



Universidade Federal  
de Campina Grande

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO PENAL E PROCESSO PENAL**

**SAÚDE MENTAL DAS DETENTAS BRASILEIRAS: OS IMPACTOS DO CÁRCERE  
E A RESPONSABILIDADE ESTATAL**

ANA PAULA DE SOUZA SENA

Sousa-PB  
2022

ANA PAULA DE SOUZA SENA

**SAÚDE MENTAL DAS DETENTAS BRASILEIRAS: OS IMPACTOS DO CÁRCERE  
E A RESPONSABILIDADE ESTATAL**

Trabalho de Conclusão de  
Curso apresentado aos  
Docentes do Programa de  
Pós-Graduação em Direito  
Penal e Processo Penal da  
Universidade Federal de  
Campina Grande – UFCG.

Orientadora: Vaninne Arnaud de Medeiros Moreira

Sousa-PB  
2022

S474s

Sena, Ana Paula de Souza.

Saúde mental das detentas brasileiras : os impactos do cárcere e a responsabilidade estatal / Ana Paula de Souza Sena. - Sousa, 2023.

61 f. : il. color.

Monografia (Bacharelado em Direito Penal e Processual) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Jurídicas e Sociais, 2022.

"Orientação: Profa. Dra. Vaninne Arnaud de Medeiros Moreira."

Referências.

I. Encarceramento Feminino. 2. Saúde Mental. 3. Execução Penal. I. Moreira, Vaninne Arnaud de Medeiros. II. Título.

CDU 343.261-055.2(043)

**RESUMO:** O trabalho aborda a saúde mental das detentas brasileiras, e qual sua relação com a atuação estatal. O objetivo central é estabelecer um diagnóstico relativo com base na leitura da bibliografia atinente, reconhecendo qual o panorama atual no quesito de saúde mental das presidiárias. Para o estudo dessa população, a metodologia empregada foi na modalidade pesquisa bibliográfica que assumia contornos descritivos ao relatar e descrever características e propriedades do meio carcerário. Como há proporcionalmente poucos estudos sobre o assunto, tendências exploratórias também são relatadas. A opção metodológica primou pelo método dedutivo, ao afunilar as considerações ideais até se aproximar da realidade. O primeiro capítulo traçou balizas históricas ao tema, enquanto o segundo tratou de ilustrar a problemática por meio de dados estatísticos, aliado a excertos jurídicos concernentes. O terceiro e último capítulo foi direcionado a tentar exemplificar o que é a vivência feminina na prisão. Os resultados obtidos foram de que o descaso estatal é a regra que nunca falha, o que inclusive causa o esfacelamento de outras instituições, como a família, a maternidade e a possibilidade de sanidade mental durante o cárcere.

**PALAVRAS-CHAVE:** Encarceramento Feminino. Saúde Mental. Execução Penal.

**ABSTRACT:** The work addresses the mental health of Brazilian jailed women, and its relationship with State action. The main objective is to establish a diagnosis based on the searching on the relevant bibliography, recognizing the current situation regarding the mental health of female prisoners. For the study of this population, the methodology used was the bibliographic research modality, that assumed descriptive contours when reporting and describing characteristics and properties of the prison environment. As there aren't proportionately few studies on the subject, exploratory trends are also reported. The methodological option was based on the deductive method, by narrowing the ideal considerations until it approached reality. The first chapter traced historical tags to the theme, while the second tried to illustrate the problem through statistical data, combined with relevant legal excerpts. The third and final chapter was directed to try to exemplify what is the female experience in prison. The results obtained were that state neglect is the rule that never fails, which even causes the collapse of other institutions, such as the family, maternity and the possibility of mental health during prison.

**KEY-WORDS:** Women Emprisoment. Mental Health. Criminal Law Execution.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>3</b>
<b>1</b>	<b>ASPECTOS HISTÓRICOS.....</b>	<b>6</b>
<b>1.1</b>	<b>Contexto histórico da prisão de mulheres.....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>FRAGMENTOS JURÍDICOS E DADOS ESTATÍSTICOS PERTINENTES AO TEMA.....</b>	<b>19</b>
<b>3</b>	<b>RELAÇÃO DO MEIO CARCERÁRIO COM OS TRANSTORNOS INTELECTUAIS EM MULHERES.....</b>	<b>32</b>
	<b>CONCLUSÕES FINAIS.....</b>	<b>46</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>48</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A liberdade, apesar de ser um conceito abstrato e subjetivo, está longe de ser uma ideia vaga nas situações em que o indivíduo se vê privado dela. O estado de cárcere, em revisão literata, psicológica e biológica, possui em sua substância grande denominador comum com problemas psicológicos, outro resumo impreciso, que representa um termo sintético para uma variação vasta, múltipla e estratificada de condições e estados mentais em desequilíbrio.

Se porventura estas variáveis se relacionam em um ambiente penitenciário, onde sua natureza repressiva é também finalidade, alguns fenômenos podem ser observados com mais recorrência, especialmente considerando um país como o Brasil, que automaticamente é lembrado pela insalubridade de seus ambientes prisionais, cujos espaços são catalogados em sua maioria como em circunstâncias regulares a péssimas.

Quando se examina a massa penitenciária feminina, então, com seus anseios e particularidades, novos fatos se apresentam. O questionamento baluarte da problemática se resume em: está o sistema penal estruturado para apartar e proteger mulheres de problemas psicológicos e psiquiátricos adequadamente, oferecendo condições básicas de dignidade de forma a evitar a avaria de seu estado mental enquanto cumprem suas sentenças?

