

Universidade Católica de Santos
Mestrado em Saúde Coletiva

**“CONDIÇÕES DE VIDA E DE SAÚDE DE MULHERES DO
SISTEMA PRISIONAL DA REGIÃO DA BAIXADA
SANTISTA”**

MAGDA LUCIA NOVAES SILVA

Santos
2011

Universidade Católica de Santos
Mestrado em Saúde Coletiva

**“CONDIÇÕES DE VIDA E DE SAÚDE DE MULHERES DO
SISTEMA PRISIONAL DA REGIÃO DA BAIXADA
SANTISTA”**

MAGDA LUCIA NOVAES SILVA

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Políticas e Práticas de Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Rosa Maria Ferreiro Pinto

Santos
2011

Dados Internacionais de Catalogação
Sistema de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos - UNISANTOS
SibiU

S586c Silva, M.L.N.

Condições de vida e de Saúde de mulheres do sistema Prisional da região da baixada santista / Magda Lucia Novaes Silva – Santos: [s.n.] 2011.

100 f.; 30 cm. (Dissertação de Mestrado - Universidade Católica de Santos, Programa em Saúde Coletiva)

1. Mulher Encarcerada 2. Sistema Penitenciário 3. Legislação 4. Direito à Saúde 5. Impacto da detenção 6. Cotidiano Prisional 7. Tuberculose.

Orientação: Profa. Dra. Rosa Maria Ferreiro Pinto

II. Título.

CDU 614(043.3)

FOLHA DE APROVAÇÃO

Magda Lucia Novaes Silva

Condições de vida e de saúde de mulheres do sistema prisional da região da baixada santista

Dissertação apresentada à Universidade Católica de Santos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

Data: _____ de _____ de 2011

Banca Examinadora

Prof^a. Dra. Rosa Maria Ferreiro Pinto - UNISANTOS

Prof^a. Dra. Amélia Cohn – UNISANTOS

Prof^a. Dra. Gisela Vasconcelos Monteiro – UNISANTOS

DEDICATÓRIA

Aos meus familiares, especialmente meu marido e meus filhos, a orientadora e a equipe do NEPEC pelo incentivo, colaboração e compreensão demonstrada durante todos estes anos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a DEUS, pela vida e a oportunidade de ser útil a sociedade.

Agradeço a ajuda prestimosa de minha orientadora Profa. Dra. Rosa Maria Ferreiro Pinto, pelo apoio, amizade e a capacidade de transmitir valiosos ensinamentos para a elaboração deste trabalho.

Aos integrantes do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Educação em Saúde Coletiva - NEPEC, pelo incentivo, cordialidade e atenção, durante todos esses anos, desde o primeiro momento de minha integração ao grupo.

Aos amigos de sala de aula, pela amizade e companheirismo demonstrado durante o decorrer do curso.

A funcionária Ana Maria pela dedicação aos alunos e amizade.

Aos professores do Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da UNISANTOS, pelo conhecimento e experiências transmitidas durante o desenvolvimento do curso.

A Profa. Dra. Amélia Cohn, pelos momentos de cumplicidade, companheirismo e incentivo.

Aos delegados das delegacias, 2^a DP de Santos e 2^a DP de São Vicente, por abrir as portas, colaborando assim para a produção desta dissertação.

Às detentas participantes da pesquisa, por disponibilizarem seu tempo e por terem compartilhado seus pensamentos e percepções, contribuindo para a elaboração deste estudo.

E a todos os amigos e colegas que de alguma forma ou outra colaboraram para este momento.

MUITO OBRIGADA!

EPÍGRAFE

A segurança das prisões é indispensável para converter nosso sistema de justiça em uma arma eficaz contra a criminalidade. Quando as pessoas presas – que foram condenadas ou que aguarda julgamento – são confinadas aos seus cuidados, elas devem saber e a população também deve saber que elas permanecerão na prisão até que sejam legalmente dispensadas.

A contribuição plena que nossas penitenciárias podem dar para uma redução definitiva do índice de criminalidade no país também reside no modo como elas tratam as pessoas presas. Toda ênfase é pouca para frisar a importância tanto do profissionalismo quanto do respeito pelos direitos humanos.

NELSON MANDELA

RESUMO

O presente trabalho objetivou a realização de estudo sobre as condições de vida e saúde de mulheres do sistema prisional da região da Baixada Santista, identificando o impacto da detenção para a mulher encarcerada, o cotidiano da vida prisional e a condição de saúde no sistema prisional feminino da Região Metropolitana da Baixada Santista. Os procedimentos metodológicos adotados, para a realização desta dissertação consistiram em duas etapas: na primeira etapa foram entrevistadas as detentas que apresentaram diagnóstico de TB, por considerar-se que este é um grande problema de saúde dentro da população carcerária. Foram entrevistadas seis mulheres nesta condição, sendo quatro no 2ª DP de Santos e duas no 2º DP de São Vicente. Na segunda etapa, foram entrevistadas quatro mulheres no 2ª DP de São Vicente. Os sujeitos da pesquisa foram escolhidos segundo o seguinte critério: mulheres presas há mais de 06 (seis) meses no local e que tiveram ou têm problemas de saúde durante o período de detenção. Foram entrevistados também os profissionais de saúde que atendem ou atenderam as detentas durante este período. Com as detentas e profissionais, pela natureza deste estudo optou-se por utilizar a entrevista com roteiro, visando à tomada de depoimentos. Após as análises das entrevistas verificou-se que, as detentas estão na faixa etária de 19 a 55 anos, nove são solteiras e apenas uma é casada. Em relação aos filhos, sete delas tinham filhos e três não, sendo que a idade das crianças variava de seis meses a 13 anos. Quanto à escolaridade, seis tem ensino fundamental incompleto, três com ensino fundamental completo e uma com ensino médio completo. Das dez detentas, quatro nunca trabalharam, quatro eram empregada doméstica, uma era também garota de programa, uma chegou a trabalhar como babá e uma era auxiliar de escritório. Nove estavam na informalidade fazendo “bicos” e somente uma estava registrada. Dentre as dez detentas, 07 eram primárias e três reincidentes, sendo que 05 estavam aguardando sentença, 04 tinham penas que variavam de quatro a seis anos e uma tinha pena de 11 anos e nove meses por participar de seqüestro. Quanto à infração as dez foram detidas por tráfico de drogas, sendo que uma delas estava envolvida com tráfico internacional e outra envolvida com seqüestro. Através dos depoimentos foram observados comportamentos, valores e emoções que permanecem escondidos nos dados estatísticos. Colher os depoimentos dessas mulheres contribuiu para a compreensão das condições de vida e saúde da população carcerária feminina, com características marcantes e singulares.

Palavras-chaves – Mulher Encarcerada, Sistema Penitenciário, Legislação, Direito à Saúde, Impacto da detenção, Cotidiano Prisional, Tuberculose.

ABSTRACT

This study aimed to conduct a study on living conditions and health of women in the prison system in the region of Santos, identifying the impact of detention for incarcerated women, the daily routine of prison life and health condition of women in prisons metropolitan area of Santos. The methodological procedures for the realization of this work consisted of two phases: the first stage were interviewed at the prison who were diagnosed with TB, considering that this is a major health problem within the prison population. We interviewed six women in this condition, four in Precinct 2 Santos and two in the 2nd DP of San Vincent. In the second stage, four women were interviewed in Precinct 2 St. Vincent. The study subjects were chosen according to the following criteria: women arrested for more than 06 (six) months at the site and that had or have health problems during the period of detention. We also interviewed health professionals who attend or attended the inmates during this period. With the inmates and professional nature of this study we chose to use the interview script in order to take depositions. After the analysis of the interviews it was found that the inmates are aged 19 to 55 years, nine are single and only one is married. Regarding children, seven sons and three of them had not, and children's ages ranged from six months to 13 years. As for education, has six elementary school, three with complete primary education and with a high school diploma. Of the ten prisoners, four have never worked, four had a maid, was also a call girl, later working as a nanny and was an office clerk. Nine were in the informal doing odd jobs and only one was registered. Among the ten inmates, 07 were primary and three offenders, while 05 were sentenced, 04 had sentences ranging from four to six years and had a penalty of 11 years and nine months for participating in the kidnapping. As regards the violation of the ten were arrested for drug trafficking, one of whom was involved with other international trafficking and involved with kidnapping. The depositions were observed behaviors, values and emotions which remain hidden in statistics. Collect testimony of these women contributed to the understanding of living conditions and health of the female prison population, with striking features and natural.

Key words: Incarcerated Women, Prisons, Legislation, Right to health, Impact of detention, Quotidian prison, Tuberculosis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Projeto de Penitenciária, 1840

Figura 02 – Interior da Penitenciária de Stateville, estados Unidos, Século XX

LISTA DE QUADROS E GRÁFICOS

Quadro 01: Coordenadoria da Secretária de Administração Penitenciária do Estado de São Paulo.

Quadro 02: Sujeitos da pesquisa

Gráfico 01 – Crescimento da população encarcerada masculina e feminina no Estado de São Paulo – SAP e SSP (2005-2009).

Gráfico 02: Distribuição dos sujeitos por faixa etária.

Gráfico 03: Estado civil dos sujeitos.

Gráfico 04: Escolaridade.

Gráfico 05: Profissões/Ocupações

Gráfico 06: Situação prisional.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- CDP** – Centro de Detenção Provisório
- CLT** – Consolidação das Leis do Trabalho
- CNBB** – Conferência Nacional de Bispos dos Brasil
- CNPCCP** – Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciário
- CNPq** – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- CPI** – Comissão Parlamentar de Inquérito
- CREI** – Centro de Referência em Emergência e Internação
- COESP** – Coordenadoria Estadual dos Estabelecimentos Penais
- COMET** – Comitê de Ética em Pesquisa da UNISANTOS
- DCNT** – Doenças Crônicas não Transmissíveis
- DEPEN** – Departamento Penitenciário Nacional
- DST** – Doenças Sexualmente Transmissíveis
- DOTS** - Directly Observed Treatment Short-course
- DP** – Distrito Policial
- EPEN** – Equipe de Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário
- FAPESP** – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
- FUNAP** – Fundação Professor Doutor Manoel Pedro Pimentel
- FUNPEN** – Fundo Penitenciário Nacional
- HIV/AIDS** – Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome
- INFOPEN** – Sistema Integrado de Informação Penitenciária
- LEP** – Lei de Execução Penal
- NEPEC** – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Educação em Saúde Coletiva
- MJ** – Ministério da Justiça
- MS** – Ministério da Saúde
- OMS** - Organização Mundial de Saúde
- ONU** – Organização das Nações Unidas
- POE /MS** – Planos Operativos de Saúde no Sistema Penitenciário? Ministério da Saúde
- PCC** – Primeiro Comando da Capital
- PNSSP** – Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
- PPL** – População Privada de Liberdade
- PSS** – Profissionais de Saúde de Santos

PSSV – Profissionais de Saúde de São Vicente
RMBS – Região Metropolitana da Baixada Santista
RX – Raio X
SAP – Secretaria de Administração Penitenciária
SEAMBESP – Seção Ambulatório de Especialidades
SECRAIDS – Seção Centro de Referência em AIDS
SEJUS – Secretaria do Estado da Justiça
SENAPS – Seção Núcleo de Atenção Psicossocial
SEVIEP – Seção de Vigilância Epidemiológica
SINAN – Sistema de Informação de Agravos e Notificação (Ministério da Saúde)
SR – Sintomáticos Respiratórios
SISPE/MS – Sistema de Saúde Penitenciário do Ministério da Saúde
SSP – Secretaria de Segurança Pública
SUS – Sistema Único de Saúde
TECLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDO – Tratamento Diretamente Observado
TB – Tuberculose
UBS - Unidade Básica de Saúde
UNISANTOS – Universidade Católica de Santos

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1 - BREVE HISTÓRICO SOBRE O SISTEMA O SISTEMA PENITENCIÁRIO	18
1.1 Sistemas Penitenciários	18
1.2 Sistema Penitenciário no Brasil	25
1.3 Sistema Prisional Feminino no Brasil	37
CAPÍTULO 2 - DIREITOS HUMANOS E SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL	40
Os Marcos Legais: Direitos Humanos e Saúde	40
2.2 Os Marcos Legais da Saúde da Mulher no Sistema Prisional	45
2.3 A Tuberculose no Sistema Prisional	49
CAPÍTULO 3 - A PESQUISA	52
3.1 Contextualizando a atenção à Saúde das Detentas no Sistema Prisional da Baixada Santista	53
3.1.1 2º DP/Cadeia Publica de Santos	53
3.1.2 2ª DP/ Cadeia Pública de São Vicente	55
3.2 Perfil e Caracterização das Detentas	55
3.2.1 Profissionais de Saúde	59
3.2.2 Detentas com Tuberculose	59
CAPÍTULO 4 RESULTADO EDISCUSSÃO	61
4.1 Impacto da Detenção	61
4.2 Cotidiano da Mulher na Vida Prisional	64
4.3 Condições de Saúde e Tuberculose no Sistema Prisional Feminino da RMBS	71
CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS	80
APÊNDICES	

CONDIÇÕES DE VIDA E DE SAÚDE DE MULHERES DO SISTEMA PRISIONAL DA REGIÃO DA BAIXADA SANTISTA

INTRODUÇÃO

O NEPEC – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Educação em Saúde Coletiva, vinculado ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos foi criado em 2003, e vem desenvolvendo estudos e pesquisas na área da saúde coletiva, especificamente na educação e promoção da saúde, com ênfase nas condições de vida de populações em estado de vulnerabilidade social. Trata-se de um grupo interdisciplinar, constituído por assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, mestrandos e alunos de graduação das áreas citadas em projetos de Iniciação científica.

Buscando ampliar suas atividades, o grupo de pesquisadores considerou a importância de estudar a população carcerária feminina por entender que esta se encontra em estado de vulnerabilidade em vários aspectos: emocionais, físicos, sociais, psicológicos e de saúde, não só pela situação de encarceramento, mas também, pelas conseqüências no seu processo de vida.

Nesta perspectiva, o NEPEC desenvolveu a pesquisa intitulada **Avaliação da exposição e riscos à Tuberculose em população carcerária feminina e seus comunicantes**, com auxílio financeiro do CNPq, Processo nº 470408/2008-1, finalizada recentemente, da qual este estudo é um recorte. Como membro do NEPEC, participamos desta pesquisa e, da experiência obtida em entrar no universo das presidiárias, optamos por dar continuidade ao estudo por entender que existem múltiplos aspectos ainda a serem explorados dentre eles, as condições de vida e saúde da mulher presidiária.

O Estado de São Paulo concentra a maior população carcerária do Brasil, 22.967 presos na Secretaria de Segurança pública (SSP) e 132.130.000 presos na Secretaria da Administração Penitenciária, apresentando taxas de encarceramento comparáveis às dos países com maiores índices do mundo (340 presos por 100 mil habitantes) segundo dados obtidos pelo Departamento Penitenciário até julho de 2004 (Depen, 2005).

Segundo dados do censo demográfico realizado em julho de 2002 pela Secretaria de Administração Penitenciária do Estado, apenas 3% das pessoas detidas são mulheres, 97% são homens, jovens, com uma média de 30 anos de idade, baixa

escolaridade, detidos por roubos, furtos, ou envolvimento com drogas, e 65% destes são reincidentes no crime (SAP, 2005).

Por conta da esmagadora maioria da população carcerária ser do sexo masculino, poucos estudos foram encontrados em relação à população feminina. Essa proporção é verificada também na concentração de produção científica sobre o sistema prisional, deixando em segundo plano as dimensões específicas que são peculiares à mulher presa.

Embora o percentual de mulheres seja pequeno em relação aos homens, o Estado de São Paulo vem anunciando a construção de sete penitenciárias femininas, com capacidade de 550 vagas cada uma, visando esvaziar as cadeias públicas. Segundo os dados da Secretaria de Administração Penitenciária do Estado de São Paulo o número de mulheres envolvidas com o crime é crescente. Em 2004, o estado de São Paulo tinha 8.213 mulheres presas. Em 2008, já eram 10.381. (SAP, 2008), sem considerar as presas que estão nas delegacias sob a responsabilidade da Secretaria de Segurança Pública.

Segundo o Relatório Final do Grupo de Trabalho Interministerial para Reorganização e Reformulação do Sistema Prisional Feminino da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (dezembro de 2007), a partir da comparação de dados do DEPEN de 2000 e 2006, é possível calcular a taxa do aumento da população carcerária total, de homens e mulheres, em todo o país. Percebe-se que a taxa do aumento de encarceramento de mulheres de 2000 a 2006 foi de 135,37%, bem maior do que as dos homens, que foi de 53,36%.

A prisão pode ser considerada um lugar de alto risco, principalmente pela diversidade da população confinada no mesmo espaço tais como assassinos, traficantes, trabalhadores do sexo, indivíduos vivendo regras próprias, tendo como consequência maior exposição a riscos físicos, psicológicos, transmissão de doenças infecciosas que tanto podem ser trazidas para dentro da prisão como serem adquiridas dentro dela. O confinamento estimula práticas que aumentam o risco de transmissão de doenças infecciosas tanto pelos comportamentos sexuais inadequados como pelo uso de drogas (STRAZZA,1999).

Além dos riscos em relação à sua saúde, as mulheres sofrem com a separação da família de forma geral e ressentem-se ainda mais da separação dos filhos, de maneira diferente dos homens. Os familiares que ainda têm vínculos com as detentas

se esforçam em tirá-las da cadeia e carregam para si a responsabilidade de cuidar de seus filhos.

Nos dados obtidos na pesquisa anterior, detectou-se que a ausência da convivência familiar somada à falta de atividades durante o dia faz com que a permanência na prisão seja mais dolorosa. Algumas sentem o apoio de alguns familiares, outras não. Por outro lado, as relações de poder dentro do sistema prisional interfere nas condições de vida das mulheres.

As condições de vida da população carcerária feminina não são diferentes da masculina e esta também se encontra vulnerável a doenças.

A região da Baixada Santista está inserida na Coordenadoria do Vale do Paraíba e Litoral de São Paulo. No Litoral estão a Penitenciária "Dr. Geraldo de Andrade Vieira" - São Vicente I; Penitenciária de - São Vicente II; Um Centro de Detenção Provisória em São Vicente, um Centro de Detenção Provisória em Praia Grande, e um Centro de Progressão Penitenciária "Dr. Rubens Aleixo Sendin" de Mongaguá. O modelo de Centro de Progressão Penitenciária caracteriza-se por ser semi-aberto. Todas estas unidades prisionais abrigam indivíduos do sexo masculino.

Na região da Baixada Santista, as unidades que alocam mulheres são: 2º. DP – Santos – Anexo Cadeia Pública Feminina, e 2º. DP – São Vicente – Anexo Cadeia Pública Feminina, locais onde este estudo foi realizado.

Cabe ressaltar que, as Cadeias Públicas Femininas se assemelham a um CDP – Centro de Detenção Provisória. Entretanto, dadas as condições estruturais do sistema penitenciário, não é difícil encontrar mulheres já julgadas cumprindo penas nas cadeias públicas.

Uma aproximação com as condições de vida e saúde da população carcerária feminina na região da Baixada Santista tornou-se objeto desta dissertação.

Este estudo apresenta quatro capítulos, sendo que no primeiro se faz uma breve análise histórica sobre o sistema penitenciário no mundo e no Brasil. O segundo capítulo trata dos Direitos Humanos e Saúde no sistema prisional e a legislação vigente. O terceiro capítulo descreve a pesquisa realizada e no quarto apresentamos os resultados obtidos e sua discussão, para em seguida, apresentarmos nossas considerações finais.

CAPÍTULO 1

BREVE HISTÓRICO SOBRE O SISTEMA PENITENCIÁRIO

A palavra prisão¹, além de significar o ato de prender ou capturar alguém, diz respeito ao local onde o indivíduo é confinado. Atualmente, a privação de liberdade é a pena mais rígida que o Estado Brasileiro impõe àquele que transgredir a lei em vigor. O aprisionamento sempre fez parte da história da humanidade, porém sua vinculação aos métodos de punição é relativamente recente. “Não se pode afirmar com precisão a origem da pena, tendo-se por consenso que seja tão antiga quanto a própria humanidade e verificando-se a sua presença em todas as sociedades conhecidas” (AVER, 2009, p. 10).

As punições eram tidas como reação vingativa a condutas consideradas criminosas, e variavam entre a aplicação de castigos corporais (açoites e mutilações) ou a pena de morte. Na Grécia antiga, a prisão servia para evitar que devedores fugissem até o pagamento de seus débitos e garantir sua presença nos tribunais (WAUTERS, 2003, p. 11).

Nas prisões, era freqüente a aplicação de torturas a fim de extrair a verdade do réu. Durante vários séculos a prisão serviu de custódia nas civilizações mais antigas, como Egito, Pérsia, Babilônia, Grécia etc. (DAVID JUNIOR, 2001, p. 150).

1.1 SISTEMAS PENITENCIÁRIOS

Nos Estados Unidos, no século XVII, surgiram importantes sistemas: o Celular Pensilvânico ou Filadélfico e o Sistema Auburniano.

No Sistema Pensilvânico ou Filadélfico era utilizado o isolamento celular absoluto, não podendo os presos manter qualquer forma de comunicação com seus companheiros. Este sistema foi muito criticado porque era, retirado do ser humano uma necessidade humana: a de se comunicar. No dizer de Edgar Magalhães Noronha, “a cela é um túmulo do vivo”.

O Sistema Auburniano, que prevaleceu nos Estados Unidos, surgiu em Auburn em 1818, também chamado de *Silent System*. Neste sistema, o isolamento era noturno, o trabalho era inicialmente realizado nas próprias celas e, posteriormente, em

¹ Do latim vulgar *presione*, ou *presione* (derivado do latim clássico *prehensione*) que significa “ato de prender”.

tarefas grupais, durante o dia, isso tudo em absoluto silêncio, sendo proibidas visitas, lazer e prática de exercícios.

Depois da criação do sistema de Auburn, surgiu na Inglaterra a gênese do que viria a ser denominado *sistema progressivo* que, de certo modo, atendia precariamente aos movimentos emergentes e às pressões de matizes humanitárias em relação aos sistemas prisionais.

O capitão da Armada Inglesa, Alexander Maconochie, introduziu na Ilha de Norfolk o *Mark System* (sistema de marcas), sob o qual os condenados tinham em seus prontuários marcas que poderiam ser positivas ou negativas conforme seu comportamento em razão do trabalho ou conduta disciplinar.

Importante ressaltar que foi a partir do aparecimento do sistema progressivo complementado por Alexander Maconochie, que o sistema penitenciário passou por grandes modificações, trazendo consigo alterações fundamentais que lhe permitiram sobreviver até agora.

Antes das casas de correção propriamente ditas, surgem casas de trabalho na Inglaterra (1697) em Worcester e em Lublin (1707), ao passo que em fins do século XVII já havia vinte e seis casas de trabalho. Nessas casas, os prisioneiros estavam divididos em quatro classes: os explicitamente condenados ao confinamento solitário, os que cometeram faltas graves na prisão e a última aos bem conhecidos e velhos delinquentes.

