não são mais apenas os cidadãos deste ou daquele Estado, mas todos os homens; positiva no sentido de que põe em movimento um processo em cujo final os direitos do homem deverão ser não mais apenas proclamados ou apenas idealmente reconhecidos, porém efetivamente protegidos até mesmo contra o próprio Estado que os tenha violado. No final deste processo, os direitos do cidadão terão se transformado, realmente, positivamente, em direitos do homem. Ou, pelo menos, serão direitos do cidadão daquela cidade que não tem fronteiras, porque compreende toda a humanidade; ou, em outras palavras, serão direitos do homem enquanto direitos do cidadão do mundo. (BOBBIO, 1992, p. 30)

O documento define, de forma clara e simples, os direitos essenciais, inalienáveis e iguais de todos os seres humanos como bases da justiça, da liberdade e da paz no mundo. Evita o ponto de vista religioso ou filosófico para fundamentá-los, “atribuindo-os tão-somente à ‘dignidade inerente a todos os membros da família humana’”. (ALVES, 1997)

Bobbio (1992) considera a Declaração como uma síntese do passado e uma inspiração para o futuro, lembrando que “suas tábuas não foram gravadas de uma vez para sempre”. O que quer dizer é que, hoje, a comunidade internacional não está apenas diante do problema de fornecer garantias válidas para esses direitos, mas conjuntamente de aperfeiçoar, de maneira contínua, o conteúdo da Declaração, atualizando-o, articulando-o, especificando-o, de modo a não deixá-lo enrijecer-se em fórmulas solenes e vazias.

Na mesma linha é o pensamento de Lafer (1988) fazendo referência à análise de Hannah Arendt, quando afirma que os direitos humanos são um *construído*, uma invenção que está ligada à construção da comunidade, não se trata de uma medida externa à *pólis*, e está sempre em processo de construção e reconstrução. De maneira objetiva, esclarece Gorczewski (2009) que direitos humanos

não são frutos de uma invenção pontual ou uma construção de um gênio do direito. Também não devem sua origem a algo fortuito na história da humanidade, nem mesmo à autoridade política de um partido que os impôs pela força do poder. Também não são um mero fato, mera ocorrência sociológica; trata-se sim, de um conjunto de exigências muito diferentes entre si, com uma história distinta em cada caso e em diferentes períodos.

Todas elas vem se acumulando e engrossando no decurso do tempo; e esta transformação continua. Daí que a tentativa de descrever os direitos humanos como um todo homogêneo, sem fissuras e cujo nascimento se pode atribuir a uma data específica, é uma vã empreitada e geradora de confusão.

É neste sentido que percebemos Direitos Humanos como um processo inacabado, sua evolução está aberta ao aparecimento de novos direitos, bem como de transformação e reinterpretação dos existentes. O fato de existirem documentos de proteção, não significa que não haja mais porquê lutar, novas situações e novas necessidades humanas fazem com que sempre se pense essa transformação/adequação do direito.

[...] valores e necessidades vitais vão se afirmando historicamente através das lutas e revoluções promovidas pelas diversas gerações de sujeitos excluídos ou oprimidos. Em cada momento reivindicam sua tutela como condições de níveis mínimos de igualdade, democracia, integração e pacífica convivência. (SÁNCHEZ RUBIO, 2010)

É no viés de reconstrução dos Direitos Humanos que no Pós-Guerra é possível compreender o surgimento do chamado Direito Internacional dos Direitos Humanos, e nova disposição do Direito Constitucional ocidental, como resposta às atrocidades então cometidas. Em nível de Direito Constitucional ocidental, textos constitucionais incorporam princípios com elevada carga de valores morais, sendo esta a marca das Constituições europeias da época, e que na experiência brasileira, essa abertura das Constituições a princípios e a incorporação do valor da dignidade humana demarca a configuração das Constituições promulgadas ao longo do processo de democratização política.

Assim sendo, a dignidade humana assume especial prioridade, tanto no âmbito internacional, quanto interno, simbolizando um verdadeiro superprincípio constitucional, “a norma maior a orientar o constitucionalismo contemporâneo, nas esferas local e global, dotando-lhe de especial racionalidade, unidade e sentido”. (PIOVESAN, 2010)

Para reconhecer o caráter de obrigatoriedade dos direitos humanos no meio social, a doutrina propõe a distinção entre direitos humanos e direitos fundamentais, de forma que estes últimos são os direitos humanos reconhecidos como tal pelas autoridades que possuem poder político de editar normas, “são os direitos humanos positivados nas Constituições, nas leis, nos tratados internacionais”. (COMPARATO, 2001, p. 56)

Sobre este aspecto, Guerra (2012) também atenta para a necessidade de apresentar esta distinção, pois o uso dessas expressões como sinônimas é incorreto, guardando entre si apenas um núcleo comum que é a liberdade. Fala-se que direitos fundamentais são os direitos humanos reconhecidos pela legislação nacional, são direitos constitucionalizados. Nesse sentido é a posição do autor, descrevendo:

[...] direitos humanos para aqueles positivados em nível internacional (exigências básicas relacionadas com igualdade e liberdade da pessoa, que não tinham alcançado um estatuto jurídico positivo) e direitos fundamentais para os direitos humanos positivados em nível interno, isto é, garantidos pelos ordenamentos jurídico-positivos estatais (...) Direitos fundamentais são aqueles que aplicados diretamente gozam de uma proteção especial nas Constituições dos Estados de Direito; são provenientes de um amadurecimento da própria sociedade no que se refere à proteção dos referidos direitos.(GUERRA, 2012)

Dessa maneira, pode-se dizer direitos humanos como aqueles válidos para todos os povos, em todos os tempos, numa dimensão jusnaturalista; enquanto que direitos fundamentais são os direitos institucionalmente garantidos e limitados espaço-temporalmente. “Os direitos do homem arrancaríamos da própria natureza humana e daí o seu caráter inviolável, intemporal e universal; os direitos fundamentais seriam os direitos objetivamente vigentes numa ordem jurídica concreta”. (CANOTILHO, 1998) Importante esclarecer que no caso de conflitos, em matéria de Direitos Humanos, entre normas internas e internacionais, deve prevalecer a norma que seja mais favorável ao ser humano, em vista que a proteção da dignidade da pessoa humana é a finalidade última e a razão de todo sistema jurídico. (COMPARATO, 2008)

Existe uma forte corrente que afirma que os Direitos Humanos não são direitos propriamente ditos, mas ideais e aspirações da sociedade. Para estes autores, os direitos seriam somente aqueles exigíveis de uma autoridade política, integrantes da ordem jurídica de determinado Estado. (GORCZEVISKI, 2009). Para Sarlet (2009) os direitos fundamentais estão vinculados ao âmbito do Direito Constitucional de cada Estado, enquanto os direitos humanos estão apoiados em posições de âmbito internacional, e são reconhecidos ao ser humano independentemente de sua sujeição a determinada ordem constitucional. (SARLET, 2009, p. 30/31).

É inequívoco que o reconhecimento, pela autoridade política competente, dos direitos humanos, dá mais segurança às relações sociais, e ainda, “exerce uma função pedagógica no seio da comunidade, no sentido de fazer prevalecer os

grandes valores éticos, os quais, sem esse reconhecimento oficial, tardariam a se impor na vida coletiva”. (COMPARATO, 2001)

Canotilho (2008) apresenta um corte histórico no processo de desenvolvimento da ideia de direitos fundamentais, uma separação entre duas épocas, sendo uma anterior à Declaração de Direitos da Virgínia, de 1776, e da Declaração de Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789, que conforme o autor, foi um período caracterizado por uma cegueira no que se refere à ideia de direitos do homem; e outra posterior a estes documentos, marcada pela constitucionalização ou positivação dos direitos do homem nos documentos constitucionais.

Importante salientar que a concretização dos direitos fundamentais no direito brasileiro, está diretamente ligada à evolução constitucional e ao processo de democratização do Brasil, deflagrado após vinte e um anos de regime militar, mesmo que esse processo tenha se originado pela liberalização do próprio regime autoritário, diante das dificuldades em resolver problemas internos, as forças de oposição da sociedade civil se beneficiaram do processo de abertura, através da organização, articulação e mobilização, importantes conquistas sociais e políticas foram possíveis.

A transição democrática, lenta e gradual, permitiu a formação de um controle civil sobre as forças militares. Exigiu ainda a elaboração de um novo código, que refizesse o pacto político-social. Tal processo culminou, juridicamente, na promulgação de uma nova ordem constitucional – nascia assim a Constituição de outubro de 1988. (PIOVESAN, 2010)

Para Canotilho (1998):

A positivação de direitos fundamentais significa a incorporação na ordem jurídica positiva dos direitos considerados “naturais” e “inalienáveis” do indivíduo. Não basta uma qualquer positivação. É necessário assinar-lhes a dimensão de *fundamental Rights*³ colocados no lugar cimeiro das fontes de direito: as normas constitucionais. sem esta positivação jurídica, os direitos do homem são esperanças, aspirações, ideias, impulsos, ou, até, por vezes, mera retórica política, mas não direitos protegidos sob a forma de normas (regras e princípios) de direito constitucional.

A Constituição de 1988 rompe com a sistemática das suas antecessoras consagrando o princípio do respeito aos direitos humanos invocando a abertura da ordem jurídica interna ao sistema internacional de proteção dos direitos humanos. Tendo os direitos humanos como princípio que rege o País no âmbito internacional, denota o seu comprometimento na elaboração de normas ligadas ao Direito

³ Direitos fundamentais.

Internacional dos Direitos Humanos, também a intenção da plena integração de tais regras na ordem jurídica interna e, ainda, demonstra o “compromisso de adotar uma posição política contrária aos Estados em que os direitos humanos sejam gravemente desrespeitados”. (PIOVESAN, 2010)

Gorczewski (2009) salienta as várias críticas tecidas à Constituição de 1988, principalmente ao extenso e não taxativo rol de direitos fundamentais, ao conteúdo pluralista e por vezes contraditório, à série de direitos e garantias e uma estrutura financeira precária a sua concretização, contudo não nega tratar-se de um conteúdo revolucionário e avançado em termos de direitos humanos que “rompe com uma tradição totalitária de anos de repressão e usurpação de direitos e inaugura um Brasil que tenta abarcar e respeitar as diferenças (...)”.

Já Alves (1997) destaca que em matéria de direitos humanos a Constituição Federal de 1988 é bastante avançada. Além de apresentar, no Artigo 5º, um amplo rol de direitos humanos, protegê-los como “cláusula pétrea” (Artigo 60, parágrafo 4º, inciso IV⁴) e ainda elevá-los a condição de princípio orientador das relações internacionais do país (Artigo 4º, inciso II⁵), ela, além disso, protege os direitos e garantias decorrentes dos tratados internacionais de direitos humanos de que o Brasil seja parte (parágrafo 2º do Artigo 5º⁶). Independente do nível hierárquico que seja atribuído no direito interno, o fato da Constituição reconhecer Pactos e Convenções internacionais ratificados pelo Brasil, como complemento aos direitos por ela enunciados permanece.

Ainda, o fato de colocar um catálogo de direitos fundamentais no início do texto constitucional demonstra a clara intenção do constituinte em lhe dar um significado especial, reconhecendo que os direitos fundamentais são parte integrante da “identidade e da continuidade da Constituição, considerando, por isso, ilegítima qualquer reforma constitucional tendente a suprimi-los (art. 60, Parágrafo 4º)”. (MENDES, 2004)

⁴ CF/88. Art. 60 - A Constituição poderá ser emendada mediante proposta: [...] §4º - Não será objeto de deliberação a proposta de emenda tendente a abolir: IV - os direitos e garantias individuais.

⁵ CF/88. Art. 4º A República Federativa do Brasil rege-se nas suas relações internacionais pelos seguintes princípios: II - prevalência dos direitos humanos; [...]

⁶ CF/88. Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: [...] §2º - Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte.

Vale considerar, que a Constituição Federal de 1988, foi um marco de transição para o regime democrático que alargou de maneira significativa o campo dos direitos e garantias fundamentais, sendo uma das Constituições mais avançadas no que diz respeito a esta matéria. (PIOVESAN, 2010) E é oportuno dizer que o constituinte brasileiro conferiu ao princípio da dignidade humana a qualidade de norma base do sistema constitucional, informando as prerrogativas e as garantias fundamentais da cidadania, “deve-se reconhecer a força normativa da dignidade da pessoa humana, dotada de plena eficácia jurídica nas relações públicas e privadas”. (BERNARDI, 2007)

Neste aspecto, Sarlet (2001) destaca que a Constituição Federal de 1988, ao erigir o princípio da dignidade da pessoa humana à condição de fundamento do Estado Democrático de Direito, conferiu uma unidade de sentido e concordância prática ao sistema de direitos fundamentais, ou seja, na ideia que faz da pessoa fundamento e fim da sociedade e do Estado, chegando-se a afirmar que “o princípio da dignidade humana atua como o ‘alfa e omega’ do sistema de liberdades constitucionais, e, portanto, dos direitos fundamentais”. Nota-se assim, o encontro do princípio do Estado Democrático de Direito e dos direitos fundamentais, tornando-se evidente que os direitos fundamentais são um elemento básico para a realização do princípio democrático, tendo em vista que exercem uma função democratizadora. (PIOVESAN, 2010)

Importante referir que a atual situação dos Direitos Humanos, no Brasil, demonstra que mesmo em vista da assinatura e ratificação de tratados de Direitos Humanos, não houve concretamente a garantia e proteção desses direitos para a maioria da população brasileira. Ainda persistem sérias violações aos direitos humanos que indicam a necessidade de utilização de “todos os mecanismos disponíveis no sistema global e regional (interamericano) para auxiliar na efetiva implementação dos direitos reconhecidos, internacionalmente, no ordenamento jurídico e na prática interna no Brasil”. (SALDANHA, 2008)

Como mencionado ao longo deste texto, a dignidade da pessoa humana é o princípio que unifica e centraliza o sistema normativo, tanto no âmbito internacional quanto no âmbito interno, tendo, assim, um papel de prioridade. “A dignidade humana simboliza, desse modo, verdadeiro superprincípio constitucional, a norma

maior a orientar o constitucionalismo contemporâneo, nas esferas local e global, dotando-lhe de especial racionalidade, unidade e sentido”. (PIOVESAN, 2010)

As considerações acima expostas são fundamentais para a compreensão do tema proposto, sendo que, em seguida, serão abordados os direitos humanos fundamentais da mulher, através de uma contextualização histórica, dando destaque aos principais movimentos, bem como aos documentos internacionais que intentam efetivar os princípios da dignidade humana, da igualdade, da liberdade.

2.2 Direitos da Mulher enquanto direitos humanos fundamentais

A luta das mulheres para conquistar seus direitos tem raízes profundas no passado. Essa história foi escrita ao longo dos séculos através de um processo feito de avanços, retrocessos, certezas, contradições. A fim de melhor entender a evolução dos direitos humanos das mulheres, torna-se necessário lançar um olhar sobre a contribuição do movimento feminista, já que foi este que “desvelou as mulheres como cidadãs e pessoas titulares de direitos” (TELES, 2006), de forma que tornou-se inevitável o início do processo de construção dos direitos humanos das mulheres.

Neste viés, uma das grandes contribuições do pensamento feminista foi a incorporação ao conceito de direitos humanos da violência de gênero. Como visto, a convivência humana deve ser pautada pelos princípios de dignidade humana, seja na guerra ou na paz,

A proibição de atentados à população civil, as normas para tratamento de prisioneiros, a proibição da violência doméstica revelam que, embora as circunstâncias pareçam distintas, há um fio condutor que as une: a violência na convivência humana. Se as mulheres são violadas na guerra por serem mulheres e são violadas nas ruas, nos lares, por serem mulheres, o fio condutor desta violência é o gênero. A violência organizada dos Estados, através da guerra e a violência estrutural da vida cotidiana das mulheres e crianças na família, mantém uma sociedade fundada na força. (CAMPOS, 1997)

Ao longo da história, as questões que envolveram as mulheres sempre foram reguladas por costumes patriarcais, com a submissão do feminino em relação ao masculino. Na Grécia, mulheres e escravos mantinham uma posição equivalente na sociedade. A função primordial das mulheres era a reprodução e o cuidado com tudo que era ligado à subsistência. Na Idade Média, era possível encontrar mulheres

assumindo o comando dos negócios da família e, como abadessas⁷, tiveram papel importante na preservação da cultura.

Exerceram um papel político de destaque em vista das guerras que levavam os homens a grandes períodos de ausência. Contudo, mesmo com uma significativa participação na vida social e econômica deste período, a mulher ainda era vista pela sociedade “como uma pessoa frágil e indolente que, entre bordados e suspiros, aguardava seu cavaleiro andante”. (MONTEIRO; LEAL, 1998). O dever de obediência, de ser boa esposa e jamais se negar a ser mãe, oprimiam as mulheres que desde criança já recebiam ensinamento para torná-la boa dona de casa, excluídas da vida social e política, num ideal traduzido pala equação mulher = esposa – mãe – dona de casa. (LUZ; FUCHINA, 2009).

O destino proposto pela sociedade é o casamento. Ainda hoje, “são casadas, ou foram, ou se preparam para sê-lo, ou sofrem por não o ser”. E, estando casada, ela sabe exatamente o que a aguarda, as mesmas tarefas de sua mãe. As esperanças e sonhos de juventude se esvaíram; casada “ela adquiriu uma parcela do mundo e pensa com angústia: é apenas isto, para sempre.” (BEAUVOIR, 1980)

Válido lembrar, que a Idade Média, foi palco de uma das maiores perseguições contra a mulher. Por meio da Inquisição, a Igreja, liderou o massacre que se estendeu por vários séculos sendo um verdadeiro genocídio perpetrado contra o gênero feminino. A Inquisição perpetrou crimes silenciosos e permitidos. “Nesse período, a introdução de leis que determinavam a obrigatoriedade do uso do nome do pai aos filhos e filhas que nasciam provoca a morte civil da mulher na família e na sociedade, retirando-a da vida política e econômica”. (MONTEIRO; LEAL, 1998) Foi no final deste período, que Cristine de Pisan⁸, considerada a primeira autora feminista, se levantou abrindo debate contra a subordinação feminina imposta pela Igreja, afirmando que “homens e mulheres são iguais em sua própria natureza e a eles deveria ser dada uma mesma educação”. Ela já entendia que as mulheres jamais construiriam a liberdade se lhes fosse negada a possibilidade de educação. (MONTEIRO; LEAL, 1998)

⁷ Superiora de certas comunidades religiosas de mulheres. Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. <https://www.priberam.pt/DLPO/abadessa>. Acesso em: 16-01-2016.

⁸ Filósofa e poeta italiana. Viveu na França na primeira metade do século XIV. Crítica da misoginia do meio literário, predominantemente masculino na época. Defensora do papel vital da mulher na sociedade. Primeira mulher francesa de letras a viver de seu trabalho; considerada como precursora do feminismo.

Já os séculos XVI e XVII, mantém a restrição do papel da mulher à família. Todavia, apesar da grande limitação imposta, as mulheres não se mantiveram inertes, algumas se destacaram nas letras: a Rainha Margarida de Navarra e as burguesas Louise Labé⁹, Marie de Gournay¹⁰, ainda, as inglesas buscaram nas seitas puritanas a possibilidade de deixarem a Inglaterra indo para a América do Norte onde gozavam de maior prestígio e liberdade e, na França, as mulheres burguesas e da pequena aristocracia buscavam o acesso à cultura, “como forma de poder, desencadeando um movimento denominado ‘preciosas’” (MONTEIRO; LEAL, 1998) . As mulheres também tiveram uma participação efetiva na preparação da Revolução Francesa, contudo as ideias de Igualdade, Liberdade e Fraternidade ficaram restritas aos homens brancos aristocratas. É possível afirmar que a Revolução Francesa, ao invés de abrir espaços para conquista da cidadania feminina, acabou por inibir sua luta.

Da contribuição de Christine de Pisan (1364 – 1429), à luta de Olimpes de Gouges¹¹, durante a Revolução Francesa (1789), e que lançou, em 1791 a Declaração dos Direitos da Mulher e da Cidadã, e das negras que organizaram a resistência em quilombos, várias foram as mulheres que se empenharam vigorosamente para se tornarem participantes ativas do poder político com igualdade de condições e dignidade. (TELES, 2006)

No contexto do Brasil, o modelo patriarcal, do período colonial, foi reforçado pela Igreja Católica que via as mulheres como submissas e inferiores, o que acarretou, aparentemente, um espaço reduzido de ação, porém, alerta Del Priore (2000):

[...] isso era apenas mera aparência, pois, tanto na sua vida familiar, quanto no mundo do trabalho, as mulheres souberam estabelecer formas de sociabilidade e de solidariedade que funcionavam, em diversas situações, como uma rede de conexões capazes de reforçar seu poder individual ou de grupo, pessoal ou comunitário.

⁹ Poetisa francesa que nasceu em 1524, em Lyon. Recebeu uma educação refinada para a época, sua principal obra é o *Débat de Folie et d'Amour* ("Debate da Loucura e do Amor"), de 1555, na qual defende uma pauta "feminista": direito das mulheres à educação, à liberdade de pensamento e a escolha de parceiros.

¹⁰ Nascida em Paris no ano de 1565 morreu em 1645.

¹¹ Feminista, revolucionária, historiadora jornalista, escritora e autora de peças de teatro francesa. Os escritos feministas de sua autoria alcançaram enorme audiência. “Por sua coragem e audácia, Olympe foi condenada à morte e guilhotinada. Depois de sua morte, a perseguição às mulheres continuou e se fez cada vez mais forte. Foram proibidas as associações femininas e a participação da mulher na vida pública”. (MONTEIRO; LEAL, 1998)

Outros aspectos importantes acerca da luta das mulheres pelo reconhecimento de seus direitos podem ser apontados, como por exemplo a sua participação maciça na Comuna de Paris, em 1870; em 1792, a escritora Mary Wollstonecraft¹², defendeu a educação para meninas, que aproveitasse seu potencial humano, no clássico da literatura feminista “Reivindicação dos Direitos da Mulher” (MONTEIRO; LEAL, 1998)

No século XIX, o conceito de emancipacionismo tinha como objetivo a busca da igualdade de direitos, conservada na esfera dos valores masculinos. “Hoje, o feminismo formula o conceito de liberação que prescindem da igualdade para afirmar a diferença – compreendida não como desigualdade ou complementaridade, mas como ascensão histórica da própria identidade feminina”. (TELES, 2006, p. 91) Duas grandes lutas foram desencadeadas neste século: por melhores condições de trabalho e pelo direito à cidadania. Vale lembrar que a campanha pelo voto feminino na Inglaterra e nos Estados Unidos durou em torno de 70 anos e chegou a mobilizar dois milhões de mulheres, o que deu grande importância a este movimento político. (MONTEIRO; LEAL, 1998)

No início do século XX, começam a surgir mulheres profissionais no Brasil, mesmo que já no século XIX, algumas trabalhassem atrás de balcões, seu número cresceu no século seguinte. Porém, mesmo os homens que, teoricamente, apoiavam o direito da mulher ingressar no mercado de trabalho em “profissões masculinas”, argumentavam que “o emprego feminino era necessário exclusivamente porque algumas mulheres fracassavam em conseguir ‘a melhor carreira feminina’, o casamento”. (HAHNER, 2003)

Em parte, as duas grandes guerras foram responsáveis pelo fato da mulher ocupar espaço no mercado de trabalho. Foi constatada a aptidão feminina para o exercício de diversas funções, porém, com o final da guerra e o retorno dos homens ao lar, novamente valorizou-se a mulher no espaço doméstico. “Novamente a imagem da mulher como mãe, dona de casa e esposa foi reforçada, através dos meios de comunicação”. (MONTEIRO; LEAL, 1998, p. 15)

Verucci e Marino (1985, p. 6) salientam que apesar de muitas lutas e vitórias dos movimentos de reivindicação de direitos durante muito tempo, foi somente

¹² Escritora inglesa, filósofa e defensora dos direitos das mulheres.

depois da Segunda Guerra Mundial que as alterações significativas são aceleradas no que trata de direitos e interesses da mulher. As décadas de 1930 e 1940 foram períodos de importantes conquistas como direito ao voto, educação e trabalho, mas foi nos anos 1970 que o movimento feminista ressurgiu com uma inegável força política.

No Brasil, o processo constituinte trouxe avanços significativos. Várias reivindicações das mulheres foram absorvidas pela Constituição Federal de 1988. Fato este que revigorou o feminismo, que arregimentou forças para tomar novos espaços na sociedade e nas instituições, com mobilizações de norte a sul do país, conquistaram-se direitos fundamentais com o apoio do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, órgão governamental criado em 1985 para efetivar políticas públicas feministas. (TELES, 2006, p. 92)

Como visto, a nível internacional, a longa luta das mulheres pela observância e afirmação de seus direitos remonta ao século XVIII, de forma que foi após dois séculos de esforços e sofrimentos negligenciados, “e muito particularmente o fardo e os horrores por elas enfrentados, sozinhas ou ao lado dos homens na Segunda Guerra Mundial”, que um documento internacional relevante proclamou, pela primeira vez, “a não-discriminação dos sexos como fundamento da paz e do progresso”. Ao fazer isso, a Carta das Nações Unidas, em 1945, resolveu dar o exemplo dentro da própria casa, garantindo o direito de igualdade entre os gêneros na composição de todos os órgãos por ela contemplados. (ALVES, 1997)

O Ano Internacional da mulher foi decretado pela ONU, em 1975, na Conferência Mundial do México, fato que revigorou o movimento feminista expondo questões que até então não eram discutidas, como sexualidade, os direitos reprodutivos, as políticas públicas de gênero, a representação política, etc. Já na década de 1980, foram aprofundados os estudos sobre a condição da mulher, bem como foram elaborados o conceito e a teoria de gênero. (MONTEIRO; LEAL, 1998) O período de 1970 e 1980 foi o mais importante “no caminho da utilização da lei para assegurar um avanço da condição feminina no Brasil” (CAMPOS; CORRÊA, 2012). O Ano Internacional da Mulher e toda a década de 1976 a 1985, juntamente com a criação de inúmeros grupos feministas por todo o país, foram uma grande contribuição para atividade no sentido de revisão de leis e códigos há muito ultrapassados.

Outro fato de relevância, no Brasil, foi a criação, em 1977, pelo Congresso Nacional, de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) que teve como objetivo analisar a situação da mulher em todos os tipos de atividades. Tratou-se de um instrumento poderoso para denunciar as formas de discriminação praticadas contra a mulher.

Dezenas de depoimentos foram prestados, por mulheres dos mais variados setores profissionais, intelectuais e donas-de-casa. O relatório final constituiu um impressionante quadro da condição inferiorizada em que se encontrava a mulher no Brasil. (CAMPOS; CORRÊA, 2012, p. 74)

O dia 25 de novembro é mais uma data de extrema importância referenciada pelos movimentos feministas e de direitos humanos - Dia Internacional pela Eliminação da Violência contra a mulher. Foi no 1º Encontro Latino-americano e Caribenho, em 1981, em Bogotá, que o movimento indicou esta data, como meio de homenagear as irmãs Mirabal, que foram assassinadas pelo ditador Trujillo, em 1960, na República Dominicana, por se oporem ao regime autoritário. (TELES, 2006, p. 104)

Os redatores da Carta de São Francisco (1945), orientados por personalidades e organizações não-governamentais, tal como as pioneiras feministas do século XVIII, compreendendo que a linguagem reflete, oculta e é capaz de perpetuar as relações de dominação, notaram que a mulher não estava realmente incluída nos avanços da cidadania.

Que o conceito iluminista do Homem, como sinônimo da espécie, não abrigava necessariamente o Outro, nem, muito menos, a Outra. Que, a par das conquistas sociais propugnadas pelo Iluminismo e afirmadas historicamente pela Revolução Francesa, a mulher não se achava devidamente incluída *de facto* nem *de jure* nos avanços da cidadania. Em 1945, para a comprovação desses fatos bastava observar que, dos cinquenta e um Estados signatários originais da Carta de São Francisco, apenas trinta reconheciam à mulher os direitos de voto e ao exercício de função pública. (ALVES, 1997, p. 109)

Diante disso, em 1946, foi criada, através da Resolução II do ECOSOC¹³ (Conselho Econômico e Social das Nações Unidas), a Comissão sobre a Situação da Mulher, que é o principal órgão internacional de escopo universal com competência para tratar sobre os direitos humanos das mulheres, e desta Comissão emergem os principais instrumentos normativos de promoção e proteção aos direitos específicos das mulheres. Dentre os referidos instrumentos especializados na proteção dos direitos da metade feminina estão: a Convenção sobre os Direitos

¹³ United Nations Economic and Social Council.

Políticos da Mulher, de 1952; a Convenção sobre a Nacionalidade da Mulher Casada, de 1957 e a Convenção sobre o Consentimento para o Casamento, a Idade Mínima para o Casamento e o Registro de Casamentos, de 1962.