Esta interrogação é melindrosa, pois apenas em “estrutura”, uma gama de críticas provenientes podem ser encorajadas, encapsulando o problema em novos níveis: no espaço físico dos locais em questão, na organização legislativa e penal brasileira baseada na exclusão de classes e etnias e finalmente na esquematização machista da ordem social, que segrega e hostiliza parcela vulnerável da população, sobretudo mulheres pobres e negras, e as conduz em uma labiríntica e doentia desigualdade, de modo que a loucura e a violência sejam apenas consequências lógicas do estilo de vida.

Com a expectativa de viabilizar a esquematização dos aspectos causadores dos problemas mentais em encarceradas brasileiros, além de constatar os casos de reclusas com doenças mentais prévias, que não deviam cumprir pena privativa de liberdade, a pesquisa se fundamenta na urgência de discorrer sobre a temática, debate escasso em nível nacional, e a partir deste conceber formas práticas de

enfrentamento a um distúrbio silenciado mas engendrado na sociedade.

Objetivar uma pesquisa é traçar sua trajetória investigativa de modo a demonstrar o alcance geral e específico que o trabalho busca percorrer, almejando fomentar a pretensão científica concreta e chegar às respostas necessárias que a justificam. É por isso que o objetivo geral da pesquisa é a representação fiel do sistema prisional feminino no Brasil quanto a sanidade mental dos suas apenadas, baseando-se em estatísticas e no estado da arte sobre o tema.

Em específico, se busca catalogar o perfil da reclusa brasileira, realizando o recorte de classe, raça, gênero, idade e enquadramento criminoso, relacionando com aspectos direcionados da realidade do sistema penal nacional; assim como delinear contornos biológicos (em especial de gênero) e teóricos sobre os transtornos psíquicos e deficiências intelectuais mais recorrentes e suas manifestações nos ambientes prisionais. Por fim, se busca estabelecer um paralelo entre a realidade social das acometidas por essas disfunções e as privações de ordem material, coletivas e ideológicas a que foram expostas anteriormente e durante o cumprimento da pena.

A metodologia anteposta para a concepção da pesquisa foi baseada em uma revisão bibliográfica, exploratória e descritivo com nuances explicativas quanto a seus objetivos. O método em si é a revisão do estado da arte, como forma indireta de observação e diagnóstico dos estabelecimentos prisionais femininos e seus agentes, com dados analisados quali-quantitativamente, gerando uma pesquisa mista, intercalada. A meta da elaboração passa também por perscrutar a expressividade numérica de reclusas com transtornos mentais, sem recursos terapêuticos e adequados e os motores externos e internos responsáveis.

No primeiro capítulo um esboço histórico foi desenvolvido, para compreender a formação dos presídios no país, sua relação com autoridades brasileiras e como o processo de estabelecimento de espaços destinados à doentes mentais foi análogo. Ainda se discutiu o mesmo percurso mas no caso das mulheres, com menos registros mas ainda com registros bastante interessantes.

No capítulo posterior, foi pertinente demonstrar o panorama atual através de um viés tanto quantitativo quanto jurídico. Alguns trechos legais mais relevantes da última década foram citados, revelando qual o posicionamento normativo sobre o assunto. Simultaneamente, dados estatísticos dos últimos anos também foram

noticiados, contrapondo sincronicidades e discrepâncias entre essas duas óticas.

No capítulo final foi feita a revisão do estado da arte sobre a saúde mental das mulheres apenadas. Quais as condições em que vivem, os determinantes para medir sua qualidade de vida enquanto presas e os motivos que podem explicar o enfraquecimento de suas faculdades emocionais. Um perfil epidemiológico da apenada brasileira foi projetado.

O Brasil foi escolhido com base na presunção de que seria mais interessante à pesquisa, seja pela o número de indivíduos que comporta, seja pela proximidade com a realidade que se vive. A coleta dos dados visou a separação em recortes de raça, classe, gênero, idade e crime cometido, as diretrizes principais para implementar parte dos objetivos, e adicionalmente o contexto social anterior, aí incluído *status* conjugal e relacionamento familiar, ocupação e tempo de permanência nas unidades.

## 2 ASPECTOS HISTÓRICOS

Após o Renascimento, no século XVI, com a erradicação gradativa da lepra na Europa, surgiu uma lacuna oriunda da indispensabilidade da sociedade de marginalizar segmentos sociais. Para Foucault (2005) essa senda foi assumida pela loucura. O louco se tornou o leproso emérito, aquele que deve ser descartado pelo bem da sociedade, excluído, pelo perigo de contágio metafórico do resto da comunidade.

Assim como no resto do mundo, a percepção da neurotipicidade foi construída no Brasil foi engedrada em preconceitos e misticismo. O local de pertencimento daquele considerado alheio à normalidade era o da margem, fora do convívio dos seus semelhantes.

Resende (2001) aponta que “a doença mental no Brasil parece ter permanecido silenciosa, por muito tempo, suas manifestações diluídas na vastidão do território brasileiro.” (apud TUNDIS, 1994, p. 31). Com a chegada da família real portuguesa para o país, em 1808, a Colônia ganhou novos contornos. O Rio de Janeiro, centro do país, local onde a corte decidiu se instalar, passou por um processo rápido de modernização. Em 18 de julho de 1841, pro força do Decreto 82, Dom Pedro dá vida ao Hospício Pedro II, anexo à Santa Casa de Misericórdia e chefiada por religiosos, com propósito de sanear as ruas da capital, aprisionando os loucos. (RESENDE, 2001). Até a República, Cunha (1990, p. 27) afirma que os loucos “curtiem seus delírios tranquilamente pelas ruas da corte, e alguns mereciam até aplausos”.

A loucura era vista como um mal trivial, como a pobreza e a mendicância. A liberdade na qual viviam os loucos na verdade era um descaso total dos governantes de então, já que se sabia pouco sobre doenças psíquicas e tampouco havia interesse em estudá-las a fundo.