A mais antiga arquitetura carcerária em 1596 foi o modelo de Amsterdã RASPHUIS, para homens, que se destinava em princípio a mendigos e jovens malfeitores com penas leves e longas de trabalho obrigatório, vigilância contínua, exortações, leituras espirituais. As técnicas penitenciárias imaginadas no fim do século XVII deram direcionamento às atuais instituições punitivas.

Porém, foi na Holanda que primeiramente houve a diferenciação entre casas de correção voltadas especificamente para homens, mulheres e jovens. Em 1596 foi construída a *Rasphuis*, em Amsterdã, destinada a ser ocupada por presos do sexo masculino. “Foi concebido, a princípio para mendigos e jovens malfeitores, cumpridores de penas leves e longas com trabalho obrigatório, vigilância contínua, exortações, leituras espirituais” (DAVID JUNIOR, 2001, p. 154).

Em 1597 foi criada a *Spinhuis*, também na capital holandesa, para mulheres. Em 1600 foi feita uma seção especial para meninas adolescentes (DAVID JUNIOR, 2001, p. 154).

As casas de correção foram economicamente superadas pela Revolução Industrial, pois o desenvolvimento da máquina a vapor e demais inovações decorrentes, acabou com o valor do trabalho manual remunerado dentro das casas de correção.

Antes do século XVII, a prisão era apenas um estabelecimento de custódia, em que ficavam detidas pessoas acusadas de crime, à espera da sentença, bem como doentes mentais e pessoas privadas do convívio social por condutas consideradas desviantes (prostitutas, mendigos, etc.) ou questões políticas. No final do referido século, a pena privativa de liberdade institucionalizou-se como principal sanção penal e a prisão passou a ser, fundamentalmente, o local da execução das penas (MIRABETE *apud* SANTA RITA, 2006, p. 29).

No século XVIII, o “humanismo penitenciário” surgiu decorrente das inúmeras discussões de inspiração iluminista referentes às condições dos estabelecimentos penitenciários e às condições vividas pelos presos. As idéias partiram principalmente das obras de John Howard, Cesare Beccaria e Jeremy Bentham (SANTA RITA, 2006, p. 29).

O filantropo inglês John Howard (1726 – 1790) publicou em 1777 o livro “O Estado das Prisões na Inglaterra e País de Gales com Observações Preliminares e Relato sobre Algumas Prisões e Hospitais Estrangeiros”, no qual propôs um ideal de estabelecimento penal chamado de *Penitentiary House*, devendo ter as seguintes bases:

Preocupação com a higiene e com um regime alimentar, fortalecente regime celular abrandado por educação moral, religiosa e profissional, regimes disciplinares diferentes para processados e condenados: o primeiro estágio deveria ser de isolamento celular, dia e noite, e segundo, de trabalho durante o dia e de isolamento durante a noite (FARIAS JÚNIOR *apud* SILVA, 1997, p. 41).

A Lei Penitenciária (*Penitentiary Act*) aprovada em 1779 pelo parlamento inglês, elaborada por Howard, autorizou a construção de duas prisões de acordo com a sua concepção². Suas idéias não foram concretizadas inicialmente, devido ao grande esforço orçamentário que se mostrava necessário, porém tiveram grande impacto nos Estados Unidos (GONÇALVES, 2009, p. 12).

O livro “Dos Delitos e das Penas”, do jurista italiano Cesare Bonesana, marquês de Beccaria (1738 – 1794), escrito em 1764, é considerado o marco inicial da Escola Clássica de Criminologia, pois critica a crueldade da utilização das penas e “coloca o

² UK PARLIAMENT WEBSITE. *Living heritage: police, prisons and penal reform*. Disponível em: <<http://www.parliament.uk/about/living-heritage/transformingsociety/laworder/policeprisons/overview/prisonreform/>>. Acesso em: 24 jul. 2010.

direito a serviço da sociedade” (SILVA, 1997, p. 34). Beccaria afirmava que somente a lei pode determinar os indícios que levam o réu à prisão (GONÇALVES, 2009, p. 14), e que

[...] a detenção é, portanto, a simples custódia de um cidadão até que seja considerado culpado, e sendo esta custódia penosa, deve durar o menos possível e deve ser o menos dura possível. O tempo mínimo deve ser calculado, por um lado, de acordo com a duração necessária do processo e, por outro, de acordo com antiguidade de quem primeiro tem o direito de ser julgado (BECCARIA *apud* GONÇALVES, 2009, p. 14).

“Sua obra foi a base para a reforma penitenciária ocidental. É a partir de seu pensamento que outros reformadores irão pensar as técnicas punitivas” (SILVA, 1997, p. 39).

O jurista inglês Jeremy Bentham (1748 – 1832), no livro “O Panóptico”, em 1789, racionalizou o controle do comportamento do preso por meio de um sistema de vigilância através de uma concepção arquitetônica. “O próprio nome do projeto deixa clara a sua intenção: Pan = grande, total e óptico = visão, visão total. Vigilância que individualiza, pois o indivíduo é observado isoladamente” (SILVA, 1997, p. 44). O edifício prisional,

[...] incorpora uma torre central a um edifício anular dividido em celas, sendo que cada cela estende-se ao longo de toda a espessura do edifício de modo a permitir a existência de janelas interiores e exteriores. Os ocupantes das celas (...) estavam, portanto, duplamente iluminados, separados uns dos outros por paredes e sujeitos a um escrutínio simultaneamente coletivo e individual feito por um observador a partir da torre, permanecendo este invisível. Com esse fim, Bentham concebeu não apenas janelas venezianas para a torre de observação, como também conexões de tipo labiríntico entre as salas da torre para evitar reflexos de luz ou barulho que pudessem denunciar a presença de um observador (BARTON B.; BARTON M. *apud* GONÇALVES, 2009, p. 15-6).

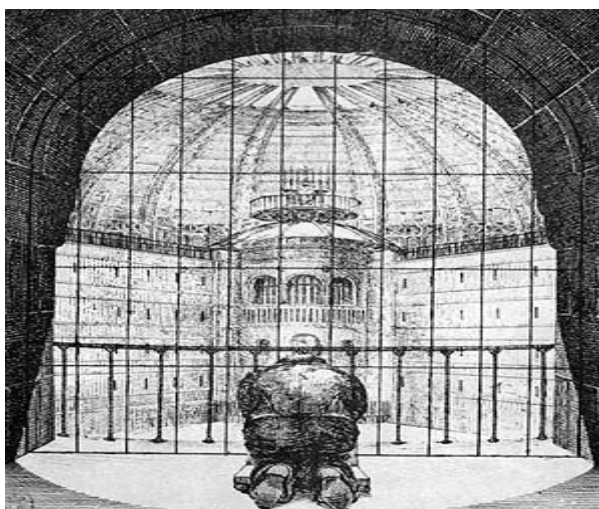


Figura 01 - Projeto de Penitenciária N. Harou-Romain, 1840.
Sistema Panóptico: detento reza em sua cela,
diante da torre Central de vigilância
Fonte: FOUCAULT, (2004)

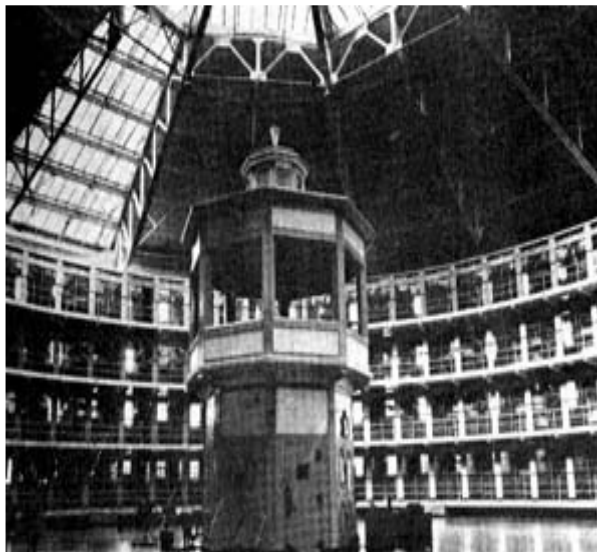


Figura 02: Interior da Penitenciária de Sateville, Estados Unidos, século XX.- (Sistema Panóptico)

Fonte: FOUCAULT, (2004)

Dessa maneira, o preso tem consciência que está sendo vigiado, porém não sabe por que, ou quando. Todos os seus hábitos são conhecidos, o que garantiria o controle sobre o observado³.

O panóptico [...] não se resume a uma forma de controle e organização das prisões; ao contrário, seu alcance é ilimitado no que se refere às instituições (colégios, hospitais, manicômios, conventos, fábricas, etc.). Corresponde a uma forma de organização institucional totalizante, como diria Goffman (SILVA, 1997, p. 53).

Em 1818, foi criado o Sistema Auburniano, que estabelecia “cela individual durante a noite, trabalho e refeições comunitárias, mas sempre em silêncio absoluto [...]” (SILVA, 2007, p. 99). Recebeu esse nome por causa do presídio de Auburn, e foi construído na cidade de mesmo nome nos Estado de Nova York,

devido ao número excessivo de delinqüentes e à escassez de presídios, uma vez que o objetivo era instalar organização eficiente de trabalho no presídio, o que diminuía o custo e tornava mais fácil a administração (SILVA, 2007, p. 99).

Com a abolição da pena de morte na maioria dos países no transcorrer do século XIX, a privação de liberdade passou a ser o centro do sistema penal até os dias atuais (SOUZA, 2007, p. 101).

Na Europa, foi desenvolvido o sistema progressivo, em que o preso cumpria a pena em dois ou mais períodos, iniciando pelo mais rigoroso e terminando por um mais

³ Alguns edifícios prisionais foram construídos de acordo com a concepção arquitetônica do panóptico, como a *Eastern State Penitentiary* em Filadélfia, a *Pentonville Prison* em Londres e a *Millbank Prison*, também em Londres, desenhada pelo próprio Jeremy Bentham (GONÇALVES, 2009, p. 16).

brando, de acordo com o bom comportamento. Destacaram-se o Sistema de Montesinos, o Sistema Inglês e o Sistema Progressivo Irlandês.

Em 1835, Manuel Montesinos e Molina instituiu o sistema penitenciário que levou o seu nome no Presídio de Valência, onde implantou o trabalho remunerado aos presos e extinguiu os castigos corporais (REIS, 2009, p. 23).

No Sistema Inglês de 1846, atribuído a Alexander Maconochie, a duração da pena não estava vinculada apenas à sentença condenatória, mas à boa conduta do preso, ao trabalho produzido e à gravidade do delito cometido (REIS, 2009, p. 24). O bom comportamento era retribuído com vales, que eram perdidos se tivesse uma conduta reprovável. Tal sistema dividia o cumprimento da pena em três etapas:

[...] o primeiro era chamado o período de prova, com isolamento celular completo de tipo pensilvânico; o segundo período se iniciava com a permissão de trabalho em comum ao preso, observada, porém a regra auburniana do rigoroso silêncio e mantido o isolamento noturno, passando depois de algum tempo para as chamadas *public work-houses*, com vantagens maiores; finalmente, o terceiro período, no qual, pela correção demonstrada, o prisioneiro obtinha o *ticket of leave*, com o benefício da liberdade condicional. (PIMENTEL *apud* REIS, 2009, p. 24, grifo do autor).

Em 1853, Walter Crofton, diretor de prisões na Irlanda, aperfeiçoou o sistema progressivo inglês, acrescentando mais uma etapa para o cumprimento da pena, que consistia na transferência do apenado em prisões intermediárias, onde recebia vigilância menos rigorosa, não era obrigado a vestir uniforme, podia exercer trabalho externo no campo, tinha permissão para conversar e para sair até uma determinada distância. O acesso a cada etapa era retribuído com o recebimento de vales. “Trata-se de sistema ainda hoje em vigor em diversos países, entre os quais o Brasil, que o adotou com algumas modificações, como a exclusão do uso dos vales” (REIS, 2009, p. 25).

Em 1872, em Londres, foi realizado o primeiro Congresso Internacional oficial de ciência penitenciária “vinculada aos princípios da ciência naturalista de racionalidade, ou seja, de causa e efeito. Nessa concepção, o escopo da prisão deveria servir meramente para ‘tratar’ e ‘reformatar’ o criminoso através do trabalho” (SANTA RITA, 2006, p. 29). “Os direitos do recluso foram sendo reconhecidos aos poucos, por intermédio de iniciativas isoladas que paulatinamente iam se difundindo, nos diversos congressos realizados [...]” (FERREIRA; VALOIS, 2006, p. 47).

No Congresso de Genebra, em 1955, o primeiro⁴ após a criação das Organizações das Nações Unidas (ONU), foram redigidas as Regras Mínimas das ONU para Tratamento do Preso⁵, aprovadas em 1957.

Tratava-se de estabelecer conceitos então admitidos como fundamentais princípios e regras para uma boa organização penitenciária. Nenhum sistema penitenciário novo estava sendo criado. A primeira parte dessas regras fazia referência à administração dos estabelecimentos penitenciários, proibindo, como princípio fundamental, a discriminação de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião, origem nacional ou social, nascimento ou qualquer outra situação, com critérios de separação no interior do estabelecimento penal, assim como algumas determinações acerca da higiene, serviços médicos, contatos com o mundo exterior, religião, espaço físico e formas de punição (FERREIRA; VALOIS, 2006, p. 48).

No âmbito de proteção internacional dos direitos dos presos, outros acordos podem ser destacados, tais como o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos⁶ (arts. 7º e 10º), a Convenção Americana sobre Direitos Humanos⁷ (art. 5º) e a Convenção contra a Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes⁸ (art. 11) (SANTOS, 2008, p. 290). “Toda essa evolução normativa do Direito Penitenciário teve reflexo no Brasil, mas infelizmente com maior ênfase nos campos legislativo e doutrinário do que na prática penitenciária” (FERREIRA; VALOIS, 2006, p. 50).

A oitava edição do *World Prison Population List*⁹, publicada pelo *International Centre for Prison Studies* (ICPS) em 26 de janeiro de 2009, vinculado ao *King's College London*, menciona que mais de 9,8 milhões de pessoas estão detidas em instituições penais em todo o mundo, principalmente como presos provisórios ou presos sentenciados com trânsito em julgado. Quase metade está nos Estados Unidos (2.293.157 presos em 2007), Rússia (891.738 presos em 2008) e China (1.565.771 presos condenados¹⁰ em 2005). No Brasil, foram enumerados 440.013 presos em 2006.

⁴ Em abril de 2010, foi realizada a última edição dos congressos internacionais em Salvador – 12º Congresso das Nações Unidas sobre Prevenção ao Crime e Justiça Criminal.

⁵ Em 1994, o Brasil, através do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, aprovou as Regras Mínimas para o Tratamento do Preso no país.

⁶ Em vigor desde 1966, foi ratificado pelo Brasil em 1992.

⁷ Também denominada Pacto de San José da Costa Rica, foi assinada em 1969 e entrou em vigor em 1978. O Brasil aderiu em 1992.

⁸ Assinada em 1984, foi ratificada pelo Brasil em 1989.

⁹ INTERNATIONAL CENTRE FOR PRISON STUDIES. *Prison Population List*. Disponível em: <http://www.kcl.ac.uk/depsta/law/research/icps/downloads/wppl-8th_41.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2010.

¹⁰ Além desses, cerca de 850 mil presos são mantidos em “detenção administrativa” na China. Se forem incluídos os chineses, o total é mais de 2,4 milhões.

1.2 SISTEMA PENITENCIÁRIO NO BRASIL

No Brasil Colonial, vigoraram as Ordenações do Reino, caracterizadas pela aplicação de penas exorbitantes, desigualdade de tratamento entre os presos e confusão entre direito, moral e religião. Foram elas: Ordenações Afonsinas (1500-1513), Ordenações Manuelinas (1514-1603) e Ordenações Filipinas (1603-1640). O Livro V das Ordenações Filipinas, destinada à matéria penal, era caracterizado pela crueldade de seus dispositivos (GARCIA, 1997, p. 25-6).

As prisões eram situadas no térreo das câmaras municipais das cidades e vilas, e eram destinadas a recolher desordeiros, escravos fugitivos e aqueles que aguardavam julgamento e punição. Os presos mantinham contato com os as pessoas que transitavam ao redor através das grades, a fim de receberem esmolas, alimentos, informações etc., pois não havia muros.

Em 1551 já havia menção da existência de prisão em Salvador, sede do governo geral na época, uma “cadeia muito boa e bem acabada com casa de audiência e câmara em cima [...] tudo de pedra e barro, rebocadas de cal, e telhado com telha” (RUSSELL-WOOD *apud* SILVA, 2003, p. 21). Havia prisões em prédios militares e fortes construídos em locais estratégicos para a defesa do território (BARRETO, 2005, p. 12).

O Aljube, antigo cárcere eclesiástico do Rio de Janeiro, usado para a punição de religiosos, foi cedido pela Igreja para servir de prisão comum após a chegada da Família Real. Em 1829, uma comissão de inspeção nomeada pela Câmara Municipal afirmaria: “O aspecto dos presos nos faz tremer de horror”; eram 390 detentos, e cada um dispunha de uma área aproximada de 0,6 por 1,2 m². Em 1831, o número de presos passaria de 500. Em 1856, o Aljube foi desativado. (CARVALHO FILHO *apud* SILVA, 2008, p. 12).

Na mesma época em que surgia o sistema penitenciário nos Estados Unidos, Auguste de Saint-Hilaire descreveu os cárceres que encontrou em sua viagem pelo Brasil¹¹:

Existe uma prisão em cada vila ou sede de termo. O andar das casas da câmara são, em todas as localidades, reservados aos presos, e são vistos às grades, solicitando a piedade dos transeuntes ou conversando com eles. É necessário, aliás, que os encarcerados estejam, tanto quanto possível, em contato com os cidadãos, pois estes últimos é que os alimentam com suas esmolas. Não podem regatear elogios à humanidade dos mineiros; é, porém, fácil esquecer aos que se não vêem, e asseguram-me que presos houve que morreram de fome (SAINT-HILAIRE *apud* FERREIRA; VALOIS, 2006, p. 44).

¹¹ Saint-Hilaire viajou pelo Brasil entre 1816 e 1822.

Um decreto de 1821 determina o fim do aprisionamento em masmorra estreita, escura ou infecta, sendo esse o primeiro registro da preocupação das autoridades com o estado das prisões no país. A Constituição de 1824 aboliu todas as penas cruéis, como açoites, tortura e marca de ferro quente¹², determinadas pelas Ordenações do Reino de Portugal, e estabelece que as cadeias fossem “seguras, limpas, o bem arejadas, havendo diversas casas para separação dos Réus, conforme suas circunstâncias, e natureza dos seus crimes¹³”.

O Código Criminal do Império (1830-1890) instituiu a pena de privação de liberdade e determinou que a pena de morte e a forca fossem utilizadas apenas em casos de homicídio, latrocínio e insurreição de escravos. Porém a pena de galés, em que os presos realizavam trabalhos forçados em obras públicas com calceta no pé e corrente de ferro, continuava válida. (NOGUEIRA, 2006, p. 20).

A principal novidade do Código Criminal de 1830 foi o surgimento das penas de prisão com trabalho (o condenado tinha a obrigação de trabalhar diariamente dentro do recinto dos presídios). Pena que em alguns casos podia ser perpétua ou de prisão simples [...] (SILVA, 2008, p. 12).

A pena de morte foi abolida em 1890, fazendo com que a sentença tivesse um caráter confessional de ressocializar e educar o preso.

O Código Penal Republicano (1890-1940) aboliu a forca e as galés e limitou também a pena máxima para 30 anos, que prevalece até os dias de hoje. A pena teria duas etapas: isolamento inicial e regime intermediário de trabalho obrigatório em comum, com segregação noturna e silêncio noturno. Para aqueles que tinham bom comportamento e cumprido metade da pena superior a seis anos, eram concedidas transferências para a penitenciária agrícola, com perspectiva de livramento condicional (NOGUEIRA, 2006, p. 29). A prisão era destinada

àqueles que provocassem a suspensão do trabalho ou que desviassem os trabalhadores de seus postos de trabalho; os vadios seriam presos e levados às casas correccionais, a fim de se adaptarem ao hábito do trabalho através de medidas coercitivas e disciplinares. A intenção forçada atingia também os mendigos, os capoeiras e os desordeiros. Eram presos todos os que andassem pela cidade e não tivessem residência fixa, vivendo na ociosidade, os que andassem armados pelas ruas provocando tumultos, correrias e assustando os transeuntes nas vias públicas; os que atentassem contra a ordem pública

¹² BRASIL. *Constituição Política do Imperio do Brazil (de 25 de março de 1824)*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao24.htm>. Acesso em: 25 jul. 2010.

¹³ BRASIL. *Constituição Política do Imperio do Brazil (de 25 de março de 1824)*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao24.htm>. Acesso em: 25 jul. 2010.

fazendo ‘algazaras’ ou inculcando terror na população urbana, ou em reuniões públicas, ou durante as festas cívicas (ALVES, 1997, p. 31).

Em 1920, foi inaugurada a penitenciária de São Paulo, no bairro do Carandiru, com capacidade para 1200 presos, a maior da América Latina, equipada com oficinas, enfermarias, escola, corpo técnico, acomodações adequadas segurança, sendo considerada como um marco na evolução das prisões, sendo vista um modelo de regeneração (CARVALHO FILHO *apud* SILVA, 2008, p. 13). Porém, os vícios e violências das outras prisões eram presentes no novo estabelecimento, o rigor disciplinar era aplicado conforme critérios subjetivos e os benefícios previstos por lei sofriam interferência do poder psiquiátrico (SILVA, 2008, p. 13).

Em 1924, o jurista Lemos de Brito empreendeu uma reforma penitenciária propondo a criação de um reformatório especial para as mulheres que fosse diferente dos moldes tradicionais da época. A reforma penal de 1940 sistematizou o sistema penitenciário no Brasil, sob o regime do Estado Novo, resultando na criação da Penitenciária Agro-Industrial, da Penitenciária de Mulheres e do Sanatório Penal. O Código Penal de 1940 estabeleceu a separação física de homens e mulheres em todos os complexos prisionais do país. A finalidade prioritária de separar mulheres de homens presos não era para dar mais dignidade às acomodações carcerárias, e sim, garantir a paz e a tranquilidade desejada nas prisões masculinas. Conforme o ideário conservador da época, a presença feminina causava uma influência perniciososa, exacerbava o sentimento genésico dos sentenciados, aumentando-lhes o martírio da forçada abstinência (SOARES; ILGENFRITZ, 2002, p. 51-7). Na exposição de motivos do anteprojeto dirigido ao ministro da justiça, Lemos de Brito, ao defender a criação da penitenciária feminina, expressa o caráter conservador do pensamento da época:

O que existe nesta capital como Prisão de Mulheres é alguma coisa de improbiioso e que faria corar um burgo podre da velha Inglaterra. Trata-se, como Vossa Excelência sabe, de um pequeno barracão de cimento dos fundos da Casa de Detenção, gradeado à maneira de um xadrez das cadeias públicas, onde se acomodam as mulheres processadas e condenadas no DF. A promiscuidade aí é de arrepiar. Ao lado da mulher honesta e de boa família, condenada por um crime passional ou culposo, ou que aguarda julgamento, seja por um aborto provocado por motivo de honra, seja por um infanticídio determinado muitas vezes por uma crise psíquica de fundo puerperal, estão as prostituídas mais sórdidas, vindas como homicidas da zona do baixo meretrício, as ladras reincidentes, as mulheres portadoras de tuberculose, sífilis, moléstias venéreas, ou hostis à higiene. Quando não atacadas pela satitíase, tipos acabados de ninfômanas, que submetem ou procuram submeter, pela força, as primeiras aos mais repugnantes atos de

homossexualismo, como o próprio Conselho Penitenciário teve a oportunidade de constatar (SOARES; ILGENFRITZ, 2002, p. 56).