Conforme esclarece Alves (1997) estes avanços normativos, juntamente com os esforços da Comissão sobre a Situação da Mulher, especialmente o trabalho de mobilização da Organização Mundial da Saúde contra as práticas danosas a saúde da mulher, foram dando origem a um conjunto de padrões destinados a proteger os direitos da mulher. Tendo em vista que estes padrões encontravam-se dispersos, de difícil apreensão, a Assembleia Geral recomendou à Comissão que fosse elaborado um projeto de Declaração que conjugasse, em um único documento, os avanços conquistados desde 1945. Assim,

A decisão que consubstanciou, quatro anos depois, na Declaração Sobre a Eliminação da Discriminação Contra a Mulher, proclamada pela Resolução 2 263 (XXI), adotada pela Assembleia Geral, por unanimidade, em 7 de novembro de 1967. (...) representou o passo inicial para a preparação de um instrumento jurídico de caráter obrigatório, serviu de base para o principal documento internacional de proteção aos direitos da mulher hoje existente: a Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher, de 1979. A Convenção é abrangente, embora não exaustiva, abordando tanto os direitos civis e políticos como os direitos econômicos, sociais e culturais. Endossa, portanto, pela ótica da situação e das necessidades específicas da mulher, e com a cogência inerente a instrumento normativo formal, a noção da interdependência e indivisibilidade de todos os direitos. (ALVES, 1997)

A Convenção para Eliminar todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (ONU, 1979), é um documento de proteção internacional dos direitos humanos das mulheres e, apesar do Brasil ter assinado a referida Convenção no mesmo dia de sua Adoção pela Assembleia Geral da ONU, foi a partir da edição da Constituição de 1988 que começou a ganhar força interna. (TELES, 2006)

No campo externo, esse documento encontrou maior ressonância por ocasião da Conferência Mundial dos Direitos Humanos, de Viena (1993), que reconheceu os direitos humanos das mulheres e reafirmou a responsabilidade dos Estados membros das Nações Unidas, na promoção e proteção destes direitos. (MONTEIRO; LEAL, 1998). A Convenção prevê, em seu art. 1º o significado da expressão discriminação contra a mulher como:

[...] toda distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher, independentemente de seu estado civil, com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo. (ONU, 1979)

A Convenção deve ser considerada como um parâmetro mínimo das ações dos Estados na promoção dos direitos humanos das mulheres e na proibição às violações, deve direcionar toda política pública à eliminação da discriminação contra a mulher, afinal

[...] o “Direito Internacional dos Direitos Humanos”, surge, em meados do século XX, em decorrência da Segunda Guerra Mundial, tendo o seu desenvolvimento atribuído às monstruosas violações de direitos humanos da era Hitler e à crença de que partes dessas violações poderiam ser prevenidas, se um efetivo sistema de proteção internacional de direitos humanos existisse. (CAMPOS; CORRÊA, 2012)

O Artigo 4º da Convenção¹⁴ é de especial interesse para a luta das mulheres, num mundo ainda reconhecidamente desigual, pois legitima a “ação afirmativa” ou discriminação positiva extraordinária em defesa da mulher, o que permite que os Estados-parte adotem medidas especiais de caráter temporário para “acelerar a igualdade de fato entre o homem e a mulher”. Nos termos da Convenção, estas medidas não são consideradas formas de discriminação e deverão cessar “quando os objetivos de igualdade de oportunidade e tratamento houverem sido alcançados”. (ONU, 1979)

Outro documento de elevada importância foi a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, aprovada na Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos (OEA), de 1994, e ratificada pelo Brasil em 1995. Ficou conhecida como a “Convenção de Belém do Pará” e teve como mérito o fato de reconhecer a violência doméstica contra a mulher como violação dos direitos humanos. Ainda, trouxe significativa inovação ao facilitar o acesso à justiça:

[...] quando os Estados-parte tratarem com negligência, preconceito e de modo ineficiente o caso, é possível recorrer à instância internacional, no caso à Comissão Interamericana de Direitos Humanos ou à Corte, por iniciativa de qualquer entidade social ou grupo de pessoas. (TELES, 2006)

Os direitos humanos das mulheres se impõem contra as desigualdades. O respeito à igualdade exige, desta maneira, uma lei específica que seja capaz de dar proteção e dignidade a todas as mulheres vítimas de violência doméstica. Enquanto

¹⁴ ONU (1979) - Artigo 4º – 1. A adoção pelos Estados-partes de medidas especiais de caráter temporário destinadas a acelerar a igualdade de fato entre o homem e a mulher não se considerará discriminação na forma definida nesta Convenção, mas de nenhuma maneira implicará, como consequência, a manutenção de normas desiguais ou separadas; essas medidas cessarão quando os objetivos de igualdade de oportunidade e tratamento houverem sido alcançados.
2. A adoção pelos Estados-partes de medidas especiais, inclusive as contidas na presente Convenção, destinadas a proteger a maternidade, não se considerará discriminatória.

este problema não for tratado, não existirá uma democracia e igualdade reais e efetivas. “Os direitos à vida, à saúde e a integridade física das mulheres são violados quando um membro da família tira vantagem de sua força física ou posição de autoridade para infligir maus-tratos físicos, sexuais, morais e psicológicos”. (CAMPOS; CORRÊA, 2012, p. 113)

Pouco antes, em 1993, a ONU aprovou e adotou a Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher. Com essa Declaração, e graças, em parte, à Conferência de Viena, passou a existir uma definição legal internacional para a violência de gênero, pois sabe-se que esta é uma das formas de violação de direitos humanos mais recorrentes e abafadas, já que frequentemente praticada no retiro do lar e nos locais de trabalho, e encobertas pelos costumes. (ALVES, 1994)

A Declaração destaca a preocupação com o fato de que alguns grupos de mulheres, como, por exemplo, as mulheres pertencentes às minorias, as mulheres indígenas, as refugiadas, as mulheres migrantes, as mulheres que habitam comunidades rurais ou remotas, as mulheres indigentes, as mulheres reclusas ou detidas em instituições, as crianças, as mulheres com incapacidades, as idosas e as mulheres que se encontram em situações de conflito armado, são particularmente vulneráveis à violência. (TELES, 2006)

Campos (1997) ainda aponta que há algum tempo as feministas vem denunciando que o conceito de direitos humanos mantinha a dicotomia entre público e privado, já que tinha como prioridade a violência do Estado contra a pessoa, deixando fora da proteção do Estado a chamada “esfera privada” onde se produz a violência contra as mulheres. Para a autora, deste modo, “o Estado mantém e reproduz a violência de gênero e a sociedade patriarcal, fundada sob esta violência”. Disto resulta a importância da aprovação da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a mulher, como um “esforço feminista de ampliação do conceito de direitos humanos e rompimento da dicotomia público e privado”.

Em vista que durante muito tempo os direitos humanos em geral, eram domínio reservado ao Estado, e por conta disso objeto de resistência a qualquer tipo de atuação internacional mais enérgica em sua defesa, os direitos da mulher, foram ainda mais, tendo em vista que se trata de um mundo em que o poder político é inegavelmente exercido por homens.

As resistências devem-se não somente a maciça exclusão das mulheres das instâncias políticas decisórias, mas também a razões inerentes à ideia

clássica dos direitos e liberdades fundamentais como direitos conquistados contra o Estado. (ALVES, 1997, p. 110)

A violação de direitos humanos é uma ilegalidade nacional e internacional; mesmo que a proteção internacional apresente-se como adicional, ao assinar uma Convenção, Tratado ou Pacto, o Estado submete-se à fiscalização de organismos internacionais. (CAMPOS, 1997) “Artigo 2º - Os Estados-partes condenam a discriminação contra a mulher em todas as suas formas, concordam em seguir, por todos os meios apropriados e sem dilações, uma política destinada a eliminar a discriminação contra a mulher (...)” (ONU, 1979)

Alves (1997) ao tratar dos Pactos e Convenções sobre Direitos Humanos, explica que

Enquanto os demais tratados procuram conciliar os “interesses nacionais” das Partes Contratantes, os Pactos e Convenções de direitos humanos, assim como os demais instrumentos e mecanismos a eles correlatos, são elementos de uma arquitetura protetora de direitos que se afirmam *erga omnes*: perante o interesse de toda comunidade. Aproximam-se, dessa maneira, da inspiração subjacente ao “direito cosmopolita” preconizado por Kant no Terceiro Artigo Definitivo de seu Projeto de Tratado para a Paz Perpétua: a violação de um direito em qualquer lugar se faz sentir em todos. (ALVES, 1997, p. 16)

No Brasil, o marco inicial do processo de incorporação de tratados internacionais de direitos humanos pelo Direito brasileiro foi a ratificação, em 1984, da Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher. “A partir dessa ratificação, inúmeros outros relevantes instrumentos internacionais de proteção aos direitos humanos foram, também, incorporados pelo Direito brasileiro, sob a égide da Constituição Federal de 1988”. (SALDANHA, 2008) Cabe ainda considerar que a Constituição Federal de 1988 é a primeira Constituição brasileira que elenca o princípio da prevalência dos direitos humanos, como princípio fundamental a reger o Estado nas relações internacionais, e este princípio contribuiu substancialmente para o sucesso da ratificação, pelo Estado brasileiro, de instrumentos internacionais de proteção dos direitos humanos.

No estudo das relações entre a Constituição de 1988 e o Direito Internacional dos Direitos Humanos, é de extrema importância o alcance do previsto no § 2º, art. 5º, que determina que os direitos e garantias expressos na Constituição não excluem outros decorrentes dos tratados internacionais em que o Brasil seja parte. “Interação entre a ordem jurídica interna e a ordem jurídica internacional dos direitos humanos”. (PIOVESAN, 2010)

No mesmo sentido, destacam Campos e Corrêa (2012) que a Constituição Federal de 1988 foi um marco no que se refere aos direitos humanos das mulheres e ao reconhecimento de sua cidadania plena. E isto foi consequência da participação das próprias mulheres com ações direcionadas ao Congresso Nacional, por meio da apresentação de emendas populares e “organizando mobilizações que tiveram como resultado a inclusão da igualdade de direitos sob uma perspectiva étnico-racial e de gênero”. Foi uma elevada contribuição para que o Brasil se integrasse ao sistema internacional de proteção aos direitos humanos, que é uma reclamação histórica da sociedade.

A ratificação de Convenções, Pactos ou Tratados coloca o Estado na obrigatoriedade de seu cumprimento. Juntamente com os direitos e garantias fundamentais da pessoa previstos na Constituição Federal de 1988, as normas internacionais ampliam as já consagradas normas constitucionais, desta forma tornando-se uma ferramenta a mais na luta pela efetivação dos direitos humanos das mulheres. (CAMPOS, 1997) Assim, as mulheres passam a contar com uma instância internacional de decisão, de maneira que se todos os recursos da legislação nacional falharem na realização da justiça, é possível pedir auxílio e denunciar as práticas de violência contra a mulher à Comissão Interamericana de Direitos Humanos. (CAMPOS; CORRÊA, 2012)

Em 1995, foi realizada a IV Conferência Mundial da Mulher, em Beijing, onde se reconheceu definitivamente os direitos da mulher como direitos humanos e, que “a promoção da igualdade entre homens e mulheres é fundamental para alcançar os objetivos de desenvolvimento e de paz para a humanidade”. Na Declaração e Plataforma de Ação foram assumidos “compromissos para garantir que todas as políticas e programas dos governos signatários reflitam uma perspectiva de gênero”. (MONTEIRO; LEAL, 1998) Estas conquistas foram renovadas nas comemorações do 50º aniversário da Declaração dos Direitos Humanos (1948-1998) que

[...] foram precedidas de uma movimentação internacional das mulheres, em busca de novos paradigmas para os direitos humanos que não apenas “o homem, ocidental, branco, adulto, heterossexual e dono de um patrimônio”. Deu-se continuidade à campanha “Sem as mulheres, os direitos não são humanos!” (TELES, 2006)

É claro que apesar das significativas conquistas no que se refere aos direitos humanos das mulheres, a sua luta é constante, como pontua Gorczeviski (2009) sobre a incorporação dos direitos humanos à Constituição brasileira:

[...] a história política brasileira é comparável com a de um paciente com transtorno bipolar, com seus picos de depressão e euforia. Tais variações refletem-se de forma clara e inequívoca no ordenamento jurídico produzido, especialmente no que se refere aos direitos e garantias dos cidadãos. A história político-jurídica nacional é visivelmente marcada por um lento, porém crescente progresso – não sem muito sacrifício de protagonistas humanos em trágicos acontecimentos sociais – e com algumas situações de retrocesso. Assim como a luta pela conquista dos direitos humanos no mundo foi glorificada a duras penas e através da hecatombe de grandes heróis anônimos, também a incorporação dos direitos humanos nas Constituições brasileiras foi um árduo desafio aos que acreditavam nestes ideais. E a formalização desses direitos foi apenas uma parte da luta, porque sempre houve um profundo abismo entre o reconhecimento formal e a aplicação prática da lei.

Neste lento processo de reconhecimento dos direitos humanos das mulheres, com progressos, retrocessos, sempre marcado por lutas e mobilizações tanto a nível nacional como internacional, como se percebe, o feminismo trouxe novos padrões para a ciência, novos conceitos e a necessidade de estender seu conhecimento e aplicação à diferentes áreas do conhecimento humano.

No Brasil, diversas foram as iniciativas feministas para ampliar e consolidar espaços políticos, sendo que uma delas foi a Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. “Criada em 1991, para defender os direitos sexuais e reprodutivos e a saúde das mulheres, apresenta-se como uma experiência positiva na defesa dos direitos humanos das mulheres”. (TELES, 2006)

A saúde é indiscutivelmente um direito humano fundamental, sendo que sua promoção e efetivação ainda carecem de medidas e políticas públicas capazes de garanti-lo de forma universal, pois o direito à saúde é direito à vida, sendo esta o bem maior de cada ser humano. Neste contexto, tendo como objeto de estudo deste trabalho a saúde da mulher, e após estas breves considerações sobre os direitos humanos das mulheres, é importante tratar da saúde como direito humano e fundamental para uma vida digna. É neste caminho que será trilhado o próximo tópico deste capítulo, fazendo um apanhado histórico deste direito e destacando o regramento nacional bem como o internacional.

2.3 Saúde como direito fundamental nas normativas nacionais e internacionais

Conforme estabelecido no Preâmbulo da Constituição Federal de 1988, o Estado Democrático de Direito destina-se a garantir “o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça”. (BRASIL, 1988) No seu art. 6º, estabelece a Constituição Federal, quais

são esses direitos sociais: a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e infância e a assistência aos desamparados. “Esses são valores considerados pelo texto constitucional como valores supremos”. (BARRETTO, 2003)

Estando consagrados na Declaração Universal dos Direitos Humanos (art. 22)¹⁵, e nos textos constitucionais da maioria dos Estados, os direitos sociais são parte dos ordenamentos jurídicos sob a regência dos quais vive a maior parte da população do planeta. Porém, no que se refere à prática social e política, poucos são os Estados que protegem ampla e universalmente os direitos sociais. Justifica-se a baixa efetividade dos direitos sociais afirmando-se que não existe a indivisibilidade dos direitos humanos, “pois na prática histórica e nos dispositivos legais, encontram-se diferentes níveis de direitos, sendo que os direitos humanos reconhecidos como direitos fundamentais nos textos constitucionais seriam unicamente os direitos civis e políticos”. Diante disso, são estabelecidas duas “categorias” de direitos humanos, “rompendo-se a unidade integradora do bloco sistêmico dos direitos humanos (direitos civis-sociais) como se encontra determinado no texto constitucional”. Contudo, a Constituição Federal de 1988 resultou da afirmação extensiva dos direitos humanos, incluindo-se neles os direitos sociais, “sendo essa a razão da recuperação na teoria dos direitos humanos do significado lógico e estrutural dos direitos sociais, como pretendem as recomendações da Conferência de Viena de 1993”. (BARRETTO, 2003)

Acerca das características de universalidade e indivisibilidade dos direitos humanos, esclarece Piovesan (2003) que com a aprovação da Declaração dos Direitos Humanos, em 1948, sendo um marco para a reconstrução dos direitos humanos, foi, então, introduzida uma nova concepção que se caracteriza justamente pela universalidade e indivisibilidade destes direitos. Universalidade no sentido de clamar pela extensão universal dos direitos humanos, “sob a crença de que a condição de pessoa é o requisito único para a dignidade e titularidade de direitos”. Indivisibilidade, pois a garantia dos direitos civis e políticos é condição para o cumprimento dos direitos sociais, econômicos e culturais e vice-versa. “Quando um deles é violado, os demais também o são. Os direitos humanos compõem assim

¹⁵ Declaração Universal dos Direitos Humanos. Artigo 22º - Toda a pessoa, como membro da sociedade, tem direito à segurança social; e pode legitimamente exigir a satisfação dos direitos econômicos, sociais e culturais indispensáveis, graças ao esforço nacional e à cooperação internacional, de harmonia com a organização e os recursos de cada país.

uma unidade indivisível, interdependente e inter-relacionada, capaz de conjugar o catálogo de direitos civis e políticos ao catálogo de direitos sociais, econômicos e culturais”.

Variadas são as argumentações que sustentam a inconstância dos direitos sociais como direitos humanos fundamentais, partindo todas elas do pressuposto de que os direitos fundamentais sociais não são reconhecidos como verdadeiros direitos, sendo que a forma mais comum de se negar efetividade aos direitos sociais é retirar-lhes a característica de direitos fundamentais.

Afastados da esfera de direitos fundamentais, ficam privados da aplicabilidade imediata, excluídos da garantia das cláusulas pétreas, e se tornam assim meras pautas programáticas, submetidas à “reserva do possível” ou restritos à objetivação de um “padrão mínimo social”. [...] A integração dos direitos sociais no quadro dos direitos humanos implica logicamente em considera-los, preliminarmente, sob a perspectiva da sua universalidade. O núcleo do argumento central, que não inclui na categoria dos direitos humanos os direitos sociais, refere-se à sua universalidade. Argumentos teóricos e práticas, políticas e legislativas, contestam essa universalidade, separando os direitos sociais dos direitos civis e políticos. (BARRETTO, 2003)

Em vista da indivisibilidade dos direitos humanos, a noção de que uma classe de direitos (civis e políticos) merece total reconhecimento e respeito, enquanto a classe dos direitos sociais, econômicos e culturais não merece observância, deve ser definitivamente afastada. Esta concepção de que direitos sociais, econômicos e culturais não são direitos legais, está definitivamente afastada do ponto de vista da normativa internacional. São eles verdadeiros direitos fundamentais, acionáveis, exigíveis e reclamam uma observância séria e responsável, devendo ser reivindicados como autênticos direitos e não como caridade, compaixão ou generosidade. (PIOVESAN, 2003)

Superada a questão dos direitos sociais como direitos humanos fundamentais, trazendo o foco para o direito à saúde, tema central desta dissertação, é de suma importância destacar a positivação deste direito no âmbito nacional. Desta maneira, o direito à saúde, em um ato de equilíbrio e justiça, foi deliberado que passaria a ser universal. Assim, passados 40 anos da aprovação da Declaração dos Direitos Humanos, é que o Brasil positivou o tema através do artigo 196 da Constituição Federal¹⁶. É a primeira vez, na história constitucional brasileira, que o direito à saúde

¹⁶ CF/88 - 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.

faz parte do texto da Carta Magna. “É espantoso como um bem, extraordinariamente relevante à vida humana, só agora é elevado à condição de direito fundamental do homem”. (STURZA, CASSOL, 2008) “Tem-se no corpo normativo constitucional a referência à saúde em inúmeros dispositivos. Nunca antes a norma maior concedeu espaço tão privilegiado quanto à de 1988 à saúde”. (DEDUQUE, 2014)

No âmbito internacional, a primeira referência à saúde enquanto direito humano fundamental, ocorreu em 1946, na Constituição da Organização Mundial de Saúde¹⁷, onde restou consagrado o usufruto do mais alto padrão de saúde física e mental, sem discriminação.

A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social. A saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados. (CONSTITUIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946)

Em 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos estabeleceu no seu artigo 25:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar, a si e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle. (ONU, 1948)

Já o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, de 1966, refere-se ao direito à saúde de maneira direta no Artigo 12º - 1: “Os Estados Partes no presente Pacto reconhecem o direito de todas as pessoas de gozar do melhor estado de saúde física e mental possível de atingir”.

Nota-se que o direito à saúde é reconhecido formalmente como um direito humano voltado à preservação da vida e dignidade humana, assim conforme consagrado na Constituição Federal de 1988 que expressou como um dos princípios fundamentais da República a dignidade da pessoa humana, ressaltando a obrigatoriedade da máxima proteção da pessoa por meio de um sistema jurídico-positivo formado por direitos fundamentais e da personalidade, de forma a garantir o respeito absoluto proporcionando-lhe uma existência digna e protegida de qualquer

¹⁷ Os estatutos da OMS foram aprovados em 22 de julho de 1946, durante Conferência Internacional da Saúde, convocada pelo Conselho Econômico e Social das Nações Unidas (ECOSOC) reunido em Nova York.

ofensa, quer seja praticada por particular, ou mesmo pelo Estado (COSTA; STURZA, 2011), destacando-se aqui a saúde como direito fundamental.

Na sociedade contemporânea, a saúde é, indiscutivelmente, um direito humano fundamental, além de um importante investimento social. Quando os governos têm como objetivo melhorar as condições de saúde de toda população, é fundamental o investimento de recursos nas políticas públicas de saúde que sejam capazes de garantir programas efetivos para a sua promoção. Garantir o acesso igualitário a condições de vida saudável e satisfatória, a todo ser humano, trata-se de princípio fundamental de justiça social e exige uma “produtividade complexa por parte da sociedade e do Estado” (STURZA; CASSOL, 2008), de forma que é essencial intensificar os esforços, através de uma ação integrada para coordenar as intervenções econômicas, sociais e sanitárias.

Os artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988¹⁸ revelam que o próprio constituinte definiu que o direito a saúde deve ser legitimado através de políticas

¹⁸ CF/88. 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: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. § 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. § 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento); II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. § 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: Regulamento I - os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2º; II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000) IV - (revogado). (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015) § 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006) § 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial.

sociais e econômicas que estejam alicerçadas nos princípios da universalidade e da igualdade de acesso a ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, devendo ser tratados como uma realidade, já que abrange todos eles concomitantemente. (COSTA; STURZA, 2011) Neste sentido, destaca Pilau Sobrinho (2003) a função do Estado na garantia do direito à saúde:

O texto constitucional de 1988 fala em direitos sociais e indica a saúde como um direito social; logo, é obrigação do Estado propiciar as condições mínimas de assistência à população. (...) O texto constitucional de 1988 expressa que a saúde é um direito de todos, sem qualquer distinção, e que os prestadores de serviço de saúde não podem negar atendimento a ninguém. Cabe ao Estado a responsabilidade pelo financiamento da saúde pública, traçando políticas públicas de saúde que visem não somente a cura de doenças, mas, também, à prevenção e à promoção da mesma.

Diante disso, para o pleno desenvolvimento da pessoa, como membro ativo de uma sociedade democrática e igualitária, exige-se não somente a garantia do acesso universal do direito a saúde, mas ainda o seu efetivo cumprimento e satisfação, através de uma intervenção ativa do Estado, no intuito de afastar os obstáculos e promover a saúde para todas as pessoas, “pois o direito à saúde é direito à vida, sendo esta o bem maior de cada ser humano”. (STURZA; CASSOL, 2008) Deste modo, estando positivada na Constituição Federal de 1988, a saúde é um direito social de toda população, de forma que é responsabilidade do Estado a adoção de políticas públicas que garantam e efetivem o acesso à saúde.

Regulamento § 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006) Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. § 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos. § 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei. § 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização. Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

O direito à saúde é uma consequência constitucional indissociável do direito à vida, protegido no art. 5º, caput da Constituição Federal de 1988, que contempla, ainda, o direito à dignidade humana, “eis que sem acesso à saúde ou a mínimas condições de vida já se estaria a negligenciar o direito à dignidade, princípio norteador do ordenamento constitucional”. (BERNARDI, 2007)

Diante dessas considerações, contudo, é fundamental a compreensão do conceito de saúde. Pilau Sobrinho (2003) explica que a discussão sobre este tema vem de longa data, tendo em vista que “documentos da Antiguidade possuem, entremeadas com preceitos morais e religiosos, regras que implicam o reconhecimento da saúde como indispensável à dignidade humana”. Normas referentes ao cuidado exigido dos profissionais que cuidam das doenças, outras que tratam da responsabilidade de médicos e curandeiros nas normativas mais antigas. Enfim, esclarece que “dos filósofos da Grécia antiga aos dias atuais, a imprecisão do termo ‘saúde’ revela pensamentos distintos sobre o tema: de um lado, a compreensão de que a saúde se relaciona ao meio ambiente e às condições de vida dos homens; de outro, o conceito de saúde como ausência de doenças”. (PILAU SOBRINHO, 2003)

De acordo com o ensinamento de Dallari (1998) para que se diga que uma pessoa tem saúde não basta que ela não sofra de alguma doença. A Organização Mundial de Saúde (OMS), uma das organizações mais importantes do mundo especializada em assuntos de saúde, adverte que “não é suficiente a ausência de doenças. Para que se diga que uma pessoa tem saúde é preciso que ela goze de completo bem-estar físico, mental e social”. (DALLARI, 1998)

Em face da noção de saúde colocada pela Organização Mundial de Saúde¹⁹, que possui uma aceitação geral,

o processo de bem-estar do ser humano constitui-se na constante busca pelo ‘equilíbrio entre as influências ambientais, modos de vida e os vários componentes’. Dessa forma, pode-se afirmar que o equilíbrio entre as influências ambientais deve ser visto ‘em todos os níveis dos sistemas vivos – organismos, sistemas sociais e ecossistemas. Baseia-se numa percepção da realidade, que tem profundas implicações não apenas para a ciência e para a filosofia, mas também para as atividades comerciais, a política, a assistência à saúde, a educação e a vida cotidiana’. (PILAU SOBRINHO, 2003)

¹⁹ OMS: “Saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças ou outros agravos”.

Nesse sentido, observa-se que não basta ter assistência médica, a saúde depende também de outras condições; é essencial que se cuide de uma saúde preventiva, cuja responsabilidade cabe ao Estado. Mesmo que a concepção de saúde na Constituição Federal considere o processo saúde/enfermidade nas suas determinações econômicas, sociais e políticas, “o dever do Estado em relação à saúde tem sido traduzido pelos organismos governamentais como a necessidade de ampliação do acesso à atenção”, de maneira a promover para um número maior de pessoas mais ações e serviços de saúde. (FLEURY, 1996)

Salienta-se que o objetivo central das Constituições modernas, e, em particular, da Constituição Federal de 1988, pode ser resumida na promoção do bem-estar do homem, e o ponto de partida está em garantir as condições de sua dignidade, incluindo, além da proteção dos direitos individuais, condições de vida digna. (BERNARDI, 2007)

A construção do direito à saúde, que passou a ser de todos, se deu no âmbito de um processo de transformação da realidade da norma legal e do aparelho institucional. “Deslocou-se do Poder Político em direção às camadas populares e se expressou materialmente na garantia do direito universal à saúde e no conseqüente dever do estado para desenvolver políticas públicas para concretizar esse direito”. Foi um componente essencial do processo de redemocratização pelo qual o país passou nas décadas de 1970 e 1980. (DEDUQUE, 2014)

Fleury (1996) elucida que

Desde meados dos anos 1970 gestou-se um movimento de redemocratização ao interior do setor saúde denominado Movimento Sanitário, que produziu propostas baseadas no entendimento da saúde enquanto direito social universal a ser garantido pelo Estado. Estas propostas foram entusiasticamente defendidas e tiveram sua consagração, em 1986, no relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, conformando o projeto de Reforma Sanitária Brasileira que teve como eixos; a compreensão da determinação social do processo saúde enfermidade, através do conceito ampliado de saúde; e a reorganização do sistema de atenção com a criação do Sistema Único de Saúde.

A saúde é um dos direitos fundamentais dos seres humanos, sem ela o ser humano não consegue viver com bem-estar e nem realizar o que é necessário para ser feliz. Além disso, a pessoa sem saúde não tem condições de auxiliar os demais a conquistarem o seu bem-estar. Por isso, “uma sociedade só poderá ser considerada justa se todas as pessoas, sem nenhuma exceção, tiverem efetivamente assegurado seu direito à saúde desde o primeiro instante de vida”. E o

direito à saúde deve compreender tudo aquilo que for necessário para que o ser humano goze de um completo bem-estar físico, mental e social. (DALLARI, 1998)

A grande dificuldade apresentada para não se atender aos direitos sociais, entre eles a saúde, é a existência de recursos escassos. Contudo, este argumento seria válido em uma sociedade igualitária, mas não em uma sociedade onde predomina a desigualdade. “O capitalismo sempre foi cruel, mas na fase atual de globalização ele está atingindo o ápice da crueldade. Assim, cerca de 30 a 40 remédios para doenças raras, existentes no continente africano, não são fabricados porque não são rentáveis. O lucro é o bezerro de ouro da nossa época”. (MELLO, 2003)

Destaca-se que o Brasil é signatário dos tratados internacionais que proclamam questões de respeito à dignidade humana, a promoção e garantia dos direitos sociais, econômicos e culturais. E é de responsabilidade do Estado a garantia do direito à saúde a toda população, por meio da criação de estruturas, políticas e recursos, bem como é sua obrigação a oferta de serviços sociais e de saúde que levem a efetivação dos direitos humanos, conforme consagrados na Declaração Universal dos Direitos Humanos.

No plano nacional, “é cristalino o atraso constitucional brasileiro no que tange à colocação do direito à saúde como princípio constitucional e elemento de cidadania dos brasileiros”. (STURZA; CASSOL, 2008) É evidente que não basta ao constituinte impor objetivos e instituir funções, é fundamental que tais objetivos sejam cumpridos, dando-lhes aplicabilidade e eficácia aos dispositivos constitucionais. De outra forma, serão apenas previsões, que não terão efeito nenhum na vida prática do ser humano.

Da mesma forma, os mecanismos internacionais de proteção dos direitos humanos não terão força suficiente para mudar uma realidade se não forem consideradas profundas modificações no seio das sociedades nacionais, guiadas pelo objetivo fundamental da justiça social, a fim de que toda população possa ser beneficiada pelo progresso social. É importante uma maior solidariedade social, colocando a pessoa humana no centro dos processos de desenvolvimento.

Diante das considerações feitas no decorrer deste capítulo, os direitos humanos foram o foco principal de análise. Tendo como tema central deste estudo a

saúde da mulher, abordaram-se conceitos e a dignidade humana como fundamento de direitos humanos, a evolução dos direitos humanos das mulheres bem como a importância do movimento feminista e a luta constante pela consolidação de direitos, e ao final, tratou-se da saúde como direito humano fundamental.

Todo o exposto serve como meio de contextualização para o desenvolvimento do tema proposto, de maneira que no próximo capítulo, as questões aqui abordadas serão dirigidas para o ambiente do sistema penitenciário feminino, sempre tendo a dignidade humana como fundamento para a defesa dos direitos humanos das mulheres.

3 ABANDONO POLÍTICO SOCIAL DA MULHER NO SISTEMA PENITENCIÁRIO

Este espaço é reservado para tratar da proteção da saúde da mulher dentro do sistema penitenciário. A partir de uma perspectiva de direitos humanos e dignidade humana, far-se-á uma análise sobre o sistema punitivo e a maneira como faz perpetuar a exclusão social. É possível observar que a discriminação sofrida no seio da sociedade é transportada para o interior do mundo do cárcere, contudo de maneira mais gravosa e violenta.

A mulher, sendo minoria no universo carcerário, e dentre outros fatores que serão devidamente apontados, é invisível aos olhos do Estado e da sociedade. Não há preocupação em atender suas particularidades, o que pode resultar em uma dupla ou tripla penalização, ou seja, isolada pelo delito cometido, ainda é afastada de seus familiares (muitas vezes abandonada por eles, na maioria dos casos os parceiros são os primeiros a abandoná-las), é tratada como se homem fosse dentro dos estabelecimentos prisionais, perdendo sua identidade feminina, por fim, o estigma de ser “criminosa”, dificultando ou mesmo impedindo que retome sua vida, seu trabalho e sua família após o cumprimento de sua pena.

É neste contexto que seguirá o presente capítulo, onde primeiramente são feitas considerações acerca do sistema penal de uma maneira geral, tratando-o como uma forma de controle social que perpetua e aprofunda as diferenças e a exclusão social das mulheres encarceradas. Neste viés, a bibliografia pesquisada, contribui para a percepção da ineficácia da pena de prisão, pois sua estrutura não possibilita a recuperação do indivíduo, mas sim, o aniquila.