Nesse contexto criou-se a Assistência Médico Legal dos alienados, instituição pública de saúde pioneira. O mesmo decreto que a criou originou os primeiros espaços estritamente reservados aos doentes mentais, que foram as Colônia de São Bento e de Conde de Mesquita, localizadas na ilha do Governador. Logo em seguida vieram a Colônia do Juqueri e a de Vargem Alegre em São Paulo.

Essas buscavam desafogar os hospícios e prisões, e trouxeram a inovadora noção de que os transtornados mentalmente deveriam ter certo convívio e fraternidade social entre si e com pessoas externas, apesar de que com o tempo a superlotação novamente se tornou realidade e em pouco diferiram dos locais anteriores (AMARANTE, 2015).

Os primeiros assentamentos da organização de assistência datam de 1848, em que a classe médica pressionava o governo para que se criasse uma especialização psiquiátrica. Esses médicos reivindicavam uma melhor estrutura em que atuar (COSTA, 1980).

Nota-se o quanto as melhorias no quesito assistencial, totalmente encolhido na sociedade de então, provieram da pressão da elite intelectual médica, com descendentes de famílias tradicionais. O bem-estar dos institucionalizados, palavra eufemista já que, no mais das vezes, eram meros confinados e abandonados à própria sorte, não era realmente a prioridade, pelo menos não como a viabilidade do estudo daqueles exponentes médicos, que cobravam melhores condições de trabalho, independente da comodidade de seus pacientes.

A loucura se tornou conteúdo médico, passando a ser vista como doença. O ensino superior surgiu com a chegada da família real ao Brasil, mas nesse momento surgiram as escolas de medicina e se implementou a disciplina de doenças nervosas e mentais. O hospício alçou seu posto de local de regulação do tempo e análise da mente humana, não mero isolamento. Nesse contexto, a Psiquiatria ganhou sua autonomia como ramo científico do meio médico (OLIVEIRA, 2002).

O deputado federal e médico João Carlos Teixeira Brandão, granjeou a aprovação da Lei dos Alienados em 1903, que iniciou a controvérsia se era legítimo para o Estado intervir na vida e saúde dos que apresentavam transtornos mentais. Não era incomum que houvessem epidemias entre a população, de tifo, varíola, febre amarela, o que contribuía para a urgência da sociedade de ter uma visão voltada para insalubridade de seu estilo de vida, mas acabava fomentando a intolerância à certos segmentos sociais (AMARANTE, 2015; RESENDE, 2001).

O doente mental era ainda mais preterido socialmente que os pobres e os criminosos, principalmente por que, não raro, os três fatores convergiam. Eram um risco à organização comunitária, pela sua inimputabilidade regular, sendo legados à sua família para vigilância, ou ao Estado na falta dessa. Louco era o que

extrapolava o normal, conceito tão alterado durante os anos com a ascensão e declínio de civilizações, sendo passível que fosse taxado como louco aquele que simplesmente se recusasse a cumprir praxes sociais básicas (SILVA, 2013).

Na obra “O alienista” há um retrato claro de como era tratada a saúde mental no Brasil do século XIX. O pensamento psiquiátrico brasileiro estava apenas em formação, seus expoentes eram principalmente herdeiros de famílias ricas com descendência europeia, e praticamente tudo era importado da Europa, sem levar em consideração aspectos específicos do Brasil.

O cientificismo era muito propagado, que era a ideia de que não havia nada superior ao pensamento puramente científico e pragmático. E isso se revelava na forma como os médicos conduziam o trato com as doenças mentais, tratando o paciente como um objeto de experimentos, refutando o poder das emoções sobre a psique do indivíduo.

Como dito, a situação é muito bem representada por Machado de Assis em sua obra “O alienista”. Essa era a forma de chamar os médicos psiquiatras, já demonstrando o senso comum de considerar àqueles pacientes como alienados.

Machado de Assis deixou registrado, em um dos seus clássicos romances, os abusos do cientificismo e do poder exercido pelos médicos que “*tratavam*” os ditos loucos durante o Império, mostrando como um psiquiatra, chamado na época de alienista, criava o seu próprio louco, e um vocabulário convincente para obter apoio a esse tipo de internamento pelas autoridades jurídicas e bom para a disciplina social. Deste modo, ele produzia um tipo de “*tese*” na qual classificava, descrevia, analisava, tratava, isolava, liberava ou confinava o alienado, afirmando o grau da doença mental nesse sujeito (SILVA, 2013, p. 4, apud ASSIS, 1998, p. 32)

Machado criticava o alienista, dando duplo sentido à palavra, por considerar que aqueles médicos apenas perpetuavam o sistema que criou “os loucos”, responsabilizando-o pela alienação. O ambiente era insalubre, e servia mais como experimento social do que um espaço terapêutico. Havia pouco interesse em curar os enclausurados, e mais em catalogar suas vivências em limitados conceitos científicos que emergiam de teorias eugenistas. Atuar nesses lugares era um passo firme para alavancar a carreira, ganhar notoriedade ou ingressar na vida política, já que era um alívio para o Estado concentrar os problemáticos em um só local (MAIA, 2001).

Nos hospícios não se falava em cura, e o isolamento era apenas praticado

com o mundo externo. Eram repositórios de desprezados, que iriam para não cometer crimes ou por que já os tinham cometido. Nesse aspecto se diferenciavam dos presidiários “normais”, por estarem confinados duplamente: dentro da barreira mental de sua própria existência e em razão dela nesse ambiente. A ideia do doente mental como perigoso para si e os outros era simplesmente verdade absoluta (SCIENTIFIC AMERICAN, 2002).