Posteriormente, mulheres carregadas com esse estigma vão inchar a população carcerária, num movimento constante de entrada e saída, uma vez que as punições duravam no máximo três meses.

Com o Estado Novo a partir de 1937, o regime político centralizador, populista e autoritário em vigência reordenou a configuração do poder público, através da criação de instrumentos de controle das relações de poder local, bem como a regulação e a submissão das relações capital-trabalho ao Estado sob “a inserção cada vez mais significativa do capital internacional” (WOLFF, 2005, p. 8). Essas mudanças no cenário sócio-político do país influenciaram decisivamente nas características gerais da ideologia penal que moldou a configuração do sistema penitenciário brasileiro.

A política penal e a política social não podem ser consideradas como processos autônomos e independentes, pois respondem ao mesmo conjunto de determinações presentes na sociedade. Um exemplo disso é o fato de que o processo industrial, desencadeado no Brasil nas décadas de 20 e 30, impôs uma intervenção mais efetiva do Estado nestas duas áreas, na tentativa de adequar-se às demandas surgidas no contexto da sociedade e da economia (WOLFF, 2005, p. 8).

Com o Código Penal de 1940, que permanece em vigor atualmente com algumas alterações, o cárcere se tornou a espinha dorsal do sistema prisional, pois definiu cerca de 300 infrações sujeitas a privação de liberdade. Instituiu a pena de reclusão e detenção. A reclusão, voltada àqueles com pena de até trinta anos, consistia em isolamento inicial e realização de trabalhos internos ou em obras públicas posteriormente. Na detenção, destinada os sentenciados com no máximo três anos, não há o período de isolamento. A lei previu a separação desses dois tipos de presos, porém não foi seguida pelas autoridades brasileiras, tendo sua validade apenas no aspecto processual (NOGUEIRA, 2006, p. 30).

No dia 21 de abril de 1942 foi inaugurado em São Paulo nas dependências da antiga Penitenciária do Estado, o “Presídio para Mulheres”, no mesmo prédio onde, atualmente, é a Secretaria de Administração Penitenciária (SAP) no bairro do Carandiru. A ala feminina do complexo prisional era uma construção composta por cinco dormitórios comuns e seis individuais para as sentenciadas. Havia, também, um dormitório para funcionárias, no caso as irmãs da congregação do Bom Pastor, que administravam a unidade, além de diversos salões nos quais oficinas de costura, arte e culinária eram realizadas. Seu funcionamento durou até 21 de novembro de 1973. Em

1974, foi realizada estatização do Presídio de Mulheres o qual passou a ser chamado de Penitenciária Feminina da Capital¹⁴.

Veja-se que a idéia de construção de espaços diferenciados para homens e mulheres, prevista na reforma de 1940 [...], que culminou com a construção do *Presídio de Mulheres* no Carandiru, não sofreu evolução significativa, sendo recorrente, nesse espaço de tempo, as adaptações de espaços masculinos para receber o crescente contingente carcerário feminino. Lembramos que esse modelo de prisão feminina dos anos 40 acentuava [...] o sentido moralizador e restaurador do ideário doméstico, cultural e submisso da mulher [...] (RODRIGUES; MATTOS; SILVA, 2010, p. 24).

Em 09 de novembro de 1942, foi inaugurada no então Distrito Federal, em Bangu, distante dos presídios masculinos, a penitenciária feminina Talavera Bruce, também sob a administração da Igreja Católica. As freiras eram responsáveis pela educação, disciplina, trabalho, higiene e economia enquanto que a Penitenciária Central do Distrito Federal (PCDF) cuidava dos demais serviços, como a guarda, o transporte, a alimentação, a assistência médica, entre outros. Em 1955, a PCDF assumiu totalmente a direção dessa casa prisional¹⁵ (SANTA RITA, 2006, p. 40).

Dedicadas às prendas domésticas de todo tipo (bordado, costura, cozinha, cuidado da casa e dos filhos e marido), elas estariam aptas a retornar ao convívio social e da família, ou, caso fossem solteiras, idosas ou sem vocação para o casamento, estariam preparadas para a vida religiosa (SOARES; ILGENFRITZ, 2002, p. 58).

Antes da criação da Penitenciária de Mulheres do Distrito Federal e a de São Paulo, nunca havia sido ministrado nenhum ‘tratamento’ penitenciário especial para a população carcerária feminina. Mulheres eram recolhidas conforme as possibilidades das delegacias de polícia ou prisões, em ‘alas’, ‘compartimentos’ ou ‘pavilhões’, ou em celas separadas, ou mesmo nas mesmas celas dos homens.

A utilização da pena de prisão deveria servir para a reprodução dos papéis femininos socialmente construídos. A intenção era que a prisão feminina fosse voltada à domesticação das mulheres criminosas e à vigilância da sua sexualidade. Tal condição delimita na história da prisão os tratamentos diferenciados para homens e mulheres (SANTA RITA, 2006, p. 40).

¹⁴ SÃO PAULO (Estado). SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA. ASSESSORIA DE IMPRENSA. *Sensibilidade no dia-a-dia: as histórias e os desafios das funcionárias do sistema prisional*. 5 mar. 2010. Disponível em: <<http://www.sap.sp.gov.br/common/noticias/0500-0599/not514.html>>. Acesso em: 27 jul. 2010.

¹⁵ Em 1966, o referido estabelecimento recebeu o nome de Instituto Penal Talavera Bruce e passou a ter autonomia administrativa. Atualmente é denominada Penitenciária Talavera Bruce, unidade prisional feminina de segurança máxima do Estado do Rio de Janeiro (SANTA RITA, 2006, p. 40).

Com o Golpe de 1964, inicia-se uma série de golpes na América do Sul, marcados pelas graves e constantes violações de direitos, desaparecimentos, torturas e assassinatos contra presos políticos.

Uma outra face desse regime é exposta, de meados da década de 60 a início da década de 70, agora não enfocando mais o preso político, e, sim, o preso ou cidadão comum; trata-se do *Esquadrão da Morte*, que iniciou suas atividades em 1964, no Rio de Janeiro, e 1968, em São Paulo. Constituía-se num grupo de policiais civis (delegados, investigadores etc.) que inicialmente tinham o objetivo de vingar a morte de policiais mortos. Geralmente para cada policial morto dez marginais eram executados, na maior parte dos casos com sinais de tortura. Frequentemente os escolhidos eram presos retirados das celas – em São Paulo, geralmente do Presídio Tiradentes – e barbaramente executados. Posteriormente o Esquadrão da Morte se tornou uma rede vinculada ao tráfico de drogas, prostituição e segurança particular (BOVO, 2002, p. 141, grifo do autor).

O Código Penal de 1969, que previa, dentre outras coisas, a imputabilidade àqueles que tinham entre 16 e 18 anos mediante comprovação psíquica, foi revogado antes da sua vigência (PASCUIM, 2006, p. 43).

O sistema penal estabelecido em 1890 estava indissolúvelmente associado às necessidades políticas do Estado, no sentido de efetivar o controle sobre a sociedade e enquadrar as condutas opostas aos valores consagrados pela ideologia republicana. Os dispositivos penais de conservação da ordem também serviram para disciplinar as idéias e modo de vida, conforme pretendiam os ideólogos republicanos. O Código Penal de 1890, bem como os outros que se seguiram (1940 e 1969), resultaram de um modelo histórico de tratamento da cidadania e da política que passava pela esfera do poder da polícia e pela ação do Poder Judiciário. Nesse aspecto, os códigos penais produzem e reproduzem uma **ordem de força**, através de um conjunto de **regras de verdade** para atingir todos os cidadãos e fundar uma certa concepção de vida em sociedade (ALVES, 1997, p. 31, grifo do autor).

Em 1975 foi instalada uma CPI sobre o sistema penitenciário com o objetivo de identificar os principais problemas e deficiências nas prisões brasileiras para subsidiar o Poder Executivo acerca da questão carcerária. Duas perspectivas sobre a questão carcerária se sobressaíram nas discussões: a busca pela reinserção social do preso no reconhecimento de seus direitos garantidos pela Regras Mínimas da ONU, de caráter humanizador, compôs o eixo norteador de um lado; e o discurso oficial sobre o assunto até o momento, de inspiração positivista, que centrava a intervenção penal no tratamento e na cura do preso, numa visão psicopatológica do crime. As propostas surgiam a partir dessas duas concepções, ora de maneiras distintas, ora de caráter híbrido (TEIXEIRA, 2006, p. 62-3).

No Brasil, além do fato da incorporação das concepções humanizadoras da pena pelo discurso oficial ter se dado tardiamente, num momento em que já estavam em crise em outros países, é certo que tais concepções não se

constituíram e generalizaram-se a partir de *dispositivos institucionais* que as conformariam e integrariam [...] (TEIXEIRA, 2006, p. 64, grifo do autor).

Ainda sob o regime militar, na gestão do governador do Estado de São Paulo, Paulo Egydio Martins, e do secretário de justiça Manuel Pedro Pimentel (1975-1979), a reforma administrativa do sistema penitenciário, através da criação da Fundação de Amparo ao Trabalhador Preso (FUNAP) em 1977 e da Coordenadoria Estadual dos Estabelecimentos Penais (COESPE)¹⁶ em 1979, e o fortalecimento dos esforços de desinternação progressiva, por meio do instituto prisão-albergue, configuraram novos paradigmas às políticas penitenciárias. A FUNAP foi fundada para garantir o acesso do preso ao trabalho, com a finalidade de recuperação e reinserção social. A COESPE foi criada para modificar o caráter exclusivamente repressivo da intervenção prisional a partir da sistematização dos órgãos responsáveis por uma política de individualização e reinserção do preso e do egresso (TEIXEIRA, 2006, p. 77). Até 1978 foram instaladas 46 casas do albergado, que consistiam,

numa modalidade de *prisão aberta* na qual o condenado considerado sem periculosidade seria destinado [...] durante a noite e nos fins de semana, submetendo-se a um tratamento diferenciado com vistas à sua reinserção, através de palestras e atividades que visassem esse fim (TEIXEIRA, 2006, p. 65-77).

Na década de 1980, fase pós-ditadura militar, o controle repressivo centrado nos trabalhadores e intelectuais (o cidadão que questionava a ordem estabelecida) foi deslocado para a criminalidade comum (o traficante, o ladrão, o assaltante), organizada principalmente em volta do tráfico de armas e drogas, inclusive com importante participação de setores policiais. “Os espaços definidos para esta criminalidade passaram a ser inicialmente a favela, o gueto e posteriormente a prisão: representavam a um tempo, espaços de confinamento, de rejeição e de exclusão” (WOLFF, 2005, p. 9).

O aumento dos crimes violentos e a intensificação das rebeliões, sobretudo pela participação do crime organizado, “provocaram a difusão de sentimentos generalizados de medo, insegurança e indignação junto à população em geral” (TEIXEIRA, 2006, p. 97). “Setores políticos ligados ao regime militar e autoritário reagiram severamente à política democrática que se implantava no país e que procurava

¹⁶ A COESPE substituiu o Departamento de Institutos Penais do Estado (DIPE), órgão que contava com estrutura investigativa e repressora, própria do contexto em que a política de segurança e de justiça da ditadura estava inscrita (TEIXEIRA, 2006, p. 77).

alcançar o funcionamento das polícias e do sistema penitenciário” (SALLA, 2006, p. 291).

Em 1984 foram promulgadas a Lei de Execução Penal (LEP) e a reforma do Código Penal de 1940, em vigor atualmente. A nova edição do código sistematizou a progressividade da pena em três etapas: regimes fechado, semi-aberto, aberto (prisão albergue), e o livramento condicional. Esse regime progressivo foi condicionado ao merecimento, isto é, ao comportamento carcerário cotidiano apresentado pelo preso. Foram introduzidas também as penas alternativas, dentre elas, a prestação de serviços à comunidade. A LEP vinculou a remissão do tempo de pena ao período trabalhado, na mesma ocasião negou peremptoriamente ao preso a condição de trabalhador, deixando-o alheio às garantias da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e da Constituição Federal (TEIXEIRA, 2006, p. 65-71).

Tal exclusão, além de permitir, por exemplo, que a remuneração do preso pudesse ser inferior ao salário mínimo, operou a absoluta exclusão do trabalho prisional da esfera de garantias, coberturas e proteções que o trabalho em geral possui, relegando-o a mais uma categoria dos domínios do contradireito, a partir da qual a prisão se inscreve (TEIXEIRA, 2006, p. 71).

A implantação das reformas contidas na LEP ficou a cargo do Poder Executivo, o que demandaria “uma reformulação mesmo da estrutura e da lógica de funcionamento das prisões, ameaçando, por óbvio, a subcultura e o núcleo de poder consolidado nesses estabelecimentos pelos agentes encarregados da segurança e da disciplina [...]” (TEIXEIRA, 2006, p. 79).

O conformismo quanto à sua inaplicabilidade e a omissão do Estado em possibilitar tal aplicação [...] possibilitaram que um perigoso círculo vicioso fosse mantido, no qual a não efetivação dos dispositivos legais serviria para intensificar a deslegitimação dos direitos desse público, resultando em desdobramentos que levariam à sua completa negação por amplos segmentos sociais (TEIXEIRA, 2006, p. 74).

Cada vez mais os direitos individuais são recusados, pois antigos consensos conservadores foram reatualizados, através dos quais a constituição da figura central para a existência societária, o sujeito de direitos, passou a esvaecer, a exemplo da expressão de que os “direitos humanos são privilégios de bandidos” (TEIXEIRA, 2006, p. 74).

Sob a gestão do secretário de justiça José Carlos Dias (1983-1986), no governo de André Franco Montoro no Estado de São Paulo, iniciou-se uma série de iniciativas de

humanização nos presídios, tais como assistência jurídica, ampliação de vagas, implementação de visita íntima aos presos do sexo masculino dentre outros. A mais polêmica de todas foi a proposta das Comissões de Solidariedade, que consistiam em canais de interlocução do preso com a sociedade, com as entidades de direitos humanos e com autoridades, sem as mediações do poder disciplinar, a fim de expressar livremente suas reivindicações, denúncias e propostas.

As comissões seriam formadas por presos e instaladas em cada presídio através do voto direto e secreto. Dessa maneira, confeririam “ao preso a possibilidade (explicitamente negada no cárcere) de fala, direito de voz, numa espetacular subversão da existência prisional com poucos paralelos na história” (TEIXEIRA, 2006, p. 80). Haveria também comissões de representantes dos agentes penitenciários, o que favoreceria a igualdade nas ocasiões de negociações e reivindicações.

A proposta encontrou forte oposição entre diretores, guardas dos presídios e a imprensa, a tal ponto que foi constituída apenas uma comissão em todo o Estado. Houve indícios de uma rebelião forjada a fim de desestabilizar as medidas de humanização. Após a saída do secretário, foram adotadas medidas de caráter conservador pelos governos subseqüentes.

Se na experiência histórica brasileira em geral, esse *imaginário igualitário* nunca constituiu medida à realização da justiça social, diante de uma formação social marcada e comprometida pelo escravismo e por uma cultura política calcada no clientelismo e no paternalismo, pouco crível seria sua realização no espaço exemplar das disciplinas, do arbítrio e, sobretudo da violência, que a prisão perpetua (TEIXEIRA, 2006, p. 85).

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, as discussões sobre o aumento da violência retomaram a questão da intensificação do uso da prisão. Projetos de lei privilegiavam proposições de caráter repressivo, como a supressão de direitos dos acusados, o incremento de penas, a vedação de direitos e benefícios no âmbito da execução penal, dentre outros. Conseqüências disso se faziam sentir o incremento da população carcerária e no funcionamento disciplinar, configurando as distribuições de poder no interior do sistema prisional numa nova ordem de instabilidades, pois,

é possível traçar paralelos importantes entre o marco da aprovação dessas leis e o incremento das taxas de aprisionamento, que conheceram a partir da década de 90 os maiores números já registrados, encontrando-se até hoje em contínua ascensão (TEIXEIRA, 2006, p. 101).

A promulgação da Lei dos Crimes Hediondos, em 25 de julho de 1990 foi elaborada em resposta a uma onda de seqüestros que ocorreu no país na década de 1980. Tornou inafiançáveis o tráfico de drogas e o seqüestro e aumentou a pena de vários crimes, o que contribuiu para o crescimento do número de pessoas detidas, que aguardam julgamentos nas cadeias e delegacias, agravando o fenômeno da superpopulação (STELLA, 2006, p. 22).

Embora a superpopulação seja considerada um problema relevante do sistema penitenciário brasileiro atual, ela pode ser muita mais o sintoma que a causa. Sérgio Adorno, em 1989, assinalava que governantes após governantes limitaram-se a construir novas unidades prisionais, aumentando o número de vagas, sem, contudo, reformular as políticas penais (STELLA, 2006, p. 22).

Com o fracasso da política de humanização do governo Montoro, a aplicação da política de segurança pública adotada por Orestes Quécia e continuada por Luiz Antonio Fleury Filho intensificou o uso da força para o controle e gerenciamento da população prisional, sobretudo nas rebeliões.

O dia 2 de outubro de 1992 deverá ficar muito tempo na memória da população carcerária brasileira. Ou, como dirá o estatuto do PCC, o Primeiro Comando da Capital, de toda a “sociedade brasileira”. Sombra¹⁷ ainda se encontrava na Penitenciária de Avaré, quando na capital, 111 presos do Pavilhão 9 da Casa de Detenção foram executados por PMs da Tropa de Choque. A Casa de Detenção, com nove pavilhões, faziam parte do chamado Complexo do Carandiru, que também compreendia a Penitenciária Feminina da Capital e o antigo Centro de Observações Criminológicas. Por isso o episódio ficou mundialmente conhecido como o “Massacre do Carandiru” (JOZINO, 2005, p. 23).

O massacre ocorrido em 1992, na Casa de Detenção de São Paulo, em funcionamento desde 1920, “representou o fim das aspirações a uma política carcerária humanizadora e guiada pela finalidade da ressocialização¹⁸” (TEIXEIRA, 2006, p. 115). Esse e outros acontecimentos violentos envolvendo presidiários intensificaram o movimento pelos direitos dos presos, com o apoio da Anistia Internacional. A campanha da fraternidade de 1997 da Conferência Nacional de Bispos do Brasil (CNBB) – Cristo liberta de todas as prisões – foi um marco importante nessa luta, tendo privilegiado o contato familiar do preso (STELLA, 2006, 18).

¹⁷ Idemir Carlos Ambrósio, um dos fundadores do PCC, assassinado em 2001.

¹⁸ “[...] pela primeira vez na história de uma instituição total, um governo de um Estado democrático autorizava a eliminação de um contingente expressivo de indivíduos (cidadãos?) que cumpriam suas penas, aplicadas mediante o devido processo legal, em um estabelecimento concebido e gerido, inclusive jurisdicionalmente, para assegurar-lhes não apenas a vida e a integridade física como também ‘as condições para sua harmônica reintegração social’”¹⁸ (TEIXEIRA, 2006, p. 110).

Uma série de medidas foi adotada, dentre as quais, a criação da Secretaria da Administração Penitenciária em 1993 em São Paulo, a primeira do país, a tratar com exclusividade no referido segmento. Sua existência, porém, não resultou em mudanças significativas na estrutura burocrática e administrativa verificadas na época da COESPE, no qual a personificação da instância decisória pelo gestor era reproduzida, o que proporcionou a continuidade “de uma série de vícios e deficiências estruturais no interior do funcionamento do sistema, dos quais a corrupção e a violência permaneciam como as marcas mais evidentes” (TEIXEIRA, 2006, p. 141).

Em 1999 em São Paulo, foi iniciada a desativação das carceragens dos distritos policiais e da Casa de Detenção de São Paulo, com a transferência de presos sob custódia da Secretaria de Segurança Pública (SSP) para a Secretaria da Administração Penitenciária¹⁹, divididas em sete coordenadorias conforme quadro;

Coordenadorias	Unidades
Coordenadoria da Região Noroeste do Estado	<ul style="list-style-type: none"> • 31 unidades prisionais masculinas • 2 unidades prisionais femininas
Coordenadoria da Capital e Grande São Paulo	<ul style="list-style-type: none"> • 24 unidades prisionais masculinas • 4 femininas unidades prisionais
Coordenadoria da Região Central do Estado	<ul style="list-style-type: none"> • 28 unidades prisionais masculinas • 2 unidades prisionais femininas
Coordenadoria do Vale do Paraíba e Litoral	<ul style="list-style-type: none"> • 16 unidades prisionais masculinas • 1 unidade prisional feminina
Coordenadoria da Região Oeste do Estado	<ul style="list-style-type: none"> • 34 unidades prisionais masculinas • 1 unidade prisional feminina
Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário	<ul style="list-style-type: none"> • 6 unidades de tratamento
Reintegração Social e Cidadania	<ul style="list-style-type: none"> • 30 centrais de penas e medidas alternativas • 17 centrais de atendimento ao egresso e familiares de presos • 5 células de referências técnicas • 1 departamento de atenção ao egresso e familiares

Quadro 1 – Coordenadorias da Secretaria da Administração Penitenciária do Estado de São Paulo.
 Fonte: SÃO PAULO (Estado). SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA. *Coordenadorias da SAP*. Disponível em: <<http://www.sap.sp.gov.br/common/coordenadorias.html>>. Acesso em: 26 jul. 2010.

A Região Metropolitana da Baixada Santista está incluída na área de abrangência da Coordenadoria de Unidades Prisionais do Vale do Paraíba e Litoral

¹⁹ Na época, a SSP custodiava 40% da população encarcerada.

(COREVALI), e aloca os seguintes estabelecimentos penais: Penitenciária "Dr. Geraldo de Andrade Vieira" - São Vicente I, Penitenciária de São Vicente II, Centro de Detenção Provisória em São Vicente, Centro de Detenção Provisória em Praia Grande e Centro de Progressão Penitenciária "Dr. Rubens Aleixo Sendin" de Mongaguá.

Em São Paulo, as cadeias e carceragens das delegacias, pertencem à Secretaria Estadual de Segurança Pública, enquanto os presídios estão sob a responsabilidade da Secretaria Estadual da Administração Penitenciária.

Conforme informações da SAP, em maio de 2010 123 das 148 unidades, estavam superlotadas.

Na Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo existem 115 cadeias públicas ativas. Desde 2007, 64 unidades foram desativadas, sendo que 11 delas foram, posteriormente, transformadas em cadeias femininas. Em 2000, a Secretaria da Segurança Pública possuía 32.319 presos sob sua responsabilidade. Atualmente, são 8.890 presos para 5.453 vagas disponibilizadas. Importante lembrar que São Paulo possui a maior população carcerária do país. Só em 2009, as polícias paulistas realizaram 124 mil prisões em flagrante ou por mandado, contribuindo diretamente para a redução de todos os crimes contra o patrimônio.