Em um segundo momento, tratar-se-á da responsabilidade do Estado na promoção e manutenção da saúde da mulher que está privada de liberdade. Diversos textos e artigos recentes são utilizados neste tópico, o que comprova a gravidade da situação sob exame, bem como dá sinais de uma preocupação, por parte dos pesquisadores, com a temática, tendo em vista a atualidade da bibliografia. Ainda, o Relatório para OEA sobre a situação das mulheres encarceradas, de 2007, que deu base a esta dissertação é analisado no que se refere às constantes violações do direito à saúde das encarceradas.

Ao final, e de maneira igualmente importante, traz-se à baila, questões referentes à legislação de proteção à saúde da mulher no sistema penitenciário.

Sendo um tópico mais técnico, abordar-se-á a legislação nacional, bem como os tratados internacionais aos quais o Brasil aderiu.

3.1 Sistema penal e controle social: marginalizando os oprimidos

A atual realidade do Sistema Penitenciário brasileiro é extremamente preocupante e complexa. A fim de abordar de maneira mais apropriada o tema, far-se-á uma breve análise sobre o sistema penal e a forma como o Estado mantém seu controle sobre os cidadãos, até chegar na pena-prisão, um dos objetos principais deste trabalho.

Uma das atribuições reclamadas pelo Estado, em nome da defesa dos cidadãos, “é deter, julgar e condenar aqueles que desobedeceram à lei e perturbaram a ordem pública”. Simultaneamente, o Estado reivindica o direito de utilizar da violência para punir a violência. “A história da repressão dos crimes pelo Estado talvez seja mais medonha do que a história dos crimes”. (MULLER, 1995) A maneira como a sociedade e o Estado lidam com aquelas pessoas que infringem suas leis variou através dos tempos, sendo a pena-prisão considerada o resultado de uma evolução da arte de punir. (LEMGRUBER, 1983)

Diante de um modelo de constante consumo, onde não existe preocupação com o desperdício ou o lixo produzido, além dos danos ambientais e econômicos, a crise da modernidade agrava-se por este constante movimento de descarte, de produtos e pessoas. Diante desta filosofia de descarte, apontam Dias e Costa (2013), o surgimento do “primeiro ponto nevrálgico do modelo punitivo na pós-modernidade”, a criação dos cidadãos defeituosos, ou seja, consumidores falhos, que devem ser encaminhados ao lixo como “refugo humano”. A estas pessoas não se apresentam caminhos de retorno ao convívio em sociedade, de modo que seu futuro está aberto as incertezas e ao desconhecido.

Neste sentido desenvolve-se o Estado penal para responder às desordens advindas da desregulamentação da economia, dessocialização do trabalho assalariado e “pauperização relativa e absoluta de amplos contingentes do proletariado urbano, aumentando os meios, a amplitude e a intensidade da intervenção do aparelho policial e judiciário” (WACQUANT, 2001), o que equivale a (re) criar uma verdadeira ditadura sobre os pobres. Uma vez que a legitimidade desta gestão autoritarista da ordem social é reafirmada pelo uso da força na base da

estrutura de classe, onde estará o limite para sua utilização? E ainda, conforme Wacquant (2001)

E como não ver que, na ausência de garantias mínimas, as únicas que uma burocracia racional (conforme o esquema weberiano) encarregada de administrar a justiça pode oferecer, o recurso à técnicas e políticas punitivas de segurança *made in USA* é essencialmente antitético ao estabelecimento de uma sociedade pacificada e democrática, cuja base deve ser a igualdade de todos diante da lei e de seus representantes. (WACQUANT, 2001)

Uma das mais graves perturbações no funcionamento da repressão punitiva é que ela mostra-se mais severa para com aqueles desfavorecidos pela sociedade, enquanto que para com aqueles privilegiados mostra-se mais indulgente. Ocorre que para consolidação de uma verdadeira justiça, seria necessário um pensamento contrário. Muller (1995) reconhece que um dos problemas políticos mais difíceis de resolver é justamente impedir que se estabeleça nos níveis superiores de poder, uma conspiração visando a impunidade.

Questiona-se, assim, para onde levar estas pessoas que não “se enquadram” nesta lógica de consumo? O que fazer com os refugos humanos? Dias e Costa (2013) analisam a questão afirmando que a resposta vem de uma combinação entre globalização e sistema punitivo, ou seja, “um modelo global de punição para onde devem ser enviados os descartáveis, a prisão”. Estas pessoas, estes refugos, eleitos como inimigos da sociedade são então “depositados” em estabelecimentos destinados a mantê-los afastados do convívio em sociedade, como retribuição pelo ato cometido.

O mais irônico em tal conclusão é a negação de tal fato, seja pela sociedade ou pelos órgãos estatais, de maneira a excomungar o sujeito que ousar proferir as palavras de Günter Jackobs “direito penal do inimigo”, como se a negação fizesse desaparecer a concretude, ou seja, o sistema punitivo elege “refugos humanos” como inimigos, não importando as suas razões para tanto (...) que acabam condenados à exclusão. (DIAS; COSTA, 2013)

Esta separação espacial produz um confinamento forçado e tem sido a forma primordial e instintiva de reagir a toda diferença e “particularmente à diferença que não podia ser acomodada nem se desejava acomodar na rede habitual das relações sociais”. Em todas as épocas, o encarceramento, em variados graus de rigor e severidade - escravos eram mantidos nas senzalas, leprosos e loucos eram isolados, bem como aqueles de etnia ou religião diversas das predominantes - , é a principal forma de lidar com setores problemáticos ou inassimiláveis da população,

sendo que o significado mais profundo da separação espacial é a suspensão da comunicação que leva a perpetuação forçada do isolamento. (BAUMAN, 1999)

Goffman (1974) faz uma análise acerca das instituições ou estabelecimentos, afirmando que todas têm uma tendência ao “fechamento”, ou seja, conquistam parte do tempo e do interesse dos participantes e lhes dá algo do mundo, contudo algumas são muito mais “fechadas”, apresentando um caráter totalizador. Ao encontro do pensamento de Bauman, o autor salienta que este caráter total é simbolizado por uma barreira à relação social com o mundo externo, bem como proibições à saída, que estão incluídas no seu esquema físico (paredes altas, portas fechadas, arame farpado).

O isolamento é a função essencial da separação espacial. O isolamento reduz, diminui e comprime a visão do outro: as qualidades e circunstâncias individuais que tendem a se tornar bem visíveis graças à experiência acumulada do relacionamento diário raramente são vistas quando o intercâmbio define ou é proibido – a caracterização toma então o lugar da intimidade pessoal e as categorias legais que visam a subjugar a disparidade e permitir que seja desconsiderada tornam irrelevante a singularidade das pessoas e dos casos. (BAUMAN, 1999)

O aspecto central dos estabelecimentos de isolamento ou instituições totais (conforme Goffman, 1974) é justamente uma ruptura de barreiras que normalmente separam três esferas da vida, assim: rompe com a disposição básica que o “indivíduo tende a dormir, brincar e trabalhar em diferentes lugares, com diferentes co-participantes, sob diferentes autoridades e sem um plano racional geral”. Desta forma todas as atividades da vida são realizadas em um mesmo local, sob uma única autoridade e realizadas na companhia de um grupo de pessoas “todas elas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto”, e ainda, são estabelecidos rigorosos horários, de forma que uma atividade leva a outra, seguindo um sistema de regras explícitas impostas de cima por um grupo de funcionários. “Finalmente, as várias atividades obrigatórias são reunidas num plano racional único, supostamente planejado para atender aos objetivos da instituição”. (GOFFMAN, 1974)

Toda esta estrutura de isolamento lança o indivíduo numa condição de estranheza “guardada e cultivada pelas fronteiras espaciais estritamente vigiadas”, despojado da sua singularidade individual, mantido a distância e impossibilitado de uma comunicação com o mundo exterior. (BAUMAN, 1999). É o que ocorre no atual sistema penal, sendo a prisão o local controlado pelo Estado, onde este

desempenha sua tarefa de justiceiro. Desta forma, com o pretexto de desprezar o crime, “a sociedade despreza o criminoso que é esmagado pela desdita”. Aquele que cai no aparelho penal é visto por todos e por ele próprio como “uma coisa vil, um objeto de repulsa”. (MULLER, 1995)

Diante deste pensamento que vê o criminoso como “lixo humano”, e alicerçado em uma sociedade de descarte, já que este indivíduo não é assimilável por esta sociedade

[...] percebe-se a imposição da ditadura do novo e o descarte do velho, sendo imperiosa uma excelência na indústria de remição do lixo (como por exemplo, o sistema punitivo), já que se vive em uma sociedade de velocidade acelerada, reascendendo, mais uma vez, a frase “tempo é dinheiro”. A lógica capitalista mantém a continuidade de um sistema desconectado dos seus efeitos, reforçando a objetificação dos seres humanos (em franca rota de colisão com o pensamento dos direitos humanos e fundamentais – matriz kantiana) e prejudicando não somente o ambiente humano como um todo, mas amarrando a reflexão em prol de uma racionalidade limitada/contínua, impedindo o questionamento de determinados paradigmas, por meio de novas formas de pensamento, mais precisamente, a alteração da concepção da racionalidade científica. (DIAS; COSTA, 2013)

As instituições totais, dentre elas a prisão, criam um tipo específico de tensão entre o mundo institucional e o mundo doméstico e “usam essa tensão persistente como uma força estratégica no controle de homens” (GOFFMAN, 1974). Thompson (2002), sobre este tema aponta:

o muro da prisão, física e simbolicamente, separa duas populações distintas: a sociedade livre e a comunidade daqueles que foram, por ela, rejeitados. A altura e a espessura da barreira, a presença, no cimo, de soldados armados de metralhadoras, o portão pesado, com pequenas viseiras, cuja abertura exige uma operação complicada por várias medidas de segurança, estão a demonstrar, inequivocamente, que os rejeitados desejam muito pouco contato com os rejeitados. O uniforme destes, o estado de subordinação permanente, as trancas, os confetes, as revistas, lembram-nos, a todo instante, serem portadores de um estigma tão aparente e difícil de arrancar quanto o produzido pelo ferrete na rês.

Estas barreiras entre o indivíduo e o mundo exterior, criadas pelas instituições assinalam a “primeira mutilação do eu”. (GOFFMAN, 1974). No cotidiano, o indivíduo é capaz de realizar suas tarefas em um determinado papel sem que impeça suas ligações e interação em outro. Ocorre que, nessas instituições, há uma separação entre os mundos que dura todo tempo e pode continuar por vários anos. “Por isso ocorre o despojamento do papel”. Em diversas instituições, num momento inicial, são proibidas visitas o que garante uma primeira ruptura com os papéis anteriores. Ainda, nos casos de isolamento prolongado, é possível que ocorra, no

caso de ele voltar para o mundo exterior, o denominado “desculturamento’ – isto é, ‘destreinamento’ – que o torna temporariamente incapaz de enfrentar alguns aspectos de sua vida diária”. (GOFFMAN, 1974)

Aspecto importante é abordado por Foucault (2013) ao tratar da idade de controle social, destacando a importância de Bentham, que “programou, definiu e descreveu da maneira mais precisa as formas de poder em que vivemos”, apresentou um modelo desta ortopedia generalizada, o *Panopticon*. Uma arquitetura que permite uma forma de poder “do espírito sobre o espírito”, instituição que pode valer para prisões, hospitais, escolas. As instituições panópticas tiveram uma função importante, foram concebidas como casas de correção, que tinham como objetivo:

tirar os indivíduos do caminho da perdição moral em que embarcaram por vontade própria ou para qual foram empurrados sem culpa direta, desenvolver hábitos que por fim lhes permitiriam retornar ao convívio da ‘sociedade normal’, interromper ‘a decadência moral’, combater e extirpar a preguiça, a inépcia e o desrespeito ou indiferença pelas normas sociais, todas essas aflições que se combinavam para tornar os internos incapazes de uma ‘vida normal’. [...] fossem quais fossem seus outros propósitos imediatos, as casas panópticas de confinamento eram antes e acima de tudo fábricas de trabalho disciplinado. (BAUMAN, 1999)

A arquitetura do *Panopticon* era em forma de anel, tendo no centro um pátio com uma torre. Este anel era dividido em celas, que davam para o exterior e para o interior, conforme o objetivo da instituição, estas celas podiam comportar um operário trabalhando, uma criança estudando, um prisioneiro se corrigindo, etc., na torre central, havia um vigilante. Nas celas, não havia nenhum ponto de sombra, sendo possível que o vigilante observasse tudo o que fazia o indivíduo, sem que ninguém ao contrário pudesse vê-lo.

O *Panopticon* é a utopia de uma sociedade que atualmente conhecemos – utopia que efetivamente se realizou. Este tipo de poder pode perfeitamente receber o nome de panoptismo. Vivemos em uma sociedade onde reina o panoptismo. (FOUCAULT, 2013)

Assim, as pessoas podem ser supervisionadas por um pessoal, sendo que a atividade principal destes supervisores não é orientação e sim vigilância – “fazer com que todos façam o que foi claramente indicado como exigido, sob condições em que a infração de uma pessoa tende a salientar-se diante da obediência visível e constantemente examinada dos outros”. (GOFFMAN, 1974). Não importa perceber aqui se o grupo dos controlados vem antes do pequeno grupo dirigente, o fato primordial é que um é feito para o outro.

Pode-se sustentar que esta é a realidade do atual sistema penitenciário, isolamento, exclusão do indivíduo; ainda percebe-se esta divisão entre dois grupos: um, maior, o grupo dos controlados e, o menor, o grupo dos controladores. Goffman (1974) esclarece que cada um destes grupos tende a ver o outro através de estereótipos hostis e limitados, assim “a equipe dirigente muitas vezes vê os internados como amargos, reservados e não merecedores de confiança; os internados muitas vezes veem os dirigentes como condescendentes, arbitrários e mesquinhos”. (GOFFMAN, 1974)

Acerca do sistema prisional brasileiro nota-se que está alicerçado sobre alguns mitos, sendo o primeiro que a punição e a retribuição vão mudar as pessoas para melhor e acabar com a violência, bem como o medo de punição vai impedir o resto da população de cometer crimes. Ainda, outro mito diz respeito a existência de cidadãos e sub-cidadãos, tratando-se aqui não somente da pessoa presa, mas também de seus familiares, e o fato de que não é função do Estado garantir os direitos dessa população. Para a Pastoral Carcerária (2014) é impossível que esse sistema resolva a questão da desigualdade no País, já que trata os indivíduos como o problema “em vez de reconhecer que o problema que causa crime, violência e pobreza é coletivo. É econômico e sociopolítico”. É mais fácil e cômodo, apontar uma pessoa ou um grupo de pessoas como o problema e a causa da violência, do que efetivamente reconhecer a responsabilidade social de todos. Assim,

[...] quando os outros decidem que determinada pessoa é *non grata*, perigosa, não confiável, moralmente repugnante, eles tomarão contra tal pessoa atitudes normalmente desagradáveis, que não seriam adotadas contra qualquer um. A conduta relatada visa apregoar o rótulo do “desviante” ao indivíduo, ligando-se tal viés diretamente às noções da criminalidade primária (impondo o estigma – mudança de identidade social), secundária (manutenção do rótulo e pressão dos mecanismos de controle punitivo) e das carreiras criminosas. (DIAS; COSTA, 2013)

Wacquant (2001) destaca que a urgência, na maioria dos países bem como no Brasil, é lutar em todos os níveis e direções não contra os criminosos, mas contra a pobreza e a desigualdade, ou seja, “contra a insegurança social que, em todo lugar, impele ao crime e normatiza a economia informal de predação que alimenta a violência”. Contudo, o atual sistema carcerário brasileiro é um instrumento que agrava ainda mais a instabilidade e pobreza das famílias “cujos membros ele sequestra e para alimentar a criminalidade pelo desprezo escandaloso da lei, pela cultura da desconfiança dos outros e da recusa das autoridades que ele promove”. Para o autor nem a modernização, nem a expansão do sistema (com a formação de

pessoal e introdução de tecnologia informática) terão força para remediar o que, para ele, é uma incapacidade congênita da prisão, de “exercer um efeito qualquer sobre a criminalidade”.

Diante do manifesto insucesso da repressão da delinquência através do encarceramento, resta um desafio a sociedade: por em prática seu tratamento social. Para Muller (1995) a detenção deve ser o último recurso, no caso de indivíduos que sejam comprovadamente perigosos; para os demais, que são sem dúvida os mais numerosos, é possível evitar o sistema penal. O autor propõe tratar-se “não só de evitar a prisão, mas igualmente o tribunal pela suspensão da ação penal. Cabe então a ‘mediadores’ tentar conciliar os autores do delito com aqueles que foram as suas vítimas”. Quando a privação de liberdade se revelar necessária, esta não deve se afastar do objetivo da reabilitação social. Desta forma,

Convém renunciar às grandes prisões de várias centenas de detidos. O único critério seguido para organizar tais centrais é a eficácia da vigilância e o único objetivo procurado é evitar a evasão. Nestas condições, toda a vida do detido é submetida à lógica da repressão e nada prepara a sua reinserção. Mais valeria orientar-se para a realização de pequenas unidades que permitissem que as medidas de segurança fossem acompanhadas de medidas de socioterapia. Mas um programa desse tipo implica que os cidadãos não se demitam da sua responsabilidade pedindo ao Estado para fazer desaparecer os delinquentes atrás de muros o mais altos possível, e que aceitem encarregar-se da sua reinserção. (MULLER, 1995)

A pena-privativa de liberdade que no decorrer do século XIX impôs-se definitivamente, continua sendo a espinha dorsal do sistema penal, (DOTTI,1998), tendo basicamente quatro objetivos, quais sejam: reformar, retribuir, incapacitar e deter. (LEMGRUBER, 1983). Todavia, o único que a prisão consegue realizar é o de retribuir, meramente punir. Neste aspecto, destaca Foucault (1987) que a prisão não é destinada a abolir as infrações, e sim discrimina-las, distribuí-las e utilizá-las, “A penalidade seria, então, uma maneira de gerir as ilegalidades, de riscar limites de tolerância, de dar terreno a alguns, de fazer pressão sobre outros [...]”

E ainda,

A prisão, ao aparentemente fracassar, não erra o seu objetivo [...] ela contribui para estabelecer uma ilegalidade visível, marcada, irredutível a um certo nível e secretamente útil – rebelde e dócil ao mesmo tempo; ela desenha, isola e sublinha uma forma de ilegalidade que parece resumir simbolicamente todas as outras, mas que permite deixar na sombra a que se quer tolerar. Essa forma é a delinquência propriamente dita. (FOUCAULT, 1987)

Assim sendo, entende-se que a prisão não cumpre com os objetivos formalmente traçados e nunca cumpriu, mas conforme Foucault, ela cumpre o seu papel mantendo a lógica do sistema, marcando ilegalidades “secretamente útil”, é um mecanismo de manutenção do controle e do poder, que mantém isolados os indivíduos indesejados produzidos pelo poder estatal.

Ainda sobre a impossibilidade de se alcançar os supostos objetivos da pena-prisão, Luz (2002), citando Toledo, explica que é impossível se falar em reeducação e ressocialização num ambiente de promiscuidade e absolutamente degradante para a condição humana. A superlotação das prisões provoca o surgimento de seres revoltados, que dificilmente serão aceitos na sociedade quando de seu retorno a liberdade, e ainda, ressalta os elevados custos para manutenção de uma penitenciária.

Tratando da ineficácia da pena-prisão, Bitencourt (1993) sinala que esta pode ser abordada a partir de duas premissas: a primeira se refere ao ambiente carcerário, artificial, antinatural, oposto a comunidade livre, o que dificulta a inserção social da pessoa presa; a segunda premissa aponta para as condições materiais e humanas nas prisões, que tornam inalcançáveis o objetivo ressocializador. Sobre o estado apavorante das prisões do país, leciona Wacquant (2001)

O sistema penitenciário brasileiro acumula com efeito as taras das piores jaulas do Terceiro Mundo, mas levadas a uma escala digna de Primeiro Mundo, por sua dimensão e pela indiferença dos políticos e do público: entupimento estarrecedor dos estabelecimentos, o que se traduz por condições de vida e de higiene abomináveis, caracterizadas pela falta de espaço, ar, luz e alimentação [...]

A pessoa nascida e criada livre, ao adentrar no sistema penitenciário, é capaz de acumular diversos traumas tanto morais como psicológicos que dificultam o seu retorno ao convívio social. Quando abordado o tema da falência das prisões, questão relevante se refere ao índice criminógeno que decorre do aprisionamento; “a prisão não pode deixar de fabricar delinquentes” (FOUCAULT, 1987), impondo violentas limitações, todo seu funcionamento está baseado no abuso de poder.

Sobre a temática, Muller (1995) complementa:

É um facto devidamente provado por todos os estudos e verificado por todas as estatísticas: a prisão é uma escola recidiva. Está demonstrado que a sanção do cárcere não tem sobre o delinquente o efeito dissuasivo procurado. De resto, é bastante natural que a prisão impressione sobretudo aqueles que não se sentem de forma alguma tentados pela delinquência. Sendo assim, se é incontestável que o encarceramento dos ‘pequenos

delinquentes' apenas aumenta as probabilidades de recidiva, porque continuam os tribunais a enviá-los para a prisão? (MULLER, 1995)

Neste sentido, Foucault (1987) aponta a hipótese de que a prisão, além de não diminuir o crime, pode ser considerada como meio de produção da delinquência:

O atestado de que a prisão fracassa em reduzir os crimes deve talvez ser substituído pela hipótese de que a prisão conseguiu muito bem produzir a delinquência, tipo especificado, forma política ou economicamente menos rigorosa – talvez até utilizável – de ilegalidade; produzir o delinquente como sujeito patologizado.

A prisão, em si, é uma violência contra a pessoa, local onde além de sua liberdade, lhe são suplantados os mais variados direitos fundamentais, expondo o preso a condições desumanas que impossibilitam seu retorno a sociedade; trata-se de “um espetáculo deprimente, atingindo além da pessoa do delinquente: orfana filhos de pai, enviúva a esposa de marido combalido, [...] amontoa seres humanos em jaulas sujas e úmidas, onde vegetam em olímpica promiscuidade.” (LUZ, 2002)

A tarefa da justiça, explica Muller (1995), não é punir uma infração, e sim julgar um delito, não é sua função castigar o culpado, mas neutralizar um indivíduo perigoso. A sanção penal não pode comportar nenhum castigo e violência corporal, contudo, a prisão, atualmente, continua mantendo a forma de castigo corporal que devia ter sido abolido há muito tempo, “[...] não é a prisão ainda considerada como uma ‘penitenciária’, isto é, no rigor do termo, como um lugar onde se faz penitência?” (MULLER, 1995)

Sequeira (2006) denomina a prisão como “lixreira humana, um lugar de horror, de total invisibilidade, um lugar de aniquilamento do homem”. A autora tratando das condições desumanas dos estabelecimentos penais, chamado por ela de lugar fora da lei, relata que:

É um absurdo que, em nome da lei, alguém tenha que se submeter a condições subumanas de vida, não tenha possibilidades de desenvolvimento pessoal, cultural, educacional ou de formação e qualificação profissional, que tenha que se submeter a regras de sociabilidade nas quais predomina uma lógica de favores e benefícios ditados por aqueles que têm poder sobre os outros, inclusive sobre a vida dos outros. A prisão parece destituir o sujeito de si mesmo, fazer a sua captura e incluí-lo numa lei perversa, onde predomina o mais forte, uma lei sem lei, onde inclusive os representantes da lei (policiais, funcionários das penitenciárias, advogados, etc), muitas vezes, agem fora da lei. É inacreditável que o preso encontre abrigo e proteção dentro da cadeia, na maioria das vezes, junto daqueles que agem ilegalmente.

Em relação aos representantes da lei (funcionários, policiais, etc.), a Pastoral carcerária (2014) destaca que mais difícil não é o trabalho com os presos e as

presas, mais difícil é trabalhar num sistema e com funcionários que “invalidam pessoas como seres humanos e cidadãos”, que não merecem dignidade ou direitos, e ainda um Estado que incentiva isso. Esta insegurança criminal tem a particularidade de não ser atenuada no Brasil e sim agravada, justamente pela intervenção das forças de ordem, o uso rotineiro de violência pela polícia militar, o recurso à tortura, execuções sumárias, desaparecimentos e tantos outros atos, “geram um clima de terror entre as classes populares, que são seu alvo, e banalizam a brutalidade no seio do Estado”. (WACQUANT, 2001)

Ao aprofundar nas questões relativas à rotulação ou estigma, Dias e Costa (2013) enfatizam as restrições de gênero impostas pelo sistema punitivo, que pode reunir duas espécies, ou seja, “a combinação entre estigmas de culpas individuais e aquelas oriundas de fins religiosos, étnicos ou de nacionalidade”. Desta maneira, trazendo a temática do controle social para as condutas de gênero, nota-se uma maior complexidade, que a todo tempo mantém a rotina da repressão dos direitos humanos. Além disso, há a perpetuação de um modelo social arcaico no que se refere às mulheres que ocupam o pólo ativo de uma infração:

[...] estas são vistas como um “ser emocional, com pouco brilhantismo, passivo, dependente e governado por sua sexualidade, posições orientadas pelos estereótipos sobre os gêneros baseados em mitos sobre as diferenças sexuais biológicas” e supostas qualidades psicológicas inerentes. (DIAS; COSTA, 2013)

É visível a maior complexidade desta relação de exclusão, isolamento e controle social quando trata-se sob uma perspectiva de gênero e vários são os fatores que contribuem para este fato. A mulher, quando inserida no sistema penal, é duplamente culpada: além do crime em si, ainda carrega a culpa de não ter sido boa mãe, o estigma de que crime é coisa de homem. Além, é claro, do fato de que todo sistema penitenciário foi feito para homens criminosos, e sendo minoria, as mulheres no sistema são invisíveis aos olhos do Estado.

O que se espera é que não sendo possível organizar uma sociedade de direito sem definir delitos e estabelecer sanções, que sejam definidas penas que possibilitem a reinserção desta pessoa à sociedade, e não que sejam abandonados em verdadeiras “lixerias humanas” sem perspectiva de um futuro digno. “Se o delinquente perde alguns de seus direitos na sociedade, esta não perde nenhum dos seus deveres em relação a ele”. (MULLER, 1995). No mesmo sentido enfatiza Lemgruber (1983)

A prisão, como última etapa de todo esse processo, funciona eficazmente para aviltar e estigmatizar para sempre os que por ela passam e, na medida em que não se visualiza sua extinção em futuro próximo, há que se lutar para que suas influências tornem-se menos degradantes. E, por, fim, se alternativas à pena-prisão são viáveis, urge analisá-las com seriedade, ajustá-las a nossa realidade e exigir sua implementação.

É preciso que este modelo que prevê cada vez mais condutas puníveis, reduz direitos humanos e garantias, expande o medo e perpetua a filosofia do descarte seja substituído por um pensamento que leve em conta o infrator como ser humano, merecedor de dignidade e direitos, para que se possa visualizar, quem sabe, alternativas a pena-prisão. Neste contexto, a lição de Muller (1995) sintetiza a ideia exposta:

Não se trata de fazer um debate para saber se o delinquente merece ser tratado com humanidade; a sociedade tem o dever de o tratar com humanidade. À inumanidade do delito deve responder a humanidade da sanção. Se convém julgar o crime segundo os rigores da justiça, importa tratar o criminoso segundo as exigências da bondade. Não se trata de ser indulgente para com o criminoso, mas de ser bom. (MULLER, 1995)

Todos os elementos discutidos até o momento demonstram a gravidade do tema em estudo, a urgência de se lançar um olhar crítico construtivo sobre este sistema que perpetua a desigualdade e a exclusão da mulher. No próximo ponto, o destaque será especificamente o sistema penitenciário feminino e a proteção do Estado à saúde da mulher, apontando tanto as estruturas físicas dos estabelecimentos penitenciários, como o atendimento médico, psicológico, entre outros.

3.2 Responsabilidade do Estado na proteção à saúde da mulher encarcerada

Num vasto contexto de crise do sistema prisional no Brasil, com uma intensa e constante violação aos direitos humanos e desrespeito ao princípio da dignidade da pessoa humana, fatores específicos caracterizam o cárcere feminino. Ainda que a população carcerária feminina represente menos de 7% do total dos encarceramentos²⁰, a violação de direitos humanos é ainda pior tendo em vista que o sistema prisional não considera as especificidades da mulher.

A prisão feminina pode ser considerada como um retrato perverso da sociedade brasileira que reflete a desigualdade de gênero. Não obstante o fato de que toda população carcerária sofra com a violação de direitos humanos, a situação

²⁰ Dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2015.

sob o ponto de vista do cárcere feminino é muito mais grave. Os recursos são menores, não há atenção da mídia, menos entidades envolvidas na causa, em suma, “verifica-se que não existem políticas públicas de gênero nas prisões brasileiras e pode-se afirmar que há um histórico contexto de travamento da agenda deste tipo de política”. (MARTINS; LEITE, 2012) há um grave descuido com as necessidades básicas de saúde, por exemplo, como acompanhamento pré-natal, fornecimento de produtos de higiene (como absorventes), parto seguro e amamentação.

Outro aspecto de relevante importância é a ausência quase absoluta de dados oficiais nacionais sobre a mulher presa. Existem estudos que são desenvolvidos por pesquisadores, jornalistas, estudantes, contudo, o Estado não dispõe de informações sobre as pessoas encarceradas ou as condições e a que estão submetidas, ainda muito menos sob uma ótica de gênero. (CEJIL, 2007)

Muller (1995) ao tratar da sanção penal destaca que o objetivo desta, especificamente da prisão, quando for necessária, deve ser a ressocialização, ou seja, o retorno ao convívio em sociedade. Porém, todos os aspectos da prisão contribuem para fazer dela um local de exclusão social, dessocialização. As condições de detenção na prisão têm múltiplos efeitos perversos sobre a personalidade do prisioneiro. Limitando ou mesmo proibindo a comunicação com o mundo exterior, é imposto a esta pessoa comportamentos regressivos que se inclinam a desintegrar a sua pessoa. “A prisão é uma estrutura inumana que desumaniza o detido”. Assim, quando em liberdade, será de extrema dificuldade que este indivíduo encontre seu lugar na sociedade.

Valois (2015) em sua crítica ao sistema penitenciário destaca o esplendor do poder judiciário, do Ministério Público e o rito de um julgamento. A garantia do contraditório e da ampla defesa, a possibilidade de anulação de provas, o respeito ao devido processo legal que impossibilita que se quebre o rito processual e tantas outras regras que objetivam proteger o ser humano. contudo, quando este ser se vê preso, a situação é diferente, o que menos ele vê é o cumprimento de regras, a propósito

a regra é a violação. Celas escuras e sem ventilação, contra a norma legal. Ausência de trabalho, devidamente previsto e exigido em lei. Carência em todas as demais assistências igualmente obrigatórias por parte do Estado, conforme estabelecido pela Lei de Execução Penal. Além de inúmeras

outras violações, sem se falar das mortes, doenças, torturas e agressões originadas do meio prisional. (VALOIS, 2015)

Na temática do sistema prisional feminino, a omissão do Estado e a violação de direitos é ainda mais grave. Trata-se de um tema complexo, sendo impossível qualquer reducionismo ou simplismo em sua análise. O contexto geral onde estão inseridas as detentas é degradante, percebendo-se desde superpopulação, promiscuidade sexual, violência, arbitrariedades, até desrespeito aos direitos fundamentais inerentes a toda pessoa. Todos estes fatores resultam num sistema ineficaz que impossibilita a reabilitação ou ressocialização, de forma que a pena de prisão torna-se, na maioria das vezes, um estímulo a delinquência.