A periculosidade é um dos conceitos mais comumente associados à neuroatipicidade. Culturalmente, o brasileiro foi ensinado que àquele que é divergente deve ser reservada desconfiança, apatia para evitar gatilhos, ou no máximo uma condescendência desumanizante. Muito dos preconceitos capacitistas atuais são reflexos contínuos de fatos que ocorreram nesse recorte histórico.

A superlotação já era realidade, o que obrigou o Conde de Arcos a transferir os apenados da Cadeia Pública, para a prisão eclesiástica de Aljube, que pertencia a igreja. Apesar disso, era a prisão mais cruel do início do século XIX. Um dos diferenciais era a obrigatoriedade das missas, que um ano depois deixaram de ser viáveis, face ao disparatado número de detentos, já tendo presos inclusive dentro da capela (ARAÚJO, 2009). No ano de 1813, a prisão destinada aos escravos, o Calabouço, foi levada para um morro ali próximo, permanecendo por um século. Em 1931, Manoel José de Sousa França, Ministro da Justiça determinou a venda dos escravos remanescentes pela precariedade desse anexo Segundo (HOLLOWAY, 1997).

Na Europa, desde o ano de 1801 se divisava uma leve mudança no panorama através da abordagem de Pinel, na publicação de seu Tratado da Alienação Mental. A obra simplesmente propôs que não havia motivo para os alienados ficarem presos em celas, podendo transitar livremente na unidade. Apesar de ser óbvio, significou para as pessoas ali internadas não viverem mais acorrentadas até o fim dos seus dias. O trânsito era permitido apenas naquele espaço, e funcionava como fator para diagnósticos, já que agora haveria convivência. Foi considerado um método inovador na Europa (SILVA, 2013).

No entanto, apenas oito décadas depois essa linha de pensamento foi implementada no Brasil. Aqui, prisão e hospício eram praticamente indistinguíveis, e na cadeia era mais fácil velar as violências consideradas necessárias para conter um dito louco. O objetivo principal de ambos era a disciplina e a pacificação de

caráter. Apenas hospitais e prisões recebiam doentes mentais em meados do século XIX, e o tratamento não era prioridade (MIRANDA, 2004).

A ótica existente para trato do insano era a policial, por estarem as instituições relacionadas ao crime autorizadas a recebê-lo, o que era considerado bom tanto para a sociedade, que se via livre da volatilidade dos seus comportamentos, e para este indivíduo, que receberia a suposta estrutura necessária (BARRETO, 2003).

Por estrutura se compreende violência reiterada. As de formas mais óbvias, como o ataque à integridade física e sexual, as privações das necessidades; e as mais veladas, como a pressão psicológica de se sentir descartável, o abandono do poder público e o isolamento em si. Conforme será visto mais a frente, todas essas macro e microagressões perpetuaram-se no sistema penal.

De toda forma, o Código Penal do Império deixava lacunas sobre o tema, abrindo margem para intensa interpretação moral (SILVA, 2013). Se polemizava casos simples da chamada alienação, mobilizando todo o sistema penal da época, envolvendo muito discurso religioso, sensacionalismo e credices pouco relacionadas ao conhecimento médico. A loucura por si já era crime, mas poderia também ser excludente de responsabilidade, conforme se depreende do excerto retirado desse documento histórico:

Art. 10. Também não se julgarão criminosos:

§ 2.º Os loucos de todo gênero, salvo se tiverem lúcidos intervalos e neles cometerem o crime (...)

Art. 12. Os loucos, que tiverem cometido crimes, serão recolhidos às casas para eles destinadas, ou entregues as suas famílias, como ao juiz parecer mais conveniente.

Se percebe a veemente nebulosidade do Código de 1830. A expressão “loucos de todo gênero” era vaga demais, assim como impossível saber com certeza o que seriam os intervalos de lucidez e quanto tempo durariam. Barreto (2003) considerava uma demonstração de como o Brasil se apressou em copiar o modelo francês de encarceramento trazendo consigo todos os seus erros, pois a este ponto, não se sabia definir com precisão o que era loucura, e como poderia ser tratada.

É preciso frisar que absolutamente qualquer comportamento poderia ser catalogado como loucura: adultério, agressividade, alcoolismo e sonambulismo, por exemplo. A pedra de toque do comportamento padrão era a moral. Era ela que

definia se o sujeito era ou não louco, se sua loucura era perigosa e por quanto tempo duraria. O saber não era clínico, e com o tempo os casos cresceram vertiginosamente, facilitando as internações, agregando termos médicos aos julgamentos dos magistrados, pouco se falando sobre as consequências posteriores para os indivíduos recolhidos (BARRETO, 2003).

As próprias nomenclaturas utilizadas pelas autoridades policiais exemplificam como essa divisão equivocada se manifestava. Usualmente a palavra mais usada derivava de “louco” ou “alienado”, com influência das ideias de Pinel ou legislação francesa. No entanto, caso houvesse alguma peculiaridade demonstrada durante a clausura, o detento receberia nome específico, conforme os ofícios da época, como alienado suicida, furioso, sentenciado, completamente idiota, furioso, mendigo, doido, e ainda justificativa de prisões por que o indivíduo “pareceu alienado”, em “desarranjo mental” ou “apresentou sintomas de loucura”, além de definir a classe de detentos como infeliz com frequência (BARRETO, 2003).

Em tese o isolamento deveria ser uma forma segura para a melhora do estado mental desses indivíduos e progressivamente reintroduzi-lo na sociedade. No entanto, as prisões misturavam os chamados alienados e as demais pessoas, em uma experiência de controle de seus corpos, enquanto dissipava o resto de sanidade que sobrava na rigidez das regras impostas (FOCAULT, 2005).