A população carcerária no Estado de São Paulo em 1994, que era cerca de 55 mil indivíduos, aumentou para cerca de 144 mil em 2006. A porcentagem de mulheres no universo das pessoas presas também aumentou consideravelmente (STELLA, 2006, p. 9). Em 2004, havia 8.213 mulheres presas. Em 2008, já eram 10.381. (SAP, 2008).

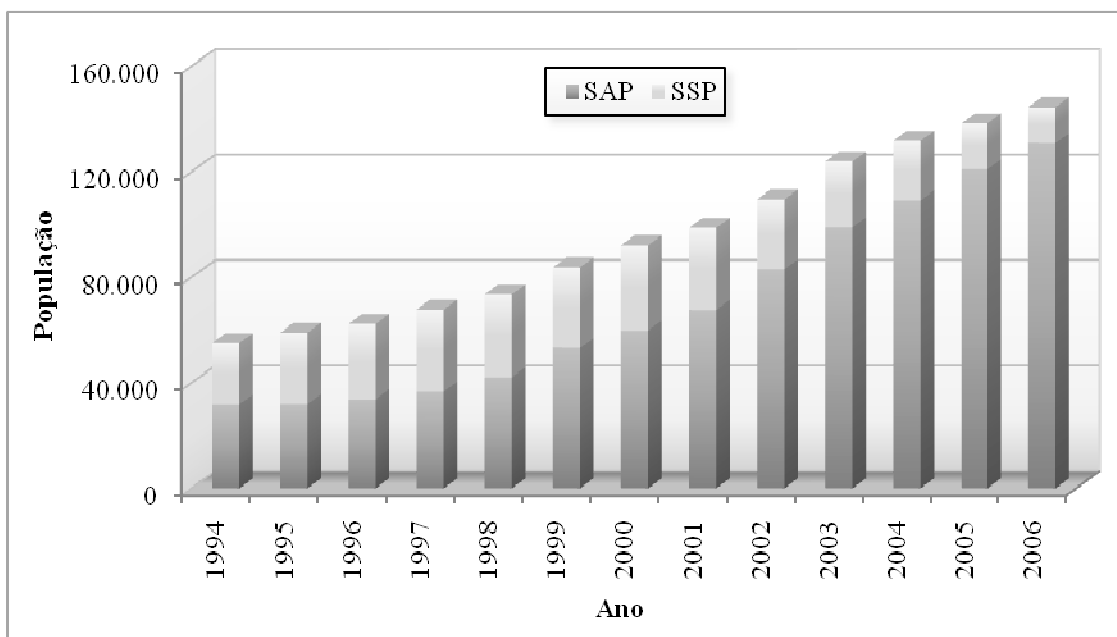


Gráfico 1 – População encarcerada no Estado de São Paulo em números absolutos (1994-2006).

Fonte: SÃO PAULO (Estado). SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA. *População carcerária do Estado de São Paulo de 1994 a 2006: evolução anual*. <<http://www.sap.sp.gov.br/common/dti/estatisticas/populacao.htm>>. Acesso em: 26 jul. 2010.

1.3 SISTEMA PRISIONAL FEMININO NO BRASIL

Uma das primeiras prisões destinadas a mulheres de que se tem registro é a do Calabouço, uma prisão para escravos situada no Morro do Castelo (Rio de Janeiro) e posteriormente transferida para a Casa de Correção da Corte. Lá, 187 mulheres escravas ficaram reclusas entre 1869 e 1870. Além das instalações e condições de higiene da prisão serem bastante precárias, não havia separação entre mulheres e homens; somente em 1905 foram criadas cinco celas especificamente para mulheres. Naquela época, as mulheres presas ficavam juntas com os homens criminosos e com os escravos.

Entre 1923 e 1924, a reforma penitenciária empreendida por Lemos de Brito, propôs criação de um reformatório especial para as mulheres, que ainda nesta época compartilhavam as acomodações carcerárias com os homens. A separação entre os sexos tinha como fundamento a compreensão de que a proximidade entre os dois intensificava o sofrimento causado pela abstinência forçada. Essa separação garantiria a tranquilidade desejada nas prisões masculinas. Havia também a preocupação em separar aquelas que estavam condenadas por prostituição e embriaguez (estas compunham a maioria da população carcerária feminina na época) daquelas que tinham maior rotatividade na prisão. Além disso, o pensamento de matriz religiosa e concepção do

papel da mulher na sociedade nortearam as formulações do tratamento a ser prestado às encarceradas.

Em 1929, os relatórios elaborados pelo Conselho Penitenciário do então Distrito Federal (cidade do Rio de Janeiro) distinguiram as presas condenadas por comportamento de grande rejeição da moral religiosa da época, como prostituição, vadiagem e embriaguez daquelas cujas infrações penais se referiam à supressão da vida, como aborto, infanticídio, entre outros.

Em 09 de novembro de 1942, por meio do Decreto nº 3971, de 02/10/1941, foi criada a primeira penitenciária feminina do Rio de Janeiro (na época Distrito Federal), Talavera Bruce, administrada pela Igreja Católica através das Irmãs do Bom Pastor. As freiras eram responsáveis pela educação, disciplina, trabalho, higiene e economia enquanto que a Penitenciária Central do Distrito Federal (PCDF) cuidava dos demais serviços, como a guarda, o transporte, a alimentação, a assistência médica, entre outros. Em 1955, a PCDF assumiu totalmente a direção dessa casa prisional²⁰.

Nos anos 60, mudanças nos estudos sobre a criminalidade feminina foram intensificadas. Tais mudanças foram desencadeadas por discussões sobre a divisão de papéis sociais historicamente atribuídos a homens e mulheres empreendidas pelo movimento feminista. No início dos anos 70, a criminologia começou a estudar a posição desigual da mulher no direito penal, considerando que a perspectiva masculina moldou a organização do aparato legal e das formas de controle, destoando com as demandas das mulheres presas, relegando suas especificidades.

Segundo dados do censo demográfico realizado em julho de 2002 pela Secretaria de Administração Penitenciária do Estado, apenas 3% das pessoas detidas eram mulheres, 97% são homens, jovens, com uma média de 30 anos de idade, baixa escolaridade, detidos por roubos, furtos, ou envolvimento com drogas, e 65% destes eram reincidentes no crime (SAP, 2005).

O aumento de mulheres envolvidas com o crime tem aumentado como indicam os números da Secretaria de Administração Penitenciária do Estado de São Paulo. Em 2004, o estado de São Paulo tinha 8.213 mulheres presas. Em 2008, já eram

²⁰ Em 1966, o referido estabelecimento recebeu o nome de Instituto Penal Talavera Bruce e passou a ter autonomia administrativa. Atualmente é denominada Penitenciária Talavera Bruce, unidade prisional feminina de segurança máxima do Estado do Rio de Janeiro (SOUZA, 2005).

10.381. (SAP, 2008), sem considerar as presas que estão nas delegacias sob a responsabilidade da Secretaria de Segurança Pública.

Na região da Baixada Santista, as unidades que alocam mulheres são: 2º. DP – Santos – Anexo Cadeia Pública Feminina, e 2º. DP – São Vicente – Anexo Cadeia Pública Feminina, locais onde este estudo foi realizado. Cabe ressaltar que, as Cadeias Públicas Femininas assemelham-se aos CDPs – Centro de Detenção Provisória. Entretanto, dada as condições estruturais do sistema penitenciário, não é difícil encontrar mulheres já julgadas cumprindo penas nas cadeias públicas.

CAPÍTULO 2

DIRETOS HUMANOS E SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL

A Constituição Federal de 1988 no Art. 196 declara que “a saúde é um 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”.

Desde o ano de 1984 está previsto em lei o atendimento em saúde a pessoas reclusas em unidades prisionais, embora apenas em 2003 uma portaria interministerial tenha consagrado a necessidade de organização de ações e serviços de saúde no sistema penitenciário com base nos princípios e diretrizes do SUS. Entre a Lei de Execução Penal (LEP) – Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984 – e o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) – Portaria Interministerial nº 1.777, dos Ministérios da Saúde e da Justiça, de 09 setembro de 2003 – houve dois marcos legais inestimáveis para a garantia do direito à saúde para as pessoas privadas de liberdade: a Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, e a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que instituiu o Sistema Único de Saúde. Ao longo dessas últimas décadas, houve uma mudança na sensibilidade governamental em relação às pessoas privadas de liberdade, a ponto de se realizarem essas e outras normativas no sentido de assegurar o direito à saúde dessa parcela da população brasileira.

2.1 OS MARCOS LEGAIS: DIREITOS HUMANOS E SAÚDE

O art. 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos enuncia que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade”, reconhecendo, portanto, a igualdade entre os homens no que diz respeito às suas qualidades essenciais – razão e consciência – traços distintivos dos demais seres e pressupostos da dignidade humana, ou melhor, da dignidade da *pessoa* humana.

A Constituição Federal consagra, no seu art. 1º, a dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos do Estado Democrático de Direito, motivo pelo qual, é vista como o fundamento material da própria Constituição.

A proteção aos direitos fundamentais, portanto, refere-se diretamente à observância ao princípio da dignidade da pessoa humana, tendo como consequência a limitação da ação do Estado em relação ao indivíduo, de forma que, havendo texto normativo que viole direitos fundamentais e, conseqüentemente, a dignidade da pessoa humana, será considerado inconstitucional.

Os direitos humanos dos presos encontram-se consagrados em documentos internacionais que vedam a tortura, o tratamento desumano e degradante, além de determinar a separação entre processados e condenados, jovens e adultos, homens e mulheres, o tratamento diferenciado dos adolescentes e a função ressocializadora da pena.

Destacam-se entre os pactos e convenções internacionais, no que pertence aos direitos humanos dos presos, o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos da Organização das Nações Unidas – ONU, a Convenção Americana sobre os Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos – OEA e a Convenção contra a tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes – ONU.

O Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos – ONU, de 1966, estabelece que:

Artigo 7º - Ninguém poderá ser submetido a tortura, nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes. Será proibido, sobretudo, submeter uma pessoa, sem seu livre consentimento, a experiências médicas ou científicas.

Artigo 10 - §1. Toda pessoa privada de sua liberdade deverá ser tratada com humanidade e respeito à dignidade inerente à pessoa humana.

a) As pessoas processadas deverão ser separadas, salvo em circunstâncias excepcionais, das pessoas condenadas e receber tratamento distinto, condizente com sua condição de pessoas não condenadas.

b) As pessoas jovens processadas deverão ser separadas das adultas e julgadas o mais rápido possível.

§2. O regime penitenciário consistirá em um tratamento cujo objetivo principal seja a reforma e reabilitação moral dos prisioneiros. Os delinqüentes juvenis deverão ser separados dos adultos e receber tratamento condizente com sua idade e condição jurídica.

A Convenção Americana sobre os Direitos Humanos - OEA, adotada e aberta à assinatura na Conferência Especializada Interamericana sobre Direitos Humanos, em San José de Costa Rica, em 22 de novembro de 1969, ratificada pelo

Brasil em 25 de setembro de 1992, resguarda o direito à integridade pessoal, na forma prevista pelo artigo 5º:

Artigo 5º - Direito à integridade pessoal

§1. Toda pessoa tem direito a que se respeite sua integridade física, psíquica e moral.

§2. Ninguém deve ser submetido a torturas, nem a penas ou tratos cruéis, desumanos ou degradantes. Toda pessoa privada de liberdade deve ser tratada com o respeito devido à dignidade inerente ao ser humano.

§3. A pena não pode passar da pessoa do delinqüente.

§4. Os processados devem ficar separados dos condenados, salvo em circunstâncias excepcionais, e devem ser submetidos a tratamento adequado à sua condição de pessoas não condenadas.

§5. Os menores, quando puderem ser processados, devem ser separados dos adultos e conduzidos ao tribunal especializado, com a maior rapidez possível, para seu tratamento.

§6. As penas privativas de liberdade devem ter por finalidade essencial a reforma e a readaptação social dos condenados.

Por fim, estabelece a Convenção contra a tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes – ONU, de 1984, que:

Artigo 11 - Cada Estado Parte manterá sistematicamente sob exame as normas, instruções, métodos e práticas de interrogatório, bem como as disposições sobre a custódia e o tratamento das pessoas submetidas, em qualquer território sob a sua jurisdição, a qualquer forma de prisão, detenção ou reclusão, com vistas a evitar qualquer caso de tortura.

Artigo 12 - Cada Estado Parte assegurará que suas autoridades competentes procederão imediatamente a uma investigação imparcial, sempre que houver motivos razoáveis para crer que um ato de tortura tenha sido cometido em qualquer território sob sua jurisdição.

Referidos instrumentos são valiosos para se concretizar a proteção dos direitos humanos, podendo, a violação dos referidos direitos ser denunciada a essas organizações internacionais. No caso do Brasil, que ratificou a Convenção Americana de Direitos Humanos, está legalmente comprometido a observar e respeitar os direitos nela mencionados, além de poder ser responsabilizado perante a Corte Interamericana de Direitos Humanos.

A Constituição Federal de 1988 consagrou como fundamentais muitos desses direitos, estabelecendo a intranscendência e a individualização da pena, a vedação à pena de morte, à de caráter perpétuo, à de trabalhos forçados, à de banimento e às cruéis, bem como assegurou aos presos a sua integridade física e moral.

Determinou, ainda no art. 5º, XLVIII, a separação dos presos de acordo com a natureza do delito, a idade e o sexo do apenado, sendo asseguradas às presidiárias condições de permanecerem com os seus filhos durante o período de amamentação.

A Lei nº 7.210 de 11 julho de 1984 (Lei das Execuções Penais) tratou de forma minuciosa os direitos dos presos, bem como os seus deveres, disciplinando todas as formas de assistência ao encarcerado (material, à saúde, jurídica, educacional, social e religiosa).

O Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP), motivado pela discussão havida no IV Congresso das Nações Unidas sobre a Prevenção do Delito e Tratamento do Delinqüente, realizado em Kioto, em 1970, bem como no V Congresso das Nações Unidas, ocorrido em Genebra, em 1975, fixou regras mínimas para o tratamento do preso no Brasil por meio da Resolução n.º 14, de 11 de novembro de 1994.

Essas regras, que foram estabelecidas em consonância com as Convenções Internacionais e a Constituição Federal tratam da seleção e separação dos presos, da estrutura física dos estabelecimentos, das necessidades pessoais dos encarcerados, de seus direitos fundamentais, do pessoal penitenciário, dentre outros.

Apesar da avançada legislação nacional, o Brasil ainda tem um longo caminho a percorrer no que diz respeito à implementação desses direitos, que, na prática, têm sido violados de forma evidente.

Segundo a LEP, a execução penal tem por finalidade proporcionar condições para a harmônica integração social da pessoa sentenciada e da internada, apontando como base do cumprimento das penas privativas de liberdade e restritivas de direitos um programa individualizador da pena. A assistência em saúde, bem como a material, jurídica, educacional, social e religiosa, figuram como elementos que contribuem para o retorno à convivência em sociedade. No artigo 14 da seção III da LEP, justamente acerca da Assistência à Saúde, consta que:

“A assistência à saúde do(a) preso(a) e do(a) internado(a) de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico”

“Quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover a assistência médica necessária, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento.” (BRASIL, 1994).

Dessa forma, muito antes do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário - PNSSP ter sido instituído pela Portaria Interministerial MS/MJ no 1.777/2003, já havia previsão legal de atendimento médico, farmacêutico e odontológico para pessoas privadas de liberdade. Entretanto, no PNSSP, a assistência é guiada pela lógica da atenção básica, qual seja, a prevenção e promoção em saúde enquanto atividades prioritárias, bem como o investimento em grupos de risco reunidos com base em instrumentos epidemiológicos de aferição da prevalência e incidência de doenças e agravos.

Essa perspectiva tem como justificativa um consenso que emergiu ao longo dos últimos anos sobre o sistema prisional: a insalubridade e a superlotação são estruturais desse sistema, tornando as unidades prisionais em espaços de confinamento especialmente propícios à difusão de doenças infecto-contagiosas.

Entre a LEP, de 1984 e o PNSSP, de 2003, a Constituição Federal de 1988 e as Leis nos 8.080 e 8.142, ambas de 1990, consagraram a máxima de que a “saúde é direito de todos e dever do Estado”, respectivamente instituindo e normatizando o SUS no Brasil. Concebido como uma garantia da universalização do atendimento público em saúde no país, o SUS é regido pelas 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; e
- III – participação da comunidade.

Com a Portaria Interministerial MS/MJ no 1.777/2003, a gestão das ações e serviços de saúde no sistema penitenciário passa a ser de incumbência dos órgãos de saúde das três esferas de governo, municipal, estadual e federal (diretriz I) e essas ações passam a ter como prioridade as atividades preventivas (diretriz II), em consonância com a Constituição Federal.

Ou seja, essa portaria estabelece um novo rumo para o atendimento em saúde nas unidades prisionais e para o gerenciamento desse atendimento, subordinando-os às diretrizes do SUS. O Sistema de Saúde Penitenciário do Ministério da Saúde - SISPE/MS é justamente o órgão gestor do PNSSP, em âmbito federal, realizando essa tarefa em conjunto com o Departamento Penitenciário Nacional - DEPEN/MJ,

primando pela intersetorialidade da parceria. Esta, inclusive, é uma característica da saúde no sistema penitenciário no âmbito do SUS: mais do que desejável, a intersetorialidade é uma necessidade, sem a qual não é possível ofertar ações e serviços de saúde a pessoas confinadas em unidades prisionais, já que elas se encontram “privadas de liberdade”. Saúde e justiça precisam articular-se de algum modo, de preferência colaborando para uma composição entre saúde e segurança na oferta de serviços de saúde dentro e fora do ambiente prisional.

Os princípios e as diretrizes do SUS são detalhados na Lei no 8.080/1990, entre eles a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência” e a “igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”. A Portaria Interministerial MS/MJ no 1.777/2003 é justamente a consolidação dos princípios previstos nessa Lei, estendendo também para a população prisional a atenção integral em saúde.

Em outras palavras, essa portaria sedimenta um compromisso assumido pelo SUS frente à população brasileira, isto é, a universalidade e a equidade da assistência em saúde, para todos(as), inclusive aqueles(as) mais vulneráveis aos agravos em saúde. Por outro lado, também consolida uma perspectiva já apontada na LEP/1984, de construção de possibilidades de reinserção social da população privada de liberdade, seja pela via da educação, do trabalho ou da saúde, embora tendo em conta a relevância ímpar da assistência jurídica a essa parcela da população do país.

Entre os agravos e as doenças que mais acometem a população prisional estão as infectocontagiosas, em especial a tuberculose, as DST e HIV/Aids, mas também as hepatites e a hanseníase. Tal quadro contrasta com os dados gerais da população brasileira, onde se verifica, cada vez mais, uma maior incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) frente às infecto-contagiosas e parasitárias.

2.2. MARCOS LEGAIS DA SAÚDE DA MULHER NO SISTEMA PRISIONAL

Segundo a legislação em saúde no sistema penitenciário, as mulheres em situação de prisão são uma parcela pequena da população carcerária no país, embora seu número tenha crescido nos últimos anos, em 2000, representavam 5% e hoje são 12% da população prisional. As unidades penitenciárias exclusivas para pessoas do sexo feminino, assim como as mistas devem levar em conta as peculiaridades do atendimento

em saúde a essa população, com base nas diretrizes e princípios da saúde da mulher no âmbito do SUS.

Em primeiro lugar o ponto a ser abordado diz respeito à própria alocação de mulheres em estabelecimento separado daquele no qual pessoas do sexo masculino permanecem. Está previsto no parágrafo primeiro do artigo 82 do Capítulo I do Título IV (Dos Estabelecimentos Penais) da LEP/1984 que as mulheres serão recolhidas em estabelecimento próprio e adequado à sua condição pessoal. Essa nova redação da LEP/1984 foi dada pela Lei nº 9.460, de 04 junho de 1997. No caso das unidades prisionais mistas, as mulheres devem permanecer em local separado dos homens.

O segundo ponto a ser abordado é o direito ao acesso a métodos contraceptivos, em conformidade com a Lei do Planejamento Familiar - Lei nº. 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Os métodos contraceptivos não se confundem com a esterilização e mesmo com o controle demográfico (controle da natalidade), proibido por lei.

O parágrafo único do artigo segundo do Capítulo I da Lei do Planejamento Familiar é incisivo: o planejamento familiar não pode, em circunstância alguma, ser utilizado com a finalidade de controle demográfico. O artigo décimo, em seu § 4º, veda a histerectomia²¹ e a ooforectomia²², indicando as situações nas quais é permitida a esterilização voluntária: a cirurgia de laqueadura tubária, a vasectomia ou outro método cientificamente aceito. Nestes casos, é necessário observar a expressa manifestação da vontade em documento escrito, após esclarecimento dos possíveis efeitos, as restrições de idade e demais situações elencadas nos incisos I e II, do art. 10, da lei em questão.

Para as mulheres que venham a se tornar gestantes, deve-se levar em conta a Lei nº 11.108, de 07 abril de 2005, que altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, no sentido de garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato. Além disso, segundo a Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, a gestante tem direito a conhecer e ser vinculada previamente a uma maternidade, seja aquela em que acontecerá o parto seja a disponível para intercorrências pré-natais.

²¹ Extirpação do útero. Após esta cirurgia, as mulheres não menstruam mais, ficam inférteis e não geram filhos. Disponível em; <http://pt.scribd.com/doc/11963960/Dicionario-Medico> Acesso em: 18/06/2010

²² Excisão do ovário. Remoção cirúrgica de um ou ambos os ovários. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/11963960/Dicionario-Medico> Acesso em: 18/06/2010

Entretanto, ao longo do processo de gestação, uma série de cuidados deve ser tomada pelas Equipes de Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário - EPEN para garantir a atenção integral à saúde das mulheres, de modo que seus direitos sejam respeitados e assegurados no SUS, algo que remete muitas vezes à referência para atenção ambulatorial e hospitalar. É nesse sentido que, em cada estado da federação, devem ser consultados os Planos Operativos de Saúde no Sistema Penitenciário – POE/MS no que tange à listagem de estabelecimentos de atenção especializada, pactuados na Programação Pactuada Integrada (PPI) para o atendimento de pessoas privadas de liberdade.

Outro ponto relevante no que diz respeito às mulheres privadas de liberdade refere-se às aquelas que são ou se tornam mães na prisão. Nesse caso, está previsto no parágrafo segundo do artigo 83 do Capítulo I do Título IV da LEP/1984 que as unidades prisionais destinadas às mulheres serão dotadas de berçário, onde estas possam cuidar de seus filhos, inclusive amamentá-los, no mínimo, até seis meses de idade. Essa nova redação da LEP/1984 foi dada pela Lei nº 11.942, de 28 de maio de 2009.