Acredita-se que o sistema carcerário brasileiro quebra todos os vínculos do detento com a sociedade, no momento em que é inserido no ambiente antissocial das penitenciárias, acarretando reflexos negativos tanto no âmbito social como psicológico e físico, bem como podendo atuar como catalisador de alguma tendência criminosa do apenado.

É fundamental destacar que até a década de 1940, o aprisionamento de mulheres em salas, celas, alas separadas era ato recorrente, sem contudo haver uma regulamentação nem uma instituição para este fim específico. Desta forma, as mulheres eram separadas ou não dos homens de acordo com a decisão da autoridade responsável e das condições do estabelecimento. (ARTUR, 2009).

Somente a partir da década de 1940²¹, o Estado tomou medidas efetivas para a acomodação das mulheres, neste campo ensina Artur (2009),

A primeira diretriz legal que se refere às mulheres encarceradas foi determinada pelo Código Penal e pelo Código de Processo Penal, ambos de 1940, e pela Lei das Contravenções Penais, de 1941. Assim, no 2º parágrafo, do Art. 29º, do Código Penal de 1940, determinou-se que “As mulheres cumprem pena em estabelecimento especial, ou, à falta, em secção adequada de penitenciária ou prisão comum, ficando sujeitas a trabalho interno”. Cumprindo esta lei, somente duas prisões para mulheres foram criadas. Em São Paulo, em 11 de agosto de 1941, foi instituído o Decreto-Lei n.º 12.116 que dispõe sobre a criação do “Presídio de Mulheres”. Inaugurado em 21 de abril de 1942, permaneceu até 1973 sob a administração das freiras da Congregação do Bom Pastor D’Angers. E no Rio de Janeiro, pelo Decreto-Lei nº 3.971 de 24 de dezembro de 1941, foi

²¹ “A Penitenciária Madre Pelletier, de Porto Alegre, foi a primeira penitenciária feminina do Brasil. O dado curioso não é este, mas sim que ela foi fundada apenas em 1937, e não pelo Estado, mas por freiras da Igreja Católica. Até então, mulheres condenadas do Brasil inteiro cumpriam pena em cadeias mistas, onde frequentemente dividiam celas com homens, eram estupradas pelos detentos e forçadas à prostituição para sobreviver. Depois de muitas denúncias e discussões de penitenciaristas, o Brasil, tardiamente, passou a construir presídios apenas para mulheres, começando pelo Rio Grande do Sul e espalhando-se pelo resto do país”. (QUEIROZ, 2015, p.131)

criada a Penitenciária Feminina da Capital Federal, também administrada por freiras da mesma congregação até o ano de 1955.

A autora ainda aponta a promiscuidade como um dos temas centrais de discussão para criação de estabelecimento especiais para as mulheres que cometeram crimes, sendo necessário além de separá-las dos homens, proceder a separação entre as próprias detentas por tipo de crime, idade, situação jurídica.

A Lei de Execução Penal prevê no seu texto a classificação do apenado e elenca uma série de garantias a pessoa privada de liberdade. A classificação é a manifestação do princípio da individualização da pena, ou seja, o apenado terá o tratamento adequado a sua situação jurídica, sexo, idade, natureza do delito. Para Scapini (2009), esta individualização parte do pressuposto que as pessoas não são iguais, e por essa razão cada preso deve receber tratamento específico a fim de que sejam alcançados os objetivos da execução penal. Ainda, o Artigo 8º, das Regras Mínimas para tratamento do preso no Brasil²², prevê que as mulheres cumprirão pena em estabelecimento próprio. No mesmo sentido refere Marcão (2009), que a aplicação da pena deve se dar conforme a necessidade para reprovação e prevenção do crime, e de acordo com o Artigo 59 do Código Penal²³, para o autor a pena deve realizar a proteção do bem jurídico e a reinserção do autor a sociedade.

Conforme explorado anteriormente, a sanção penal que priva a pessoa da sua liberdade isolando-o na prisão tem por objetivo prevenir o cometimento de novos delitos, e desestimular que aqueles potenciais delinquentes passem aos atos. Para Muller (1995) “a sociedade tem o direito e o dever de exercer uma coação legal” contra aqueles que transtornam a ordem pública. Todavia, por mais bem intencionadas que possam ser as ações estatais,

²² Regras Mínimas para o tratamento de presos no Brasil: 8. As diferentes categorias de reclusos devem ser mantidas em estabelecimentos penitenciários separados ou em diferentes zonas de um mesmo estabelecimento penitenciário, tendo em consideração o respectivo sexo e idade, antecedentes penais, razões da detenção e medidas necessárias a aplicar. Assim:

a) Na medida do possível, homens e mulheres devem estar detidos em estabelecimentos separados; nos estabelecimentos que recebam homens e mulheres, a totalidade dos locais destinados às mulheres será completamente separada: [...]

²³ Código Penal: Art. 59 - O juiz, atendendo à culpabilidade, aos antecedentes, à conduta social, à personalidade do agente, aos motivos, às circunstâncias e conseqüências do crime, bem como ao comportamento da vítima, estabelecerá, conforme seja necessário e suficiente para reprovação e prevenção do crime: (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984) I - as penas aplicáveis dentre as cominadas;(Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984) II - a quantidade de pena aplicável, dentro dos limites previstos;(Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984) III - o regime inicial de cumprimento da pena privativa de liberdade;(Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984) IV - a substituição da pena privativa da liberdade aplicada, por outra espécie de pena, se cabível. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

[...] estas podem violar limites de direitos humanos e fundamentais ou princípios constitucionais (dignidade, liberdade, igualdade, ofensividade), fazendo de tais ferramentas punitivas (que se pretendem protetivas) simples instrumentos simbólicos de repressão. (DIAS; COSTA, 2013)

A superlotação das celas, sua precariedade e sua insalubridade tornam as prisões um ambiente propício à proliferação de epidemias e ao contágio de doenças. Estes fatores estruturais aliados à má alimentação, sedentarismo, o uso de drogas, a falta de higiene, entre outros, fazem com que a pessoa que lá entrou em uma condição sadia, saia do estabelecimento com sua saúde debilitada ou acometido de alguma doença.

Thompson (2002), reflete sobre a realidade dos detentos:

[...] todo homem que é confinado ao cárcere sujeita-se à prisionização, em alguma extensão. O primeiro passo, e o mais integrativo, diz respeito ao seu status: transforma-se, de um golpe, numa figura anônima de um grupo subordinado; traja as roupas dos membros desse grupo; é interrogado e admoestado; aprende as classes, os títulos e os graus de autoridade dos vários funcionários; e, usando ou não a gíria da cadeia, ele vem a conhecer o seu significado.

Além das doenças do aparelho respiratório, tuberculose, pneumonia, ainda hepatite e doenças venéreas, ocasionadas muitas vezes pela violência sexual praticada no interior das instituições, bem como pela utilização de drogas injetáveis, ainda é comum a existência de distúrbios mentais, câncer, hanseníase, e outras. Desta forma nota-se uma dupla penalização do condenado, de um lado a pena propriamente dita, e de outro o estado de saúde que este adquire no cárcere.

Para o preso, certo tipo de doença ou de infecção, devido às péssimas condições dos cárceres brasileiros, a maioria sem acesso a medicamentos ou assistência médica, “equivale diretamente a uma sentença de morte”. A nossa Constituição Federal de 1988 veda qualquer tipo de pena cruel, mas, “como não diz o que é essa pena cruel, continuamos com nossas prisões nada humanas”. (VALOIS, 2015)

No que diz respeito as penitenciárias femininas a situação é assustadora e preocupante. Heidi Ann Cerneka²⁴ destaca que em seus dezessete anos de atuação junto a Pastoral Carcerária há coisas que melhoraram, e relata o descaso do Estado:

Quando comecei este trabalho, nenhuma mãe e nenhum bebê tinham direito de amamentação. Hoje é lei (aliás, era naquela época também, mas ninguém respeitava). O que nos deixa mais tristes é que a grande maioria

²⁴ Integrante da Pastoral Carcerária, atuou durante 17 anos no Brasil, nas periferias existenciais – nos cárceres e na atenção a outras pessoas esquecidas pela sociedade.

de mulheres que encontramos nos presídios é de crime não violento, muitas vezes primária, e mais de 80% com filhos. Não há necessidade de deixar presa. Existem alternativas penais que ainda responsabilizam a pessoa pelo que ela ou ele fez, mas não precisa deixar espremida em celas superlotadas, sem qualquer higiene e saúde. O Estado de São Paulo, por exemplo, apesar de mais de 17 anos de luta, nunca levou a sério a questão de amamentação dos filhos das mães presas. É lei. É obrigação, mas parece que só cidadão comum (e “subcidadão”) tem obrigação de cumprir a lei. O Estado não tem. Isso não é peculiaridade a São Paulo também. (PASTORAL CARCERÁRIA, 2014)

O abandono das mulheres nos presídios femininos é um problema antigo. Em 1983, o tema foi abordado por Julita Lemgruber, ex-diretora do Desipe, no livro "Cemitério dos vivos". Para a autora, a mulher encarcerada simboliza tudo aquilo que a sociedade rejeita. Não é considerada digna de respeito e atenção. É um problema nos cárceres de todo mundo, é cultural. “A expectativa de uma sociedade machista e patriarcal é que a mulher seja dócil e respeite as normas da família”. Desta forma, ao cometer um delito, ela rompe com esta expectativa e é abandonada, sendo assim, duplamente castigada. (COSTA, 2015)

Valois (2013), reflete sobre a situação da mulher presa, apontando que além de todas as mazelas de uma penitenciária, a feminina tem mais um agravante: foi feita para homens. Para o juiz, a mulher sofre uma agressão três vezes maior, devendo se vestir como homem, permanecer numa cela de homem e sofrer a tortura do cárcere como homem. “A mulher não foi feita pra ser tratada como homem, numa penitenciária feita para homens. Tem necessidades específicas.” (VALOIS, 2013)

Na mesma linha Cerneka (2009) salienta que o sistema penal no Brasil e no mundo foi criado por homens e para homens. O fato da população carcerária feminina ser menor que a masculina (6,5% no Brasil) faz com que não sejam consideradas suas necessidades ao se pensar em políticas públicas ou mesmo construção de estabelecimentos prisionais. Observa Queiroz (2015)

Até a estrutura dos prédios é feita para homens. Os banheiros, por exemplo, são os chamados “bois”, ou seja, buracos no chão. Imagine uma grávida se agachando num lugar destes? Num presídio com trezentos homens e dez mulheres, quem você acha que vai trabalhar e estudar? Quem vai ter horário de banho de sol? A minoria? Os espelhos são uma lâmina onde elas se veem completamente deformadas. Imagine passar cinco ou seis anos se vendo assim e sem nunca observar seu corpo inteiro? Como você vai se imaginar?

Observa-se uma tentativa de adaptações sem que a situação da mulher presa seja tratada de forma adequada às suas especificidades que estão além da gravidez e menstruação. (CERNEKA, 2009). É clara a urgência em se pensar políticas que

atendam a mulher encarcerada, que vise seu retorno à sociedade e que a considere como parte de um sistema familiar.

O sistema carcerário brasileiro trata as mulheres exatamente como trata os homens. Isso significa que não lembra que elas precisam de papel higiênico para duas idas ao banheiro em vez de uma, de papanicolau, de exames pré-natais e de absorventes internos. (QUEIROZ, 2015a)

Sustentados nas normativas nacionais e internacionais, e guiados pelo princípio da dignidade da pessoa humana, o Centro pela Justiça e pelo Direito Internacional (Cejil), a Pastoral Carcerária Nacional, entidade ligada à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), e o Grupo de Estudos e Trabalho Mulheres Encarceradas, elaborou documento denunciando a OEA (Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos), a situação das mulheres encarceradas no Brasil, trata-se do Relatório para OEA sobre mulheres encarceradas no Brasil, de 2007.

O Relatório traz importantes dados acerca das reais condições da população carcerária feminina, e em sua parte introdutória aponta que no caso do encarceramento feminino

[...] há uma histórica omissão dos poderes públicos, manifesta na completa ausência de quaisquer políticas públicas que considerem a mulher encarcerada como sujeito de direitos inerentes à sua condição de pessoa humana e, muito particularmente, às suas especificidades advindas das questões de gênero. Isso porque, como se verá no curso deste relatório, há toda uma ordem de direitos das mulheres presas que são violados de modo acentuado pelo Estado brasileiro, que vão desde a desatenção a direitos essenciais como à saúde e, em última análise, à vida, até aqueles implicados numa política de reintegração social, como a educação, o trabalho e a preservação de vínculos e relações familiares. (CEJIL, 2007)

O citado Relatório descreve as violações de direitos humanos comuns a presos e presas que se agravam no universo feminino do cárcere. São violações de gênero que colocam as mulheres, de forma diferenciada e específica, em situação de risco e violando sua integridade física, psíquica e emocional.

A atenção médica do Sistema Prisional feminino apresenta situações de descaso similares ao sistema masculino, contudo, conta com peculiaridades às doenças físicas e emocionais que incidem com uma intensidade diferenciada que se agrava pela ausência de práticas de prevenção, tratamento e devido acompanhamento médico. Ainda salienta o Relatório, a desatenção em relação a patologias intrínsecas a fisiologia feminina, e mesmo aquelas que não possuem o viés de gênero atingem preferencialmente as mulheres.

Sobre o atendimento ginecológico, o Relatório denuncia:

Não está disponível atendimento ginecológico nas Cadeias Públicas. Como todas as equipes médicas os profissionais especializados vinculados às unidades prisionais do sistema penitenciário, os ginecologistas também não estão disponíveis nas instituições femininas. Acirrando o quadro de violação dos direitos das mulheres o Estado brasileiro não assegura atenção médica integral à mulher encarcerada. A deficiência encontrada no atendimento nas unidades do sistema penitenciário destinado aos homens se multiplica quando se trata de especialistas nas necessidades femininas. Em decorrência dessa omissão, o controle e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis também inexistem, assim como os exames de rotina de prevenção de câncer ginecológico. (CEJIL, 2007)

Martins e Leite (2012) informam que a situação é de “total ausência de equipes e equipamentos médicos nas cadeias públicas, e equipes incompletas nas penitenciárias” mesmo que estes estabelecimentos recebam repasse do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Fora o fato de muitas presas serem soropositivas, ainda “há grande incidência de doenças infectocontagiosas, como tuberculose²⁵, leptospirose²⁶, pediculose²⁷, entre outras, o que é explicado pelas condições de insalubridade e superpopulação dos estabelecimentos prisionais”. Ainda, há o relato de casos de depressão e outras enfermidades no campo emocional.

Segundo o relatório analisado, há um alto número de mulheres que toma medicamento controlado, cita-se como exemplo o Estado do Rio Grande do Sul em que 23% da população carcerária feminina faz uso destes medicamentos²⁸. Contudo, diante da inexistência de estudos e informações sobre a situação da mulher encarcerada, torna-se difícil analisar o motivo de um índice tão alto de mulheres utilizando remédios controlados dentro do presídio. Em quase todos os Estados Brasileiros é possível observar esta realidade, “indicando que muitas mulheres que não necessitavam de medicamentos controlados até serem presas passam a utilizá-los depois do encarceramento para lidar com as dificuldades que a realidade de ser presa traz”. (CEJIL, 2007)

Para presas com problemas psiquiátricos, faltam hospitais de custódia em muitos estados brasileiros e geralmente não existe tratamento adequado na unidade onde elas se encontram. Com a falta de unidades específicas para

²⁵ Doença infecciosa e transmissível que afeta prioritariamente os pulmões. A doença é curável. Anualmente são notificados cerca de 6 milhões de novos casos em todo o mundo, levando mais de um milhão de pessoas a óbito. <http://www.portalsaude.saude.gov.br>.

²⁶ Causada por uma bactéria eliminada pela urina do rato, transmitida para o homem através da água, solo e alimentos contaminados. <http://www.saude.pr.gov.br>.

²⁷ É uma doença provocada pela infestação de *Pediculus humanus var capitis* (piolho) e lêndeas no couro cabeludo. <http://www.fiocruz.br>.

²⁸ Dados do ano de 2007 conforme Relatório para OEA sobre mulheres encarceradas no Brasil.

portadoras de doenças mentais ou transtornos psicológicos, muitas detentas acabam vivendo em meio a população geral, onde são exploradas, as vezes agredidas, ou simplesmente suportadas pelas demais, sem receber o devido tratamento especializado que necessitam. Muitas vezes, elas são colocadas no “castigo” (isolamento) porque não conseguem se adequar às regras internas das detentas ou da unidade, ou ainda, são alocadas no seguro por não serem mais aceitas pela população carcerária. Às presas que se encontram detidas em caráter provisório não recebem qualquer atendimento ou consulta médica pra detectar e acompanhar eventuais problemas de saúde mental. É apenas e tão somente a partir da sentença, cuja espera pode durar anos, que essa preocupação pode passar a ser considerada e atendida pelo Estado. As conseqüências dessa omissão são desastrosas. Muitas mulheres com transtornos mentais são colocadas no convívio cotidiano com as demais presas, onde sofrem maus-tratos, até que se descubra que seus atos, não compreendidos e aceitos, são próprios de quem sofre algum transtorno psíquico. (CEJIL, 2007)

Outro caso de negligência do Estado às especificidades femininas é o não fornecimento de itens de higiene, deixando a mulher à espera da família para prover itens básicos como absorventes e papel higiênico. O extremo da situação se apresenta com “(...) notícias de que aquelas que não têm família ou amigas que possam ceder o produto, passam todo o mês acumulando miolo de pão para improvisar absorventes durante o período menstrual.” (MARTINS; LEITE, 2012)

O que se vislumbra é que o Estado apenas vê homens presos e nenhuma mulher, ocorre que, “uma vez por mês, aproximadamente 28.000 desses presos menstruam”. (CERNEKA, 2009). E mais, alguns engravidam, gerando dificuldades ao sistema prisional, já que vão necessitar de atendimento especializado (atendimento pré-natal, um parto seguro e escolta no hospital e ainda um lugar limpo e próprio para cuidar de seu filho).

Queiroz (2015a) destaca que a luta diária dessas mulheres é por higiene e dignidade, que as prisões brasileiras são como “masmorras medievais malcheirosas e emboloradas [...] nas quais bebês nascem em banheiros e a comida vem com cabelo e fezes de rato”. São encardidas, escuras, em muitas delas a mulher dorme no chão; vasos sanitários, sem portas, com canos estourados, descarga falha “que deixam vazar os cheiros da digestão humana”. Itens de higiene como sabonete, xampu são a moeda de troca “das mais valiosas e servem de salário para as detentas mais pobres, que trabalham para outras presas como faxineiras ou cabeleireiras”.

As ocorrências de desrespeito à dignidade da mulher encarcerada variam de estado a estado da federação, porém é comum a ausência de condições mínimas de funcionamento respeitando os direitos humanos e fundamentais, registra-se que

[...] faltam colchões, as instalações sanitárias são insuficientes e apresentam vazamentos e ainda há denúncias de a comida oferecida ser imprópria para consumo. A falta de atividades de lazer, de espaço para amamentação ou visita íntima, somadas à baixa oferta de educação e trabalho demonstra a clara negligência institucional que rege a administração de penitenciárias femininas e a consequente supressão de direitos constitucionais. (MARTINS; LEITE, 2012)

Ainda sobre a invisibilidade da mulher diante do Estado, Cerneka (2009) aponta que em 2008, no Rio Grande do Sul, na lista de pertences pessoais que os familiares podiam fornecer aos presos, constavam apenas cuecas, nenhuma referência a calcinhas e soutiens ou outros itens voltados para o atendimento das necessidades femininas. Diante disso a autora questiona: “Não há mulheres encarceradas no Rio Grande do Sul?” No Rio Grande do Norte, a unidade destinada às pessoas com medida de segurança ou em situação de doença mental não possuía nenhuma cela feminina. “No Rio Grande do Norte, a mulher presa não tem doença mental?” (CERNEKA, 2009)

O Diagnóstico nacional sobre mulheres encarceradas de 2008, aponta um crescimento da população carcerária feminina maior que a masculina e vem se mantendo em percentuais elevados nos últimos anos. Os dados fornecidos pelo documento apontam que em 2008 eram 508 estabelecimentos penais contendo mulheres, sendo que destes, 450 eram destinados a ambos os sexos. Nas instituições mistas, alas, pavilhões e celas são adaptadas para acomodar as mulheres, sendo que não existe nenhum programa de ressocialização para estas, bem como berçário ou creche para seus filhos. Em muitos casos, quando próximo ao nono mês de gravidez, as detentas são transferidas a estabelecimentos mais adequados. É clara a necessidade de atenção, por parte do Estado, a questão da mulher encarcerada.

No ano de 2010, o Grupo de Estudos e Trabalho “Mulheres Encarceradas”, em carta aberta ao governo de São Paulo, denuncia que após o Relatório à OEA sobre as mulheres encarceradas, pouco, ou quase nada se fez. A Carta relata um aumento da população carcerária feminina, apresentando dados alarmantes do crescimento de mulheres condenadas por tráfico de drogas “De 2007 a 2010, o número de presos por tráfico de entorpecentes aumentou 62%. Entre os homens, 22,6%. Para as mulheres, esse percentual sobe para 64,7%.” E também dá destaque a situação das mulheres presas com problemas psiquiátricos:

A carência de serviços médicos nas unidades prisionais e a falta de articulação com o sistema de saúde resultam em diagnósticos inexistentes ou equivocados, prejudicando o quadro de saúde mental já agravado pelas condições da prisão. Falta tratamento dentro das unidades e treinamento tanto da equipe de saúde, quanto das agentes penitenciárias para a correta avaliação e encaminhamento.

Em muitos países, o tema da mulher e do crime, e do crescimento da população prisional feminina, leva organizações e movimentos governamentais e não-governamentais a questionar como lidar com mulheres em um ambiente construído para homens presumivelmente violentos. Cerneka (2009) destaca que no momento em que começam a surgir discussões sobre como melhorar o cumprimento de pena para mulheres, “ouvem-se protestos contra este tipo de diferenciação porque seria discriminatório para o homem”. Ocorre que, homens e mulheres possuem especificidades, de forma que é fundamental atendê-las de modo a respeitar a dignidade da pessoa humana.

No Relatório de visitas de inspeção realizado pelo Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária no ano de 2012, durante a inspeção na Penitenciária Feminina Madre Pelletier, foi constatado que a condição das celas nos pavilhões não é adequada, já que a estrutura predial é bastante antiga. Um dos mais graves problemas de afronta aos direitos humanos das mulheres encarceradas apontados pelo relatório é o fato de que, diante da inexistência de estabelecimentos prisionais que suportem a permanência dos filhos com as gestantes presas, estas, antes do parto, devem ser transferidas para que possam ficar na companhia de suas crianças.

Para tanto, ainda que estejam presas provisoriamente ou cumprindo as penas privativas de liberdade em comarcas interioranas gaúchas, devem se deslocar para a Penitenciária Feminina da Capital, que só possui 23 leitos aptos, onde permanecerão na companhia dos filhos até completarem 6 meses de idade. Assim, para ficarem próximas de um, devem abdicar da companhia de seu marido ou companheiro, dos ascendentes e, até mesmo, dos outros filhos que eventualmente possua. (BRASIL, 2012)

Este cenário demonstra que a mulher presa sofre uma “violência institucional por parte do Estado” (MARTINS; LEITE, 2012), tanto pelo abandono e desrespeito às suas especificidades, quanto pelos operadores da justiça que continuam vendo a pena prisão como resposta para todos os crimes. Estado e sociedade precisam melhorar a maneira como lidam com a mulher encarcerada. Neste sentido, o pensamento de Cerneka (2009)

Há propostas para modificar a realidade prisional feminina, tanto quanto se necessita mudanças de legislação para realmente assegurar a individualização da pena e reconhecer as especificidades da mulher enquanto presa, e a pessoa presa não está removida da sociedade, pois ela faz parte da mesma, apesar do impedimento do direito de ir e vir. E ainda, precisamos manter o vínculo com a comunidade, o máximo possível, para efetivar uma melhor transição de volta para casa. É importante frisar que há mudanças necessárias a serem feitas no que diz respeito ao tratamento dentro das unidades prisionais e também no âmbito da legislação.

Os aspectos expostos demonstram, entre outros, o desrespeito a um dos princípios basilares de nosso ordenamento jurídico, a dignidade da pessoa humana que, “como qualidade integrante e irrenunciável da própria condição humana, pode (e deve) ser reconhecida, respeitada, promovida e protegida, não podendo, contudo ser criada, concedida ou retirada, já que existe em cada ser humano como algo que lhe é inerente.” (SARLET, 2001).

A mulher presa, além de perder seu direito de ir e vir, é privada de seus direitos mais básicos, é tratada como homem, sem respeito as suas particularidades, privada do exercício da maternidade, isolada do convívio social e familiar, é penalizada por seu crime e por ser mulher. E nota-se que aquele que seria o maior responsável em proteger o princípio da dignidade humana bem como os direitos da população penitenciária, o Estado, se transforma no seu maior violador, de forma que estas condenadas são alvos diários de violência de toda espécie, falta de assistência médica, superlotação carcerária, falta de programas de reabilitação, sendo que o objetivo de ressocialização da pena privativa de liberdade se torna praticamente impossível, além do fato de que a população não perdoa aquele que cometeu a infração penal, restando portanto, mais este estigma a ser carregado pelo apenado. (GRECO, 2011)

O presente tema é complexo e gera inúmeras discussões. A discriminação sofrida pela mulher na sociedade atravessa os muros dos estabelecimentos prisionais, aprofundando-se. A saúde como direito humano fundamental é constantemente violado, a mulher presa luta para ser vista. Dando continuidade na temática, o próximo tópico traz as previsões legais que garantem a proteção à saúde da mulher encarcerada, demonstrando que esta continua invisível aos olhos do Estado.

3.3 A garantia do direito fundamental a saúde da mulher encarcerada a partir da legislação nacional

Este momento é reservado para breves apontamentos acerca das previsões legislativas no que se refere ao direito à saúde da mulher encarcerada, onde abordar-se-á tanto os tratados e convenções aos quais o Brasil aderiu, bem como as normas internas, iniciando pela Constituição Federal de 1988.

Sarlet (2010?) acerca dos direitos sociais afirma que considerando o regime jurídico-constitucional vigente e a quantidade expressiva dos direitos sociais expressa ou implicitamente previstos na Constituição Federal de 1988, a Assembleia Constituinte de 1988 foi de modo inequívoco “amigo dos direitos sociais”. Porém alerta que este fato não significa que com a atual Constituição tenham se cumprido efetivamente as promessas da modernidade.

Dentre os direitos sociais que importam a esta pesquisa, destaca-se a saúde, o qual a Constituição Federal de 1988 prevê expressamente em seu 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." Nota-se que o legislador deixa claro o dever do Estado em garantir tal direito bem como o acesso igualitário a toda população.

Ainda em seu Artigo 5º, prevê a Carta Magna, a vedação a tortura e a tratamento desumano ou degradante, bem como impede a aplicação de pena de morte, salvo em caso de guerra declarada²⁹, de caráter perpétuo; de trabalhos forçados; de banimento; cruéis. Destaca-se neste ponto, a referencia feita pela CF/88, no inciso XLVIII - a pena será cumprida em estabelecimentos distintos, de acordo com a natureza do delito, a idade e o sexo do apenado; assegurando o princípio da individualização da pena, reforçando a ideia de necessidade de proteção através da diferenciação, onde devem ser consideradas as particularidades e peculiaridades entre um apenado e outro.

Não se trata aqui de discriminação, conforme Marcão (2009), a

²⁹ Nos termos do art. 84 - Compete privativamente ao Presidente da República:, XIX - declarar guerra, no caso de agressão estrangeira, autorizado pelo Congresso Nacional ou referendado por ele, quando ocorrida no intervalo das sessões legislativas, e, nas mesmas condições, decretar, total ou parcialmente, a mobilização nacional; [...]

individualização³⁰ da pena como garantia constitucional, busca classificar cada indivíduo de forma que este receba o tratamento de acordo com sua situação particular, levando em consideração sua personalidade e o ato cometido.

Depreende-se da Constituição Federal de 1988 um dever, imposto ao ente responsável pela manutenção da unidade carcerária, de conferir aos detentos e detentas condições mínimas de existência digna, prevendo ainda, o princípio basilar da igualdade insculpido no *caput* de seu Artigo 5º: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito a vida, a liberdade, a igualdade, a segurança e a propriedade, [...]”

Mesmo antes do advento da Constituição Federal de 1988, a Lei de Execução Penal, de 1984, já estabelecia vários direitos a pessoa presa, sendo estas recepcionadas pela Constituição Federal, em especial no que se refere a recuperação e reinserção social. Em seu Capítulo II, a Lei traz, de modo expreso, questões concernentes a assistência³¹ do recluso, reforçando o dever do Estado³² em prevenir o crime e orientar o retorno à convivência em sociedade. Alguns dispositivos da Lei prendem a atenção especialmente aqueles que se referem a instalações higiênicas³³, e assistência a saúde³⁴, já que conforme abordado em momento anterior esta parece não ser a realidade dos estabelecimentos prisionais no Brasil. Em conformidade com o Artigo 88 da LEP, "O condenado será alojado em cela individual que conterà dormitório, aparelho sanitário e lavatório", e o parágrafo único expressa quais são os requisitos básicos da unidade celular. (CEJIL, 2007)

Ainda, sobre as normas prisionais que dizem respeito à saúde, garante que os estabelecimentos penais destinados a mulheres possuirão berçário, onde as detentas tenham a possibilidade de amamentar seus filhos, bem como o Art. 5º da

³⁰ BRASIL, CF/88. Art. 5º - XLVI - a lei regulará a individualização da pena e adotará, entre outras, as seguintes: a) privação ou restrição da liberdade; b) perda de bens; c) multa; d) prestação social alternativa; e) suspensão ou interdição de direitos;

³¹ BRASIL, Lei n.º 7210/84. Art. 11. A assistência será: I - material; II - à saúde; III - jurídica; IV - educacional; V - social; VI - religiosa.

³² BRASIL, Lei n.º 7210/84. Art. 10. A assistência ao preso e ao internado é dever do Estado, objetivando prevenir o crime e orientar o retorno à convivência em sociedade. Parágrafo único. A assistência estende-se ao egresso.

³³ BRASIL, Lei 7210/84. Art. 12. A assistência material ao preso e ao internado consistirá no fornecimento de alimentação, vestuário e instalações higiênicas.