As primeiras Casas de Correção do Brasil foram construídas na segunda metade do século XIX, nos estados mais desenvolvidos do país. Antes, os espaços prisionais eram mais rudimentares e se destinavam a prisioneiros de guerra ou agitadores sociais. O próprio conceito de prisão como instituição ainda era uma novidade, pois o que acontecia era que o processado ficava naquele espaço apenas enquanto aguardava sentença. O Código Penal da República dos Estados Unidos do Brasil foi revogado em 11 de outubro de 1890, através do decreto 774 que mitigou as penas de morte, galés e açoites do rol de penalidades, substituindo pelas penas de reclusão, disciplinar e de trabalhos forçados além de conceber regimes penitenciários, o que não alterou realmente a estrutura dos estabelecimentos prisionais (PINHEIRO e GAMA, 2016).

Por influência da política e economia externa e também dos acontecimentos no país, a Psiquiatria brasileira viu nascer a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) no Rio de Janeiro, em 1923, fundada por Gustavo Riedel. Era mantida por

filantropia, e tinha como escopo o biologicismo, ou seja, o julgamento de indivíduos baseado unicamente em fatores biológicos de sua constituição e origem. Mesmo com essa narrativa limitada, o biologicismo conseguiu o encaixe perfeito nos ideais elitistas da época, e justificou a invasão da esfera pessoal do indivíduo com intervenção médica, em todos os ambientes. Tudo isso em consonância com a tese da Psiquiatria Organicista alemã (COSTA, 1983).

Socialmente, havia motivação para esta teoria ter encontrado tantos adeptos. A população das capitais estava assolada pela vadiagem, o desemprego e a violência. O resultado da massa de estrangeiros que emigrou no século XIX, da abolição da escravatura, bem como do êxodo rural em busca de oportunidades estava se mostrando. Os espaços urbanos se transformaram em um caos de miséria e barbárie, com a formação de cortiços e áreas periféricas sem a mínima estrutura. A elite intelectual brasileira achou na teoria eugenista a forma perfeita de explicar sua repulsa aos considerados causadores da desordem social (ALENCAR; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2022).

De acordo com Sant'Anna (2009, p. 21), as prisões eram instrumento para projetos civilizatórios, vistas como um cerco fechado ideal para isolamento dos arruaceiros, onde ficariam protegidos e vigiados, em condições melhores que na liberdade. Contudo, comissões davam os seguintes relatos durante a inspeção desses locais:

O estado atual da maior parte das prisões e estabelecimentos de caridade na Corte, guardam um justo meio entre a barbaridade dos séculos que passaram e a civilização que corre. Sumiram-se esses calabouços horrendos, onde pela maior parte das vezes gemiam a inocência e o saber, a par do crime, e da ignorância, mas não existem ainda esses asilos que a moderna filosofia prepara para fustigar o ócio, e corrigir o vício. O pobre, o desvalido não perecem ao desamparo curtidos de fome, de nudez e de miséria, mas entretanto não existem ainda essas casas d'onde foge o ócio onde o verdadeiro necessitado se abriga, certo do pão e pano, que ele já não pode haver por si.

Havia a associação de grupos étnicos inteiros a tudo que havia de errado com a sociedade brasileira. Pretos, estrangeiros, indígenas, segundo as bases eugênicas-biológicas eram provenientes de cruzamento entre sub-raças, e portanto apenas subdesenvolvidos psicologicamente, devendo ser expurgados do convívio

de pessoas íntegras, pois eram incapazes de evoluírem. Relembra-se que foram essas teorias que deram fundamento ao nazismo na Alemanha poucos anos depois, e o Brasil sistematizava suas políticas perigosamente próximo a tais ideais (ALENCAR; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2022).

A preocupação de embranquecer o brasileiro era uma realidade, com a miscigenação sendo vista com terror e intensamente criticada. O panorama geral divulgado pela Liga Brasileira de Higiene Mental é de que o estilo de vida brasileiro estava ameaçado, pois os genes inferiores poderiam contaminar o bom cidadão patriota. A arianização local era a única salvação para a República, pois justificava as desigualdades sociais e os delírios de grandeza da elite, que assumia que buscava o bem da democracia (COSTA, 1980).

É possível verificar esse teor racista nos discursos dos médicos eugenistas da Liga Brasileira de Higiene Mental, nas décadas de 1920 e 1930. Nas palavras do psiquiatra Renato Khel, com a manutenção do discurso vocabular da época:

Não se pode escapar à observação dos estudiosos a situação cada vez mais grave de miséria física e moral reinante no seio das populações do globo, sejam elas de países civilizados ou não. Evidencia-se por toda parte a preocupação dos governos de encontrar solução para abrigar e alimentar a elevadíssima percentagem de incapazes, de mendigos, de criminosos, de anormais de todo gênero que dificultam e oneram, pesadamente, a parte sã e produtiva da sociedade. Para agravar, ainda mais, a calamitosa situação, a higiene social de um lado, a medicina e a filantropia de outro, salvam a vida de milhões de infra-seres (que a seleção natural devia eliminar), aumentando, assim, o peso morto e as contribuições para conservá-los nos estabelecimentos adequados. [...] Em toda parte são criadas e prosperam as associações destinadas à conservação destes resíduos humanos. Onde existem, porém [...] sociedades para protegerem os elementos mais úteis à humanidade? [...] São estes reflexos que impellem os eugenistas do mundo inteiro a uma campanha intensiva em prol da partecidia dos nossos semelhantes, propondo leis de prevenção racial e se esforçando para o estabelecimento de medidas que atenuem os efeitos das práticas humanitárias [...], feitos pelas administrações públicas e pelas associações filantrópicas em favor dos que, sob a lei natural, teriam de desaparecer (1928, p. 41-42).