Nessa mesma revisão da LEP/1984, aponta-se no artigo 89 do capítulo II que a penitenciária de mulheres será dotada de seção para gestante e parturiente e de creche para abrigar crianças maiores de seis meses e menores de sete anos, com a finalidade de assistir a criança cuja responsável estiver presa. No bojo das recomendações sobre o tamanho e condições de salubridade das celas e do estabelecimento penal, diz-se que são requisitos básicos da seção e da creche: atendimento por pessoal qualificado, de acordo com as diretrizes adotadas pela legislação educacional e em unidades autônomas; horário de funcionamento que garanta a melhor assistência à criança e à sua responsável.

Vale para as pessoas idosas o mesmo princípio aplicado às mulheres que determina o recolhimento em local separado e adequado à sua condição pessoal, conforme previsto no parágrafo primeiro do artigo 82 do Capítulo I do Título IV da LEP/1984. Essa nova redação da LEP/1984 foi dada pela Lei nº 9.460, de 04 de junho de 1997.

Ou seja, as pessoas privadas de liberdade devem ser separadas por sexo e por idade no sistema prisional. Às vezes, também é necessário separá-las por doenças ou agravos dentro dos estabelecimentos penais, como quando o quadro clínico exige isolamento (algumas fases da tuberculose, por exemplo).

A Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, instituindo o Estatuto do Idoso, no qual ficam assegurados os direitos da pessoa idosa. O artigo quarto desse documento estabelece que nenhuma pessoa idosa será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, sendo que todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei.

Além disso, deve-se desenvolver iniciativas de humanização e flexibilização da condenação de pessoas idosas, segundo os artigos 65 e 77 do Código Penal, o Estatuto do Idoso e a Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, esta última a que institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Muitos são os estigmas e os preconceitos que recaem sobre as pessoas em situação de prisão, com exceção da liberdade e do direito ao voto para as já sentenciadas, essas fazem jus aos mesmos direitos e garantias fundamentais da sociedade abrangente, inclusive a direitos sexuais e direitos reprodutivos que são, reconhecidamente, direitos humanos. Isto significa que toda pessoa privada de liberdade tem direito à visita íntima, cabendo à gestão da unidade prisional garantir tal acesso, conforme previsto em legislação e normas específicas (vide LEP/1984 e Resolução CNPCP nº 09 de 12 de julho de 2006).

Relatórios nacionais apontam para a desigualdade de gênero no tocante à visita íntima, pois mostram que o direito à visita não atinge às mulheres presas na mesma proporção que os homens. De acordo com o GTI de Reorganização e Reformulação do Sistema Prisional Feminino (2007), o direito à visita íntima para as mulheres presas “é tratado como mera liberalidade, não sendo garantido na maioria dos estabelecimentos prisionais femininos” (p. 35).

Por outro lado, cabe a gestores/as e profissionais de saúde garantir ações de prevenção e promoção das DST/AIDS, com informação educativa, distribuição de preservativos masculinos e femininos e lubrificantes íntimos, assistência à anticoncepção, entre outros. Tais ações não devem ser restritas aos momentos de visita íntima, levando-se em conta que estas não são as únicas circunstâncias em que as relações sexuais existem nos ambientes prisionais. Ademais, as relações sexuais consensuais são um direito das pessoas privadas de liberdade, sem penalidades e com a garantia do acesso a preservativos e assistência à anticoncepção.

2.3 A TUBERCULOSE NO SISTEMA PRISIONAL

A tuberculose (TB) é uma doença infecto-contagiosa e uma das mais antigas da humanidade, encontrada em fósseis de seres humanos datados de até cinco mil anos A.C. Até a metade do século XIX o caráter infecto-contagioso da tuberculose não era reconhecido. A doença era atribuída a diversas causas como a hereditariedade, aos miasmas e a outros determinantes ambientais e sociais.

Apesar de a tuberculose existir desde milênios antes da era cristã, somente no século XIX surgiram condições sociais para que se desse a sua maior epidemia. Nos aglomerados industriais da época, os doentes com tuberculose pulmonar apresentavam emagrecimento progressivo, tosse seca e febre diária. O quadro progredia para enfraquecimento crônico, e o acometimento dos pulmões estendia-se por dias e meses. Durante todo esse tempo, o enfermo eliminava, pela tosse, o bacilo da tuberculose nos cômodos das casas sem iluminação e ventilação, úmidas e com excesso de moradores, o que facilitava a disseminação da doença. As pessoas depauperadas pelas longas jornadas de trabalho e pela miséria não apresentavam defesa adequada contra a infecção, ficando tuberculosas com facilidade. O século XIX foi o século da tuberculose em razão da urbanização industrial, a que se aliaram condições humanas para que a doença surgisse e meios propícios à sua transmissão (UJVARI, 2003, p. 149).

Em 1882, Robert Koch identificou a *Micobacteria tuberculosis*, definindo, assim, a TB como uma doença infecciosa. Isto permitiu que a pesquisa biomédica iniciasse a busca por vacinas e tratamentos medicamentosos. Apesar de ser uma doença potencialmente prevenível e curável, a TB continua a ser um dos grandes problemas da Saúde Pública no mundo e no Brasil.

Considerando a estratégia global de redução da morbidade e mortalidade por TB, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu como metas para seu controle a detecção de 70% de todos os casos novos bacilíferos, com 85% de sucesso de tratamento. Segundo as estimativas atuais da OMS, ocorrem 110 mil casos novos anuais de TB no Brasil, ou seja, uma taxa de incidência de 62 por 100 mil habitantes, situando o País na 15ª posição entre os 22 países mais afetados pela doença.

O Estado de São Paulo detecta, em números absolutos, o maior contingente de casos do Brasil, cerca de 20 mil por ano. O coeficiente de incidência de todas as formas é bastante semelhante ao do Brasil - 43,6 por 100 mil habitantes em 2005²³.

²³ Fonte: Secretaria do Estado da Saúde - São Paulo/ 2007.

Segundo as informações constantes no Plano Estadual de Saúde do Estado de São Paulo, estas taxas não são uniformes, as mais altas referem-se à Baixada Santista (80 casos por 100 mil habitantes).

Sabe-se que para um indivíduo adquirir tuberculose, é necessário que haja infecção pelo bacilo de Koch, mas apenas isso não é suficiente para que ocorra a doença (Vicentin, 2000). Uma vez que ela é transmitida por via aérea, quanto maior o número de pessoas em áreas fechadas, maior a possibilidade de contaminação (Kritski, 2000). Estudiosos de vários países afirmam a participação das condições sociais de vida na determinação da incidência, prevalência e mortalidade por tuberculose (Vicentin, 2000).

Apesar de a tuberculose ser uma das enfermidades mais antigas e conhecidas no mundo, não é uma doença do passado, pois a Organização Mundial da Saúde, (OMS), definiu-a como enfermidade reemergente, desde 1993 (Brasil, 2001). Para Ruffino-Netto (2002), o termo reemergente, quando se trata da tuberculose, não é válido para o Brasil, por ser um problema sempre presente e permanente.

O percentual de cura atual da tuberculose não ultrapassa os 75% dos casos tratados, embora o Brasil tenha sido o primeiro País a instituir o tratamento de curta duração (seis meses), em 1979, preservando sua gratuidade. Este percentual insatisfatório de cura decorre, sobretudo, do abandono do tratamento que, logo no início, confere ao paciente uma melhora notável. É importante também lembrar que o número de casos notificados não representa toda a realidade, devido à falta de diagnóstico ou a ausência de registro de casos (Brasil, 2002 b).

A doença encontra, um terreno fértil nas condições de aglomeração, desnutrição e pobreza características tanto das nações do terceiro mundo como nos grandes centros urbanos e decadentes dos países industrializados (Lima, 1997). Desta forma, a tuberculose sempre foi um grave e sério problema de saúde para os grupos de pessoas que se mantêm confinadas, principalmente em presídios, por sua principal forma de transmissão ser a respiratória. Portanto, atenção prioritária deve ser dispensada a este grupo de pessoas (Stead, 1978; Snider, 1989).

O problema da tuberculose não se apresenta apenas nos encarcerados, mas se dissemina também na comunidade, onde estes se relacionam, seja através de seus familiares, seja pelos funcionários dos presídios, durante e mesmo depois de sua reclusão. O fluxo de pessoas que vão e vem dentro e fora dos presídios é muito intenso não sendo detido pelos muros que os circundam. É observada uma incidência muitas

vezes maior de tuberculose entre os presidiários do que na população em geral (Bellin, 1993). Os detentos ficam expostos a fatores de alto risco para tuberculose, como desnutrição, higiene precária, condições de vida inadequadas, superlotação, pouca ventilação, condições ínfimas de saneamento, baixo nível sócio-econômico e uso de drogas ou substâncias entorpecentes (Glaser, 1993; Martín, 1994; Mac Intyre, 1997; Reyes, 1997).

As condições de vida da população carcerária feminina não são diferentes da masculina e esta também se encontra vulnerável à TB. A não detecção de casos e, por consequência, de tratamento pode ser um fator de disseminação da doença, inclusive entre seus comunicantes (familiares, parentes, filhos, companheiros), colocando em risco também a comunidade onde estão inseridos.

No Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil do Ministério da Saúde de 2010, o capítulo 13 é dedicado à população privada de liberdade. Refere que a saúde das populações privadas de liberdade é um direito estabelecido nas leis internacionais e nacionais, atribuindo ao Estado a responsabilidade de preservação da saúde devendo ser partilhada pelos Ministérios da Justiça e da Saúde exigindo parceria nos níveis estadual e municipal.

A situação epidemiológica da Tuberculose nas prisões se constitui um problema de saúde pública, pois a frequência de formas resistentes e multirresistentes é elevada nas prisões e está, geralmente relacionada ao tratamento irregular e a detecção tardia dos casos de resistência. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Conforme o manual, são sintomáticos respiratórios os indivíduos com tosse por tempo igual ou superior a três semanas. Entretanto, para os presídios este tempo é de duas semanas.

Outro aspecto importante é a busca ativa, que no sistema prisional deve ser uma atividade implantada de forma sistemática, visando atender o paciente na porta de entrada do sistema, assim como o estabelecimento de uma rotina periódica de busca de sintomáticos respiratórios, considerando o elevado risco de adoecimento desta população carcerária.

CAPÍTULO 3

A PESQUISA

Uma aproximação com as condições de vida e saúde da população carcerária feminina na região da Baixada Santista tornou-se objeto deste estudo que tem como objetivo geral avaliar as condições de vida e saúde de mulheres no sistema prisional da Baixada Santista, e tem como objetivos específicos: a) Apreender o impacto da detenção para a mulher encarcerada; b) Conhecer o cotidiano das mulheres na vida prisional; c) verificar as condições de saúde das detentas nas Cadeias Pública de Santos e São Vicente.

Nesta perspectiva, optou-se por desenvolver uma pesquisa qualitativa, para conhecer as características de determinado grupo social ou fenômeno, assim como conhecer suas opiniões, crenças e atitudes. (GIL, 1995). Assim, a abordagem qualitativa justifica-se para atender aos objetivos da pesquisa. Em Richardson:

A pesquisa qualitativa pode ser caracterizada como a tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados, em lugar de produção de medidas quantitativas de características ou comportamentos (1999, p. 90).

Nas pesquisas qualitativas parte-se do reconhecimento da singularidade do sujeito e, por conseqüência, a importância de se conhecer a sua experiência social e não apenas as suas circunstâncias de vida. É, pois, em direção da captura da experiência social que as pesquisas qualitativas se valem da fonte oral, na busca dos significados de vivências para os sujeitos que os esforços do pesquisador deve se concentrar, buscando apreender a forma como eles são atribuídos. (MARTINELLI, 1999).

Considerando-se que, na região da Baixada Santista, não existe penitenciárias femininas este estudo foi realizado nas delegacias da Secretária de Segurança Pública do Estado de São Paulo. Duas delegacias, uma em Santos e outra em São Vicente, possuem anexos denominados Cadeias Públicas Femininas. São elas: o 2º. DP /Santos – Anexo Cadeia Pública Feminina, e 2º. DP/São Vicente – Anexo Cadeia Pública Feminina, locais onde este estudo foi realizado.

Os sujeitos da pesquisa foram: 10 detentas (quatro em Santos e seis em São Vicente) escolhidas segundo o seguinte critério: mulheres presas há mais de 06 (seis) meses no local e que tiveram ou têm problemas de saúde durante o período de detenção

e os dois profissionais de saúde que atendem ou atenderam as detentas durante este período.

Com as detentas, pela natureza deste estudo optou-se por utilizar a **entrevista com roteiro**. Através dos depoimentos pode se perceber comportamentos, valores, emoções que permanecem escondidos nos dados estatísticos. (anexo 01)

Colher os depoimentos dessas mulheres contribuiu para a compreensão das condições de vida e saúde da população carcerária feminina, com características marcantes e singulares.

Para realização da pesquisa, o projeto foi devidamente encaminhado ao Comitê de Ética da UNISANTOS, processo nº 2180.8.2010, com parecer favorável, após a autorização dos delegados responsáveis e do juiz Corregedor.

A pesquisa foi realizada em duas etapas; na primeira etapa foram entrevistadas as detentas que apresentaram diagnóstico de TB, por considerar-se que este é um grande problema de saúde dentro da população carcerária. Foram entrevistadas seis mulheres nesta condição, sendo quatro no 2ª DP de Santos e duas no 2º DP de São Vicente. Na segunda etapa, foram entrevistadas quatro mulheres no 2ª DP de São Vicente, por razões impeditivas do 2ª DP de Santos.

Nestes dois estabelecimentos trabalham profissionais de saúde, as quais mantêm um contato direto com as detentas, Assim, estas profissionais foram também ouvidas para se conhecer os procedimentos que envolvem o atendimento à saúde das detentas. Foi entrevistada a técnica de enfermagem do 2º DP de Santos e a auxiliar de enfermagem do 2º DP de São Vicente.

Os dados coletados foram organizados para proceder-se sua análise e interpretação.

3.1 CONTEXTUALIZANDO A ATENÇÃO À SAÚDE DAS DETENTAS NO SISTEMA PRISIONAL DA BAIXADA SANTISTA

3.1.1 - 2º DP/CADEIA PÚBLICA DE SANTOS

A cadeia é atendida por três médicos, sendo um ginecologista, dois clínicos (um da prefeitura e outro do Estado) e um dentista, que atende uma vez por semana. Só não tem atendimento médico na quinta-feira, pois neste dia o consultório é utilizado como sala de visita. Em casos de emergência, as detentas são encaminhadas ao pronto socorro municipal. Segundo as entrevistadas, não faltam medicamentos, pois são

fornecidos pela prefeitura e Estado. Os exames médicos são feitos fora da cadeia. A técnica de enfermagem faz atendimentos todos os dias. O médico clínico geral, que atende em dias alternados, trabalha há 20 anos com as detentas – hoje ele é contratado da delegacia. O ginecologista atende em dias alternados e o dentista faz atendimento uma vez na semana.

Segundo a técnica de enfermagem, qualquer queixa que as detentas apresentam é avaliada pelo médico responsável que realiza o procedimento adequado, seja por meio de exames ou de medicamentos. Quando é necessário realizar um exame fora da detenção, a reeducanda é conduzida por viatura e acompanhada por um segurança. É imediatamente atendida, não fica em fila de espera. Muitas precisam ir ao SENAPS (Seção Núcleo de Atenção Psicossocial), pois precisam de remédio para dormir e são levadas sempre que precisam.

Quando é diagnosticado algum caso de HIV, a detenta é encaminhada ao SECRAIDS (Seção Centro de Referência em AIDS). Quando uma detenta sofre problemas respiratórios, ela avisa a carcereira de plantão. Dependendo do problema, vai ao PS (Pronto Socorro) central ou na própria cadeia tem remédio. No dia seguinte (se for noite), a técnica de enfermagem é avisada, a qual marca uma consulta com o médico ou é transferida para o PS. Elas fazem consulta no Seambesp (Seção Ambulatório de Especialidades) caso seja necessário utilizar alguma especialidade.

No caso de suspeita de tuberculose, são realizados exames de BK (Bacilo de Koch) e de RX (Raios-X). Se for confirmada a doença, a detenta é tratada na cadeia mesmo. São seis meses de tratamento. Caso ela saia antes de terminar, é orientada a continuar lá fora. O exame de BK é realizado duas vezes por ano em todas as presidiárias. Em abril de 2009, foram realizados os exames de BK e detectaram três ou quatro casos. Muitas vezes, a detenta contrai TB e só é diagnosticada depois de algumas semanas. Ao ser medicada a TB não é mais transmissível.

Segundo a técnica de enfermagem, hoje existem 10 quadrados para as detentas ficarem. Quando alguma detenta apresenta uma doença infecto-contagiosa, tenta-se juntar todas as infectadas num único quadrado.

Muitas vezes, as detentas chegam à cadeia com TB, fizeram o tratamento e pararam. Nesses casos, como a doença já está mais resistente, a medicação tem que ser injetável. A técnica de enfermagem considera muito bom o atendimento de saúde, mas ressalva que não dá para fazer isolamento por falta de espaço.

3.1.2 - 2º DP/CADEIA PÚBLICA DE SÃO VICENTE

O atendimento clínico é realizado na segunda, terça e quarta-feira. O exame ginecológico é feito na sexta-feira para exame preventivo e pré-natal caso haja alguma detenta grávida. Quando as detentas adoecem, são levadas para o pronto socorro ou, quando necessário, para uma UBS (Unidade Básica de Saúde) ou para o CREI (Centro de Referência em Emergência e Internação). Não há mais condições de realizar atendimento odontológico, pois a unidade não comporta um local apropriado e o material existente está defasado. Caso seja necessário, a detenta é encaminhada a um tratamento odontológico em local externo.

Quando uma doença é diagnosticada na cadeia, o médico atesta e a detenta é encaminhada ao centro de especialidades, com atendimento prioritário, escolta e com dia e hora marcada. Na ocorrência de hipertensão e diabetes, o tratamento é feito na própria cadeia. As detentas recebem medicamentos da prefeitura, porque o Estado não tem médicos, funcionários e remédios. Os médicos trazem amostra grátis e distribuem quando necessário.

Quando se detecta problemas respiratórios, o médico da cadeia indica o procedimento a ser realizado e o local específico do tratamento. Em caso de remoção, é solicitada autorização judicial. No caso de suspeita de TB, são realizados exames de RX e BK. O diagnóstico demora aproximadamente 15 dias. As duas detentas que contraíram tuberculose, já vieram com diagnóstico de fora. Na fase de transmissão, a detenta não é isolada, mesmo com diagnóstico positivo.

3.2 - PERFIL E CARACTERIZAÇÃO DAS DETENTAS

Foram entrevistadas 10 detentas das Cadeias Públicas de Santos e São Vicente. Como se trata de pesquisa qualitativa, a quantidade de sujeitos não interfere nos resultados. Tanto em Santos, quanto em São Vicente as detentas foram consultadas através da “faxina”²⁴ que foram as responsáveis pela organização das presas para a participação na pesquisa, sendo que algumas delas também participaram das entrevista. Para preservar a identidade dos sujeitos atribuiu-se a eles a seguinte codificação:

- 1) Para as detentas entrevistadas utilizou-se nomes de pássaros que podem ou não viver em cativeiros.
- 2) Para os profissionais de saúde utilizou-se PSSV (São Vicente) e PSS (Santos);

Sujeitos da pesquisa	2º DP de Santos	2º DP de São Vicente
Detentas	<ul style="list-style-type: none"> • Cravina • Pássaro Preto • Rouxinol • Tico-Tico 	<ul style="list-style-type: none"> • Ararajuba • Pintassilgo • Rosella • Tempera Viola • Trinca-Ferro • Mandarin
Profissionais de saúde que prestam atendimento às detentas	<ul style="list-style-type: none"> • PSS 	<ul style="list-style-type: none"> • PSSV

Quadro 02: sujeitos da pesquisa

A faixa etária das detentas foi de 19 a 55 anos. Dentre estas 70% estão entre 18 e 30 anos, 20% entre 31 a 40 anos e 10% de 41a 55 anos, confirmando que a população carcerária feminina é predominantemente jovem, assim como a masculina.

A pouca idade dos presos que foi verificada, reforça estudos realizados sobre a característica da população carcerária no Brasil, remetendo a uma preocupação quanto à compreensão de toda a problemática que envolve os jovens no país, às características da própria violência da sociedade e, por isto, à necessidade de que sejam repensadas as políticas sociais destinadas a esta população, cuja falta de perspectivas e a impossibilidade de projetar um futuro melhor é mais prejudicial

²⁴ Faxina é o termo utilizado para designar a(o) detenta(a) que exerce a liderança no raio ou quadrado dentro do sistema prisional. É a pessoa que intermedeia a relação das presas com os funcionários/carcereiras, sendo responsável também pela manutenção da ordem nas celas.

do que a sua própria condição de vida. Galeano (1999, p. 12) complementa: “Em plena globalização os meninos já não pertencem a lugar algum, (...) eles crescem sem raízes, despojados de identidade cultural e sem outro sentido social que a certeza de ser a realidade um perigo”. Estas questões repercutiram de forma específica na vida dos sujeitos aqui pesquisados [...] (WOLFF, 2005, p. 44).

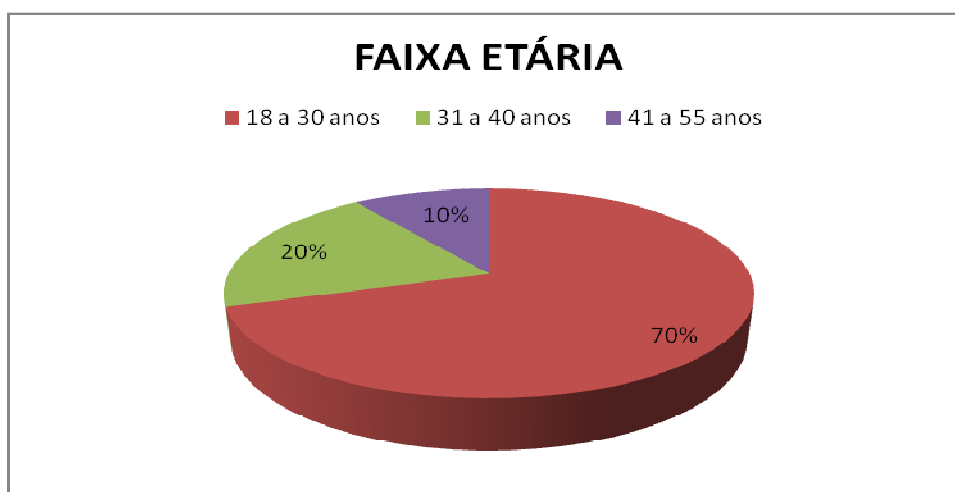


Gráfico 02: distribuição dos sujeitos por faixa etária

Em relação ao estado civil, 90% são solteiras, 10% casadas. Nove tinham filhos menores de 18 anos, sendo que a idade das crianças variava de 6 meses a 13 anos;

O percentual de mulheres com filhos menores de 18 anos torna a questão do aprisionamento um sofrimento a mais para a mulher, dada a separação compulsória, o que pode provocar rompimentos ou esgarçamento dos laços familiares.