³⁴ BRASIL, Lei 7210/84. Art. 41 - Constituem direitos do preso: VII - assistência material, à saúde, jurídica, educacional, social e religiosa; [...]

Constituição Federal³⁵. Além de atendimento médico, a LEP prevê atendimento farmacêutico e odontológico³⁶.

Neste sentido, sintetiza Martins e Leite (2012):

A legislação brasileira também é extremamente garantista. O Código penal de 1940 já estabelecia o tratamento distinto às mulheres infratoras, como cumprimento da pena em estabelecimento específico para tal. A Lei de Execução Penal, de 1984, estende este leque de garantias à educação e ao trabalho prisional, à implantação de berçários, obrigatoriedade de agentes penitenciárias do sexo feminino, assistência médica, visita íntima, direito a espaços de lazer, ente outras. A própria Constituição Federal também reforça a garantia de permanência da mulher com o filho recém nascido e da obrigatoriedade de estabelecimentos distintos.

Nota-se que essa omissão do Estado no trato com a mulher encarcerada não pode ser justificada pela falta de legislação sobre o tema. Desde a Declaração Universal de Direitos Humanos de 1948, vários foram os tratados e convenções internacionais, aos quais o Brasil aderiu, que surgiram para garantir a defesa e promoção dos direitos humanos da população carcerária feminina como exemplo a Convenção de Belém do Pará e as recentes Regras Mínimas Para o Tratamento da Mulher Presa (Regras de Bangkok), de 2010. (MARTINS; LEITE, 2012)

A propósito, nesse viés, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher – Convenção de Belém do Pará (1994, OEA) – reconheceu expressamente a condição específica de vulnerabilidade a que estão submetidas as mulheres privadas de liberdade e determinou a consequente especial atenção e consideração que os Estados devem dar a essa situação (CEJIL, 2007), o que infelizmente, como pode-se observar pelas linhas já expostas, não está sendo observado pelo Estado brasileiro.

Piovesan (2010) ao tratar das omissões do Estado no que concerne à obrigações assumidas em matéria de direitos humanos, cita a referida Convenção como exemplo, explicando que ao ratificar a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará), o Estado brasileiro assumiu o dever jurídico de inserir na legislação interna,

³⁵ BRASIL, CF/88. ART. 5º - L - às presidiárias serão asseguradas condições para que possam permanecer com seus filhos durante o período de amamentação;

³⁶ BRASIL, Lei n.º 7210/84. Art. 82. § 1º A mulher e o maior de sessenta anos, separadamente, serão recolhidos a estabelecimento próprio e adequado à sua condição pessoal. Art. 83. § 2º Os estabelecimentos penais destinados a mulheres serão dotados de berçário, onde as condenadas possam cuidar de seus filhos, inclusive amamentá-los, no mínimo, até 6 (seis) meses de idade. § 3º Os estabelecimentos de que trata o § 2o deste artigo deverão possuir, exclusivamente, agentes do sexo feminino na segurança de suas dependências internas.

normas civis, penais e administrativas para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, conforme expresso no art. 7º da Convenção³⁷. Ocorre que, até o ano de 2006, o Brasil não tinha formulado nenhuma legislação específica sobre esta matéria “o que caracterizava violação ao dispositivo internacional”. Somente em 7 de agosto de 2006, foi adotada a Lei Maria da Penha, criando mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher.

Importante destacar a Resolução n. 14, de 11 de novembro de 1994, que considerando a decisão do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, em 17 de outubro de 1994, a recomendação aprovada na sessão de 26 de abril a 6 de maio de 1994, pelo Comitê Permanente de Prevenção ao Crime e Justiça Penal das Nações Unidas, do qual o Brasil é membro; e considerando ainda o disposto na Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984 (Lei de Execução Penal); resolve fixar as Regras Mínimas para o Tratamento do Preso no Brasil, trazendo em seu Artigo 3º a garantia do respeito à sua individualidade, integridade física e dignidade pessoal, bem como no decorrer de todo texto legal a necessidade de garantir a pessoa presa, a manutenção de seus vínculos familiares, a garantia de individualização, atendendo aos requisitos de sexo, idade, quantidade de pena; e ainda a garantia de acesso a educação ao apenado³⁸.

³⁷ Convenção de Belém do Pará. Art. 7º - Os Estados Partes condenam todas as formas de violência contra a mulher e convêm em adotar, por todos os meios apropriados e sem demora, políticas destinadas a prevenir, punir e erradicar tal violência e a empenhar-se em: a. abster-se de qualquer ato ou prática de violência contra a mulher e velar por que as autoridades, seus funcionários e pessoal, bem como agentes e instituições públicos ajam de conformidade com essa obrigação; b. agir com o devido zelo para prevenir, investigar e punir a violência contra a mulher; c. incorporar na sua legislação interna normas penais, civis, administrativas e de outra natureza, que sejam necessárias para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, bem como adotar as medidas administrativas adequadas que forem aplicáveis; d. adotar medidas jurídicas que exijam do agressor que se abstenha de perseguir, intimidar e ameaçar a mulher ou de fazer uso de qualquer método que danifique ou ponha em perigo sua vida ou integridade ou danifique sua propriedade; e. tomar todas as medidas adequadas, inclusive legislativas, para modificar ou abolir leis e regulamentos vigentes ou modificar práticas jurídicas ou consuetudinárias que respaldem a persistência e a tolerância da violência contra a mulher; f. estabelecer procedimentos jurídicos justos e eficazes para a mulher sujeitada a violência, inclusive, entre outros, medidas de proteção, juízo oportuno e efetivo acesso a tais processos; g. estabelecer mecanismos judiciais e administrativos necessários para assegurar que a mulher sujeitada a violência tenha efetivo acesso a restituição, reparação do dano e outros meios de compensação justos e eficazes; h. adotar as medidas legislativas ou de outra natureza necessárias à vigência desta Convenção.

³⁸ BRASIL. Regras Mínimas para o Tratamento de Presos no Brasil. Art. 3º. É assegurado ao preso o respeito à sua individualidade, integridade física e dignidade pessoal. Art. 7º. Presos pertencentes a categorias diversas devem ser alojados em diferentes estabelecimentos prisionais ou em suas seções, observadas características pessoais tais como: sexo, idade, situação judicial e legal, quantidade de pena a que foi condenado, regime de execução, natureza da prisão e o tratamento específico que lhe corresponda, atendendo ao princípio da individualização da pena. § 1º. As mulheres cumprirão pena em estabelecimentos próprios. § 2º. Serão asseguradas condições para que a presa possa permanecer com seus filhos durante o período de amamentação dos mesmos. Art.

As Regras das Nações Unidas para o tratamento de mulheres presas e medidas não privativas de liberdade para mulheres infratoras (Regras de Bangkok):

Reconhecendo a necessidade de estabelecer regras de alcance mundial em relação a considerações específicas que deveriam ser aplicadas a mulheres presas e infratoras e levando em conta várias resoluções relevantes adotadas por diferentes órgãos das Nações Unidas, pelas quais Estados-membros foram convocados a responder adequadamente às necessidades das mulheres presas e infratoras, as presentes regras foram elaboradas para complementar, se for adequado, as Regras Mínimas para o Tratamento dos Reclusos e as Regras Mínimas das Nações Unidas para Elaboração de Medidas Não Privativas de Liberdade (Regras de Tóquio), em conexão com o tratamento a mulheres presas ou alternativas ao cárcere para mulheres infratoras; [...] (ONU, 2010)

O documento traz previsões que determinam assistência médica básica ao preso, e que aqueles que estejam doentes sejam atendidos diariamente por um médico. “Em relação à saúde sexual e reprodutiva são asseguradas condições para que a presa possa permanecer com seus filhos durante o período de amamentação dos mesmos”. (CEJIL, 2007). Ainda, incentiva os Estados-membros a adotar legislação que estabeleça alternativas à prisão bem como priorizar o financiamento de tais sistemas, assim como o desenvolvimento dos mecanismos necessários para sua implementação. O documento é um convite aos Estados-membros para que considerem as realidades e especificidades das mulheres encarceradas quando do desenvolvimento de leis, políticas e planos de ação.

Estes dispositivos, somados ainda as garantias previstas na Constituição Federal, insculpem direitos e garantias que objetivam assegurar o respeito, a dignidade humana e a isonomia no tratamento das mulheres, devendo ser esta a pauta norteadora dos Órgãos de Execução Penal. Contudo, além do desrespeito as normas supracitadas, percebe-se a necessidade de uma maior atenção a condição feminina, pois “sobre a vulnerabilidade já complexa das relações sociais de gênero deposita-se, nesse caso, a vulnerabilidade da condição de pessoa presa ou condenada pela Justiça Criminal.” (MARTINS)

A Lei de Execução Penal (bem como todas as normativas aqui apresentadas) continua sendo desrespeitada, já que não são oferecidas a apenas as mínimas condições humanas para reabilitá-la e reinseri-la na sociedade. Em sua maioria, após terem cumprido sua pena, retornam ao mundo crime, restando demonstrada

37. Deve-se estimular a manutenção e o melhoramento das relações entre o preso e sua família. Art. 38. A assistência educacional compreenderá a instrução escolar e a formação profissional do preso.

assim, a evidente falta de vontade política e de decisões acertadas para evitar o retorno do transgressor ao cárcere. (NUNES, 2005)

Destaca Martins e Leite (2012) que

Mesmo com todo este aparato legal – nacional e internacional – e algumas iniciativas positivas do Estado brasileiro no campo dos direitos humanos, observa-se claramente que a situação objetiva de funcionamento das prisões femininas no Brasil é bastante distinta do arcabouço de direitos humanos que se consolida e fornece a base normativa da formulação de políticas na área, já que, entre outras questões, as graves violações aos direitos das mulheres privadas de liberdade continuam ocorrendo em larga escala há vários anos.

Os aspectos do sistema penitenciário demonstram uma brutal violação de direitos ocorrida dentro dos estabelecimentos prisionais. É certo que as circunstâncias de isolamento das mulheres presas e a “responsabilidade do Estado pela sua custódia direta demandam do poder público uma ação ainda mais proativa e um tratamento de fato especializado” (CEJIL, 2007), com o objetivo de garantir à mulher presa o acesso aos direitos assegurados pelas normativas nacionais e internacionais.

As mulheres encarceradas apenas deveriam sofrer limitações ao seu direito de ir e vir, mas o descaso, a negligência e a omissão do Estado no cumprimento de seus deveres disseminam violações de todos os demais direitos das presas que não deveriam ser afetados. O Estado, que deveria nesse universo específico construir espaços produtivos, saudáveis, de recuperação e resgate de autoestima e de cidadania para as mulheres, só tem feito ecoar a discriminação e a violência de gênero presentes na sociedade para dentro dos presídios femininos. (CEJIL, 2007)

Percebe-se que todos estes dispositivos que estão à disposição dos operadores da esfera executória, descrevem a utopia de um sistema penitenciário justo, que possibilita a aplicação da pena privativa de liberdade não apenas como meio de penalização, mas como prevenção e especialmente como ferramenta para reinserção do apenado ao convívio social. (DALL'AGNOL, 2011)

O mesmo autor prosseguindo em sua análise afirma, que

A situação sob exame, via de regra, contrasta com um cenário que favoreça o processo de ressocialização e se equipare as disparidades encontradas no meio social, espelhando, de forma acentuada, longínqua crise de valores e estereótipos verificados no território nacional, que embevece quadro de drásticas resoluções na seara criminal. (DALL'AGNOL, 2011)

É importante salientar, diante dos instrumentos internacionais de proteção aos direitos humanos, que desde o processo de democratização do Brasil, em especial a partir da Constituição Federal de 1988, o país tem adotado medidas em prol da

incorporação destes instrumentos. (PIOVESAN, 2010). Estas medidas constituem prioridade em nossos dias, pois as garantias nacionais e internacionais devem apontar na mesma direção a fim de que exista a efetivação e gozo dos direitos humanos.

Sobre a interação entre direito internacional e o direito interno, sinala Cançado Trindade (1996) que alguns aspectos são especialmente significativos:

Em primeiro lugar, os próprios tratados de direitos humanos atribuem uma função capital à proteção por parte dos tribunais internos, como evidenciado pelas obrigações de fornecer recursos internos eficazes e de esgotá-los, que recaem, respetivamente, sobre os Estados demandados e os indivíduos reclamantes. Tendo a si confiada a proteção primária dos direitos humanos, os tribunais internos têm, em contrapartida, que conhecer e interpretar as disposições pertinentes dos tratados de direitos humanos. Donde a propalada subsidiariedade do processo legal internacional, a qual encontra sólido respaldo na prática internacional, na jurisprudência, nos tratados, assim como na doutrina. Em segundo lugar, a margem de controvérsias é reduzida ou mesmo eliminada na medida em que os próprios tratados disponham sobre a função e o procedimento dos tribunais internos na aplicação das normas internacionais de proteção neles consagradas. Em terceiro lugar, é certo que os tribunais internacionais de direitos humanos existentes - as Cortes Européia, e Interamericana de Direitos Humanos - não "substituem" os tribunais internos, e tampouco operam como tribunais de recursos ou de cassação de decisões dos tribunais internos. Não obstante, os atos internos dos Estados podem vir a ser objeto de exame por parte dos órgãos de supervisão internacionais quando se trata de verificar a sua conformidade com as obrigações internacionais dos Estados em matéria de direitos humanos. Os atos internos dos Estados não se encontram isentos de verificação quanto ao seu valor de prova, porquanto podem não estar conformes as obrigações internacionais dos Estados.

Diante deste sistema integrado, os atos internos dos Estados estão sujeitos à verificação dos órgãos internacionais de proteção. Os tratados de direitos humanos indicam meios de compatibilização dos dispositivos internacionais com os de direito interno prevenindo conflitos entre as jurisdições. Com esta interação entre o direito internacional e o direito interno, os maiores beneficiários são as pessoas protegidas.

Adicione-se que, o Brasil, ao aderir aos tratados internacionais de direitos humanos, aceita a ideia de globalização dos direitos humanos, e ainda, aceita "a ideia da legitimidade das preocupações da comunidade internacional no tocante à matéria" (PIOVESAN, 2010). Desta forma, o Brasil reconhece também, a competência dos tribunais internacionais, incorporando a responsabilidade de promover medidas legislativas e políticas para a realização do propósito de promover e garantir o respeito aos direitos humanos.

Cançado Trindade (1996) destaca a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, que está permeada de compromissos para adoção de medidas, pelos Estados-partes, para realização de seu objetivo e propósito.

Pelo artigo 2(a), os Estados Partes se comprometem inclusive a consagrar em suas Constituições nacionais ou em outra legislação apropriada o princípio da igualdade do homem e da mulher e assegurar por lei outros meios apropriados à "realização prática" desse princípio; comprometem-se a adotar todas as medidas adequadas (legislativas e outras), inclusive as sanções cabíveis, e a modificação ou derrogação de leis, regulamentos, usos e práticas, para por fim à discriminação contra a mulher (artigo 2(b), (f) e (g)); comprometem-se, ademais, a assegurar, por meio dos tribunais nacionais e outras instituições públicas, a proteção jurídica efetiva da mulher (contra todo ato de discriminação) em base de igualdade com o homem.

É um elenco longo de medidas que devem ser tomadas pelos Estados-partes no direito interno, sendo importante por em relevo o artigo 24 que trata sobre o compromisso dos Estados – “Os Estados-partes comprometem-se a adotar todas as medidas necessárias de âmbito nacional para alcançar a plena realização dos direitos reconhecidos nesta Convenção”, na tentativa de evitar qualquer omissão.

Nesse contexto, destaca Piovesan (2010) que é responsabilidade do Estado brasileiro elaborar todas as disposições de Direito interno necessárias para efetivar as liberdades e direitos previstos nos tratados de que o Brasil é parte. “A omissão estatal viola a obrigação jurídica assumida no âmbito internacional, importando em responsabilização do Estado”. Ainda, viola a Constituição Federal de 1988, já que estes direitos e liberdades estão incorporados em seu texto, conforme art. 5º, § 2º³⁹, e devem ter aplicabilidade imediata de acordo com o art. 5º, § 1º⁴⁰.

Em termos de tratados de direitos humanos os Estados-partes encontram-se obrigados a organizar seu ordenamento interno

[...] de modo que as supostas vítimas de violações dos direitos neles consagrados disponham de um recurso eficaz perante as instâncias nacionais. Esta obrigação adicional opera como uma salvaguarda contra eventuais denegações de justiça, ou atrasos indevidos ou outras irregularidades processuais na administração da justiça. Com isto ao menos ficam impedidos os governos dos Estados Partes de obstruir ações ante os tribunais nacionais (no processo de esgotamento de recursos de direito interno) para obter reparação de danos resultantes de violações dos direitos

³⁹ CF/88. Art. 5º - § 2º Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte.

⁴⁰ CF/88. Art. 5º - § 1º As normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata.

consagrados nos tratados de direitos humanos. A operação dos deveres complementares de utilização dos recursos de direito interno (pelos reclamantes) e de provimento de tais recursos eficazes (pelos Estados demandados) contribui assim para uma melhor apreciação da interação entre o direito internacional e o direito interno no contexto da proteção dos direitos humanos. (CANÇADO TRINDADE, 1996)

A fim de cumprir os compromissos assumidos diante da comunidade internacional ao aderir aos tratados e convenções internacionais de direitos humanos, é necessário o concurso dos órgãos internos do Estado, para que então os direitos previstos possam ter a devida garantia e proteção.

Apesar das normativas nacionais e dos inúmeros tratados internacionais – aos quais o Brasil tem o compromisso de respeitar, conforme exposto – que expressam orientações e normas de proteção à mulher encarcerada, a realidade é que estas não vem sendo cumpridas. Os problemas de saúde, em especial da mulher, decorrentes do cárcere, ainda não contam com uma atuação efetiva para proteção integral deste direito humano fundamental. É urgente que se pensem políticas públicas de inclusão social que visem a proteção e promoção dos direitos humanos da mulher encarcerada.

Este capítulo procurou demonstrar o estado caótico em que se encontram as instituições penais, em especial ao se tratar do cárcere feminino. A habitual e constante afronta aos direitos humanos da mulher, o desrespeito ao princípio da dignidade humana e a negligência do Estado que trata estas mulheres como homens. Também, abordou-se a legislação nacional bem como tratados e convenções internacionais aos quais o Brasil aderiu, demonstrando novamente a indiferença do Estado às previsões legislativas.

Neste viés, no próximo capítulo, tratar-se-á das políticas públicas de saúde para a mulher encarcerada no Rio Grande do Sul, fazendo um breve abordagem histórica sobre políticas públicas de saúde da mulher até, finalmente, tratar das políticas específicas no ambiente carcerário, bem como sua ineficiência.

4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA A MULHER ENCARCERADA NO RIO GRANDE DO SUL

Este capítulo é dedicado à análise das políticas públicas de saúde para a mulher encarcerada, partindo da visão do direito à saúde como direito humano fundamental e a dignidade da pessoa humana como princípio fundamental do Estado Democrático de Direito.

A Constituição Federal de 1988, ao estabelecer o conceito de saúde, o descreve como direito de todos e dever do Estado de garanti-lo através de políticas sociais e econômicas. Nota-se que o fato da mulher estar em condição de privação de liberdade não é obstáculo para que usufrua de seu direito fundamental. E mais, é de responsabilidade do Estado a realização das políticas públicas que visem a efetivação deste direito para toda a população.

Neste contexto, tratar-se-á, em um primeiro momento, das políticas públicas de saúde da mulher no Brasil em um ponto de vista mais amplo. Em seguida, a situação é inserida dentro do ambiente prisional, onde é feita uma análise acerca dos programas e estratégias governamentais que buscam a garantia de acesso integral à saúde da mulher.

Por fim, como objeto deste estudo, restringe-se o exame ao Estado do Rio Grande do Sul, dando destaque a Política Estadual de Saúde no Sistema Prisional, os enfoques em relação à saúde da mulher em privação de liberdade, bem como análise de situações como da Penitenciária Madre Pelletier, os Presídios Mistos da 5ª Região Penitenciária do Rio Grande do Sul e o Projeto de Extensão Assistência Integral à Saúde da Mulher Privada de Liberdade no Presídio de Rio Grande.

4.1 Evolução das políticas públicas de saúde da mulher no Brasil

Pode-se dizer que políticas públicas se tratam de um ramo da ciência política que objetiva entender a forma que os governos democráticos agem e o motivo pelo qual tomam determinadas decisões (Souza, 2006). Além disso, também busca perceber as melhores maneiras de atuação do governo para a melhoria social e a manutenção do Estado Democrático. Assim, é possível conceituar políticas públicas como um conjunto de respostas ao sistema político frente as demandas sociais e públicas que irão ao encontro dos destinatários; desta maneira, a criação e implementação de políticas públicas está diretamente ligada ao fazer ou não fazer

do Estado, que tem por finalidade desempenhar este papel. (HERMANY; PEREIRA, 2011).

Frente a uma sociedade diversificada e complexa, que possui marcas do multiculturalismo e da globalização, as políticas públicas devem ser implementadas com o intuito de se promover a efetivação de direitos. Deve o Estado atuar como formulador e irradiador de políticas públicas que sejam capazes de promover o Estado de bem estar conquistado ao longo do lento processo histórico em que se afirmaram os direitos sociais, desta forma, conduzindo para a busca do desenvolvimento e garantia dos direitos da população como um todo (COSTA; AQUINO, 2013).

Para a estruturação de uma política pública é necessário que sejam atendidos alguns requisitos como:

possuir base legal; corresponder aos processos antecedentes às demandas e às justificativas para o seu estabelecimento; possuir um propósito maior a ser atingido e a delimitação de sua ação política constituindo-se a base para a avaliação de seu impacto; possuir diretrizes que são as formulações que indicam as linhas de ação a serem seguidas para alcançar o propósito. (SANTOS; CABRERA; KERN, 2014)

Foi com o advento da Constituição Federal de 1988 que se teve o marco inicial da reforma estatal, objetivando promover a democratização do acesso a serviços e a participação do cidadão. Houve, desta forma, um foco nas políticas públicas no Brasil, partindo-se para a produção de ações destinadas a examinar as reais necessidades sociais. A importância do estudo das políticas públicas, do ponto de vista prático, acaba recaindo na análise do papel dos agentes políticos, dos grupos de interesses e dos cidadãos de maneira geral. (COSTA; AQUINO, 2013)

O processo de democratização do Estado brasileiro destacou os direitos sociais como garantias para a cidadania e, para este fim, estendeu a formulação e implementação de políticas e programas setoriais por segmentos populacionais, entre eles, o das mulheres. Um dos pontos mais expressivos na Constituição Federal de 1988 é a adoção de políticas públicas como meio de efetivação e concretização dos direitos fundamentais.

De fato, a constituinte teve o cuidado e o zelo de instituir políticas públicas variadas para atender o cidadão brasileiro, entre as quais se podem mencionar a política educacional, a saúde, o emprego, a habitação, o desenvolvimento sustentado, e assim vai estabelece-las para os mais diversos segmentos das necessidades humanas. (SANTOS; CABRERA; KERN, 2014)

As garantias expressas na Constituição Federal de 1988 bem como os instrumentos internacionais incorporam a garantia da igualdade entre homens e mulheres, assim, a ordem jurídica brasileira inclina-se a promover novas proposições que atualizem os conceitos e normativas, objetivando a construção de uma sociedade mais democrática e justa, favorecendo a diminuição das desigualdades, inclusive a histórica desigualdade de gênero. Esta discriminação, culturalmente construída pela sociedade, tem sido debatida de maneira ampla, tornando-se tema prioritário na elaboração de políticas públicas. (DUARTE, GROSSI, 2014)

Ao tratar de políticas públicas para a mulher, importante aspecto a ser explorado é a questão do direito à saúde e as políticas para sua proteção e efetivação. Destaca-se que o direito a saúde no Brasil, tornou-se reconhecido como direito fundamental de todo cidadão e dever do Estado em garanti-lo, com a promulgação da Constituição Federal de 1988. Os artigos 196 a 200 da Carta Constitucional revelam que o próprio constituinte definiu que o direito à saúde deve ser legitimado por meio de políticas sociais e econômicas que estejam alicerçadas nos princípios da universalidade e da igualdade de acesso a ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, devendo ser tratados como uma realidade, já que abrange todos eles concomitantemente. (COSTA; STURZA, 2011)

Neste sentido, explica Pilau Sobrinho (2003) que “o texto constitucional fala em direitos sociais e indica a saúde como um direito social; logo, é obrigação do Estado propiciar as condições mínimas de assistência à população.” Ainda questiona, [...] “o texto constitucional tem uma primazia ao assegurar esses direitos à sociedade, no entanto a realidade brasileira é completamente diversa. Serão estas políticas públicas do Estado?”

Na literatura, vários são os conceitos encontrados ao se tratar de saúde da mulher. Alguns mais restritos, abordando aspectos apenas da biologia e anatomia do corpo feminino. Já outros mais amplos que interagem com questões relativas a direitos humanos e cidadania. Neste aspecto mais restrito, o corpo da mulher é visto somente na sua função reprodutiva e a maternidade se torna seu principal atributo.

Neste caso são excluídos os direitos sexuais e as questões de gênero. (BRASIL, 2004)⁴¹.

A Política Nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes (2004), aponta as primeiras décadas do século XX como momento em que a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde, contudo, de maneira limitada, sendo a atenção voltada as demandas relativas a gravidez e ao parto. Estes programas demonstravam uma visão restrita da mulher baseada nas suas especificidades biológicas e no seu papel de mãe e doméstica, responsável pela educação, criação e cuidado com os filhos e demais familiares. Ressalta o documento, que as metas eram definidas em um nível central, sem qualquer avaliação das necessidades da população de maneira local.

Neste sentido, salienta Souto (2008) que:

Sendo o corpo feminino um lócus privilegiado de instrumentalização de sua submissão e pressão, as dimensões do cuidado com a saúde da mulher também se expressam nas intervenções voltadas para esse corpo, definidas pelo papel que a sociedade de forma hegemônica lhe impõe: mãe e reprodutora. É sob esse olhar que se institucionalizam os primeiros cuidados em saúde da mulher: saúde materna e do ciclo gravídico-puerperal, no qual a sexualidade da mulher também está restrita à sua condição de reprodução. Os estudos sobre o corpo feminino limitam-se também a esse período reprodutivo. (SOUTO, 2008)

Estes programas sofreram graves críticas do movimento feminista brasileiro devido à perspectiva reducionista com que tratavam as mulheres que tinham alguns cuidados no momento gravídico, contudo ficando sem assistência na maior parte da sua vida. Destaca-se a importância deste movimento das mulheres, que conseguiu incluir na agenda política nacional, questões que até então não detinham a atenção do governo.

As mulheres organizadas reivindicaram, portanto, sua condição de sujeitos de direito, com necessidades que extrapolam o momento da gestação e parto, demandando ações que lhes proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todos os ciclos de vida. Ações que contemplassem as particularidades dos diferentes grupos populacionais, e as condições sociais, econômicas, culturais e afetivas, em que estivessem inseridos. (BRASIL, 2004)

Nos anos 1970, no Brasil, na constituição da agenda de reforma das políticas sociais, eram perceptíveis as questões de gênero. As mulheres tiveram uma

⁴¹ Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Documento elaborado pelo Ministério da Saúde em parceria com diversos setores da sociedade, “[...] reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis.”

presença expressiva nos movimentos sociais urbanos, destaca Santos (2005) que as análises ignoraram o fato de que os mais importantes atores dos movimentos populares eram, na verdade, atrizes. A história destes movimentos é também a história da composição das mulheres como novo sujeito coletivo. Deixando a esfera privada e passando a atuar no espaço público, levam à esfera pública temas do espaço privado, como por exemplo a saúde.

Na passagem dos anos 1970 para 1980, os temas articulados pelos movimentos das mulheres, em relação às políticas públicas, coincidiam com as intenções buscadas pelos movimentos sociais em seu conjunto e

[...] dizem respeito à extensão da cidadania social e política, participação e acesso a bens e serviços públicos, entre eles, os de saúde. A discriminação de questões diretamente ligadas às mulheres envolve uma crítica à ação do Estado e à formulação de propostas de novas políticas públicas que tenham como foco a mulher. (SANTOS, 2005)

Os movimentos sociais que lutaram pelo fim do regime autoritário e pela redemocratização da sociedade, foram de extrema importância na discussão e definição das novas formas de organização e gestão das políticas públicas, especialmente as políticas sociais. A Constituição Federal de 1988 reformulou o sistema federativo brasileiro, redefiniu o papel do governo federal, que assumiu a organização das políticas públicas sociais, enquanto os municípios avocaram a maior parte da responsabilidade de execução dessas políticas. (CUNHA; CUNHA, 2002)

Ainda, importante referir que a Constituição Federal de 1988 elencou como um dos princípios fundamentais da República a dignidade da pessoa humana, consagrando a obrigatoriedade a máxima proteção da pessoa por meio de um sistema jurídico-positivo formado por direitos fundamentais e da personalidade, de forma a garantir o respeito absoluto proporcionando-lhe uma existência digna e protegida de qualquer ofensa, quer seja praticada por particular, ou mesmo pelo Estado (COSTA; STURZA, 2011), ressaltando-se aqui a saúde como direito fundamental e a obrigatoriedade do Estado na formulação e implementação de políticas públicas que possibilitem a garantia deste direito.

Sobre o tema, manifestou-se o Supremo Tribunal Federal (Recurso Especial no 267.612/2000):

O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República (art. 196). Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira

responsável o Poder Público, a quem incumbe formular – e implementar – políticas sociais e econômicas que visem a garantir, aos cidadãos, o acesso universal e igualitário à assistência hospitalar.

Durante o século XX as políticas públicas de saúde no Brasil sofreram profundas alterações, passaram de simples ações de assistência médica ao direito à saúde. Com os movimentos sociais, como o movimento feminista, na década de 1980, as mulheres passaram a manifestar suas reivindicações como direito à sexualidade e saúde, planejamento familiar, discriminação do aborto entre outras medidas entendidas na esfera da saúde pública e não do ato médico. A atenção pela temática da saúde da mulher cresceu em todo o país, nos movimentos sociais e nos espaços acadêmicos. (SANTOS, 2005)

Foi a partir de 1984 que esta concepção reducionista de saúde da mulher começou a se modificar. No Tribunal Internacional do encontro sobre Direitos Reprodutivos, em Amsterdã, 1984; na Conferência de Nairóbi, em 1985 a posição da Organização das Nações Unidas (ONU) firmou-se no sentido de que “a promoção dos direitos da reprodução é uma aquisição fundamental das mulheres para uma justa posição na sociedade” e se consolidou na Conferência do Cairo, em 1994, e na Conferência da Mulher, em Pequim, em 1995, o que representou um grande progresso na luta das mulheres por seus direitos. (SOUTO, 2008)

No Brasil, desde 1984, a operacionalização das políticas públicas em relação à saúde das mulheres foi realizada pelo Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Através de uma parceria entre feministas, profissionais da saúde e o Ministério da Saúde foram elaboradas propostas de atendimento à mulher que possibilitassem a garantia do respeito aos direitos das mulheres como cidadãs. (SANTOS, 2005). Destaca-se o movimento feminista, que como corrente de pensamento e ação social propôs, a partir da ótica das mulheres, “a releitura do biológico da saúde da mulher tomando o social como base para a intervenção”. (ROCHA, et al, 2014)

O Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher, rompeu com os princípios que norteavam as políticas de saúde da mulher e os requisitos para eleição de prioridades. Incorporou propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção.