Os defensores dessas teorias se colocavam como heróis patriotas, que lutavam por fazer emergir uma raça brasileira pura e avançada. Tal posicionamento era a cópia exata das ideias alemãs que originaram o nazismo. A ponderação de intelectos com base na constituição racial também abarcava pessoas brancas desde

que fossem neuroatípicas, portanto, a meta difundida era de que, para além do normal, aquele indivíduo não era um humano plenamente formado (ALENCAR; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2022).

É possível entender melhor o que era feito dessas pessoas nos espaços de isolamento pelo depoimento de 1929, onde o médico Lopes Rodrigues testemunha sobre o que encontrou no Instituto Raul Soares, em Belo Horizonte:

Da maioria dos quartos, funcionando como prisões, partiam os gritos dos insanos, trancados, atados e imobilizados. Os esgares ecoavam pelos corredores, em cujos lajedos outros tantos pacientes jaziam com os punhos amarrados [...], cordas, correias, tiras, manchões, argolas, lonas e coleiras formavam o arsenal patético [...] Os loucos, com os pés e mãos atados... eram castigados por um calabrote de couro, com uma argola de ferro na ponta, o relho mestre, vibrando por braços de guardas habituados a tratá-los por meio de todo aquele instrumental de servícias. (REZENDE, 1994, p. 53 apud RODRIGUES, 1929).

As formas oferecidas de tratamento também eram extremamente rudimentares. Quase sempre envolviam choques, na forma de choque insulínico, choque cardiazólico, eletroconvulsoterapia e lobotomias. A expectativa era de expurgar a insanidade mental de uma vez, ou pacificar o indivíduo a ponto de não apresentar oposição nenhuma. Nessa conjuntura se soma o fato de que com a evolução fabril do ramo farmacêutico e a institucionalização privada de saúde mental, o adoecido se tornou cobiçada e inesgotável fonte de lucro para grandes empresários, não sendo vantajoso se falar em cura (MIRANDA-SÁ JÚNIOR, 2007).

Na década de 1950 quase todos os Estados brasileiros tinham instalado hospícios ou colônias em seus territórios. Nesse contexto também fulgurava a forte oposição entre psiquiatria científica e empírica, duas correntes fortemente estabelecidas. Do ponto de vista empírico, a abordagem partia de leigos na psiquiatria ou religiosos e atendia mais a propósitos políticos que necessariamente ambulatoriais. O científico buscava beber da fonte dos métodos comprovados, com base nos estudos estrangeiros e em fatos anatômicos e fisiológicos. Mesmo assim, não eram os cientistas que ocupavam os cargos de chefia nos hospitais psiquiátricos (ALENCAR; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2022).

No período de 1968 a 1971 uma pesquisa apurou a realidade do atendimento psiquiátrico brasileiro, que concluiu que ultrapassava a marca de 7 mil pessoas sem

leitos, hospitais sucateados sem médicos responsáveis, tempo médio de permanência sem atendimento de sete meses e índices de mortalidade altíssimos nessas instituições (CERQUEIRA, 1984).

O debate sobre a liberdade dos doentes mentais só ganha força no país em 1978, prenúncio da Reforma psiquiátrica, através do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que articulou greves no Rio de Janeiro denunciando a barbárie dos hospitais psiquiátricos, verdadeiras prisões (AMARANTE, 2015). Mas foi somente em 2001, com a Lei Paulo Delgado (Lei 10.216/2001) que as pessoas com transtornos mentais foram efetivamente protegidas, e se redirecionou o modelo de saúde mental vigente.

Esta Lei seguiu o rumo do Estatuto da Pessoa com Deficiência no que tange a ser inovadora e revolucionária. O que não a deixa a salvo de ser inaplicada em vários casos, e implementada de maneira aparente, com soluções ilusórias que servem para serenar críticas ao sistema, assim como ocorria séculos antes, conforme exposições alhures.

## **2.1 Contexto histórico da prisão de mulheres**

O aprisionamento das mulheres divide uma raiz orgânica o de homens, por também ser atravessada pelos estigmas e a perseguição entre classes sociais. Mas os conflitos de gênero e o repúdio ao desmantelamento do modelo de família tradicional que estava implícito em suas prisões incutia um padecimento ainda mais memorável.

No período colonial, há registros que as mulheres eram presas junto aos homens, por cometerem crime de prostituição, adultério ou desafiar seus senhores quando escravas. Eram abusadas sexualmente sem qualquer impedimento, totalmente ignoradas pela justiça da época, o que legitima o fato de haverem tão poucos apontamentos sobre (CURY e MENEGAZ, 2017).

Foi no século 19, a nível internacional, em especial Estados Unidos, França e Reino Unido, que iniciou-se o debate sobre a possibilidade de conceber uma instituição destinada ao cumprimento de pena por mulheres, objetos de total descaso. Seja nos noticiários, retratadas sempre a partir da ótica machista, sem poderem opinar o que fosse, nem mesmo para se defender (ANDRADE, 2011). Essa

pode ser uma explicação histórica plausível para a perspectiva da sociedade quanto às condições desumanas a que as mulheres são submetidas hoje quando presas. (OLIVEIRA, 2009).

Há um íterim completamente vago de documentação sobre a clausura feminina. Não significa que elas não eram detidas, apenas que havia pouco ou nenhum interesse de fazer consignar na história. Foi em 1942 que um dos expoentes do penitenciarismo no país, Lemos Britto, propôs a projeção específica de uma instituição unicamente de mulheres (HELPEES,2014).

Não obstante apagado historicamente, não é algo novo. Mesmo antes do capitalismo industrial e de sequer se criarem prisões por excelência, há o contexto de isolamento de problemáticas, seja corrigindo em casa, seja no convento (HELPEES,2014).

A teoria criminológica lombrosiana se adequou perfeitamente ao processo de edificação de presídios femininos nos anos 40 do século XX. Lemos Britto (1943) foi ovacionado ao publicar na Revista “Arquivos Penitenciários Brasileiros”, que o perfil da mulher presa em 1942 era de meretrizes, ladras inveteradas, ninfômanas e portadoras de tuberculose e sífilis.