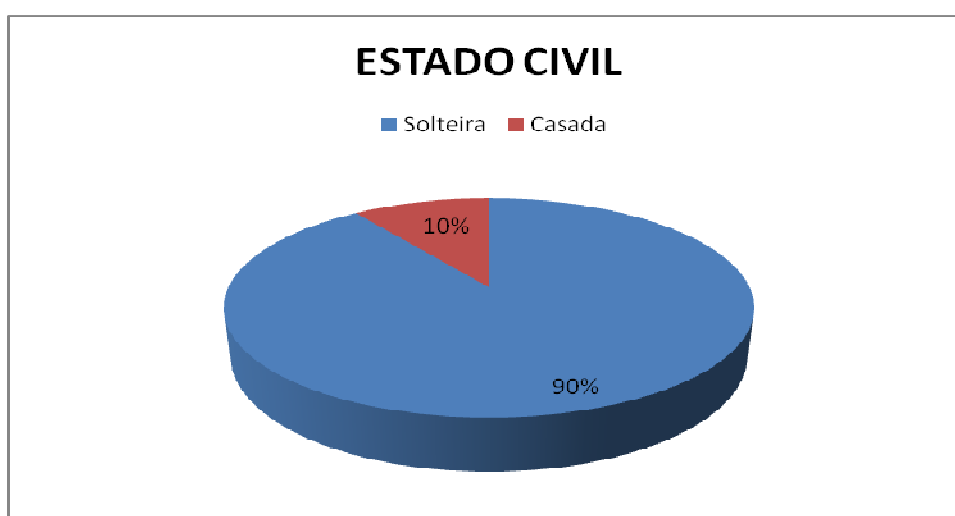


Gráfico 03: Estado Civil

Quanto à escolaridade, 60% afirmaram ter cursado ensino fundamental incompleto; apenas 30% completaram o ensino fundamental (até a 8ª série) e somente 10% cursaram todo o ensino médio, o que demonstra a baixa escolaridade das detentas.

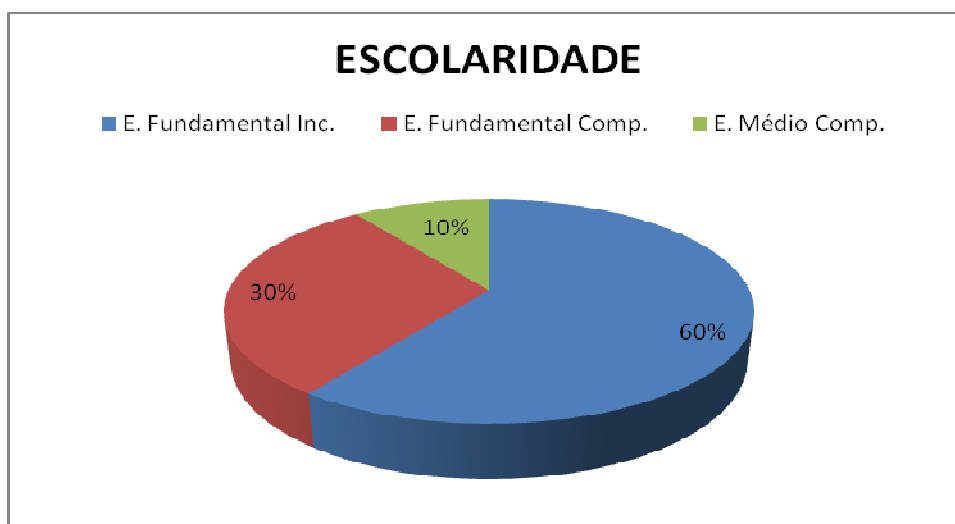


Gráfico 04: Escolaridade

As profissões/ocupações antes da ocorrência da prisão assim se apresentaram: quatro nunca trabalharam, quatro eram empregadas domésticas na informalidade, uma era também garota de programa, uma chegou a trabalhar como babá e uma era auxiliar de escritório, somente esta estava com registro em carteira.

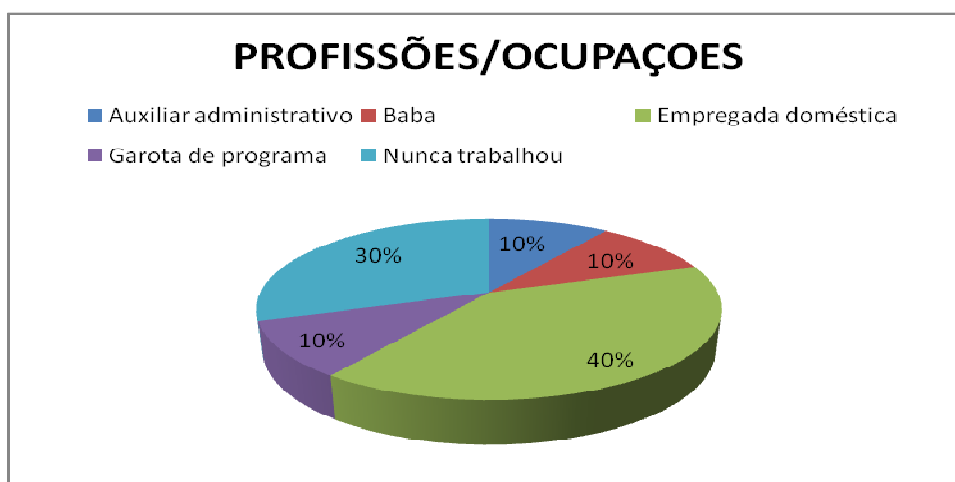


Gráfico 05: Profissões/Ocupações

Dentre as dez detentas, sete eram réis primárias e três reincidentes, dentre elas, uma estava envolvida com tráfico internacional e outra em seqüestro. Cinco estavam aguardando sentença, quatro tinham penas que variavam de quatro a seis anos e uma tinha pena de 11 anos e nove meses. Quanto à infração as dez foram detidas por tráfico de drogas, o que confirma o aumento da presença da mulher nesta modalidade do crime.

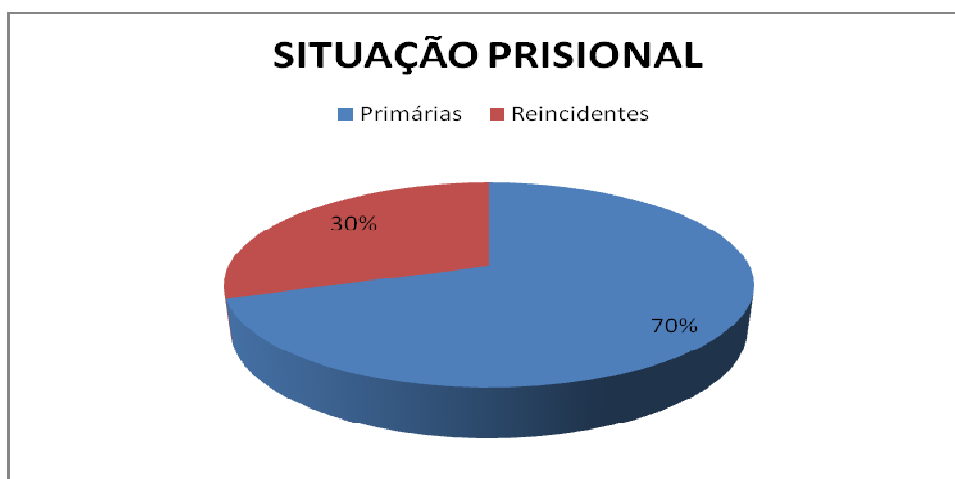


Gráfico 06: situação Prisional

3.2.1 – PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Os profissionais de saúde entrevistados foram duas mulheres: uma era técnica de enfermagem e a outra auxiliar de enfermagem. Em Santos, a técnica de enfermagem estava cobrindo as férias de outra técnica que está neste serviço há mais de cinco anos.

A profissional de saúde do 2º DP de Santos avalia positivamente o atendimento médico prestado às presas. Refere que não há falta de médicos, exames e remédios, e destaca que a incidência atual de 04 casos de tuberculose é pouco em relação ao tamanho da população carcerária.

Questionada sobre o controle, diagnóstico e tratamento da TB no sistema prisional, a técnica de enfermagem (2º DP de Santos) afirmou que:

“Muito bom, ninguém imagina lá fora que o atendimento médico que as detentas recebem é tão bom. Não falta nada, médico, exames, remédios. Graças a Deus não tem proliferado muito, só temos quatro casos de TB, pelo tamanho”. (PSS)

Em São Vicente, a profissional de saúde informou que, segundas, terças e quintas-feiras são realizados os atendimentos clínicos. Na sexta-feira há atendimento ginecológico para exames pré-natal e preventivo. Não há atendimento odontológico na unidade, entretanto, caso seja necessário, a presa é levada para atendimento na rede pública de saúde. Ainda segundo a profissional de saúde, não há isolamento quando alguma presa contrai doença infecto-contagiosa, mesmo com diagnóstico positivo. Frequentemente há demora na locomoção de presas para atendimento médico fora da prisão, *“às vezes falta viatura ou ao contrário falta motorista, tudo aqui demora muito”*, assim como o processo de controle, diagnóstico e tratamento de tuberculose.

3.2.2 – DETENTAS COM TUBERCULOSE

Das dez detentas entrevistadas, seis se encontravam em tratamento de TB, sendo que quatro no 2º DP de Santos e duas no 2º DP de São Vicente.

Em relação ao tratamento de TB, quatro delas nunca haviam tratado a doença, uma delas abandonou o tratamento e uma afirmou ter tido problemas pulmonares, mas não fez tratamento antes da prisão. Uma delas iniciou o tratamento depois do aprisionamento. Duas delas afirmaram ter tido companheiras de celas com a doença e as demais não sabem.

Conviveram com pessoas portadoras de TB, três delas, uma não conviveu com ninguém e outra não soube responder. Depois de visitadas, não souberam responder se houve casos de TB nos visitantes.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Pelas características deste estudo, foi do material empírico que foram construídos os eixos referenciais para análise captados nos seus aspectos mais relevantes: impacto da detenção para a mulher encarcerada; cotidiano da mulher na vida prisional e condições de saúde e Tuberculose no sistema prisional feminino da Região Metropolitana da Baixada Santista.

4.1. IMPACTO DA DETENÇÃO PARA A MULHER ENCARCERADA

Através das entrevistas com as detentas foi possível fazer uma aproximação com o universo feminino da mulher encarcerada. O Universo feminino é permeado por frustrações e algum grau de solidariedade entre as presas. Porém, a solidão é um fator preponderante embora em convivência com tantas outras “amigas”, “meninas” e “companheiras”.

Os sentimentos em relação à sua situação e o que esperam do futuro foram questões que se destacaram porque são expressões de sentimentos e emoções de sujeitos sociais em sua individualidade. Porém, estes sentimentos também revelam a falta de perspectivas das mulheres em relação ao seu futuro, por um passado marcado pela exclusão social e um futuro carregado pela pecha de ser “ex-presidiária” e suas conseqüências na vida futura.

“O que eu espero no momento é a minha liberdade, o futuro só Deus sabe” (Pitassilgo)

Ao sair da prisão, o detento depara-se com portas fechadas, ante o alto grau de estigmatização resultante do aprisionamento. O caráter de segregação é inerente à prisão e consagra a opressão, na medida em que retira o apenado do meio social, iniciando-se aí uma estigmatização que acompanhará o condenado até depois do cumprimento da pena, no seu retorno ao convívio social (DAVID JUNIOR, p.160). Tanto este aspecto se comprova que a reincidência ao crime é uma constante.

O ângulo do delito praticado é a perspectiva adotada pela sociedade e o conhecimento da individualidade e consciência da pessoa presa é subordinado ao enquadramento deste ao conjunto de normas sobre criminosos.

A sociedade enquadra o preso num único e definitivo tempo, em que as lembranças da infração não deixam apagar a culpa. “O seu tempo é o do crime, o seu espaço o da prisão e o seu destino, a marginalidade” (RAMOS, 2009, p.85).

“Eu sei que não tenho uma condição muito boa na rua”. (Tico-Tico)

As histórias de vida da parcela majoritária da população carcerária no território brasileiro são marcadas pela miséria e por inúmeras vivências de humilhação social. As histórias de vidas destas mulheres não são diferentes deste padrão. São provenientes das classes populares, têm baixa escolaridade, sem profissão definida e sem perspectivas de conseguir um lugar no mercado de trabalho.

“Eu vivia do trafico de drogas, mas nunca mais” (Trinca Ferro)

“Eu trabalhava fazendo faxina nos mercados” (Pitassilgo)

“Eu trabalhava de ajudante em salão de cabeleireiro” (Tempera Viola)

A história de Rosella retrata a fragilidade do contexto vivido por ela. A mãe e uma das irmãs estão presas no mesmo estabelecimento. A mãe cumpre pena de oito anos e nove meses de privação de liberdade em regime fechado. A mãe foi presa antes das filhas.

A dificuldade em gozar seus direitos ao longo de suas vidas é resultado da desigualdade social. O “sentimento de dignidade é desfeito no contínuo contato com situações de rebaixamento e descaso” (BUCKERIDGE, 2009, p. 117).

“Eu me sinto um lixo aqui dentro. Nunca me vi num lugar desse. Não sou melhor do que ninguém, mas aqui não é lugar pra ninguém.” (Cravina)

O baixo grau de acesso aos recursos econômicos e simbólicos vivenciados anteriormente à prisão definirá sua trajetória pelo sistema prisional e fundamentará a atuação discriminatória do aparato da justiça e das instituições penais. As políticas sociais definidas para fazer frente à questão social podem ser vistas então como um controle dos conflitos gerados pela desigualdade e exclusão social; enquanto que as políticas penais operacionalizam o controle duro, que se constitui pelas práticas especificamente repressoras dos conflitos e das anormalidades produzidas (WOLFF, 2005, p. 14).

Questão social e penalidade são normalmente vistas como dois processos independentes; quando se estabelece uma relação entre ambos é para identificar, de forma simplista, pobreza e criminalidade. No entanto, esta relação é mais complexa, pois estes dois aspectos originaram-se no mesmo contexto econômico e social e, por isto, possuem as mesmas motivações e determinações. Faces da mesma moeda são também as políticas públicas que daí emergem: por um lado, a questão social e como sua decorrência as políticas sociais, e, por outro, a delinquência e as políticas criminais (WOLFF, 2005, p. 1).

Os grupos mais vulneráveis social e economicamente são punidos num “cenário de desigualdade social, discriminação e seletividade do sistema de justiça penal, que acaba punindo” (SANTA RITA, 2006, p. 49). A prisão surge na vida dessas pessoas como a última instância no processo de socialização incompleta a que foram submetidas,

[...] pois falharam a religião, a família, a escola, a comunidade, a sociedade, o Estado e o mercado de trabalho em proporcionar condições de desenvolvimento digno e integral para crianças e adolescentes que precocemente encontram nas práticas delituosas formas mais rápidas de satisfazer necessidades insatisfeitas (SILVA, 2009, p. 47).

A saudade da família e, mais especificamente dos filhos, foi considerada pelas detentas como uma forma de suportar o encarceramento. A ausência da convivência familiar traz a sensação de tristeza.

“Eu sinto muita falta. Muita, muita saudade. Às vezes eu choro de saudade, principalmente de meus filhos, né?” (Rouxinol)

“Mas eu sei que minha mãe tá firmona com meus filhos, cuidando deles. Por isso eu to um pouco firmona né? Porque ela tá com meus filhos”. (Rouxinol)

“Essa ausência é muito ruim, muito triste” (Tico-Tico)

“A saudade é imensa”. Rouxinol)

As visitas semanais são o único momento que as mulheres presas têm para terem contato com suas famílias. Porém nem todas têm o apoio da família. Quando este apoio é ausente, aparece o sentimento de abandono.

“Estou sem visita há dois meses.” (Pássaro Preto)

“Minha mãe vem uma vez por mês, meu pai é uma situação difícil, ele acha que eu tenho que pagar”. Tico-Tico)

Minha mãe não vem me ver”. (Rouxinol)

“Quando não vem minha nora vem minha comadre”. (Cravina)

“Minha mãe nunca vem me ver. A única pessoa que vem me ver é minha irmã e meu irmão, meus filhos e o pai do bebê.” (Mandarim)

“Quando eu fiquei ruim no hospital, que teve uns tempos que eu fiquei ruim, eu fui pro hospital né? Que eu vim pra cá grávida e com tuberculose. Aí eu fiquei internada e minha mãe foi lá me ver, lá no hospital, aqui não.” (Mandarim)

A figura feminina aparece com destaque quando o assunto é cuidado dos filhos. Na maior parte das vezes, as mães das mulheres presas acabam ficando com essa responsabilidade. Já antes da prisão, eram elas que cuidavam das crianças na sua ausência. Assim, a mãe da detenta exerce um papel peculiar durante o aprisionamento: é ela quem vai cuidar dos seus filhos, providenciar assistência jurídica, fornecer apoio emocional. Por outro lado, a perda do contato com a mãe dificulta o enfrentamento das adversidades no ambiente prisional.

“Minha mãe não vem me ver”. (Rouxinol)

“Eu, de quem eu tenho apoio é Dele (Deus) e de minha mãe (...) é ela que corre atrás de advogado”. (Cravina)

Esta relação é tão forte que, o impacto da detenção é, em parte amenizado, pelo fato de saber que seus filhos estão sob cuidados de sua genitora, mesmo não recebendo a visita das crianças e sentindo muito a sua ausência, lhes traz sensação de tranquilidade.

“Minha mãe pegou minhas filhas, levou pra casa dela. Minha irmã ajuda minha mãe tomar conta das minhas filhas e elas estão lá”. (Mandarim)

“Minha mãe cuida das minhas crianças enquanto eu to aqui”. (Rouxinol)

“Minha mãe cuida”. (Tico-Tico)

4.2. COTIDIANO DA MULHER NA VIDA PRISIONAL

O cotidiano prisional assume características específicas ao impor aos indivíduos uma vida muito diferente daquela que tinham antes do aprisionamento e que traz como conseqüências a busca de estratégias para sobreviver, pois o cotidiano prisional é marcado por relações de poder.

O espaço físico da unidade prisional, um lugar de natureza pública, passa a ser sua nova moradia, desprovida do caráter privado inerente a qualquer domicílio.

*“Eu **moro** na cela com mais 19 meninas” (grifo nosso).*

“Aqui não tem nada de bom, você não sabe quem é quem, não sabe o que a outra pessoa ta pensando sobre você, isso aqui só traz sofrimento...” (Trinca Ferro)

“...nosso mundo é aqui é esquecer lá fora, so lembrar da família mesmo, porque depois que entra aqui muda tudo” (Tempera Viola)

As configurações estruturais e arquitetônicas, típicas de uma instituição total, caracterizadas por uma paisagem triste e bruta, com paredes de cores mortas, grades por todos os lados, estruturas deterioradas pela escassa manutenção estrutural, reparos e adornos improvisados, disposição das celas e vias de circulação, horizonte limitado ao concreto de muros altos, luzes e sombras naturais escassas, dentre outros, contribuem para uma determinada tonalidade nas relações estabelecidas e pelos padrões comportamentais estabelecidos.

Assim, além da pena de privação de liberdade – o mais precioso dos bens – a prisão lança o sujeito ao mundo do crime, retira dele e de sua família os meios possíveis de sobrevivência e o obriga a uma violenta rotina institucional. (FOUCAULT *apud* STELLA, 2006, p. 43).

Ao adentrar na prisão, as operações de rotina vão modelando suavemente o novato, que admite ser conformado e codificado em um objeto.

No início do processo de admissão ao sistema prisional (e conseqüente privação de liberdade física) o recebimento de um número de matrícula, formalidade burocrática inerente a uma instituição total, é anterior ao julgamento que determinará a culpa ou inocência do suposto autor da infração legal.

O novato terá que se sujeitar aos cuidados do Estado, personificado nas autoridades e funcionários da unidade prisional ao qual está preso. Essa relação desfavorável de poder já é experimentada no contato com os funcionários da unidade prisional, que são os primeiros personagens do cenário carcerário a terem contato.

Erving Goffman considera que as prisões servem como exemplo claro de instituição total,

[...] um local de residência e trabalho onde, um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo levam uma vida fechada e formalmente administrada. (2008, p. 11)

A barreira exercida entre a relação social o mundo externo, além das proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no espaço físico (portas fechadas, paredes altas, arame farpado etc.), determinam o caráter total da prisão (GOFFMAN, 2008, p. 11).

A prisão oferece vários inconvenientes sociais e acaba sendo ineficiente em sua proposta de saneamento social. Tão perigosa, quanto inútil “(...) *ela (a prisão) é a detestável solução de que não se*

pode abrir mão” (FOUCAULT *apud* STELLA, 2006, p. 43, grifo do autor).

As instituições totais, “usualmente se apresentam ao público como organizações racionais, conscientemente planejadas como máquinas eficientes para atingir determinadas finalidades oficialmente confessadas e aprovadas” (GOFFMAN, 2008, p. 69), apesar de muitas vezes funcionarem como depósito de internados.

Neste sentido, tanto a Cadeia de Santos como a de São Vicente, além da super lotação, a ociosidade das detentas permeia a vida cotidiana na prisão.

A reforma dos internados na direção de algum padrão ideal configura um freqüente objetivo oficial. Na mesma perspectiva são definidas as políticas públicas penais:

Conjunto de normas, meios e procedimentos técnicos, que são adotados pelo Estado para prevenir a criminalidade, conter a delinqüência, promover a reparação de um bem atingido pela ofensa criminal, custodiar cidadãos condenados pela justiça e realizar a segurança da população (ADORNO *apud* STELLA, 2006, p. 18).

Neste cenário, o réu primário ou reincidente, já devidamente matriculado e apartado do convívio na sociedade global, passa a conviver compulsoriamente com pessoas que não escolheu numa mesma cela, protagonistas de diferentes e inusitadas experiências vividas dentro e fora das grades, com diferentes graus de intensidade de estratégias de sobrevivência. Desse modo,

“[...] cada fase da atividade diária do participante é realizada na companhia imediata de um grupo relativamente grande de outras pessoas, todas elas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto” (GOFFMAN, 2008, p. 18).

A vida familiar é às vezes contrastada com a vida solitária e, principalmente com a vida em grupo, pois dificilmente o preso pode manter uma exigência doméstica significativa àqueles que comem e dormem no mesmo local (GOFFMAN 2008, p. 22).

“Convívio... nós convive porque somos obrigada, porque nada é bom. Nada o que aparenta é” (Rosella)

“A gente come, tudo ali é dividido entre nós tudo.” (Cravina)

“Aqui a gente vive em família, uma tem que ajudar a outra, querendo ou não, somos uma família, que têm altos e baixos como toda família” (Tempera Viola)

“Tem hora que dá vontade de explodir tudo, mas, tem que ter paciência, não dizem que a paciência é a virtude da vida?” (Trinca Ferro)

As relações interpessoais entre os diversos atores na instituição, na grande maioria das vezes, são marcadas pela falta de confiança, juntamente com o medo mascarado.

“Porque aqui tem o benefício de sair de saidinha, quem tiver cota de sair né? Aqui é os PMs pra ver o negócio pra beneficiar a gente antes, a saidinha. (...) Já teve aqui. Só que da última vez agora era pras meninas ter saído no dia das mães, mas não saíram por causa que o delegado chegou aí, um delegado novo, bagunçou tudo, pegou tudo das meninas, rasgou tudo, quebrou o ventilador, fez ‘mo’ zona. Aí eles falaram que nós queria fazer rebelião e cortaram a saidinha das mina. Agora esse mês vamo esperar o mês que vem agora no dia dos pais pra ver se o delegado, mudou de novo né?” (Mandarim)

Tem umas que ficam doente outras que vem cortada, outras ficam com problema de cabeça, a gente tem que aprender a lidar com isso, mas eu estou aprendendo. Eu não conhecia esse lado da vida, achava que tudo era fácil, mas não é, é difícil, isso aqui é complicado, esse lugar.