O marco referencial do PAISM rompia com o paradigma materno-infantil, onde a mulher era vista pelo sistema de saúde como produtora e reprodutora de força de trabalho, isto é, na sua condição de mãe, nutriz e

cuidadora da prole, contrapondo-se às políticas formuladas até então, voltadas primordialmente para garantir o bem-estar dos recém-nascidos e crianças. (SOUTO, 2008)

O Ministério da Saúde também teve um papel fundamental, influenciando o Governo Federal que se posicionou na defesa do “livre arbítrio das pessoas e das famílias brasileiras em relação a quando, quantos e qual o espaçamento entre os/as filhos/as”. (PORTAL DA SAÚDE, *on line*, 2013) É um documento histórico que “incorporou o ideário feminista para a atenção à saúde integral, inclusive responsabilizando o estado brasileiro com os aspectos da saúde reprodutiva”. (PORTAL DA SAÚDE, *on line*, 2013) Assim, as prioridades foram definidas a partir das necessidades da população feminina, rompendo com o modelo materno-infantil.

O conceito de atenção integral à saúde da mulher redimensionou o significado do corpo feminino no contexto social, expressando uma mudança de posição das mulheres. Ao situar a reprodução no contexto mais amplo de atenção à saúde da mulher - vista como um todo – o PAISM rompeu a lógica que norteou as intervenções sobre o corpo das mulheres, que deixaram de ser vistas apenas como parideiras. (SANTOS, 2005)

O programa é uma organização das práticas de saúde que, desde o início intencionou trabalhar as questões do cotidiano da vida social, além das patologias ou riscos ligados a vida reprodutiva. Ele passa a desenvolver atenção à saúde da mulher levando em consideração as dimensões psicossociais integradas às biológicas, o que lhe dá um caráter especialmente democrático. (ROCHA, et al, 2014)

Com a implantação da política do SUS (Sistema Único de Saúde) e consequente municipalização e reorganização da atenção básica, na década de 1990, o PAISM ganhou força. Todavia, as ações no campo da saúde reprodutiva ainda mantinham destaque, deixando clara a visão de saúde materna nas práticas desenvolvidas. Souto (2008) destaca que algumas lacunas ainda subsistiram, como: “a atenção ao climatério e à adolescência e a própria inclusão da perspectiva de gênero e de raça/etnia nas ações a serem desenvolvidas”. Em 1995 é retomado tema da saúde da mulher na agenda governamental, após a Conferência do Cairo em 1994.

O PAISM propôs uma abordagem com ênfase no atendimento à saúde reprodutiva das mulheres no âmbito da atenção integral (ROCHA, et al, 2014). Esta integralidade significou “colocar em pauta que a saúde das mulheres precisava ser abordada em todos os ciclos de vida da mulher e não apenas no período da gravidez”. (SOUTO, 2008) Ainda, proporcionou o desenvolvimento de práticas

educativas nos serviços de saúde, a fim de abordar os cuidados com o corpo na perspectiva de fortalecimento da autonomia das mulheres.

O programa incorporou também, os princípios norteadores da reforma sanitária: descentralização, hierarquização, regionalização, equidade na atenção, bem como o princípio de participação social. Além disso,

propôs formas mais simétricas de relacionamento entre os profissionais de saúde e as mulheres, apontando para a apropriação, autonomia e maior controle sobre a saúde, o corpo e a vida. Assistência, em todas as fases da vida, clínico ginecológica, no campo da reprodução (planejamento reprodutivo, gestação, parto e puerpério) como nos casos de doenças crônicas ou agudas. O conceito de assistência reconhece o cuidado médico e de toda a equipe de saúde com alto valor às práticas educativas, entendidas como estratégia para a capacidade crítica e a autonomia das mulheres. (PORTAL DA SAÚDE, *on line*, 2013)

A inclusão de direitos sexuais e reprodutivos na assistência integral à saúde da mulher em todos os ciclos de vida é resultado da introdução do enfoque de gênero nas análises sobre a sua condição, “contribuindo com uma visão crítica do modo como as intervenções sobre o corpo da mulher a subjugavam, desrespeitando sua condição de cidadã”. (SOUTO, 2008) Essa inclusão confirma a importância de se perceber as desigualdades nas relações de gênero, resgatando as particularidades das mulheres e inova, especialmente, por definir os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos.

Ao ser considerado nas políticas de saúde, o enfoque de gênero orienta essas políticas a reconhecerem as diferenças e desigualdades existentes entre os gêneros e como elas se manifestam nas suas vivências, principalmente no processo de adoecimento e sofrimento. Incluir essa abordagem na política de saúde significa reconhecer as condições feminina e masculina como estruturantes do cuidado integral à saúde e das ações e práticas desse cuidado, sendo esse um dos caminhos para a humanização e integralidade da atenção à saúde para homens e mulheres em todas as suas fases da vida. (SOUTO, 2008)

Em 2004 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes, trazendo orientações aos gestores da saúde para identificarem demandas e necessidades das mulheres, levando em consideração a realidade local e os aspectos sociais e culturais. No exame prévio foram considerados os dados obtidos através das pesquisas desenvolvidas pela Área Técnica de Saúde da Mulher para compreender as linhas de ação desenvolvidas. Destacando-se o Balanço das Ações de Saúde da Mulher 1998-2002, o Estudo da Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil, a Avaliação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, a Avaliação dos Centros de

Parto Normal e a Avaliação da Estratégia de Distribuição de Métodos Anticoncepcionais. (PORTAL DA SAÚDE, *on line*, 2013)

Santos (2005) destaca que no atual contexto, “a política de assistência à saúde da mulher continua sendo construída”, sendo necessário uma mobilização dos agentes públicos e sociais para implementação de novas políticas públicas de saúde dirigidas às mulheres. Apesar dos avanços conquistados em torno da saúde reprodutiva das mulheres, a questão está longe de uma situação considerada aceitável. Quanto ao PAISM, a sua implementação efetiva não ocorreu em todo o território nacional, devido a inúmeros problemas de ordem político institucional.

Algumas dificuldades foram encontradas para implantação das políticas de saúde da mulher, a maioria dos municípios ainda enfrenta dificuldades políticas, técnicas e administrativas. Com o intuito de enfrentar estas dificuldades, foi editada pelo Ministério da Saúde, a Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS 2001), que “amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.” (BRASIL, 2001).

O processo de implantação e implementação do PAISM apresenta especificidades no período de 84 a 89 e na década de 90, sendo influenciado, a partir da proposição do SUS, pelas características da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e principalmente pela reorganização da atenção básica, por meio da estratégia do Programa Saúde da Família. (BRASIL, 2004)

No que se refere a saúde da mulher, o NOAS estabelece

[...] para os municípios a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino e, para garantir o acesso às ações de maior complexidade, prevê a conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais. (BRASIL, 2001)

Outro documento de relevância é o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres⁴². O PNPM tem 199 ações divididas em 26 prioridades definidas a partir

⁴² A Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR) foi criada em 1º de janeiro de 2003, com status de ministério e inaugurou um novo momento da história do Brasil no que se refere à formulação, coordenação e articulação de políticas que promovam a igualdade entre mulheres e homens. O Governo Federal deu um importante passo para a promoção dessas mudanças com a realização da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (I CNPM), em julho de 2004. A Conferência foi um marco na afirmação dos direitos da mulher e mobilizou, por todo o Brasil, cerca de 120 mil mulheres que participaram, diretamente, dos debates e apresentaram as propostas para a elaboração do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.

dos debates da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres⁴³. Uma das quatro linhas de atuação que orientam as ações do Plano é a que se refere a saúde da mulher, direitos sexuais e direitos reprodutivos em que destaca-se os seguintes objetivos:

1. promover a melhoria da saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliar o acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, em todo território brasileiro; 2. garantir os direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres; 3. contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem qualquer forma de discriminação; 4. ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (SUS).

Tratando-se de um plano de ação, apresenta os passos⁴⁴ para alcançar os objetivos bem como as prioridades⁴⁵, traduzindo uma preocupação e atenção à saúde da mulher interagindo com questões relativas a direitos humanos, cidadania e dignidade, com o objetivo de um atendimento integral a saúde.

⁴³ Realizada em julho de 2004, em Brasília. O processo de construção desta Conferência envolveu cerca de 120 mil mulheres que participaram das plenárias estaduais, municipais e regionais realizada em todo país. As propostas da Conferência subsidiaram a elaboração do Plano Nacional que passou a orientar as políticas públicas desenvolvidas pelo Governo Federal e a nortear as realizadas pelos governos estaduais e municipais.

⁴⁴ 1. implantar, com equipes de Saúde da Família (SF), em um município de cada região do país, a atenção qualificada às mulheres com queixas clínicoginecológicas, com especial atenção à raça e etnia; 2. implantar projetos pilotos de modelo de atenção à saúde mental das mulheres na perspectiva de gênero, em 10 municípios com Centros de Atenção Psicossocial (CAPs); 3. implementar, através do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, em um município de cada região do país, ações voltadas aos agravos à saúde das trabalhadoras do campo e da cidade; 4. implantar a atenção integral à saúde da mulher índia em 10% dos pólos básicos; 5. habilitar 35% dos estados que têm presídios femininos, para a Atenção Integral à Saúde das mulheres encarceradas; 6. ampliar as ações de Planejamento Familiar, garantindo a oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis para 60% da população de mulheres em idade fértil, usuárias do SUS, em todos os municípios com equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou que tenham aderido ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN); 7. reduzir em 5% o número de complicações de abortamento atendidas pelo SUS; 8. reduzir em 15% a mortalidade materna no Brasil, considerando a meta estabelecida no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado em março de 2004, pelo Governo Federal; 9. reduzir em 3% a incidência de Aids em mulheres; 10. eliminar a sífilis congênita como problema de saúde pública; 11. aumentar em 30% a cobertura de Papanicolau na população feminina de risco (35 a 49 anos); 12. aumentar em 30% o número de mamografias realizadas no País.

⁴⁵ 1. estimular a implantação, na Atenção Integral à Saúde da Mulher, de ações que atendam as necessidades específicas das mulheres nas diferentes fases de seu ciclo vital, abrangendo as mulheres negras, as com deficiência, as índias, as encarceradas, as trabalhadoras rurais e urbanas e as de diferentes orientações sexuais, contemplando questões ligadas às relações de gênero; 2. estimular a implementação da assistência em Planejamento Familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, na perspectiva da atenção integral à saúde; 3. promover a atenção obstétrica, qualificada e humanizada, inclusive a assistência ao abortamento em condições inseguras para mulheres e adolescentes, visando reduzir a mortalidade materna, especialmente entre as mulheres negras; 4. promover a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e de infecção pelo HIV/Aids na população feminina; 5. reduzir a morbimortalidade por câncer cérvico-uterino e de mama na população feminina; 6. revisar a legislação punitiva que trata da interrupção voluntária da gravidez.

Vale lembrar que a Declaração dos Direitos Humanos traz explícito o direito à saúde como forma de alcançar melhor padrão de vida, situando-o, portanto como instrumento de acesso à cidadania. E neste sentido, é dever do Estado promover a sua proteção através de políticas públicas capazes de garantir acesso à saúde a toda população.

É interessante citar, o compromisso assumido pelos governos dos Estados do Rio Grande do Sul, Paraná, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul, que, através da Resolução n.º 1104/2011, criaram a Comissão Permanente de Políticas para as Mulheres do Conselho de Desenvolvimento e Integração Sul - CODESUL com o objetivo de tratar de questões relacionadas com o tema, integrada pelas Secretarias e/ou Coordenadorias Estaduais que tratam das questões de gênero/raça nos quatro Estados do CODESUL e outras entidades afins. (CODESUL, 2011)

Esta Comissão é um marco do compromisso dos governos dos Estados no combate à violência contra as mulheres ao mesmo tempo que objetiva reforçar os princípios do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres como a maior participação e a garantia de direitos. É uma estratégia importante na medida que pretende, através da união de forças do Estados, a construção de políticas e programas “que estimulem os órgãos governamentais e a sociedade civil na defesa da igualdade de direitos, enfrentamento à violência, desenvolvimento econômico, político e social das mulheres”. (PARANÁ, 2012) O Regimento Interno da Comissão tem a finalidade de integrar os organismos oficiais de políticas para as mulheres dos Estados do Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul, “exercendo gestão estratégica e compartilhada, visando estruturar, desenvolver e promover políticas de gênero, com a perspectiva étnica/racial, de forma integrada”. (PARANÁ, 2012)

Da análise de todos os argumentos expostos, nota-se que, no plano teórico de assistência integral à saúde da mulher, existe um inegável avanço na abordagem, contudo, mesmo diante desse avanço, o cotidiano do setor saúde demonstra descontinuidades e falhas, avanços e retrocessos. No primeiro plano trata-se da busca da garantia de atendimento integral, entretanto na prática, as ações dos programas ainda são fragmentadas e não repercutem na melhoria do atendimento das mulheres.

Os programas ainda reproduzem, tal como o sistema de saúde durante toda a nossa história republicana, modelos de assistência à saúde, cujo meio reprodutor é mais autoritário que participativo, mais emergencial que duradouro, mais numérico que qualitativo. (SANTOS, 2005)

No mesmo sentido, destaca Souto (2008) que a importância e os avanços que a Política Nacional de Atendimento Integral à Saúde da Mulher representa ao inserir os setores femininos fundamentais, como as trabalhadoras rurais, lésbicas, indígenas e as mulheres do sistema prisional, são reconhecidos. Porém, as estratégias propostas continuam relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, e a autora lança a pergunta: “a integralidade da atenção à saúde da mulher restringe-se aos direitos sexuais e reprodutivos? Com certeza, não!” Acredita-se que é necessário direcionar as políticas aos direitos de cidadania, objetivando uma melhoria na qualidade da saúde, através de um entendimento entre as políticas públicas do país, numa perspectiva política e social, com pressupostos de transformação da sociedade através da conscientização, reflexão crítica e política, para que seja possível a implementação de novas propostas de cuidado com a saúde da mulher.

Os aspectos até aqui expostos, são discutidos pensando na mulher que usufrui de liberdade física e jurídica, contudo a realidade das mulheres em privação de liberdade é desconhecida. Há de se levar em conta que, para estas mulheres o acesso à informação é mais difícil, e dentro do ambiente carcerário, pode acabar por ter tolhidos seus direitos fundamentais, como é o caso da saúde. Diante disso, é fundamental o estudo sobre o que se tem feito para garantir o acesso à saúde dessas mulheres, e neste viés se desenvolverá o próximo tópico.

4.2 Políticas Públicas de saúde direcionadas à mulher encarcerada

Pessoas em cumprimento de penas privativas de liberdade mesmo que sofram preconceito e discriminação, evidentemente não perdem sua condição de seres humanos, sendo assim, sempre deverão ser invocados os direitos humanos e os direitos constitucionalmente previstos a fim de assegurar e resguardar o princípio da dignidade da pessoa humana.

Porém, quando o tema da criminalidade e penalização está relacionado à mulher, a intolerância e a segregação é mais grave,

tanto pelas expectativas sociais que as envolvem (por serem filhas, irmãs, mães e esposas) quanto pela ausência de políticas públicas especialmente dirigidas ao encarceramento feminino cujo cumprimento de pena é destituído de dignidade, respeito humano e possibilidade de atingir quaisquer que sejam suas finalidades. (MENEZES; VERONEZE, 2011)

Como afirmado em item anterior, ao se tratar de saúde da mulher, na história da Saúde Pública, esta tem sido discutida pensando na mulher livre, e não na população feminina encarcerada. Partindo da perspectiva da universalidade dos direitos humanos, Nunes Júnior (2004) afirma que “todo ser humano, só por sê-lo, tem direito de acesso ao sistema público de saúde”, o direito à saúde consiste no fundamento básico para que haja dignidade humana.

Tal acesso, contudo, há de se dar em compasso com o princípio republicano, que proíbe tratamento diferenciado aos cidadãos. Só o acesso igualitário assegura a correta distribuição dos recursos públicos na área da saúde, promovendo, portanto, a equidade no sistema” (NUNES JÚNIOR, 2004).

A saúde é um direito de toda a população, incluindo as mulheres privadas de liberdade, conforme o expresso na Constituição federal de 1988, em seu art. 196 que estabelece o conceito institucional de saúde: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido por 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”. (MOURÃO, et al, 2015) Nota-se que, além de ser um direito humano fundamental, o direito à saúde é um dever do Estado, é sua a responsabilidade de realização de políticas públicas que visem a efetivação deste direito para toda a população,

[...] tornando, para além disso, o particular credor de prestações materiais que dizem com a saúde, tais como atendimento médico e hospitalar, fornecimento de medicamentos, realização de exames, enfim, toda e qualquer prestação indispensável para a realização concreta deste direito à saúde.” (SARLET, 2001)

Amorim, Dornelles e Rudnik (2013) destacam que o “Estado não pode deixar de estender as políticas públicas para cumprimento do dispositivo constitucional à população privada de liberdade”, pois mesmo nesta situação seu direito à saúde não foi excluído. Assim, em virtude dos dispositivos de documentos internacionais, da Constituição Federal de 1988 bem como da Lei de Execução Penal, entende-se que o direito de acesso à saúde também é conferido à população carcerária “como forma de implementar e buscar a consolidação dos direitos das pessoas privados de liberdade, sempre seres humanos”. (AMORIM; DORNELLES; RUDNIK, 2013)

A saúde, hoje, é compreendida como um fenômeno multidimensional que envolve os mais variados aspectos: biológicos, psicológicos, físicos, sociais,.. E entende que a doença sofre influência do meio social, emocional e cultural onde acontece, de modo que as condições onde as pessoas nascem, vivem, trabalham determinam a condição de saúde. Deste modo, as condições, o ambiente onde as pessoas privadas de liberdade estão inseridas podem determinar suas condições de saúde. “Cabe ao Estado realizar ações coordenadas e coerentes entre si para preservar o ambiente e a própria saúde da mulher presa”. (SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA, 2013)

Nos princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher está determinada a assistência à mulher negra, indígena, rural, com deficiências, e, entre outras, a assistência à saúde da mulher privada de liberdade (BRASIL, 2007). Entretanto, a saúde da mulher no sistema prisional ainda é pouco discutida nas práticas de saúde e investigações científicas.

Diante desta situação e para garantir o atendimento de saúde da população carcerária, os Ministérios da Saúde e da Justiça instituíram o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, por meio da Portaria Interministerial no 1.777, de setembro de 2003, garantindo que o direito à cidadania se efetive na perspectiva dos direitos humanos (BRASIL, 2004). Nas diretrizes desse plano, é recomendada, entre outras ações, uma assistência integral resolutiva, contínua e de qualidade à população penitenciária, bem como a redução de danos e agravos que atingem esta população. (BRASIL, 2004).

Para Rocha et al (2014), o PNSSP representa um avanço para o País já que, pela primeira vez, a população prisional é objeto de uma política de saúde específica, que torna possível o acesso a ações e serviços de saúde. Cooperar para a promoção da saúde das pessoas privadas de liberdade, para Rocha et al (2014) é mais do que uma responsabilidade do Estado, “representa uma missão e um desafio para profissionais de saúde e cidadãos que acreditam numa sociedade sem excluídos”. Nota-se de fundamental importância que a atenção básica deva ser prestada nos estabelecimentos prisionais por profissionais de diferentes categorias ligadas à área da saúde.

Na Portaria Interministerial, que institui o Plano, ficou estabelecida a necessidade de: assistente social, enfermeira, médico, auxiliar/técnico de

enfermagem, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário, psicóloga/o e, também, de um ginecologista. Esta equipe deve agir em conjunto com os profissionais ligados à segurança (diretores, agentes penitenciários, profissionais ligados ao direito, entre outros), com os Representantes de Conselhos da Comunidade e demais entidades de Direitos Humanos e de representações sociais que atuam neste seguimento. (BRASIL, 2007a)

Mourão et al (2015) esclarecem acerca das linhas de ação de saúde propostas pelo Plano:

[...] o controle e tratamento da tuberculose e a proteção dos sadios; o controle da hipertensão arterial e da diabetes mellitus; o tratamento de dermatoses, especialmente a hanseníase; e a atenção à saúde bucal e à saúde da mulher. Na atenção à saúde da mulher encarcerada prioriza-se o pré-natal, o controle do câncer de colo de útero e de mama, além de diagnóstico, aconselhamento e tratamento de DST (abordagem sindrômica), imunizações, realização de planejamento familiar e atenção à saúde mental.

Ao se tratar da população carcerária feminina, Viafore (2005) informa que, o número de mulheres presas não é expressivo dentro do sistema prisional e, conseqüentemente há uma menor preocupação com esta parcela da população. Apesar disso, é significativo o aumento dessa população nos últimos anos se comparado com o masculino, “ao mesmo tempo em que a disparidade entre o número de pessoas privadas de liberdade e a capacidade dos presídios, tanto femininos quanto masculinos, tem se destacado”. (PÍCOLLI; et al, 2014)

O Anuário Brasileiro de Segurança Pública, em 2015, apontou que o Brasil possuía uma população carcerária de 579. 423, sendo 32.657 mulheres. No Rio Grande do Sul, este número perfaz um total de 1.614 mulheres e 28.059 homens (BRASIL, 2015). A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher – Convenção de Belém do Pará (1994) –reconheceu expressamente a condição específica de vulnerabilidade a que estão submetidas as mulheres encarceradas e determinou uma especial atenção e consideração que os Estados devem dar a este grupo de mulheres. (LEIVAS, et al, 2011)

As pesquisas sobre a saúde da mulher no sistema prisional brasileiro, ainda são reduzidas. Pícolli et al (2014) destacam um estudo feito em 2010 na penitenciária feminina de Porto Alegre – RS, que identificou: “[...] elevado grau de comorbidade⁴⁶ psicopatológica, transtorno de estresse pós-traumático e depressão”.

⁴⁶ Comorbidade (também conhecida com a designação de duplo diagnóstico) é um conceito

Já outro estudo, feito na penitenciária feminina do Espírito Santo que investigou a saúde sexual e reprodutiva, constatou elevada incidência de “doenças sexualmente transmissíveis (DST) e do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV)”. Nos estabelecimentos prisionais, as questões estruturais, com superlotação, falta de ventilação, precariedade da estrutura, são fatores que contribuem de maneira direta para o agravamento da saúde das presas.

Nessas unidades, as ações de saúde ainda estão centradas no modelo curativo, que reduz o cuidado de saúde ao diagnóstico e ao tratamento das doenças e não prioriza as atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças. Por outro lado, a Lei de Execução Penal (LEP) estabelece o direito da mulher privada de liberdade no sistema prisional à atenção integral à saúde e à disponibilidade de estrutura especializada para acolhê-la quando gestante ou parturiente. Destaca-se, ainda, que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) estabelece a diretriz da atenção à saúde integral resolutiva, contínua e de qualidade, com valorização nas ações preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Tais ações devem ser ofertadas pelas equipes de saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS) definidas no território ou pelas Equipes de Saúde no Sistema Prisional, sendo que as demais ações e serviços de saúde devem estar previstos e pactuados na Rede de Atenção à Saúde. (PÍCOLLI; et al, 2014)

Outro estudo importante, realizado em penitenciária do Estado de São Paulo evidenciou que a epidemia de AIDS chamou a atenção para a questão de gênero. Houve um aumento de casos mais acentuado no sexo feminino na última década. Para Rocha et al (2014), estando confinada e acessível, a população prisional feminina “deveria receber uma abordagem orientada para a detecção e tratamento de doenças e identificação de fatores de risco, fundamentada por ações de educação e aconselhamento”. Percebe-se que os problemas de saúde que decorrem do isolamento, não são alvo de ações concretas que possibilitem a assistência de forma integral e efetiva. É fundamental a estruturação e implementação de políticas públicas de inclusão social que atentem para a garantia e promoção dos direitos humanos da mulher privada de liberdade, e, assim, uma reestruturação do modelo assistencial para que possam ser atendidas as necessidades desta parcela da população.

Infelizmente, as prisões configuram-se como “espaços físicos e representações concretas em que o Estado consolida e legitima uma lógica de pseudo-cuidado” (BRAUNSTEIN, 2007). Conseqüentemente, as condições de saúde

relativamente novo, desenvolvido por especialistas da medicina interna, que corresponde à associação de pelo menos duas patologias num mesmo paciente. <http://www.caminhoscomplementares.blogspot.com.br>.

das mulheres encarceradas ainda são pouco discutidas no Brasil, fato este que revela a importância de se investigar a temática, tendo em vista que,

[...] a população sob esta custódia reflete importância epidemiológica e sanitária ao país. Embora a saúde das mulheres seja pouco investigada em ambientes prisionais, é possível perceber que as mesmas pertencem a grupos vulneráveis para doenças e agravos ao estado de saúde, desta forma desvelando que a atenção à saúde carcerária deve ser repensada. (SILVA; RIBEIRO, 2013)

A questão da saúde da mulher dentro do sistema penitenciário é a mais dramática, já que não há uma política específica para o atendimento desta parcela da população carcerária que a “considere como sujeito de direitos inerentes a sua condição de pessoa humana, e muito particularmente, às suas especificidades advindas das questões de gênero” (OLIVEIRA, et al, 2011?). O que se percebe é uma histórica omissão dos poderes públicos, que se manifesta na falta de políticas públicas que sejam capazes de cuidar das necessidades de saúde que aparecem no cotidiano das prisões.

Dados do Departamento Penitenciário Nacional, em 2014, informam acerca das condições específicas das mulheres encarceradas: existem 1.204 mulheres com agravos transmissíveis dentro do sistema prisional, equivalendo a 5,3% da população prisional feminina (excetuando a população do estado de São Paulo, não informada neste quesito). Entre as mulheres com agravos transmissíveis, quase 47% são portadoras do HIV e 35% são portadoras de sífilis, em relação aos homens, a incidência do HIV é menor (28% dos homens presos que têm agravos transmissíveis) e há, em contrapartida, uma maior concentração de tuberculose (26,6% dos homens contra 4,8% das mulheres com agravos transmissíveis). (DEPEN, 2014) Estes dados revelam a importância da atenção à saúde da mulher dentro do sistema penitenciário, dando destaque a saúde sexual.

Desta maneira, não é possível admitir que a saúde sexual e reprodutiva da mulher no sistema prisional não esteja incluída nas ações necessárias ao atendimento integral. Deve ser garantido a estas mulheres, por exemplo, o fornecimento de produtos mínimos de higiene, como papel higiênico e absorvente íntimo, além de preservativos femininos, como medida preventiva e de garantia de Direitos Humanos. (BRASIL, 2007a)

Considerando que a saúde é um verdadeiro direito de cidadania e um princípio

fundamental do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário⁴⁷, as ações de saúde, neste âmbito, deveriam ser mais difundidas e exercidas por uma rede de profissionais qualificada para o apoio da população carcerária feminina.

Em vista de propostas continuadas de ampliação de vagas no sistema prisional masculino, a formulação de programas para assistência integral do preso em geral, acaba sendo deixada em segundo plano. Especialmente em relação ao universo feminino, e os seus direitos relativos à implementação de cuidados à gestante e à parturiente, cumprimento de pena em estabelecimento compatível, direito à amamentação e creche; ficam ainda mais difíceis tendo em vista a “cultura predominante de frequente desrespeito à estrutura legal vigente, sobretudo quando ela se refere à atribuição de direitos a segmentos populacionais menos favorecidos”. (MENEZES; VERONEZE, 2011)

Gonçalves, Coelho e Vilas Boas, (2010) salientam que para que haja um efetivo e adequado atendimento ao direito fundamental à saúde da mulher presa, recomenda-se

que esse serviço esteja a cargo das Secretarias Estaduais e Municipais de(a) Saúde, devendo ficar subordinados a tal Secretaria os agentes de saúde e, ainda, poderá ela celebrar convênios com Universidades ou quaisquer outros segmentos da Administração Pública direta e indireta visando melhor e mais ampla assistência às mulheres em situação de prisão. É indispensável a inclusão das detentas no SUS (Sistema Único de Saúde), medida a ser cumprida no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Justiça, para garantir atenção à assistência integral à saúde da população carcerária. A promoção e a assistência à saúde em geral deve se dar mediante formação de equipes multidisciplinares que devem atuar dentro dos presídios. É imprescindível que se estabeleça rotina anual para realização de exames papanicolau para todas as presas e mamografia para presas acima de 30 anos.

⁴⁷ Como ações específicas à Saúde da Mulher privada de liberdade, preconizadas no Plano estão: a realização de pré-natal, controle do câncer cérvico-uterino e de mama, com as seguintes metas: • Implantação, em 100% das unidades penitenciárias, de ações para detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama; • Implantação, em 100% das unidades penitenciárias, de ações para diagnóstico e tratamento das DST/AIDS; • Implantação, em 100% das unidades penitenciárias, da assistência à anticoncepção; • Implantação, em 100% das unidades penitenciárias que atendem à população feminina, da assistência ao pré-natal de baixo e alto risco no primeiro ano do Plano; • Implantação da imunização das gestantes em 100% das unidades penitenciárias; • Implantação de assistência ao puerpério em 100% das unidades penitenciárias; • Implantação, em 100% das unidades penitenciárias, de ações educativas sobre pré-natal, parto, puerpério, anticoncepção, controle do câncer cérvico-uterino e de mama e doenças sexualmente transmissíveis; Garantia do encaminhamento para tratamento das mulheres com câncer cérvico-uterino e de mama atendidas em 100% das unidades penitenciárias; • Garantia do acesso das gestantes, em 100% das unidades penitenciárias, ao atendimento de intercorrências e partos. Esta política pública já elaborada pelo Ministério da Saúde em parceria com Ministério da Justiça/DEPEN demonstra o quanto é importante à sensibilização e parceria com os Estados e municípios para que as mulheres privadas de liberdade possam ter o direito à saúde assegurado. (BRASIL, 2007a)

É necessário que as formas repressivas e discriminatórias sejam substituídas por políticas adequadas de reinserção, em especial nos casos de dependentes químicas, doenças sexualmente transmissíveis e saúde mental. Ainda, “há que se avaliar a necessidade de uma política de redução de danos no sistema prisional”. Como meio de humanização no enfrentamento à dependência química, deve ser ofertada à população carcerária, a possibilidade de tratamento ambulatorial e hospitalar. Por fim, é necessário que a população carcerária feminina seja incluída no SUS, garantindo assim que “a cidadania dessas mulheres se efetive na perspectiva dos direitos humanos”, conforme determinado pelo Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. (GONÇALVES; COELHO; VILAS BOAS, 2010)

Apesar da tentativa nacional de humanização e ampliação no atendimento à saúde da mulher presa, Moreira e Souza (2014) alertam para o fato de que estas mulheres, em sua maioria, sequer conhecem o serviço implantado, bem como as ações desenvolvidas pelas equipes multidisciplinares, o que deixa o serviço limitado ao enfoque curativista.