O desenvolvimento dessas penitenciárias foi arquitetada escorando-se na urgência de separar delinquentes dos dois sexos, evitando a má-influência que as mulheres causavam, sendo sua presença tão tóxica a ponto de incitar violência e dificultar o sacrifício de abstinência que era imposto aos homens. A concepção da prisão feminina não foi por meio de um viés humanista, pensando em seu bem-estar. Antes, era mais uma forma de reforçar a senhoria do interesse masculino sobre o da mulher.(MENDES,2017)

Certa tolerância contra comportamentos erráticos do homem é admitida pela comunidade, no entanto, quando mulher causa constrangimento para a família de forma irreversível. Sob a compreensão de gênero, a violência institucional nunca será proporcional. A natureza histórica atribuída a mulher não harmoniza com seu desvio “moral” necessário para cometer delitos (VARELLA, 2017).

Pode-se compreender melhor qual seria o contexto em que iniciou a égide do Código Penal de 1940. Esse veio acompanhado das providências iniciais para acomodar as criminosas. Neste sentido, o Código Penal, o de Processo Penal e a Lei de Execuções penais estavam em sintonia, até por que foram aprovados com

pouquíssimo tempo de diferença. Logo, no parágrafo 2º do Art. 29º, o Código Penal de então estipulou que “as mulheres cumprem pena em estabelecimento especial, ou, à falta, em secção adequada de penitenciária ou prisão comum, ficando sujeitas a trabalho interno” (BRASIL, 1940).

No entanto, somente duas prisões nesses moldes foram criadas. O Decreto-Lei nº 3.971 de 24 de dezembro de 1941, criou a Penitenciária Feminina da Capital Federal, no Rio de Janeiro, gerenciada por freiras da Congregação do Bom Pastor D'Angers. Já Decreto-Lei n.º 12.116 veio em 1941 dispondo com mais especificidade sobre o Presídio de Mulheres em São Paulo, inaugurado em 21 de abril de 1942, também sob administração das freiras da mesma congregação (LIMA, 1983)

Nesses locais, conforme parágrafo único do Artigo 1.º do Decreto que criou os “Presídio de Mulheres”, somente eram aceitas mulheres condenadas permanentemente. Demonstrando que já havia uma diferença entre as que aguardavam detidas a averiguação dos seus crimes e aquelas já condenadas. Por falar em condenação, eram raros os casos em que esta acontecia (CANCELLI, 2005).

O reduzido número de institucionalizadas era reforçado por registros da época. Em São Paulo, no “Presídio de Mulheres”, na sua inauguração, em 1942, contava com apenas sete condenadas. Dez anos depois, só possuía 212, comprovando que a demanda não foi o fator principal para a criação de tais unidades, mas sim o desconforto das autoridades com aquelas mulheres à solta (BRITO, 1943).

Passando ao período após a transição para a democracia, ou seja, após a Ditadura Militar (1964-1985), o país se encontrava em colapso financeiro, com a dívida externa e interna no país atingindo montantes inigualáveis, devido aos projetos de desenvolvimento acelerado inventados na Ditadura. Questões de câmbio e a crise do petróleo também ocorriam, o que desacelerou um crescimento econômico já praticamente estacionado. A instabilidade era acentuada, resultando em pobreza, desemprego e desigualdade. Consequentemente, o papel da mulher brasileira no mercado de trabalho, que já era desprivilegiado, passou a ser de total inferioridade, com divisão sexual de tarefas sobressaída, e disparidade de remuneração às poucas contratadas (MADALOZZO, *et al*, 2010).

O empobrecimento da mulher é um projeto social para vulnerabilizá-la. Não

é a toa que a partir desse período os índices de criminalidade feminina alargaram-se, em resposta à falta de oportunidades. Até hoje a pobreza tem um perfil preponderantemente feminil, o que tem direta relação com o ingresso no crime (NOVELLINO,2004). A este fenômeno se deu o título de feminização da pobreza (PIERCE, 1978).

A feminização da pobreza é o corolário das humilhações do capitalismo contra a mulher por somente existir. Sua condição é uma afronta a uma estrutura que foi pensada essencialmente no masculino. A pobreza é mais feminina, pois dos que são vulneráveis à esta pobreza, a mulher é a mais afetada. E a privação econômica tem total relação com o impulsionamento criminoso.

Após o resumo histórico, urge estabelecer um contorno do que é o sistema carcerário nesta última década, não esquecendo de relacionar as informações adiante com os antecedentes retromencionados, sabendo que entender as descrições contemporâneas advém intrinsecamente da concatenação com o documentado progresso.

### **3 FRAGMENTOS JURÍDICOS E DADOS ESTATÍSTICOS PERTINENTES AO TEMA**

A temática já foi aludida pela bibliografia em outras circunstâncias, e possui algumas representações legais e estatísticas dignas de nota, proeminentemente por embasarem as informações dos recenseamentos até então existentes.

Conforme perfil histórico traçado anteriormente, até alcançar o formato atual, o tratamento destinado aos criminosos “loucos” foi alvo de intenso debate da Criminologia, em que parte significativa de seus estudiosos defendia a necessidade de se punir o indivíduo com predisposição genética ou avarias psicológicas moldadas pelo estilo de vida, com comportamento pervertido e irregular e com predicados individuais que o comandavam a delinquir de maneira contumaz. Esse cunho de iminente inimigo da ordem social foi denominado perigosidade criminal (BRUNO, 1977).