É horrível você acordar com as pessoas gritando no seu ouvido todos os dias, “Acordei cadeia”, e o que eu tenho haver que ela acordou? Eu não acordei, mas eu tenho que aprender a viver com tudo isso. (Trinca Ferro)

“No momento em que eu entrei para a “faxina” eu passei a ocupar muito minha mente, mas ainda assim é difícil viver aqui dentro” (Pitassilgo)

Ao deparar-se frente a esse novo tipo de sociedade, sua adequação não depende somente de si, mas também da vontade do grupo em aceitá-lo como membro. Detento que não se ajusta às “normas da casa” é detento sem futuro (DAVID JUNIOR, p.170). Há, portanto, uma espécie de transfusão de influxos deletérios que tem o poder de transformar para pior. Processa-se uma desadaptação dos condicionamentos sociais extramuros na medida da adaptação dos condicionamentos intramuros (PIMENTEL, 1978, p.157).

Um código estabelecido pelos presos, paralelamente ao conjunto de leis institucionais, é acampado pelo interno por questão de sobrevivência. Esse código estabelece normas de conduta, linguagem, apresentação e comportamento, portanto define a forma como o detento vai passar a se expressar, se vestir, comer e se portar a partir de seu ingresso no universo da prisão. Esse mesmo código define as lideranças, os relacionamentos, os méritos e, por fim, as sanções para os que descumprem suas regras. Por outro lado, existe uma intensa relação de “trocas”. Cigarro e medicamentos são

considerados moedas de troca entre as presas. Somente estes itens puderam ser observados durante a pesquisa. Outros não foram revelados. No DP de São Vicente, a profissional de saúde fez a seguinte afirmação:

“A medicação é uma moeda de troca, infelizmente é um comércio. O maior consumo também é de medicamentos para coceira, porque todas têm coceira. Às vezes até por causa do ácaro, porque estas roupas que elas colocam lá...elas suam, ficam molhadas e cheira mal, então acho que naquela mistura que elas fazem das roupas.” (PSSV)

Observou-se, nesta pesquisa que existe um “pacto de silêncio” entre as presas. Em relação à convivência entre elas, nenhuma das entrevistadas manifestou a existência de violência, ou de grandes desentendimentos entre elas. Afirmam que ocorrem muitas discussões, ou seja, “bate boca”, mas que as brigas são resolvidas através de conversas, ou seja, a convivência é “pacífica”. A faxina determina que não pode haver agressão física. De acordo com o art. 50, inciso III da Lei de Execução Penal (LEP): “Comete falta grave o condenado à pena privativa de liberdade que possuir, indevidamente, instrumento de movimento para subverter a ordem ou a disciplina”. Entretanto, a integridade física não se resume às “vias de fato”. Em MACHADO et. al. (s/d):

“Têm algumas, não vou dizer que são todas, mas algumas são rebeldes, mas no geral o relacionamento é bom. São várias situações, às vezes até por uma escova de dente, tem brigas. É complicado, mas é normal, no nosso cotidiano é normal. A gente tenta amenizar da melhor forma, conversando sempre. Se houver algum problema a gente chama para conversar, pra ver se pode ajudar.”(Pitassilgo)

Tem que saber segurar as coisas, senão toda hora vira confusão. Aqui a gente não fala palavrão, aqui a gente não grita uma com a outra, aqui a gente tem que ter bastante paciência. (Trinca ferro)

Embora nenhuma das entrevistadas tenha referido a agressões, essa privação de segurança é mais uma das vulnerabilidades vivenciadas no cotidiano prisional. A violência para o agredido pode destruir sua auto-imagem e auto-estima, causando ainda problemas psíquicos e físicos, que configuram transtornos graves que impedem ou dificultam o retorno a uma vida normal e demais relações sociais (DAVID JUNIOR, p.171).

“Aqui não é lugar pra ninguém” (Cravina)

“Eu sei que não tenho uma condição muito boa na rua”. (Tico-Tico)

Com relação ao convívio com as outras detentas e as carcereiras, uma delas relatou:

“Até que dá pra levar algumas, né? Que tem algumas que testa a fé. Tem umas até que dá pra levar de boa. Tem umas demais, se faz de louca.. (Mandarim)

“Aqui não tem briga não, porque nessa cadeia aqui é uma cadeia de meninas e pelo menos nessa parte elas são unidas também. E tem um negócio aí que falam, né, a faxina fala que na cadeia não pode ter agressão, entendeu? Aí elas não se agridem. Discute, assim de boca pra fora, mas pede desculpa e tá tudo bem” (Mandarim).

“Convívio... nós convive porque somos obrigada, porque nada é bom. Nada o que aparenta é”. (Rosella)

Tanto em Santos, quanto em São Vicente, as detentas foram consultadas através das “faxinas”, que foram as responsáveis pela organização das presas para a participação na pesquisa.

Este aspecto evidencia uma hierarquia dentro do sistema prisional. No caso das duas cadeias, além das faxinas ainda existem ainda as barraqueiras que são as que servem as faxinas. Disciplina são as que fecham com as faxinas, ou seja, ajudam a manter a ordem, em média são duas pessoas. As cozinheiras são aquelas que tomam conta da cozinha, ou seja, fazem a comida para todas. Em relação às carcereiras, afirmam que são bem atendidas. Apenas uma das presas referiu que às vezes, elas demoram muito para atender aos pedidos efetuados.

“Mas as carcereiras aqui algumas são boas também, outras se faz de louca porque a gente vive gritando aí para pedir alguma coisa e elas demoram pra caramba pra atender a gente aqui. Mó ruim. Se a presa tá passando mal, elas demoram pra pedir um OS, demora muito pra você sair pra rua pra tomar medicação, que aqui não tem”. (Mandarim)

“A gente procura respeitar os funcionários para exigir o respeito deles também. Têm algumas, não vou dizer que são todas, mas algumas são rebeldes, mas no geral o relacionamento é bom” (Pitassilgo).

O cotidiano destas mulheres é também marcado pela inatividade. No 2º DP de São Vicente, algumas das presas têm aulas às segundas e sextas-feiras, nos demais dias da semana ficam sem atividade. O fumo é exagerado em ambas as cadeias.

“Ah, eu fumo cigarro, tomo banho, tomo remédio, durmo”. Há momentos em que as presas se juntam para conversar sentadas no chão: “a gente às vezes senta ali no paninho, nós conversa”.Mandarim).

“No momento em que eu entrei para a faxina eu passei a ocupar muito a minha mente, mas ainda assim é difícil”.(Pitassilgo)

Algumas utilizam os trabalhos manuais (crochê) para combater a ociosidade. Outra afirmou que gosta de desenhar e assim busca passar o tempo. Outras se apegam na fé.

*“Ah, agora eu to fazendo crochê pra passar o tempo e agora eu to começando a fazer umas cadeirinhas de madeira de pregador”.
(Rouxinol)*

“Algumas fazem crochê, antes tinha escolhinha, só que a escolhinha parou, e as que fazem crochê ajuda na remissão delas” (Tempera Viola).

Com a perda da liberdade, a ociosidade numa instituição total permeia todo o cotidiano das mulheres presas. Nenhuma atividade institucional é promovida nos dois distritos policiais pesquisados. Diante dessa situação, diferentes modos de superar esse vazio são elaborados pelas mulheres presas. Se no cotidiano anterior à prisão, as mulheres não tinham acesso ao exercício de trabalho protegido pelas leis trabalhistas, na vida prisional esse aspecto é agudizado pelo contexto da instituição total e da legitimação da lei penal em remunerar o trabalho das pessoas presas no valor abaixo do salário mínimo.

“Não faço faxina, lavo roupas, ganho um dinheiro, temos uma rotina diária, desenho, as meninas compram, faço algumas trocas.” (Tico-Tico)

No sistema prisional, as atividades laborativas podem contribuir para a diminuição do tempo do cumprimento da pena. Como se trata de Cadeia Pública e não Penitenciária, a falta de trabalho para as detentas é uma constante. Há muito pouca atividade laboral neste tipo de estabelecimento. Mesmo assim como acontece fora da prisão, o acesso a essas atividades, até pelas características das unidades prisionais, tem a marca da seletividade. Duas detentas realizam trabalhos para contribuir para a remissão da pena, enquanto que Magnólia, por causa de seus 55 anos, se vê alijada dessa oportunidade.

“Não tenho feito nada porque ela (refere-se à faxina) fala que minha idade não pode fazer nada. Perguntei a ela pra poder eu fazer uma faxina, lavar louça. Ela fala que eu não posso porque minha idade não bate” (Cravina).

“Era bom se agente tivesse alguma coisa para fazer, algum trabalho, aqui dentro para distrais e passar o tempo, uma coisa que todos se interessam” (Ararajuba)

“Se tivéssemos uma atividade com certeza iria ocupar o tempo e ele passaria mais rápido, porque é das 8 horas as 6 da tarde sem fazer nada.” (Trinca Ferro)

O cotidiano prisional revelou a complexidade da vida na cadeia e as formas encontradas pelas detentas para sobreviver na adversidade. Como se pode observar este cotidiano é permeado de regras bem definidas através de um sistema hierárquico que estabelece as normas de convivência em um ambiente naturalmente hostil.

4.3. CONDIÇÕES DE SAÚDE E TUBERCULOSE NO SISTEMA PRISIONAL FEMININO DA RMBS

Dentre as 10 detentas que participaram da pesquisa, 06 estavam em tratamento de Tuberculose, por este motivo tornou-se relevante essa discussão considerando a situação de super-lotação dos dois DPs e os riscos que acarretam não só para as detentas como para seus comunicantes. As demais detentas entrevistadas não se queixaram de problemas de saúde, embora questionassem qualidade do atendimento recebido dentro e fora da prisão.

Segundo um dos profissionais de saúde, o atendimento à saúde das detentas de forma geral bom.

“Melhor que convênio, do que lá fora. Só exames que temos de aguardar, do material que vai para fora.” (PSS)

“Quando precisa de um exame fora, a detenta é conduzida por uma viatura e um segurança e é imediatamente atendida, não fica em fila de espera. Bem diferente da gente que tem que enfrentar fila pra ser atendida”. (PSS)

“Muito bom, ninguém imagina lá fora que o atendimento médico que as detentas recebem é tão bom. Não falta nada, médico, exames, remédios. Graças a Deus a tuberculose não tem proliferado muito, só temos quatro casos de TB, pelo tamanho ...” (PSS).

Entretanto, outro profissional de saúde, afirma:

“É meio falho, porque demora tudo aqui é demorado né ...tudo. Vamos supor, você marca uma consulta e só tem quinta-feira, neste dia já não vão porque é dia de visita, ninguém sai, só entra visita. Se resolverem fazer uma blitz no dia de consulta delas, aí já não vão entendeu? Porque a prioridade, no caso é a blitz. Então eu acho que é meio complicado, as

vezes tem tudo para ir , mas não tem viatura. As vezes tem viatura e não tem motorista. São muitas complicações, então demora a ir.” (PSSV)

Na fala desta profissional de saúde, fica evidente que a segurança dá prioridade à saúde das detentas.

Nos casos das dependentes químicas, os médicos oferecem medicamentos e também encaminham para o CAPS/AD.

“Agora está mais rápido, porque antes demorava dois meses para encaminhar. Daí tenta controlar com remédios. O que dá mais problema são as dependentes, principalmente as do craque. A maioria daqui, vem por causa do vício do craque. E como não tem de onde tirar para sustentar o vício, acabam roubando, entrando no crime e aí quando os médicos dão os remédios, já dá para controlar melhor.” (Tempera viola)

Em relação à Tuberculose, em Santos, a SEVIEP- Serviço de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Santos é o órgão responsável pela busca ativa na cadeia e quem realiza os exames baciloscópios e de Raio X, bem como o tratamento das doentes. Por ocasião da pesquisa, já havia sido realizada a busca ativa e quatro casos estavam em tratamento

Em São Vicente, este serviço está a cargo do Programa Municipal de Tuberculose da Prefeitura Municipal de São Vicente. Em São Vicente, também já havia sido efetuado o mesmo procedimento e se estavam em tratamento duas detentas.

De acordo com o relato das detentas, não há o tratamento diretamente observado (TDO) pelos profissionais de saúde das unidades. Os remédios são fornecidos regularmente, porém fica apenas a critério das presas a administração da medicação.

*“(...) Hoje em dia é normal. Eu mesma vou e tomo. Tomo sozinha. No começo eu não tomava não. Esquecia, mas depois me acostumei”
(Mandarim)*

“Elas dão uma cartela uma vez por semana, na segunda feira, aí eu peço quando acaba, são dois roxos, quatro brancos e um pequeno” (Pássaro Preto).

Por outro lado, geralmente são as “faxinas” ou as companheiras de cela que costumam controlar se a detenta toma ou não os remédios. E isso ocorre, evidentemente pelo medo do contágio e não pelo cuidado com a companheira de cela.

O tratamento da TB no sistema penitenciário deve ser feito exclusivamente, por profissional de saúde diretamente observado (TDO), e não deve ser delegada a

guardas e outras PPL com o propósito de garantir o acesso ao serviço de saúde em casos de efeitos adversos; favorecer o reconhecimento do preso como doente, portanto é responsabilidade direta do profissional de saúde e evitar que a medicação seja usada como elemento de troca e de pressão. (Ministério da Saúde, 2010, p.124).

O acompanhamento do tratamento da população privada de liberdade (PPL) deve seguir as mesmas recomendações da população livre, constar de consulta mensal com baciloscopias no 2º, 4º e 6º meses, aferição de peso e acompanhamento visando à adesão ao tratamento.

“As meninas olha. As faxinas. As vezes eu esqueço. Elas lembram. Até as outras meninas da outra cela que eu morava, elas lembram também. Perguntam se tomei o remédio.” (Mandarim)

Vale lembrar que os efeitos colaterais são incentivos a não adesão ao tratamento para qualquer doente, portanto a informação e o controle são fundamentais, ainda mais nas pessoas encarceradas. Todas as detentas apresentaram enjoos, alergias, coceiras e se queixaram dos remédios.

“As alergias que vinham. Vinham uma bolinhas de água que começa a dar no corpo e coçar e coçar e quanto mais você coça, mais machuca a mais bolinha aparece no teu corpo, É horrível. (...) De vez em quando eu sinto uma dor de estômago.” (Mandarim)

“Sinto muitos enjoos, dores no estômago, perdi apetite (...) reação alérgica porque estou com um monte de machucados nas pernas, dá coceiras. Eu urino sangue.” (Tico-Tico)

“Mas eu to passando mal com os medicamentos. Tá me dando coceira, tá me dando tontura e enjôo. Inclusive eu ainda não tomei agora de manhã. Vou esperar tomar café pra ver se não passo tão mal” (Cravina).

“Ah é muito ruim, que é uns comprimido grandão. Nossa, pra passar na garganta então...é péssimo. (...) De vez em quando eu vomito.” (Rouxinol)

“Dá enjôo, ânsia, vomito (...) já acostumei com o remédio, tomo sete comprimidos duas vezes ao dia depois da refeição” (Pássaro Preto).

“Agora tem sido normal. Eu só queria saber né, como é que eu to. Perguntaram se tá bem. (...) Me dá vontade de parar de beber (refere-se ao remédios), porque eu não sei, não falam nada. (...) aí eu fico assim, as vezes me dá raiva. Não dá vontade de nem beber mais. (...) Tô fazendo um tratamento mas não tenho acompanhamento. Fiz, to pegando o remédio, não sei se tá fazendo efeito ou não.” (Rosella)

Uma das detentas fez um comentário preocupante. Esta detenta já havia sido diagnosticada antes da prisão e já havia abandonado o tratamento, segundo ela pelos efeitos dos remédios e pelo uso de drogas.

“Ah, foi ruim tomar remédio controlado. Usava droga na rua. Era ou eu parava de usar droga ou eu tomava os remédios”. (Mandarim)

“Depois fiquei mais de dois meses aqui até eles me encaixar pra tomar remédio. (...) No começo não tava bem, tava sentindo febre, me sentindo mal, porque eles me deram remédio vencido. (...) As meninas viram que eu não tava legal porque o remédio não tava fazendo efeito, tava me dando febre direto, não tava comendo, eu tava ruim. Aí as meninas começaram a olhar pra ver a validade. Aí tava vendo remédio vencido. Agora que a gente mostramo pra ela que o remédio tava vencido, ela agora presta atenção, mas no começo...” (Mandarim)

Uma das detentas afirmou ter convivido com um companheiro durante 03 anos, que tinha Tuberculose.

“Ele morreu de Tuberculose. Vivi com ele e o meu filho do lado dele, mas nunca fiz exame de Tuberculose. Vim a fazer agora na cadeia”. (Rouxinol).

Outra detenta afirma:

“Assim, o meu irmão joga bola né? Aí ele joga bola em São Paulo. Aí ele veio com essa doença tuberculose lá de São Paulo. Aí a gente ficamos cuidando dele. Eu, minha irmã e meu outro irmão. Aí minha mãe ficou vendo que a gente tava tossindo direto e meu irmão que tava com tuberculose melhorando e nós ficando assim. Aí ela pegou o pedido pro médico dar os potinhos para nós fazer o exame. Nós fizemos o escarro, ela levou, aí veio todos os exames. Só eu tava com tuberculose. Os meus outros irmãos não.” (Mandarim)

Depois do resultado positivo, **trazido pela mãe de Mandarim**, ela foi ao posto buscar remédio. Observe-se que não houve nenhuma providência por parte da unidade de saúde em relação ao problema e também nenhum seguimento do caso. Segundo a detenta:

“ (...)mas depois eu desisti porque os remédios tavam me dando coceira, tava enchendo meu corpo de bolinha e eu parei. Aí caí na cadeia e tive que voltar a tomar de novo ” (Mandarim)

Assim, como era de se esperar, abandonou o tratamento. Este aspecto demonstra a fragilidade, ainda existente, dos serviços de saúde em relação à tuberculose. Observa-se a falta de informação em relação à doença e a importância do tratamento.

“Eu descobri que tinha tuberculose depois que eu caí aqui, mas já tinha feito exame no mundão. Eu ia pro médico e eles falavam que eu estava com pneumonia e me mandavam pra casa. Aí só quando eu quis, porque tá fundo mesmo, aí que pedi um exame mesmo pra saber que eu com alguma coisa aí que eu vim descobrir, mas eu tava presa quando veio o resultado, que deu positivo. Comecei o tratamento aqui. (...) o médico do mundão deu o exame que ficou um pessoal na responsabilidade quando eu fui presa. Aí dei o exame pra essa pessoa, essa pessoa deu pra minha irmã, minha irmã trouxe” (Rosella).

Da mesma maneira, esta fragilidade também aparece no sistema prisional. A mesma detenta relatou que a mãe já teve tuberculose e também um dos irmãos, entretanto, afirma que nunca havia feito exames, mesmo com a mãe e o irmão doentes. Segundo ela, o irmão foi contagiado na cadeia.

Aí ele foi pra cadeia, aí ele tipo se cuidou. Ficou um tempo internado na enfermaria da cadeia. Aí ele saiu e começou de novo nas drogas, aí voltou de novo (refere-se à tuberculose). Mas agora ele saiu de vez. (Rosella)

No depoimento abaixo, a própria detenta que havia chegado a cerca de um mês solicitou exame e afirma:

“Eu comecei com tosse. Aí eu cheguei aqui, presa, as meninas falou que tinha feito um exame de catarro. Aí eu vim aqui e pedi pra médica me dar um copinho pra mim colher, porque eu tava com catarro muito feio. Ela deu e eu fiz, ela me chamou essa semana e falou que eu tava com começo de tuberculose. E ia me dar os remédio pra mim ir tomando, pra poder não afetar as amiguinhas. Só isso que ela falou pra mim. E to tomando. (...) ela deixou da semana inteira, o total da semana inteira. São 06 comprimidos que eu tenho que tomar por dia.” (Cravina)

Dentro da prisão, a situação não é muito diferente. Para as que contraíram a doença na cadeia, o diagnóstico foi dado pelos profissionais de saúde. Porém as informações sobre a doença e a importância do tratamento são pouco oferecidas ou, se oferecidas nem sempre compreendidas. Os medicamentos são fornecidos pelas respectivas prefeituras, mas não existe nenhum controle por parte da unidade prisional em relação à administração dos remédios, conforme os relatos anteriores.

Segundo os profissionais de saúde e as próprias detentas, não existe isolamento das sintomáticas e das doentes em relação às demais presas. A média de ocupação por cela é de 18 a 20 mulheres. Como são delegacias, tendo como anexo as cadeias públicas, as condições dos ambientes são bastante precárias. O isolamento respiratório dos casos de TB nas prisões está indicado nos casos identificados no

momento do ingresso na prisão, pelo período de 15 dias e casos confirmados ou suspeitos de resistência.

“Ô, pensa bem. Aqui o lugar já não é adequado, ainda mais eu ficar aqui dentro. Eles vê que eu to cuidando da tuberculose. Aqui não tem como cuidar de tuberculose, aqui dentro gente. Não tem. Tem que ser num lugar especial. (...) E diz que é pra tomar cuidado pra não pegar nas meninas. Como que eu vou tomar cuidado se elas estão tudo junto comigo? A gente come, tudo ali é dividido entre nós tudo.” (Cravina)

Infelizmente não é isolada, porque não tem lugar (...) elas já estavam fazendo tratamento fora, uma já estava, mas abandonou. Aí retomou na cadeia. O doutor pediu para que a família trouxesse os exames, aí demorou uma semana, porque elas só recebem visitas uma vez por semana né, aí demorou uma semana pra trazer e encaminhar. Se tivesse que passar, teria passado (refere-se ao contágio). (PSSV).

Portanto, podemos avaliar que a situação atual da tuberculose entre a população carcerária feminina na baixada santista e as medidas de controle, diagnóstico e tratamento que vem sendo utilizadas pelo sistema prisional encontra-se ainda muito longe de alcançar as metas propostas para o combate à Tuberculose.

As condições de encarceramento, os exíguos e insalubres ambientes acabam por gerar endemias, epidemias e doenças de toda a sorte. Neste cenário, as doenças aparecem também como forma de castigo, tornando o indivíduo ainda mais vulnerável.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como principal objetivo avaliar as condições de vida e saúde de mulheres no sistema prisional da Baixada Santista. No processo investigativo foi possível captar ainda, as consequências que o impacto da detenção provoca nas mulheres e o cotidiano na vida prisional.

O estudo revelou a existência de inúmeros problemas que afetam intimamente as condições de acesso e o direito à saúde da população carcerária feminina.

A situação atual verificada no sistema prisional mostra que os direitos estabelecidos nas leis internacionais e nacionais as quais atribuem ao Estado a responsabilidade de preservação da saúde, partilhado com o Ministério da Justiça e da Saúde em parceria com estados e municípios não são cumpridos.