Outro fator interessante, trazido por Menezes e Veroneze (2011) refere-se a desproporção na aplicação da pena destinada às mulheres, “sobretudo, no que diz respeito à condição de invisibilidade atinente às questões sociais, afetivas, familiares e comunitárias das mulheres presas que o Estado, por negligência e omissão, as impinge”. Já que, além de não atender as necessidades básicas da população carcerária em geral, volta sua atenção, quando muito, a expansão física dos estabelecimentos prisionais masculinos, e isto se dá porque possuímos um sistema jurídico punitivo e as formas de controle social previstas por ele aprofundam ainda mais as desigualdades de gênero vividas pelas mulheres na sociedade brasileira.

Dessa forma, nota-se que a mulher encarcerada sofre, simultaneamente, com a privação da liberdade e a frágil assistência dos serviços em saúde, que estão previstos em lei, contudo pouco percebidos no cotidiano das prisões. Para Moreira e Souza (2014) é fundamental o desenvolvimento de ações contínuas e sistematizadas que atendam as necessidades clínicas e subjetivas das mulheres presas. “Tornar essas internas reféns de um planejamento rígido e puramente racional não interferirá no existir dessas mulheres dentro do sistema penitenciário”. É importante que o direito à saúde integral da mulher seja resguardado através de um

sistema de justiça e segurança que atue conjuntamente com as demais políticas sociais como educação, trabalho, assistência social, etc.

Neste viés, a Cartilha da Mulher Encarcerada (2015) soma-se aos outros tantos documentos que preveem os direitos da presa:

Você tem direito à assistência material. Deve receber, sempre que necessite, roupas, cobertas, alimentação adequada, material de higiene e limpeza, além de produtos de uso pessoal, suficientes para que não seja posta em risco sua saúde e integridade física ou moral. Você também tem direito à assistência à saúde, respeitadas as peculiaridades da sua condição feminina. Assim, além da assistência pelo clínico geral, caso precise de ginecologista, obstetra, psiquiatra ou psicólogo, deve ser atendida. Você tem direito à atenção básica à saúde, incluindo programas educativos de prevenção a doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Se você já se submetia, antes da prisão, a acompanhamento médico ou a uso de medicação tem o direito de continuar o seu tratamento. (CNJ, 2015)

Além do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, outras duas resoluções do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária estão centradas na preservação da saúde de homens e mulheres em estabelecimentos prisionais. A primeira é a nº 7, de 2003, alterada pela Resolução nº 6, de 2006, que estabelece Diretrizes Básicas para as Ações de Saúde nos Sistemas Penitenciários, determinando a adoção de medidas para prevenção e controle de doenças. Já a segunda, Resolução nº 2, de 2008, propõe diretrizes básicas para a condução de presos durante o atendimento à saúde e condições mínimas de segurança para sua realização. (AMORIM; DORNELLES; RUDNIK, 2013)

Menezes e Veroneze (2011) salientam que as diretrizes da atual Política Criminal e Penitenciária, traçadas entre as décadas de 1980 e 1990, deveriam estar em consonância com a Constituição Federal brasileira e a Legislação cogente, com o Programa Nacional de Direitos Humanos que em conformidade com as Regras Mínimas estabelecidas pela ONU para tratamento do preso deveriam se tornar as diretrizes do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária do Ministério da Justiça. Assim, através de uma ação conjunta entre Estados e sociedade, políticas públicas seriam direcionadas para o atendimento desta parcela vulnerável da sociedade, que sofre além da privação da liberdade, prejuízos à sua saúde frente a indiferença na formulação políticas que garantam seus direitos.

A título de exemplo de projetos e políticas desenvolvidas a nível estadual, pode-se citar o estado de São Paulo através da constituição do Manual de Diretrizes e Políticas em Atenção à Mulher Presa, que foi desenvolvido no âmbito da

Secretaria da Administração Penitenciária – SAP. Este Manual é o resultado da execução do Projeto Mulher Presa: perfil e necessidades - uma construção de diretrizes, da Coordenadoria de Reintegração Social e Cidadania, desde meados de 2008.

Para que os direitos de acesso à saúde da mulher presa sejam garantidos nas Unidades Prisionais (UPs) as equipes técnico-operativas (tanto das UPs quanto do Sistema Único de Saúde - SUS, e/ou Centros de Referência de Assistência Social - CRAS, e/ou Centros de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS) deverão

[...] em atuação conjunta e ordenada, organizar o atendimento das mulheres presas que necessitar, providenciando o tratamento adequado e efetivo para o problema alegado conforme prescrição médica, devendo ser mantido controle sobre a evolução ou involução do(s) quadro(s) clínico(s) a partir de protocolos multiprofissionais. Cabe ressaltar a importância do tratamento atento, acolhedor e livre de preconceitos a ser prestado por todos os/as profissionais envolvidos/as no atendimento às necessidades de recuperação da saúde da mulher em situação de privação de liberdade. (SÃO PAULO, 2013)

O Projeto Mulher presa: perfil e necessidades, teve como proposta fortalecer as ações do Estado no aprimoramento de políticas públicas e ações propositivas que possam “impactar tanto o período de cumprimento de pena das mulheres quanto o processo de reintegração social”. Possui como diretriz a consolidação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional Feminino - prevendo a inclusão da população penitenciária no Sistema Único de Saúde - SUS, “garantindo que o direito à cidadania se efetive na perspectiva dos direitos humanos”. Tem como política o estabelecimento de Rede de Proteção e Assistência Social que se viabiliza através de convênios ou de relações de parceria com organizações que trabalham com esta problemática. “O estabelecimento de convênios e de redes de serviços e de informações é essencial na exequibilidade da política”. (SÃO PAULO, 2013)

No estado do Paraná, a Secretaria de Estado da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos (SEJU), traz importantes informações sobre o atendimento da saúde das apenadas, com ambulatorios específicos para assistência médica clínica e ginecológica, localizados dentro das unidades, a SEJU presta assistência integral à mulher, respeitando peculiaridades físicas e emocionais do sexo feminino.

A rede de Atenção Integral à Saúde Materna e Infantil no Sistema Penal conta com as referências: Hospital e Maternidade Angelina Caron e Hospital Infantil Pequeno Príncipe, respectivamente. As mulheres que estão abrigadas nos estabelecimentos penais femininos gerenciadas pela

SEJU/DEPEN recebem assistência médica clínica e ginecológica nos próprios ambulatórios das unidades penais, que estão equipadas conforme a Portaria Interministerial nº. 1.777/2003. O médico clínico e o ginecologista são do quadro próprio da SEJU/DEPEN, com carga horária de 20 horas semanais para atendimento nas 03 (três) unidades. As ações realizadas são de Atenção Básica à Saúde e os encaminhamentos especializados são referenciados junto à rede SUS. Conforme as diretrizes do Programa de Saúde da Mulher da SESA, os exames de preventivo de câncer de colo uterino são coletados na unidade penal e encaminhados às Secretarias Municipais de Saúde de Curitiba, Piraquara e Pinhais. É realizada uma média anual de 390 exames preventivos do câncer de colo uterino. As mulheres que necessitam de mamografia e ecografia mamária são agendadas para a rede SUS, através da Central de Marcação de Consultas Especializadas da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. (PARANÁ, 2012)

O Núcleo de Estudos e Pesquisas Sobre Ensino e Questões Metodológicas em Serviço Social (NEMESS) do Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) ao publicar o relatório da primeira fase da pesquisa sobre “O sistema prisional feminino e a questão dos Direitos Humanos: um desafio às Políticas Sociais” apontou algumas questões de elevada relevância, entre elas:

- Geralmente as mulheres cumprem suas penas em cadeias provisórias, deste modo, sem qualquer tipo de atendimento necessário, especialmente quanto às condições de saúde e às suas especificidades, dada a ausência de atendimento médico e assistência ginecológica continuada;
- As presas passam da categoria ‘agente’ para a categoria ‘paciente’, em vista do descaso com os direitos individuais proclamados, nacional e internacionalmente; que é acentuado pelo preconceito a que estão submetidas pois representam a negação do ideal moral feminino; o que as torna alvo de repúdio explícito, de segregação e introjetam o sentimento de que não são merecedoras de perdão ainda que reconheçam a infração e acabam interiorizando vergonha ou estigmatização moral;
- A ideia de que cometer uma infração deixa a mulher incapacitada para suas aptidões de mãe, esposa, não favorece o restabelecimento da autoestima;
- A ineficácia das políticas de ressocialização e trabalho, das quais se tem notícias. (MENEZES; VERONEZE, 2011)

Estes, entre tantos outros aspectos, apontam para o fato de que as políticas de saúde e de ressocialização, na vivência das mulheres encarceradas são ineficientes ou mesmo inexistentes em alguns casos. Vale lembrar que a saúde é um conceito multidimensional, compreendendo tanto os fatores relativos a cura das enfermidades, quanto um ambiente saudável para que estas mulheres tenham a possibilidade de retornar ao convívio social e familiar.

Os exemplos de políticas de saúde da mulher presa citados dos estados de São Paulo e Paraná, demonstram que há uma intenção de se garantir o acesso integral à saúde, contudo, este universo ainda é esquecido pelas políticas públicas.

É fundamental dar visibilidade às mulheres encarceradas e às dificuldades enfrentadas por elas no que se refere ao acesso à saúde mínima e garantia de seus direitos de cidadania. Este universo feminino e este ambiente impermeável ao respeito da dignidade humana deve ser conhecido para que políticas públicas específicas possam ser formuladas e implementadas de forma a garantir o direito humano fundamental à saúde.

Tendo em vista que o Brasil é um país bastante grande, com diferenças sociais e culturais relevantes, o próximo tópico tem a intenção de aproximar a temática, de forma que tratar-se-á das políticas públicas de saúde da mulher encarcerada no Rio Grande do Sul.

4.3 A ineficácia das Políticas Públicas de atenção à saúde da mulher encarcerada no Estado do Rio Grande do Sul

O crescente número de mulheres privadas de liberdade e egressas demanda o desenvolvimento de políticas públicas voltadas ao cuidado e à ressocialização. Entendendo que o isolamento favorece e agrava muitas doenças, é de extrema importância que se garanta o pleno acesso das mulheres em situação de prisão ao sistema público de saúde.

Hoje os presídios brasileiros são enormes bolsões de doenças infecto-contagiosas, como a tuberculose. Além da tuberculose, doenças como DST/Aids, pneumonia, dermatose, hepatite, diabete, hipertensão também são comuns no ambiente dos presídios femininos. (BRASIL, 2007a)

Como sustentado em tópico anterior, as pessoas que estão em situação de privação de liberdade, seja qual for sua transgressão, mantêm todos os direitos fundamentais (com exceção do direito à liberdade), incluindo o acesso a serviços de saúde física e mental. “A minimização das diferenças entre a vida intramuros e a extramuros é fundamental para a redução das iniquidades e a universalização do acesso à saúde”. (BRASIL, PORTAL DA SAÚDE, 2014) Ainda, válido lembrar, que a saúde é um direito humano fundamental declarado na Constituição Federal de 1988, “a saúde como direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). Sendo assim, estar em situação de prisão não impede que se efetive o direito constitucional de acesso à saúde.

Como visto, a fim de dar conta das perversidades em saúde sofridas pela população prisional ao longo das décadas, o Governo Federal, através dos

Ministérios da Saúde e da Justiça, instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), através da portaria Interministerial nº 1.777/2003. (BRASIL, 2003)

O Brasil conta com 18 estados qualificados ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, onde são desenvolvidas ações de saúde em unidades prisionais, conforme diretrizes do SUS e regulamentação da Portaria Interministerial n.º 1.777/2003. O instrumento fundamental no processo de qualificação do Estado ao PNSSP é o Plano Operativo Estadual, que tem como objetivo estabelecer metas, gerais e específicas, dos Estados, com vistas a promover, proteger e recuperar a saúde da população prisional. (BRASIL, PORTAL DA SAÚDE, 2014)

O POE é instrumento de planejamento para a implantação de uma política, mas tem como objetivos também, a elaboração e o desenvolvimento de uma proposta para atuação em parceria entre órgãos/entidades públicas, sociedade civil, academia, entre outros. No POE devem constar ações que visem estimular a municipalização da gestão da saúde no sistema penitenciário, de acordo com as diretrizes do SUS. (BRASIL, PORTAL DA SAÚDE, 2014)

O Rio Grande do Sul é um dos 18 Estados qualificados ao PNSSP e definiu uma Política Estadual de Saúde no Sistema Prisional com ações articuladas em rede, sendo a gestão compartilhada entre a Secretaria Estadual de Saúde (SES), Secretaria da Segurança Pública (SSP/SUSEPE), Secretarias Municipais de Saúde e Ministério da Saúde.

A Política Estadual de Atenção Integral à Saúde no Sistema Prisional da SES/RS organizou seu próprio modelo de gestão e de financiamento, bem como criou uma rede de atenção à saúde à população carcerária, integrada às ações e aos serviços do SUS-RS, iniciativa inovadora no Brasil. No RS, as equipes foram criadas a partir do movimento de municipalização da gestão das equipes de saúde prisional, assim

os gestores municipais assumem a gerência da atenção básica nas unidades prisionais, contratam os técnicos necessários e não disponíveis nos estabelecimentos prisionais e cadastram a Unidade de Saúde Prisional no cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. (JESUS; LERMEN, 2013)

A intenção é que a unidade de saúde prisional componha a rede de saúde do município e seja ampliado o acesso à saúde para a população prisional do município.

As equipes são compostas por profissionais de variadas áreas, tendo no mínimo médico, dentista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, psicólogo e assistente social, que devem atuar nas unidades de saúde dos estabelecimentos prisionais, e desenvolver ações de atenção básica. Entre estas ações estão: controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão, controle da diabetes mellitus, ações de saúde bucal, ações de saúde da mulher; acrescidas de ações de saúde mental, DST/AIDS, repasse da farmácia básica e realização de exames laboratoriais. (BRASIL, PORTAL DA SAÚDE, 2014)

O Rio Grande do Sul conta com 22 equipes de saúde prisional. Aproximadamente 50% da população prisional total estão contempladas pelas ações das equipes de saúde prisional. Dentre estas, 13 equipes atendem mulheres privadas de liberdade, garantindo acesso à saúde de cerca de 40% das mulheres detidas no Estado. (JESUS; LERMEN, 2013)

O Juiz da Vara das Execuções Criminais e Fiscalização dos Presídios de Porto Alegre, Sidinei Brzuska, destaca que as mortes ocorridas no sistema prisional da região metropolitana, decorrem, na grande maioria, de doenças respiratórias ou oportunistas, de causas tratáveis, 72% morre antes dos 40 anos, e 88% morre antes dos 50 anos. (AMORIM; DORNELLES; RUDNIK, 2013) Nota-se que, sendo em sua maioria causas tratáveis, é fato que existindo um atendimento à saúde do preso, muitas mortes seriam evitadas.

O aumento da população carcerária feminina, fenômeno nacional observado nas últimas décadas, também atingiu o Estado do Rio Grande do Sul, de forma que para os municípios que já aderiram ao PNSSP, estão sendo planejadas pela SES/RS em parceria com a divisão de saúde da SUSEPE, ações com ênfase na linha de cuidado de promoção integral à saúde da mulher.

Estas ações envolvem as equipes de saúde prisional e as redes de saúde municipais, para que possam dar conta das principais demandas de saúde das usuárias que se encontram no sistema prisional. Estas ações estão sendo estruturadas, pois as mulheres têm necessidades de saúde específicas, principalmente com relação à saúde reprodutiva e saúde mental. Tais necessidades variam de acordo com a idade da mulher e a situação na qual se encontra e devem suscitar um conjunto de estratégias de ampliação do acesso à saúde pela gestão e pelos profissionais de saúde. (JESUS; LERMEN, 2013)

Grande parcela das mulheres que estão cumprindo pena nos presídios do Rio Grande do Sul está em idade reprodutiva, possui baixa escolaridade e quando em

liberdade exercem atividades de baixa remuneração. Destaca-se, ainda, que nos últimos anos o encarceramento de mulheres tem sido proporcionalmente três vezes maior que o encarceramento masculino, no panorama nacional encontram-se, geralmente, “reclusas em cadeias ou unidades para presas provisórias, destinadas à espera do julgamento, sendo que estes estabelecimentos não possuem estrutura adequada a um espaço de cumprimento de pena”. (BRASIL, PORTAL DA SAÚDE, 2014)

Acerca das estruturas adequadas para cumprimento de pena, Chies (2011) enfatiza que as mulheres encarceradas na 5.^a Região Penitenciária do Rio Grande do Sul⁴⁸ tem a percepção de estarem muito mais num presídio masculino que aloja mulheres, do que num presídio misto.

A precarização dos espaços destinados às mulheres se manifesta de formas distintas e peculiares a cada estabelecimento. O argumento da segurança é o principal para justificar restrições às encarceradas. Trata-se, entretanto, de uma paradoxal “proteção” uma vez que, confinadas aos espaços precarizados dos presídios masculinos, conotações possíveis do termo exposto(a) nos permitem associa-lo às mulheres encarceradas na 5.^a Região Penitenciária do Rio Grande do Sul. É a condição feminina, e suas presenças através da feminilidade de mulheres concretas [...] num ambiente masculino e masculinizado que as expõe a ataques à subjetividade, bem como de estratégias de manutenção de afetos, seguranças e perspectivas de saúde/sanidade. Estão expostas, colocadas em evidência e se tornam visíveis, ainda que em minoria, por serem fêmeas e femininas, desejadas e desejantes, em ambientes nos quais as restrições dos desejos convivem com poderes e estratégias que só os fazem mais necessários à sobrevivência. (CHIES, 2011)

Os aspectos expostos demonstram, conforme abordado em capítulo anterior, que o ambiente carcerário é feito por homens e para homens, de forma que as mulheres acabam por perder sua identidade feminina, e as questões de discriminação de gênero são aprofundadas.

Jesus e Lermen (2013) enfatizam que do ponto de vista do processo histórico-social, houve um distanciamento entre as políticas públicas sociais e as políticas penitenciárias, como se estas não fossem compatíveis, sendo que o Estado sempre teve como prioridade as ações repressivas e muito menos ações sociais para garantia do direito à saúde, educação, trabalho. Para as autoras, muitos avanços foram conquistados em saúde a partir do PNSSP, porém, as mulheres presas ainda demandam uma maior atenção “pois as prisões historicamente não são espaços que consideram as especificidades de gênero”. No Rio Grande do Sul, além da Política

⁴⁸ A 5^a Região Penitenciária do Rio Grande do Sul abrange os municípios de Santa Vitória do Palmar, Jaguarão, Rio Grande, Pelotas, Canguçu e Camaquã.

Estadual de Saúde no Sistema Prisional, alguns projetos se destacam pelo enfoque de gênero.

Um deles é o Projeto: Saúde da mulher, na Penitenciária Modulada de Ijuí. O Projeto tem como objetivo fazer o acompanhamento em vários aspectos da saúde da mulher encarcerada, onde são feitos atendimentos em grupo e individuais para esclarecimentos sobre “planejamento familiar, uso de preservativos e anticoncepcionais e demais informações, sendo distribuídos os materiais descritos”. (RIO GRANDE DO SUL, 2011) Além disso, são realizados exames preventivos de mama e citopatológicos⁴⁹, com esclarecimentos acerca do tema. Nota-se que o foco ainda continua sendo a saúde sexual e reprodutiva, sem uma maior atenção a integralidade de acesso à saúde.

Com o objetivo de ampliar as ações de saúde para as mulheres encarceradas, a gestão de saúde prisional do Rio Grande do Sul discutiu diversas propostas, dentre elas:

1. Construção de fluxos para gestantes no pré-natal, parto puerpério no Hospital Presidente Vargas (Porto Alegre): o pré-natal é realizado pelos profissionais das equipes de saúde. O parto é realizado no HPV, que possui ala especial para as gestantes oriundas do sistema prisional. É importante esclarecer que no RS, as gestantes presas que dão a luz durante o período de cumprimento de pena podem ficar com os filhos até eles completarem um ano de vida. A condição para que os bebês permaneçam no cárcere durante este período é a de que a instituição penal possua uma unidade materno-infantil. Até o momento, o Estado tem três prisões que atendem a esta exigência: a Penitenciária Estadual Feminina de Guaíba, o Instituto Penal Feminino de Porto Alegre e a Penitenciária Feminina Madre Pelletier.
2. PIM no sistema prisional: A SES/RS (Política Estadual de Saúde Prisional e Programa Primeira Infância Melhor – PIM) vem articulando com a Secretaria da Segurança Pública – SUSEPE, para que as gestantes, mães e crianças da PFMP sejam contempladas em um projeto piloto do PIM no sistema prisional.
3. Inclusão da população prisional na Rede Cegonha (RC): em dezembro de 2011, o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça incluíram a população do sistema prisional no RC. A proposta do RS é que todos os municípios que aderiram à RC no Estado incluam as mulheres gestantes que estão presas em suas ações. No RS, dos 60 municípios que possuem população prisional feminina, apenas dois não aderiram à Rede Cegonha (RC).
4. Parceira com o Instituto da Mama no Rio Grande do Sul (IMAMA) – para a realização de mamografias em mulheres acima de 40 anos, através do aparelho móvel de mamografia. (JESUS; LERMEN, 2013)

No município de Rio Grande/RS, uma parceria foi instituída entre a Coordenadora do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município e o Programa de Extensão Viver

⁴⁹ Exame citopatológico: Método utilizado para a análise morfológica que permite o estudo das alterações de células isoladas e/ou em pequenos grupos. As amostras podem ser obtidas por raspagem, descamação natural ou por aspiração. (CENTRO DE PATOLOGIA E CITOLOGIA, <http://www.cpcmt.com.br/procedimentos/index.asp?id=10>)

Mulher, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande – FURG, e se processa na forma do Projeto de Extensão “Assistência Integral à Saúde da Mulher Privada de Liberdade”⁵⁰. O objetivo é proporcionar assistência integral à saúde da mulher, compreendendo ações clínico-ginecológica e educativa, (assistência pré-natal, parto e puerpério); bem como o acompanhamento dos problemas presentes em todas as fases da mulher; objetivando elevar a qualidade de vida e saúde das mulheres privadas de liberdade, “mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde”. (LEIVAS, et al, 2011) Esta parceria pode ser um meio de diminuir a mortalidade feminina dentro do sistema penitenciário, especialmente quando se tratam de causas evitáveis, já que promovem o atendimento em todas as fases do ciclo de vida das mulheres sem nenhuma discriminação.

Importante destacar que o atendimento à saúde na Penitenciária Feminina Madre Pelletier e no Presídio Central de Porto Alegre, acontece dentro do Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional. A primeira, inaugurada em 1949, era, até abril de 2011⁵¹ a única do estado do Rio Grande do Sul que abrigava, exclusivamente, mulheres. (AMORIM; DORNELLES; RUDNIK, 2013) Na CPI do Sistema Prisional de 2008, apesar do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário já ter sido criado, diversas irregularidades foram constatadas bem como o descumprimento das leis e normas que tratam da assistência à saúde da presa. “Sujeira, baratas e ratos são companhias constantes das mulheres. [...] Em celas destinadas a 2 presas, se espremem 10 internas. A falta de médicos e a precariedade do atendimento à saúde são constantes.” (BRASIL, 2009)

Não havia exames médicos, o kit de higiene era insuficiente. Outra descoberta interessante: 40% das mulheres eram vítimas de violência doméstica antes de serem encarceradas. Algumas delas, inclusive, eram obrigadas pelo marido a traficar. (QUEIROZ, 2015)

Em 2011, quando da adesão ao PNSSP, a situação de assistência à saúde da mulher presa neste estabelecimento apresentou melhoras devido a implantação de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), com uma equipe de saúde composta por médicos de diversas especialidades. (AMORIM; DORNELLES; RUDNIK, 2013) O

⁵⁰ “O Projeto de Extensão Assistência Integral à Saúde da Mulher Privada de Liberdade se processa por meio de consultas de enfermagem individuais às detentas do Presídio Estadual do Rio Grande (PERG), desenvolvida pela Coordenadora do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, da Secretaria Municipal da Saúde, juntamente com extensionistas voluntárias que são acadêmicas da Escola de Enfermagem da FURG. (LEIVAS, et al, 2011)

⁵¹ Em 2011 passou a funcionar também a Penitenciária Feminina de Guaíba.

Rio Grande do Sul voltou à vanguarda dos presídios femininos no Brasil. Um ambulatório invejável foi instalado, com ginecologia, nutricionista, dentista, psicóloga, clínico geral e enfermeira, e ainda, 90% das detentas trabalham ou estudam. Queiroz (2015) enfatiza que até mesmo um programa de microcrédito foi criado para ajuda-las a ter uma fonte de renda legal para quando estiverem em liberdade.

É possível afirmar que a situação do atendimento à saúde, no Presídio Feminino Madre Pelletier, foge ao padrão de outras casas prisionais, para Amorin, Dornelles e Rudnik (2013) pode até ser considerado como referência no atendimento de saúde às mulheres privadas de liberdade. Contudo, muitos problemas ainda subsistem, tendo em vista que

A maioria desses programas apenas começou a ser implantado e ainda não há como medir seus resultados, mas a administração do presídio acredita que, com o tempo, verá diminuir a taxa de reincidência. Naturalmente, a penitenciária ainda tem muitos problemas, como celas abafadas, sujas e sem ventilação, um ambiente dominado por ratos e as horríveis revistas vexatórias. Mas sente-se ali um clima de evolução que, infelizmente, separa o Madre Pelletier, neste momento, da história do resto do Brasil. (QUEIROZ, 2015)

Percebe-se que o Estado do Rio Grande do Sul vem gradualmente se responsabilizando pela garantia da saúde da mulher presa com significativos avanços alcançados. Porém, sob a perspectiva das questões de gênero, “a ampliação das ações em saúde das mulheres em situação de prisão parece identificada apenas às condições biológicas, focalizando nas questões ginecológicas ou na maternidade”. (JESUS; LERMEN, 2013) Não obstante a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher prever a atenção à mulher em situação de prisão, a promoção à saúde das mulheres nestes casos é reduzida a ações de prevenção e controle de DST, HIV/AIDS. Compreende-se que a população carcerária feminina necessita de ações específicas que garantam seus direitos de forma mais abrangente, com foco no princípio constitucional da dignidade da pessoa humana.

Fazem-se necessária a incorporação de estratégias na perspectiva da integralidade, próximas das experiências vivenciadas pelas mulheres, como também, pelos profissionais de saúde que atuam nas Unidades de Saúde e lidam com as peculiaridades locais. Nessa perspectiva, o corpo feminino ganha dimensão que extrapola o biológico e nele circunscreve estereótipos e vivências que vão expressar ao longo da vida das mulheres, mundo afora, sua submissão e opressão, como também, potencialidades e modos de resistência. Aproximar as ações de saúde no sistema penal às questões de gênero (tão negligenciadas no cárcere) é um avanço importante, que deve

ser pensado e articulado pelos gestores da saúde prisional. (JESUS; LERMEN, 2013)

Chies (2011) abordando os presídios “masculinamente mistos” da 5.^a Região Penitenciária do Rio Grande do Sul, trata de mais uma questão interessante no universo carcerário feminino que é a desigualdade de acesso aos direitos entre homens e mulheres. “No trabalho prisional – importante elemento para as populações encarceradas, [...] – as mulheres mais uma vez aparecem, de forma concreta e simbólica, secundadas”. Ainda, a demora para se alcançar o que é de direito – “demora que se transforma em carga e sobrecarga de dores prisionais, haja vista que a expressão “matar o tempo” possui conotações com peso específico para os ambientes prisionais” – permite notar que a justiça proporciona tratamentos desiguais a homens e mulheres.

Nossa única conclusão viável é no sentido de que não existem Presídios Mistos na 5.^a Região Penitenciária do Rio Grande do Sul. Existem, na mais positiva das interpretações, presídios masculinos que passaram, objetivamente, a receber/encarcerar mulheres: Presídios Masculinamente Mistos... entretanto, até esta interpretação encerra eufemismo; aqui – no sul do Rio Grande do Sul – as mulheres estão presas em Presídios de Homens... na prisão dentro da prisão. (CHIES, 2011)

Entende-se que variadas são as questões envolvendo a situação da mulher encarcerada no Rio Grande do Sul, desde a discriminação de gênero até a ausência de políticas públicas que promovam de maneira efetiva o seu direito fundamental à saúde.

Com a implantação de equipes de saúde nos estabelecimentos prisionais do RS, percebe-se uma melhora no acesso à saúde, todavia, ainda falta um olhar mais atento com a saúde da população carcerária feminina. Ações para garantir melhores condições de vida tanto dentro quanto fora das prisões devem ser ampliadas, “com estratégias de atenção integral à saúde feminina, maior inserção no mercado de trabalho, promoção de atividades educacionais, consolidação de ações de assistência social e maior envolvimento de movimentos sociais em ações nos presídios femininos”. (JESUS; LERMEN, 2013) Não é mais possível que o Estado e a sociedade deem as costas para estas mulheres. Trata-se, aqui, de um direito humano fundamental que deve ser acessível a todos, independente de sua situação jurídica, cabendo ao Estado a promoção de políticas públicas para sua garantia integral.

Em realidade os encaminhamentos político-criminais e penitenciários – acaso queiram avançar em sendas de redução das perversidades e de

potencialização de práticas humano-dignificantes – se devem dirigir em outro sentido; este, pautado essencialmente na premissa de redução ao máximo das práticas de encarceramento – haja vista os inerentes efeitos perversos das instituições prisionais e o antagonismo destas em relação a qualquer perspectiva de estabelecimento ou reprodução de condições mínimas de sociabilidade saudável –, e no compromisso de respeito (também em seu grau máximo possível) da integridade física e psico-social dos(as) encarcerados(as), o que implica em se dimensionar os ambientes prisionais à estruturas físicas, dotadas de recursos humanos qualificados, condizentes com a preservação maximizada de identidades e integridades (físicas, psicológicas, morais). (CHIES, 2011)

Como demonstrado, o Estado do Rio Grande do Sul apresenta certo avanço no cuidado com a saúde da mulher privada de liberdade, contudo, ainda persistem, no interior dos estabelecimentos, discriminação, isolamento, solidão, falta de oportunidade de trabalho e estrutura mínima para que seja garantida a dignidade humana. Acredita-se que os primeiros passos foram dados, mas o caminho é longo, e enquanto o Estado continuar com sua premissa de criminalização e encarceramento, deverá também promover uma mínima qualidade de vida saudável para estas mulheres, daí a importância das políticas públicas.

CONCLUSÃO

No decorrer da presente pesquisa, foram efetuadas análises acerca da situação atual da saúde das mulheres que estão em privação de liberdade no sistema penitenciário do Rio Grande do Sul, assim como sobre a atuação do Estado, por meio de políticas públicas, para garantia deste direito fundamental.

Inicialmente, a fim de situar o leitor no objetivo central do trabalho, foram feitas observações na perspectiva dos Direitos Humanos, envolvendo a mulher e o direito à saúde nas normativas nacionais e internacionais. Tratou-se dos Direitos Humanos Fundamentais, destacando seu fundamento no princípio da dignidade da pessoa humana, apresentando uma breve notícia histórica sobre sua proteção. Percebeu-se a construção dos Direitos Humanos como um processo inacabado, sendo que sua evolução está aberta ao surgimento de novos direitos bem como a novas interpretações e transformações dos já existentes, sempre tendo a dignidade humana como princípio fundamental tanto no âmbito nacional como internacional.

Constatou-se a árdua luta das mulheres na conquista de seus direitos, a evolução do seu papel na sociedade, a influência dos movimentos de reivindicação de direitos na Constituição Federal de 1988, além de importantes fatos históricos que contribuíram para que a mulher saísse das sombras e tomasse seu lugar ativamente na sociedade. Percebeu-se a Constituição Federal de 1988 como um marco no que se trata de Direitos Humanos das mulheres e ao reconhecimento de sua cidadania, ainda, este processo lento de conquista de direitos é sempre marcado por lutas e mobilizações, e o movimento feminista teve grande importância na medida que promoveu iniciativas para ampliar os espaços políticos, sendo destacado, neste trabalho, a Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos.

E neste viés, abordou-se a saúde como direito humano fundamental à todas as pessoas, a sua proteção expressa nas normativas internacionais bem como seu reconhecimento na Constituição Federal de 1988 que responsabiliza o Estado pela sua garantia através de políticas públicas extensivas à toda população. Sendo o direito à saúde indissociável do direito à vida, trataram-se questões referentes a conceituação e caracterização da saúde – ponto essencial para este trabalho –

concluindo-se que saúde não é apenas a ausência de doença, mas envolve diversos fatores ligados também a qualidade de vida e bem-estar do ser humano.

Posteriormente, adentrou-se na discussão acerca da responsabilidade do Estado em promover a garantia de acesso à saúde à mulher privada de liberdade. Neste ponto, objetivou-se revelar a gravidade da situação a qual estão submetidas as pessoas reclusas. Procurou-se demonstrar a forma como o sistema carcerário é capaz de dilacerar o ser humano, levando-o no caminho oposto ao da reinserção social. A partir da perspectiva de direitos humanos e dignidade humana, foi feita uma análise sobre o sistema punitivo e a maneira como perpetua a exclusão social. especificamente sobre a mulher, foi possível observar que a discriminação sofrida no seio da sociedade é transportada para o interior do mundo do cárcere, contudo de maneira mais gravosa e violenta.

Representando a minoria no universo carcerário, nota-se que a mulher é invisível aos olhos do Estado e da sociedade. Não existe uma preocupação específica em atender suas particularidades, resultando em uma dupla ou tripla penalização, ou seja, isolada pelo delito cometido, ainda é afastada do convívio familiar (muitas vezes abandonada por eles, na maioria dos casos os parceiros são os primeiros a abandoná-las), é tratada como se homem fosse dentro dos estabelecimentos prisionais, perdendo sua identidade feminina, por fim, o estigma de ser “criminosa”, dificultando ou mesmo impedindo que retome sua vida, seu trabalho e sua família após o cumprimento de sua pena.

Neste contexto, percebeu-se a grave situação da saúde desta mulher, e retomando a ideia de saúde como direito humano fundamental à toda população – e de responsabilidade do Estado – observou-se, através da análise da legislação, que não se trata de ausência de leis, mas, talvez, de vontade política. Fato é que se apresenta fundamental que estas previsões legislativas sejam realmente efetivadas e o direito à saúde da mulher encarcerada se realize de maneira integral, o que somente será possível com a promoção e implementação de políticas públicas específicas que atendam esta parcela da população.

Assim, o capítulo final foi dedicado às políticas públicas de saúde para a mulher no sistema penitenciário do Rio Grande do Sul. Após contextualizar as políticas públicas de saúde da mulher, apresentando conceituação e aspectos históricos, que foram de extrema relevância para o estudo do tema, observou-se a

maneira como o estado do Rio Grande do Sul tem enfrentado esta matéria. Delimitou-se espacialmente a presente pesquisa ao estado do RS tendo em vista a extensão do território nacional e as diferentes culturas que compõem nossa sociedade, bem como por se tratar de uma realidade mais próxima.

Notou-se que, a Constituição Federal de 1988, quando estabeleceu o conceito de saúde, determinou como direito de todos, de modo que o fato de estar privada de liberdade não retira da mulher este direito fundamental. Além disso, é clara a responsabilidade do Estado em garantir este direito, através de políticas públicas. Ocorre que, em termos de sistema penitenciário, vislumbra-se um desinteresse tanto por parte do Estado como da própria sociedade, em tratar estes problemas. É como se esta mulher fosse invisível, ou seja, a partir do momento que cometeu o delito e adentrou o sistema penitenciário, deixou de ser vista como um ser humano, não basta a pena propriamente dita ser cumprida, ela ainda é isolada, ignorada, tratada como se fosse homem, deixando claro o brutal sistema de exclusão social e discriminação de gênero.

Verifica-se que a legislação é clara ao estabelecer tratamento diferenciado à mulher, contudo, por se tratar da minoria da população carcerária, não há preocupação com as especificidades da reclusa. As políticas públicas de saúde são pensadas para a mulher em liberdade, sendo que o universo do cárcere ainda não se tornou alvo de ações eficazes que possibilitem a garantia deste direito.

As mulheres em cumprimento de penas privativas de liberdade sofrendo preconceito e discriminação, não perdem sua condição de seres humanos, sendo assim, sempre deverão ser invocados os direitos humanos e os direitos constitucionalmente previstos a fim de assegurar e resguardar o princípio da dignidade da pessoa humana.

Percebeu-se que o estado do Rio Grande do Sul apresenta certo avanço no cuidado com a saúde da mulher privada de liberdade, com a implantação de equipes de saúde nos estabelecimentos prisionais, contudo, ainda persistem outras questões envolvendo a situação da mulher encarcerada como discriminação de gênero, isolamento, solidão, falta de oportunidade de trabalho e estrutura mínima para que seja garantida a dignidade humana e ausência de políticas públicas que promovam de maneira efetiva o seu direito fundamental à saúde.

Tratando a saúde conforme o viés abordado no início deste trabalho, que não está restrito a ações de cura e sim engloba diversos fatores referentes a qualidade de vida e bem-estar, os planos e programas desenvolvidos no Estado não são eficientes na medida que estão restritos a saúde sexual da mulher. A mulher não pode ser vista como aparelho reprodutor, o acesso à saúde deve ser integral atendendo os mais variados aspectos da vida. Percebe-se uma falta de políticas públicas concretas que reconheçam a mulher como sujeito de direitos, bem como atendam as suas particularidades referentes às questões de gênero.

O encarceramento da mulher tem consequências diferentes quando comparada com o homem, além da ausência do Estado em atender a população carcerária de modo geral, ainda não se vislumbra políticas públicas capazes de atender as especificidades de uma população carcerária feminina. O Estado deveria promover um tratamento especializado, a fim de garantir as mulheres os direitos que lhe são assegurados pelas normas nacionais e internacionais, contudo o que se percebe, é que a mulher encarcerada não é apenas privada de seu direito de ir e vir, e sim de todos os seus demais direitos que não deveriam ser afetados.

A elaboração deste estudo possibilitou o surgimento de diversas questões de alta relevância. Tratar da universalidade dos direitos humanos, da discriminação de gênero, de um sistema penitenciário falido, um verdadeiro “depósito de seres humanos”, ou uma “lixreira humana”, local onde os indesejáveis são isolados, pergunta-se: em que momento esta mulher perdeu sua condição de ser humano ao ponto de não merecer respeito aos seus direitos nem mesmo às condições mínimas de vida digna? Partindo da ótica da universalidade dos Direitos Humanos, qual é a motivação para deixar a mulher privada de liberdade sem proteção?

A situação atual da mulher encarcerada intensifica as marcas da desigualdade de gênero, as quais a mulher já se encontra submetida na sociedade brasileira. O descaso do Estado com a saúde da mulher afronta não apenas normativas internacionais, mas também a própria legislação nacional e a Constituição Federal, que reconhece um rol de direitos e garantias à pessoa privada de liberdade.

Em suma, atendendo ao problema proposto neste trabalho, vislumbrou-se que as políticas, planos e projetos dedicados a defesa do direito à saúde da população carcerária feminina, além de raros, podem ser considerados ineficazes, uma vez que não atendem as especificidades da mulher, e em outros casos estão restritos ao

tratamento da saúde sexual. Diante disso, propõem-se uma atitude proativa do Estado a fim de assegurar efetivamente o Direito Humano Fundamental à saúde da mulher encarcerada, o que somente será possível através de políticas públicas de inclusão social. Basta de exclusão, esta mulher precisa ser vista pelo Estado e pela sociedade como um ser humano titular de direitos e dignidade.

REFERÊNCIAS

ALVES, José Augusto Lindgren. **Arquitetura internacional dos direitos humanos**. São Paulo: FTD, 1997.

AMORIM, Andressa De Ávila; DORNELLES, Cássia Juliana Vargas; RUDNIK, Dani. **A saúde no sistema penitenciário de Porto Alegre**. Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/502930>>. Acesso em: 10 out. 2015.

ARTUR, Angela Teixeira. **Presídio de Mulheres**: as origens e os primeiros anos de estabelecimento. São Paulo, 1930/1950. ANPUH. XXV Simpósio nacional de história, Fortaleza, 2009.

BAEZ, Narciso Leandro Xavier.; BARRETO, Vicente. **Direitos humanos e globalização**. In: BAEZ, Narciso Leandro Xavier.; BARRETO, Vicente. **Direitos humanos em evolução**. Joaçaba: Ed. Unoesc, 2007.

BARRETTO, Vicente de Paulo. **Reflexões sobre os direitos sociais**. In: SARLET, Ingo Wolfgang. (org.) **Direitos fundamentais sociais: Estudos de direito constitucional, internacional e comparado**. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

BAUMAN, Zygmunt. **Globalização: as consequências humanas**. Trad. Marcus Penchel. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

BEAUVOIR, Simone de. **O segundo sexo**. Tradução de Sérgio Milliet. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

BECCARIA, Cesare. **Dos Delitos e das Penas**. 2 ed. Tradução de Antônio Carlos Campana. São Paulo: Bushasky. 1978.

BERNADI, Silvia Waltrick. **A dignidade humana e o direito fundamental à saúde**. In: BAEZ, Narciso Leandro Xavier.; BARRETO, Vicente. **Direitos humanos em evolução**. Joaçaba: Ed. Unoesc, 2007.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Falência da pena de prisão**. São Paulo: RT, 1993.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Capus, 1992.

BRASIL, **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2015**. Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2015.

BRASIL, **Comissão Parlamentar de Inquérito do Sistema Carcerário**. CPI sistema carcerário. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados.– Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2009.

BRASIL, **Constituição Federal de 1988**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 13 ago. 2014.

BRASIL, **Grupo de trabalho interministerial – Reorganização e reformulação do Sistema prisional feminino**. Relatório final. Secretaria de políticas públicas para as mulheres. Ministério da Justiça, 2007a.

BRASIL, **Lei 7.210, de 11 de julho de 1984**. Institui a Lei de Execução Penal. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7210.htm>. Acesso em: 13 ago. 2014.

BRASIL, **Lei 11.340 de 07 de agosto de 2006**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>. Acesso em 22 out. 2014.

BRASIL, **Mulheres encarceradas**. Diagnóstico Nacional: consolidação dos dados fornecidos pelas unidades da Federação. Ministério da Justiça, Departamento Penitenciário Nacional, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência a Saúde**. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001.

BRASIL, **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. Portaria Interministerial nº 1.777 de 09 de novembro de 2003. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL, **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, **Portal da saúde**. 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=9953&Itemid=542>. Acesso em: 18 nov. 2015.

BRASIL, **Relatório de visitas de inspeção**. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. 2012. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/data/Pages/MJE9614C8CITEMIDA5701978080B47B798B690E484B49285PTBRNN.htm>>. Acesso em: 18 set. 2015.

BRASIL, **Resolução n 14, de 14 de julho de 1994**. Regras Mínimas para Tratamento de Presos no Brasil. Disponível em:<<file:///C:/Users/STI-154/Downloads/1994resolu14.pdf>>. Acesso em 22 set. 2014.

BRAUNSTEIN, H. R. **Mulher encarcerada**: trajetória entre a indignação e o sofrimento por atos de humilhação e violência. 2007. 174p. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo.

CAMPOS, Amini Haddad.; CORRÊA, Lindinalva Rodrigues. **Direitos humanos das mulheres**. Curitiba: Juruá, 2012.

CAMPOS, Carmen Hein de. (org.) **Da guerra à paz – Os direitos humanos das mulheres. Instrumentos internacionais de proteção**. Porto Alegre: THEMIS – Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero, 1997.

CANÇADO TRINDADE, Antônio Augusto. **Direito internacional e direito interno: sua interação na proteção dos direitos humanos**. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/introd.htm>>. Acesso em: 17 out. 2015.

CANOTILHO, J. J. Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição**. Coimbra: Almedina, 1998.

CARNELUTTI, Francesco. **As Misérias do Processo Penal**. 1ª Ed. Campinas: Russell, 2008.

CEJIL; GRUPO DE ESTUDOS E TRABALHO MULHERES ENCARCERADAS. **Relatório para OEA sobre mulheres encarceradas no Brasil**. 2007. Disponível em: <<http://www.asbrad.com.br>>. Acesso em: 25 jun. 2014.

CERNEKA, Heidi Ann. **Homens que menstruam**: considerações acerca do sistema prisional às especificidades da mulher. Revista Veredas do Direito. Escola Superior Dom Helder Câmara: Belo Horizonte, 2009. Disponível em: <<http://www.domhelder.edu.br/revista/index.php/veredas/article/view/6>>. Acesso em: 06 out. 2015.

CHIES, Luiz Antônio Bogo. **A prisão dentro da prisão**: uma visão sobre o encarceramento feminino na 5ª Região Penitenciária do RS (sínteses). XV Congresso Brasileiro de Sociologia. Curitiba – PR, 2011.

COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

_____. **Fundamento dos direitos humanos**. Artigo apresentado ao Instituto de Estudos Avançados da USP, 1997. Disponível em: <<http://www.iea.usp.br/publicacoes/textos/comparatodireitoshumanos.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2015.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Cartilha da mulher presa**. 1ed. 2015.

CONSELHO PERMANENTE DE DESENVOLVIMENTO E INTEGRAÇÃO SUL – CODESUL. **Comissão permanente de políticas públicas para as mulheres**. Porto Alegre, 2011.

CONVENÇÃO AMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/sanjose.htm>>. Acesso em: 22 set. 2014.

COSTA, Ana Cláudia. **Abandono, a pena mais sofrida de mulheres nas prisões do Rio**. 2015. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/rio/abandono-pena-mais-sofrida-de-mulheres-nas-prisoas-do-rio-16313782>>. Acesso em: 28 set. 2015.

COSTA, Marli M. Moraes da; STURZA, Janaina Machado. **O princípio da dignidade humana**: instrumento de subsídio para a consecução do direito a saúde. In: COSTA, Marli Marlene Moraes da; STURZA, Janaina Machado; RICHTER, Daniela. Direito, cidadania e políticas públicas. Curitiba: Multideia, 2011.

_____; AQUINO, Quelen Brondani de. **A função das políticas públicas na efetivação de direitos**: uma abordagem sobre o exercício da

democracia participativa. In: CUSTÓDIO, André Viana; COSTA, Marli Marlene Moraes da; STAHLHOFER, Iásin Shaffer (org.). *Direitos humanos Constituição e políticas públicas*. Curitiba: Multideia, 2013.

CUNHA, Edite da penha.; CUNHA, Elenora Schettini M. **Políticas públicas sociais**. In: CARVALHO, Alysso [et al]. (org.) **Políticas públicas**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.

DALL'AGNOL, Jefferson. **A ineficácia das políticas públicas de ressocialização dos reeducandos e sua viabilidade na perspectiva do capital social e poder local**. Produção científica. PPGD – MESTRADO. 2011.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **Direitos humanos e cidadania**. São Paulo: Moderna, 1998.

DEL PRIORI, Mary. **Mulheres no Brasil Colonial**. São Paulo: Editora Contexto, 2000.

DELDUQUE, Maria Célia. **A construção do direito à saúde no Brasil rumo ao sistema único de saúde**. In: MARTINI, Sandra Regina.; BILANCIA, Francesco. (orgs.) **O direito à saúde na União Européia e no MERCOSUL**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2014.

DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL (DEPEN). **Levantamento Nacional de informações Penitenciárias – INFOPEN Mulheres**. Ministério da Justiça, 2014.

DIAS, Felipe da Veiga.; COSTA, Marli M. M. da. **Sistema punitivo e gênero: uma abordagem alternativa a partir dos direitos humanos**. 1ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

DOTTI, René Ariel. **Bases e alternativas para o sistema das penas**. São Paulo: RT, 1998.

DUARTE, Ana Maria Almeida.; GROSSI, Patrícia Krieger. **Serviços especializados de atendimento à mulher no Rio Grande do Sul e a complexidade da Rede de Atendimento à Mulher em situação de violência**. In: GROSSI, Patrícia Krieger; ROSEK, Marlene. (org.). **Políticas públicas na perspectiva de gênero e promoção da igualdade racial: diálogos interdisciplinares**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2014.

FERREIRA FILHO, Manuel Gonçalves. **Direitos humanos fundamentais**. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

FLEURY, Ligia Giovanella. **Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise**. In: EIBENSCHUTZ, Catalina. (org.) **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

FOUCAULT, Michel. **A verdade e as formas jurídicas**. Trad. Eduardo Jardim e Roberto Machado. Rio de Janeiro: Nau, 2013.

_____. **Vigiar e Punir**. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. Trad. Dante Moreira. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GOMES, Maria Tereza Uille. **Atenção especial às mulheres e de forma especial as encarceradas**. Disponível em: <<http://www.iddeha.org.br/blog/wp-content/uploads/2012/01/artigo-maria-tereza.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2015.

GOMES, Viviane Cristina Donini. **Crianças no cárcere**. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Direito do Centro Universitário Ritter dos Reis, Canoas, 2011.

GONÇALVES, Betânea Diniz; COELHO, Carolina Maria Simões; VILAS BOAS, Cristina Campolina. **Mulheres em situação de privação de liberdade: vida na prisão e perspectivas futuras**. Relatório Final de Pesquisa, apresentado ao FIP PUCMINAS/2010 e a Subsecretaria de Administração Prisional do Estado de Minas Gerais - SUAPI/Secretaria de Estado de Defesa Social de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2010.

GORCZEVSKI, Clóvis. **Direitos humanos: dos primórdios da humanidade ao Brasil de hoje**. Porto Alegre: Imprensa Livre, 2005.

_____. **Direitos humanos, educação e cidadania: conhecer, educar, praticar**. 1. ed. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2009.

_____.; REIS, Jorge Renato dos. (org). **Direitos fundamentais sociais como paradigmas de uma sociedade fraterna**. Santa Cruz do Sul: Editora IPR, 2008.

GRECO, Rogério. **Direito humanos, sistema prisional e alternativas à privação de liberdade**. São Paulo: Saraiva, 2011.

GUERRA, Sidney. **Direitos humanos e cidadania**. São Paulo: Atlas, 2012.

HAHNER, June Edith. **Emancipação do sexo feminino: a luta pelos direitos da mulher no Brasil. 1850 – 1940**. Tradução de Eliane Lisboa. Florianópolis: Ed. Mulheres; Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2003.

HERMANY, Ricardo; PEREIRA, Henrique Mioranza Koppe. **Políticas públicas sócias de saúde: uma análise a partir do princípio da subsidiariedade administrativa**. In: REIS, Jorge Renato; LEAL, Rogério Gesta (org.). **Direitos sociais e políticas públicas: desafios contemporâneos**. Tomo 11. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2011.

JESUS, Luciana Oliveira de.; LERMEN, Helena Salgueiro. **Mulheres e políticas de saúde no sistema prisional do Rio Grande do Sul**. Seminário Internacional Fazendo Gênero 10. Florianópolis, 2013.

LAFER, Celso. **A reconstrução dos direitos humanos: um diálogo com o pensamento de Hannah Arendt**. São Paulo: Companhia das Letras, 1988.

LEIVAS, Vânia Bernardetti do Amaral, et al. **Assistência integral à saúde da mulher privada de liberdade**. Disponível em: <<http://www.revistas.udesc.br/index.php/udescemacao/article/view/2223>>. Acesso em: 13 out. 2015.

LEMGRUBER, Julita. **Cemitério dos vivos**. Análise sociológica de uma prisão de mulheres. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983.

LUZ, Alex Faverzani da.; FUCHINA, Rosimeri. **A evolução histórica dos direitos da mulher sob a ótica do direito do trabalho**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/nucleomulher/arquivos/artigoalex.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2015.

LUZ, Orandyr Teixeira. **Aplicação de penas alternativas**. Goiânia: AB, 2002.

MARCÃO, Renato. **Lei de execução penal**. Rio de Janeiro: Lumen Júris, 2009.

MARTINS, Dora. **A mulher no sistema carcerário.** Disponível em: <file:///C:/Users/STI-154/Downloads/A%20mulher%20no%20sistema%20penitenci%C3%A1rio%20-%20jornal%20ju%C3%ADzes%20(2).pdf>. Acesso em 23 set. 2014.

MARTINS, T. P.; LEITE, C. K. S. **políticas públicas para mulheres encarceradas no Brasil:** trajetória de uma agenda governamental travada. VI Encontro Nacional de Pesquisadores em Gestão Social. São Paulo, 2012.

MELLO, Celso Albuquerque. **A proteção dos direitos humanos sociais nas Nações Unidas.** In: SARLET, Ingo Wolfsgnag. (org.) **Direitos fundamentais sociais: Estudos de Direito Constitucional, Internacional e Comparado.** Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

MENDES, Gilmar Ferreira. **Direitos fundamentais e controle de constitucionalidade. Estudos de direito constitucional.** 3ed. São Paulo: Saraiva, 2004.

MENEZES, Ana Maria; VERONEZE, Renato Tadeu. **O papel do fundo penitenciário nacional no desenvolvimento das políticas públicas frente à questão social presente no sistema prisional feminino.** Anais do I Circuito de Trabalhos Acadêmicos. Ipea. Code, 2011.

MONTEIRO, Angélica.; LEAL, Guaraciara Barros. **Mulher: da luta e dos direitos.** Brasília: Instituto Teotônio Vilela, 1998.

MOREIRA, Michelle Araújo; SOUZA, Hozana Santos. **Vivências de mulheres aprisionadas acerca das ações de saúde prestadas no sistema penitenciário.** O Mundo da Saúde, São Paulo, 2014.

MOURÃO, Luana Feitosa. Et al. **Promoção da saúde de mulheres encarceradas: um relato de experiência.** SANARE – Revista de políticas públicas. Sobral – CE, 2015. Disponível em: <<http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/608>>. Acesso em: 14 out. 2015.

MULLER, Jean-Marie. **O princípio da não violência.** Percurso filosófico. Trad. Maria Fernanda Oliveira. Lisboa: Instituto Piaget, 1995.

NUNES, Adeildo. **A realidade das prisões brasileiras**. Recife: Nossa Livraria, 2005.

NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. **O direito à saúde e a efetividade dos direitos sociais**. Revista do Instituto de Pesquisas e Estudo de Bauru/SP, São Paulo, n. 41, p. 77-79, set./dez. 2004.

OMS. **Constituição da Organização Mundial da Saúde. (1946)** Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 22 jun. 2015.

ONU. **Convenção para eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher. (1979)** Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/discrimulher.htm>>. Acesso em: 28 jul. 2015.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos. (1948)** Disponível em: <<http://www.dudh.org.br/>>. Acesso em: 21 jun. 2015.

ONU. **Pacto internacional sobre direitos econômicos, sociais e culturais. (1966)** Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/doc/pacto1.htm>>. Acesso em: 22 jun. 2015.

ONU. **Regras das Nações Unidas para o tratamento de mulheres presas e medidas não privativas de liberdade para mulheres infratoras (Regras de Bangkok)**. Disponível em: <<http://carceraria.org.br/wp-content/uploads/2012/09/Tradu%C3%A7%C3%A3o-n%C3%A3o-oficial-das-Regras-de-Bangkok-em-11-04-2012.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2015.

PARANÁ. **Políticas públicas para mulheres**. Secretaria de Estado da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos. 2012.

PASTORAL CARCERÁRIA. **Heide Cerneka despede-se do Brasil após 17 anos**. 2014. Disponível em: <<http://carceraria.org.br/heidi-cerneka-despede-se-do-brasil-apos-17-anos.html>>. Acesso em: 06 out. 2015.

PERROT, Michelle. **Os excluídos da história: operários, mulheres e prisioneiros**. Trad. Denise Bottmann. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

PÍCOLI, Renata Palópoli, et al. **Gestação e puerpério no cárcere: estudo descritivo da atenção à saúde.** Revista Baiana de Saúde Pública. 2014.

PILAU SOBRINHO, Liton Lanes. **Direito à saúde: uma perspectiva constitucionalista.** Passo Fundo: UPF editora, 2003.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e justiça internacional.** São Paulo: Saraiva, 2006.

_____. **Direitos humanos e o Direito Constitucional Internacional.** 11ª ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

_____. **Proteção internacional dos direitos econômicos, sociais e culturais.** In: SARLET, Ingo Wolfgang. (org.) **Direitos Fundamentais Sociais: Estudos de Direito Constitucional, Internacional e Comparado.** Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

QUEIROZ, Nana. **Descubra como é a vida das mulheres nas penitenciárias brasileiras.** Revista Galileu, 2015. Disponível em: <<http://revistagalileu.globo.com/Revista/noticia/2015/07/descubra-como-e-vida-das-mulheres-nas-penitenciarias-brasileiras.html>>. Acesso em: 06 out. 2015.

_____. **Presos que menstruam.** Rio de Janeiro: Record, 2015.

RIO GRANDE DO SUL. **Política de atenção integral à saúde prisional.** SUSEPE, 2011.

ROCHA L. C. D.; CABRAL D.S.; FREIRE E. M. R. et al. **Percepção das mulheres encarceradas em penitenciária em Relação á atenção a saúde da mulher.** Revista Eletrônica Gestão & Saúde. Disponível em: <www.convibra.com.br>. Acesso em: 14 nov. 2015.

SALDANHA, Luciana Blazejuk. **Os direitos sociais no Brasil: a internalização dos tratados de direitos humanos da ONU.** In:

SÁNCHEZ RUBIO, David. **Fazendo e desfazendo direitos humanos.** Trad. Clóvis Gorcevski. 1ed. Santa Cruz do Sul, EDUNISC, 2010.

SANTOS, A. P. dos.; CABRERA, R. C.; KERN, F. A. **A gestão da política para mulheres: limites e possibilidades.** In: GROSSI, Patrícia Krieger; ROSEK, Marlene.

(org.). Políticas públicas na perspectiva de gênero e promoção da igualdade racial: diálogos interdisciplinares. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2014.

SANTOS, Joselito. **Assistência à saúde da mulher no Brasil**: aspectos de uma luta social. II Jornada Internacional de Políticas Públicas, Mundialização e Estados Nacionais: a questão da emancipação e da soberania. São Luís – MA, 2005.

SÃO PAULO. **Manual de diretrizes e políticas em atenção à mulher presa**. Secretaria de administração penitenciária do Estado de São Paulo. Coordenadoria de reintegração social e cidadania. São Paulo, 2013.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 10 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2009.

_____. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

_____. **Os Direitos Sociais como Direitos Fundamentais**: contributo para um balanço aos vinte anos da Constituição Federal de 1988. Disponível em: <www.academia.edu>. Acesso em: 15 jul. 2015.

SCAPINI, Marco Antonio Bandeira. **Prática da execução das penas privativas de liberdade**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009.

SEQUEIRA, Vania Conselheiro. **Uma vida que não vale nada**: prisão e abandono político social. Psicologia: ciência e profissão. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932006000400012&script=sci_arttext>. Acesso em 22 set. 2014.

SILVA, Eveline Franco da.; RIBEIRO, Elaine Rossi. **Atenção à saúde da mulher em situação prisional**. Revista Saúde e desenvolvimento. 2013. Disponível em: <<http://www.grupouninter.com.br/revistasaude/index.php/saudeDesenvolvimento/articloe/view/188>>. Acesso em: 14 out. 2015.

SOUTO, Kátia Maria Barreto. **A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: uma análise de integralidade e gênero. SER Social, v. 10, n. 22. Brasília, 2008.

STURZA, Janaína Machado.; CASSOL, Sabrina. **Do direito à saúde no Brasil ao diritto alla salute na Itália: breves apontamentos sóciojurídicos**. In:

GORCZEVSKI, Clóvis.; REIS, Jorge Renato dos. (org). **Direitos fundamentais sociais como paradigmas de uma sociedade fraterna**. Santa Cruz do Sul: Editora IPR, 2008.

TELES, Maria Amélia de Almeida. **O que são direitos humanos das mulheres?** São Paulo: Brasiliense, 2006.

THOMPSON, Augusto. **A questão penitenciária**. Ed. Rio de Janeiro: Forense, 2002.

VALOIS, Luis Carlos. **Toda prisão no Brasil é ilegal. Porque se a prisão que está na lei não existe, a que aplicamos na realidade é ilegal**. 2013. Disponível em: <http://www.pco.org.br/nacional/toda-prisao-no-brasil-e-ilegal-porque-se-a-prisao-que-esta-na-lei-nao-existe-a-que-aplicamos-na-realidade-e-ilegal-/epbz,y.html>>. Acesso em 23 set. 2014.

_____. **Violência sexual nos cárceres: ninguém vê, ninguém viu**. 2015. Disponível em: <<http://emporiododireito.com.br/violencia-sexual-nos-carceres-ninguem-ve-ninguem-viu-por-luis-carlos-valois/>>. Acesso em: 06 out. 2015.

VERUCCI, Florisa; MARINO, Ediva. **Os direitos da mulher**. São Paulo: Nobel: Conselho Estadual da Condição Feminina, 1985.

VIAFORE, Daniele. **A gravidez no cárcere Brasileiro**: uma análise da Penitenciária Feminina Madre Pelletier. *Direito & Justiça*, ano XXVII, v. 31, n.2, p. 91-108, 2005. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fadir/article/view/571>>. Acesso em: 14 nov. 2015.

WACQUANT, Loïc. **As prisões da miséria**. Tradução: André Telle. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.