Por outro lado, os resultados indicaram que o cotidiano prisional é marcado por relações de poder e que as detentas usam de estratégias para sobreviver em um ambiente hostil. A vida na prisão impõe às detentas relações muito diferentes das que possuíam anteriormente. Neste estudo foram corroboradas as informações provenientes de outras pesquisas, apontando que a hierarquização, o pacto de silêncio, e a “solidariedade” entre as presas reforçam a perda da intimidade e da privacidade da pessoa. Os sentimentos são exacerbados e a saudade da família e a ausência dos filhos funcionam de duas maneiras: ou se tornam importantes para suportar o isolamento na perspectiva da saída e do reencontro, ou se tornam insuportáveis gerando angústias, depressão, e desânimo.

Como verificado em outros estudos, verificou-se que a população carcerária feminina na RMBS é predominantemente jovem, assim como a masculina. Nesta, a faixa etária das detentas foi de 19 a 55 anos. Dentre estas 70% estão entre 18 e 30 anos, 20% entre 31 a 40 anos e 10% de 41 a 55 anos. Em relação ao estado civil, 90% são solteiras, 10% casadas. Nove tinham filhos menores de 18 anos, sendo que a idade das crianças variava de 6 meses a 13 anos. Quanto à escolaridade, 60% afirmaram ter cursado ensino fundamental incompleto; apenas 30% completaram o ensino fundamental (até a 8ª série) e somente 10% cursaram todo o ensino médio, o que demonstra a baixa escolaridade das detentas. Dentre as dez detentas, sete eram réis primárias e três reincidentes, dentre elas, uma estava envolvida com tráfico

internacional e outra em seqüestro. Cinco estavam aguardando sentença, quatro tinham penas que variavam de quatro a seis anos e uma tinha pena de 11 anos e nove meses. Quanto à infração as dez foram detidas por tráfico de drogas, o que confirma o aumento da presença da mulher nesta modalidade do crime.

As profissões/ocupações antes da ocorrência da prisão assim se apresentaram: quatro nunca trabalharam, quatro eram empregadas domésticas na informalidade, uma era também garota de programa, uma chegou a trabalhar como babá e uma era auxiliar de escritório, somente esta estava com registro em carteira.

Sonhos e expectativas para o futuro resumiram-se em sair daquele lugar e ter sua família de volta.

Outro aspecto que se destacou neste estudo foi a importância da figura materna na vida das detentas. Como mães, sofrem com a separação dos filhos e, por outro lado, são suas mães que assumem o cuidado dos mesmos enquanto elas estão presas. São elas que assumem a responsabilidade do sustento de seus netos. Por outro lado, o distanciamento da mãe e falta de seu apoio geram sofrimento nas detentas.

Para as mulheres em tratamento da Tuberculose, há falta de informação sobre a doença provocando ainda estigma e preconceito por parte das outras detentas. Entretanto, observou-se certo cuidado, principalmente por parte das “faxinas” quanto ao acompanhamento do tratamento. Neste aspecto, a pesquisa revelou que não há tratamento diretamente observado (TDO) por parte dos profissionais de saúde que atuam nas unidades, o que é preconizado pelo Ministério da Saúde. A administração dos medicamentos fica somente a critério da própria detenta e supervisionado por outras presas, geralmente pelas faxinas, colocando em risco a adesão e continuidade do tratamento.

Em relação às condições de saúde, não se observou cuidado em relação às doenças infecto-contagiosas, inclusive a tuberculose entre as detentas. As detentas infectadas por TB ou outra doença infecto-contagiosa não são isoladas por total falta de espaço e condições de segurança. Mais uma vez, a segurança, no sistema prisional, fala mais alto do que a saúde das pessoas. Embora haja atendimento médico regular, as detentas consideraram-no bastante falho.

O contato com o universo do sistema prisional mostrou toda a complexidade que envolve a relação saúde, doença e as formas de sobrevivência das mulheres encarceradas.

A problemática do tráfico de drogas hoje é crescente, 100% das mulheres entrevistadas foram detidas por estarem envolvidas com tráfico, segundo as mulheres a inserção no tráfico de drogas se deu por meio de namorados, maridos ou de uma forma mais independente para sustentarem o vício. Outras relatam que entraram para o tráfico por motivo de desemprego, baixos salários e a necessidade do sustento da prole.

Todas estas questões, de uma forma ou de outra afetam a saúde da mulher, a abstinência, o estresse pelo encarceramento e a ausência familiar, aumenta a necessidade de uma atenção maior da saúde pública, ou seja, uma necessidade maior de utilizar os serviços de saúde internos e externos das unidades prisional, necessidade de atenção especializada e de reabilitação física e psicológica.

As histórias de vidas destas mulheres são marcadas pela miséria e por inúmeras vivências de humilhação social. São provenientes das classes populares, têm baixa escolaridade, sem profissão definida e sem perspectivas de conseguir um lugar no mercado de trabalho ao saírem da prisão.

O estudo que ora se encerra procurou apresentar um panorama da situação da mulher encarcerada na RMBS, suas condições de vida e saúde, entretanto, existem muitos outros aspectos que merecem ser explorados em outros estudos.

REFERÊNCIAS

ALVES, Paulo. *A verdade da repressão: práticas penais e outras estratégias na ordem republicana: 1890-1921*. São Paulo: Arte & Ciência/UNIP, 1997. 112p. (Coleção Universidade Aberta, v. 25).

AVER, Giancarlo. *Fuga da prisão: as alternativas penais*. 2009. 106f. Monografia (graduação em Direito) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências Jurídicas, Curso de Direito, Florianópolis. Disponível em: <<http://www.buscalegis.ufsc.br/revistas/files/journals/2/articles/33849/public/33849-44359-1-PB.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2010.

BARRETO, Vera Regina. *Avaliação do processo de trabalho do serviço social no sistema penitenciário do estado do Paraná*. 2005. 75f. Monografia (especialização em Gestão Social de Políticas, Programas e Projetos Sociais) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

BOVO, Cassiano Ricardo Martines. *Anistia internacional: roteiros da cidadania-em-construção*. São Paulo: Fapesp, 2002. 316p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Legislação em saúde no sistema penitenciário / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 172 p.: il. – (Série E. Legislação de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual Técnico para o Controle da Tuberculose: cadernos de atenção básica*. Brasília; 2002. (b)

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Recomendações para o Controle da TB no Brasil*. Brasília, 2010.

BUCKERIDGE, Fernanda Cazelli. A experiência do projeto “Quem Somos Nós?”: educação não formal em unidades prisionais femininas da cidade de São Paulo. In: YAMAMOTO, Aline et al. (orgs.). *Cereja discute: educação em prisões*. São Paulo: AlfaSol; Cereja, 2009. p.117-8 (Cereja Discute, 1). Disponível em: <http://www.cereja.org.br/site/_shared/files/alf_cer_crc_uni_noticias/anx/20100616113156_Cereja_Discute-Final.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2010.

DAVID JUNIOR, Olavo. Histórico do direito penitenciário e a conseqüente evolução da pena de prisão. *Revista de Ciências Jurídicas e Sociais da UNIPAR*, Toledo, v. 4, n. 1, p. 147-77, jan./jun. 2001. Disponível em: <<http://revistas.unipar.br/juridica/article/viewFile/1260/1113>>. Acesso em: 23 jul. 2010.

DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL. *O sistema penitenciário no Brasil: diagnóstico e propostas. Os sistemas penitenciários locais*, [acesso 10 Jul. 2005]. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/depen>.

- FALEIROS, Vicente de Paula. *Estratégias em Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 1997.
- FERREIRA, Carlos Lélío Lauria; VALOIS, Luís Carlos. *Sistema penitenciário do Amazonas*. Curitiba: Juruá, 2006. 344p.
- FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir*. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.
- FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Tradução de Raquel Ramalhete. 35. ed. Petrópolis: Vozes, 2008. 288p.
- GARCIA, Waléria Garcelan Loma. *Arrependimento posterior*. Belo Horizonte: Del Rey, 1997. 184p.
- GIL, Antonio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 1995.
- GOFFMAN E. *Estigma. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 2008.
- GOMES, Izabel Fernandes. *Medidas alternativas à prisão: significado e alcance socioeducativo*. 2009. 61f. Monografia (graduação em Serviço Social) – Universidade de Brasília, Instituto de Ciências Humanas, Departamento de Serviço Social, Brasília.
- GONÇALVES, Pedro Correia. A era do humanitarismo penitenciário: as obras de John Howard, Cesare Beccaria e Jeremy Bentham. *Revista da Faculdade de Direito da UFG*, Goiânia, v. 33, n. 1, p. 9-17, jan./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/revfd/article/viewFile/9792/6687>>. Acesso em: 22 jul. 2010.
- GONZÁLES REY, Fernando Luis. Psicologia Social e Saúde. In Silva, Maria de Fátima de Sena; Quaino, Cássio Adriano Braz(org.) *Psicologia Social – desdobramentos e aplicações*. São Paulo: Escrituras Editora, 2004.
- GUATTARI, Félix. *Caosmose - Um novo Paradigma Estético*. Rio de Janeiro: Ed.34, 1992.
- GUATTARI, Félix & ROLNIK, Suely. *Micropolítica: Cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes: RJ. 4 a. ed., 1996.
- JOZINO, Josmar. *Cobras e lagartos*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2005. 274p.
- KRITSKI, Afrânio Lineu *et al.* Duas décadas de pesquisa em tuberculose no Brasil: estado da arte das publicações científicas. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, supl. 1, p. 9-14, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s1/6544.pdf>>. Acesso em: 4 ago. 2010.
- MACHADO, Daiana Helena S. *et al.* *A integridade física da mulher que cumpre pena em estabelecimento penal no Brasil*. Disponível em: <<http://www.uned.es/dpto-derecho-politico/foroVVAA2.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2010.

MARTINELLI, Maria Lúcia. *Serviço social: identidade e alienação*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1991. 165p.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O Uso das Abordagens Qualitativas na Pesquisa em Serviço Social. In: MARTINELLI, Maria Lúcia (org.). *Pesquisa Qualitativa; um instigante desafio*. São Paulo: Veras Editora, 1999. (Série Núcleo de Pesquisa, v. 1).

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2000.

MIRABETE, Julio Fabbrini. Manual de Direito Penal - Parte Geral, arts. 1º a 120 do CP. Vol. 1. 19 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

NOGUEIRA, Carla Renata Ferreira. *Privatização do sistema prisional brasileiro*. 2006. 63. Monografia (graduação em Direito) – Faculdades Integradas Antônio Eufrásio de Toledo, Presidente Prudente.

PIMENTEL, Manoel Pedro. *Prisões fechadas, prisões abertas*. São Paulo: Cortez e Moraes, 1978. 91p.

PASCUIM, Luiz Eduardo. *Menoridade penal*. 1. ed. reimp. Curitiba: Juruá, 2007.

RAMÃO, Sílvia Regina; MENEGHEL, Stela N.; OLIVEIRA, Carmem. Nos caminhos de iansã: cartografando a subjetividade de mulheres em situação de violência e gênero. *Revista Psicologia e Sociedade*, n.17 (2), p. 79-87, mai/ago. 2005.

RAMOS, Rowayne Soares. Educação ou punição. In: YAMAMOTO, Aline et al. (orgs.). *Cereja discute: educação em prisões*. São Paulo: AlfaSol; Cereja, 2009. p. 84-5 (Cereja Discute, 1). Disponível em: <http://www.cereja.org.br/site/_shared/files/alf_cer_crc_uni_noticias/anx/20100616113156_Cereja_Discute-Final.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2010.

REIS, Matheus dos Santos. A garantia da ordem pública como fundamento de decretação da prisão preventiva. 2009. 86f. Monografia (graduação em Direito) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

RICHARDSON, Roberto Jarry. *Pesquisa Social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas, 1999.

SALLA, Fernando. As rebeliões nas prisões: novos significados a partir da experiência brasileira. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, n. 16, jul-dez. 2006. p. 274-307. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222006000200011>. Acesso em: 26 jul. 2010.

SAP – Secretaria de Administração Penitenciária do Estado de São Paulo. <http://www.sap.sp.gov.br>.

SANTA RITA, Rosângela Peixoto. Mães e crianças atrás das grades: em questão o princípio da dignidade da pessoa humana. 2006. 176f. Dissertação (mestrado em

Política Social) – Universidade de Brasília, Instituto de Ciências Humanas, Departamento de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Política Social, Brasília.

SANTOS, Roberto Lima. O cárcere brasileiro no banco dos réus: análise à luz do sistema interamericano de direitos humanos. In: MENEZES, Wagner (coord.). *Estudos de direito internacional: anais do 6º Congresso de Direito Internacional*. Curitiba: Jápuá, 2008. p. 288-96.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. *Plano Estadual de Saúde – 2008-2011*. www.saude.sp.gov.br.

SILVA, Juremir Machado da. *As Tecnologias do Imaginário*. Porto alegre: Sulina, 2003.

SILVA, Marisya Souza e. Crimes hediondos & progressão de regime prisional. Curitiba: Juruá, 2007. 240p.

SILVA, Mozart Linhares da. *Do império da lei às grades da cidade*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1997. 243p.

SILVA, Patrícia Gomes da. *Ressocialização do sentenciado*. 2008. 58f. Monografia (graduação em Direito) – Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares.

SILVA, Roberto da. Há perspectiva de humanização das prisões? In: YAMAMOTO, Aline et al. (orgs.). *Cereja discute: educação em prisões*. São Paulo: AlfaSol; Cereja, 2009. p. 45-7 (Cereja Discute, 1). Disponível em: <http://www.cereja.org.br/site/_shared/files/alf_cer_crc_uni_noticias/anx/20100616113156_Cereja_Discute-Final.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2010.

STELLA, Claudia. *Filhos de mulheres presas: soluções e impasses para seus desenvolvimentos*. São Paulo: LCTE, 2006. 123p.

STRAZZA L. Diferenças de gênero e risco para a infecção pelo HIV em adolescentes internos na Fundação Estadual Para o Bem-Estar do Menor de São Paulo-FEBEM [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1999.

TEIXEIRA, Alessandra. *Do sujeito de direito ao estado de exceção: o percurso contemporâneo do sistema penitenciário brasileiro*. 2006. 174f. Dissertação (mestrado em Sociologia) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo.

UJVARI, Stefan Cunha. *A história e suas epidemias: a convivência do homem com os microorganismos*. 2. ed. Rio de Janeiro: Senac Rio: Senac São Paulo, 2003. 328p.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. *Manual de direito penal brasileiro*. 4. ed., São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

WAUTERS, Edna. *A reinserção social pelo trabalho*. 2003. 46f. Monografia (especialização em Modalidades de Tratamento Penal e Gestão Prisional) – Universidade Federal do Paraná, Paraná.

WOLFF, Maria Palma. *Antologia de vidas e histórias na prisão: emergência e injunção de controle social*. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2005. 295p.

APÊNDICE

APÊNDICE 01

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM DETENTAS

1) IDENTIFICAÇÃO:

- Nome:
- Apelido:
- Data do nascimento:
- Naturalidade:
- Estado Civil:
- Escolaridade:
- Religião/crença:
- Qual é a sua cor? (autodeclarado)
() negra () branca () parda () amarela () indígena
- Filhos: () quantidade (Sexo e idade)
- Você tem profissão definida? Sim, qual/não.
- Você exercia sua profissão? Sim/ não
- No momento em que foi presa, você estava empregada (emprego formal)? - -
- Profissão/função no sistema prisional:
- Carga horária de trabalho:
- Você tem um Companheiro/ companheira?

2) SITUAÇÃO PRISIONAL

- Você é réu primário ou reincidente?
- Qual foi a infração:
- Sua pena atual é de quanto tempo? Anos/meses
- Qual a data da última prisão?
- Qual a data de ingresso neste presídio?
- Qual a data da primeira prisão (considere, mesmo que aproximada, a data em que perdeu a liberdade pela primeira vez)
- Quanto tempo você ficou preso na vida?

- Qual o tipo de relacionamento que você tem com outras detentas, carcereiras e funcionários?
- Fale de conflitos internos no presídio.
- O que você faz para minimizar as conseqüências de sua detenção?

3) CONDIÇÕES DE SAÚDE

- Em relação à saúde, como se sente atualmente?
- Você fez ou faz algum tratamento médico dentro do sistema prisional?
- Qual a enfermidade?
- Como foi este tratamento?
- Considera que o tratamento atendeu a sua necessidade?
- Quanto tempo durou o tratamento ou ainda se trata?
- Como é o acesso, uso e guarda de medicamentos:
- Utilizou alguns serviços de atendimento fora do sistema prisional? (policlínica, hospital etc.):
- Se sim, como foi ou como é o tratamento?
- como lida e previne para manter-se saudável
- Como você entende ou percebe a saúde da mulher dentro do sistema Prisional?

4) DINÂMICA FAMILIAR:

- Fale sobre a reação de sua família por ocasião de sua detenção.
- Como você se sente em relação à ausência da convivência familiar?
- Quem cuida dos seus filhos enquanto você esta aqui?
- Como é o relacionamento com seu (companheiro/companheira/ marido) enquanto você está aqui?
- Você recebe visitas regularmente?
- Você sente que tem apoio de sua família?
- A família recebe algum tipo de benefício? (cesta básica, programas sociais etc.)
- O que você espera do futuro e quais são seus planos para quando sair?

APÊNDICE 02

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1) Dados de identificação:

Nome:

Cargo:

Formação:

Tempo de trabalho com detentas:

- 2) Como funciona o atendimento à saúde das detentas?
- 3) Quando uma doença é diagnosticada quais são os procedimentos?
- 4) Quando a doença é infecto-contagiosa, existe algum procedimento específico?
- 5) Quais são os procedimentos utilizados quando se detecta problemas respiratórios (sintoma de tosse por mais de 3 semanas, indicativo de TB?)
- 6) Como é feito o diagnóstico de TB?
- 7) Na fase de transmissão, a detenta é isolada? Se não, por quê?
- 8) O que você acha do controle, diagnóstico e tratamento da TB no sistema prisional?

APÊNDICE 03

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO **(TECLE) - DETENTAS**

Eu, _____
fui informada sobre o estudo **“Condições de vida e de saúde de mulheres do sistema prisional da região da baixada santista”**.

O objetivo deste estudo é conhecer a história de vida e condições de saúde de mulheres no sistema prisional da região da baixada santista. Trata-se de uma pesquisa realizada pela Aluna Magda Lucia Novaes Silva do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos. O estudo consta de entrevistas gravadas em áudio, com meu relato sobre minha experiência de vida e condições de saúde no sistema prisional.

- Concordando em participar desta pesquisa, irei colaborar como entrevistada em entrevista realizada no sistema prisional (se eu concordar).
- Mesmo sabendo que não há risco neste estudo, estarei livre para não responder alguma questão que me trouxer desconforto e sei que posso, a qualquer momento, interromper minha entrevista.
- A entrevista será gravada (se eu concordar), com a garantia de que sua reprodução utilizando a minha voz não será feita.
- O acesso às respostas será reservado à aluna Magda Lucia Novaes Silva e à sua orientadora Prof^ª Dra. Rosa Maria Ferreiro Pinto.
- Em nenhum relatório, artigo ou apresentação dos resultados da pesquisa será usado a minha identificação. Os dados obtidos serão utilizados somente nesta pesquisa.
- A vantagem em participar deste estudo é que estarei contribuindo para uma melhor compreensão da vida e condições de saúde de mulheres em situação prisional e, com isso, contribuir com meus depoimentos para a melhora das políticas públicas direcionadas a esta população.
- Tenho o direito de receber informações atualizadas durante qualquer fase desta pesquisa. No caso de haver dúvidas quanto à minha participação neste estudo, poderei entrar em contato com a pesquisadora Magda Lucia Novaes Silva e/ou Prof^ª. Rosa Maria Ferreiro Pinto na Rua Carvalho de Mendonça, nº 144, 4º andar, sala 403, ou pelo telefone (13) 3205-5555, Ramal 716.
- Em caso de dúvida, ainda poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos, à Av. Conselheiro Nébias, nº. 300, sala 209 ou pelo telefone 3205-5555.

- Não terei nenhum gasto ou ganho financeiro por participar da pesquisa.
- Minha participação é totalmente voluntária e posso retirar meu consentimento e abandonar a pesquisa a qualquer momento.
- Acredito ter sido suficientemente informada a respeito das informações que li ou que foram lidas e esclarecidas para mim. Discuti com os pesquisadores sobre minha decisão em participar do estudo. Ficaram claros para mim os propósitos do estudo e os esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas.
- Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízos ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no atendimento aos serviços da cidade.

Assinatura do(a) entrevistado(a)

Endereço: _____

R.G. nº _____

Data: ____/____/____.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desta pessoa para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data: ____/____/____.

APÊNDICE 04

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- **(TECLE) - PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Eu, _____
fui informado(a) sobre o estudo Avaliação da exposição e riscos à Tuberculose em população carcerária feminina e seus comunicantes. O objetivo deste estudo Conhecer a situação atual da tuberculose entre a população carcerária feminina na baixada santista e as medidas de controle, diagnóstico e tratamento que vem sendo utilizadas pelo sistema prisional. Trata-se de uma pesquisa realizada pela Profa. Rosa Maria Ferreiro Pinto, coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Educação em Saúde Coletiva – NEPEC ligado ao Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos. O estudo consta de entrevistas gravadas em áudio, com meu relato sobre minha experiência em relação ao diagnóstico de tuberculose.

- Concordando em participar desta pesquisa, irei colaborar como entrevistado(a) em local de trabalho. Mesmo sabendo que não há risco neste estudo, estarei livre para não responder alguma questão que me trouxer desconforto e sei que posso, a qualquer momento, interromper minha entrevista.
- O acesso às respostas será reservado à Profa. Rosa Maria Ferreiro Pinto e ao NEPEC. Em nenhum relatório, artigo ou apresentação dos resultados da pesquisa será usado a minha identificação. Os dados obtidos serão utilizados somente nesta pesquisa.
- A vantagem em participar deste estudo é que estarei contribuindo para uma melhor compreensão dos aspectos que envolvem o diagnóstico e o tratamento da tuberculose e contribuir com meus depoimentos para a melhora das políticas públicas direcionadas aos doentes e seus comunicantes.
- Tenho o direito de receber informações atualizadas durante qualquer fase desta pesquisa. No caso de haver dúvidas quanto à minha participação neste estudo, poderei entrar em contato com a Profa. Rosa Maria Ferreiro Pinto na Rua Carvalho de Mendonça, nº 144, 4º andar, sala 403, ou pelo telefone (13) 3205-5555, Ramal 716. Ainda poderei contata-la em sua residência à Rua Dr. Oswaldo Cruz, nº 479, apto. 701, Boqueirão, ou pelo telefone (13) 3289-9371.
- Minha participação é totalmente voluntária e posso retirar meu consentimento e abandonar a pesquisa a qualquer momento.
- Acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito das informações que li ou que foram lidas e esclarecidas para mim. Discuti com os pesquisadores sobre minha decisão em participar do estudo. Ficaram claros para mim os propósitos do estudo e os esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas.

- Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo.

Assinatura do(a) entrevistado(a)

Endereço: _____

R.G. nº _____

Data: ____/____/____.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desta pessoa para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data: ____/____/____.