Trazendo para os dias de hoje, o Código Penal Brasileiro (CPB), em seu artigo 26, exime de penalidade o indivíduo que pratica conduta antijurídica sem deter entendimento a respeito da ilicitude do fato quando o praticou, independente de ter se caracterizado por ação ou omissão. O parágrafo único do mesmo artigo ainda excetua os casos em que o entendimento do indivíduo era apenas parcial, diminuindo a pena em um a dois terços, proporcionalmente à culpabilidade do agente no caso concreto.

Essa diminuição é uma maneira de não punir agressivamente àqueles que delinquiram levados por faculdades mentais que impediam de reconhecer o caráter lesivo de suas condutas ou sua extensão. É uma oportunidade para o magistrado julgador reconhecer os níveis de imputabilidade do julgado.

A figura do “homem-médio” aparece nesses casos. Se indaga o que um indivíduo ordinário classificaria como acertado de ação naquela situação. O homem médio é um ponto de partida para o considerado normal, e o que foge em demasia desse medidor será enquadrado como culpável, exceto nos casos em que o

criminoso não tenha potencial intelectual suficiente para se portar de acordo com a normalidade eleita como esperada.

Quando o magistrado infere ter o réu sua integridade mental afetada, ao ponto de influir sobre seu entendimento do fato criminoso, requisita a análise de um perito conforme a necessidade, qual seja, um médico-psiquiatra, auxiliado ou não por um psicólogo especializado, dependendo da condição sondada, para que este ateste o grau de privação de compreensão da natureza criminosa da conduta (PRADO e SCHINDLER, 2017).

Este procedimento é chamado de incidente de insanidade mental, um método de averiguação da higidez intelectual capaz de suspender todo o processo, aguardando seus resultados. Para sua consecução, certos quesitos, que podem ser formulados pelo advogado do réu, o magistrado, bem como pelo membro do Ministério Público, serão respondidos pelo perito, que determinará a natureza da enfermidade, se existente, assim como sua possível causa e como se relaciona ao fato, além de indicar o tratamento mais adequado para a reabilitação do criminoso (LOPES e SCHUTZ, 2020).

Caso o perito detecte o algum óbice, total ou parcial, apenas à época do fato ou persistente, que tenha suprimido a clareza do acusado, serão aplicadas as penas conhecidas como medidas de segurança. Entretanto, além da verificação da capacidade mental do acusado de reconhecer as consequências de seu ato, a aplicação da medida de segurança recai essencialmente sobre a demonstração da sua periculosidade ao cometer os ilícitos penais, baseando-se em uma ideia protecionista social embutida no *jus puniendi* (direito estatal de punir), com o fim precípua de distanciar elementos perigosos do meio social (PRADO e SCHINDLER, 2017).

Feitas estas considerações, cumpre qualificar as demais penas elencadas pelo cosmos penal brasileiro, resumidas no artigo 32 do Código Penal em privativas de liberdade, restritivas de direitos e multa. Ao perscrutar as penas privativas de liberdade, o artigo seguinte do mesmo diploma legal, as divide em reclusão e detenção, melhor definidas e descritas nas seguintes dicções legais:

Art. 33 - A pena de reclusão deve ser cumprida em regime fechado, semiaberto ou aberto. A de detenção, em regime semiaberto, ou aberto, salvo necessidade de transferência a regime fechado.

§ 1º - Considera-se:

- a) regime fechado a execução da pena em estabelecimento de segurança máxima ou média;
- b) regime semiaberto a execução da pena em colônia agrícola, industrial ou estabelecimento similar;
- c) regime aberto a execução da pena em casa de albergado ou estabelecimento adequado.

§ 2º - As penas privativas de liberdade deverão ser executadas em forma progressiva, segundo o mérito do condenado, observados os seguintes critérios e ressalvadas as hipóteses de transferência a regime mais rigoroso:

- a) o condenado a pena superior a 8 (oito) anos deverá começar a cumpri-la em regime fechado;
- b) o condenado não reincidente, cuja pena seja superior a 4 (quatro) anos e não exceda a 8 (oito), poderá, desde o princípio, cumpri-la em regime semiaberto;
- c) o condenado não reincidente, cuja pena seja igual ou inferior a 4 (quatro) anos, poderá, desde o início, cumpri-la em regime aberto.

A progressividade das penas obedece a lógica de que o presidiário não irá cooperar sistematicamente de forma gratuita. O presídio visa impor desconforto aos que estão ali, pelo seu caráter repressivo. Mas esperar uma melhoria compele a submissão às regras, evadir da prática de faltas graves que frustrem o câmbio de regime e impulsiona a preservação da urbanidade entre institucionalizados, pelo menos em tese.

Pela irregularidade das concessões de progressão de regime, em que fica normalizado que presidiários esperem meses e até anos em regime fechado quando já fazem jus ao regime posterior, se torna pouco provável que o sistema receba a credibilidade da garantia que em caso de bom comportamento o devido processo legal da execução da pena será respeitado. O mais comum é que certos indivíduos “se comportem” por medo da violência entre grupos criminosos ali estabelecidos ou por ideais morais e religiosos pessoais.

O Código Penal não é o único regulador das penas privativas de liberdade. Ao contrário, é apenas um marco inicial para sua previsão, sendo subsidiário quanto a este particular, já que muitas outras legislações, tão antigas quanto ou recentes, discriminam a matéria. Os direitos das detentas estão espalhados por todo o arcaçouco jurídico nacional.

O Direito à Educação Básica e o Trabalho, por exemplo, são assegurados no artigo 205 da Constituição Federal de 1988, na intenção de garantir o aprimoramento educacional e trabalhista de presos no Brasil. Com a mesma

intenção está a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (nº 9394/96). Do ponto de vista legal, qualquer apenado que deseje estudar dentro do ambiente prisional receberá educação obrigatoriamente (PINEL, 2017). Não se pode esquecer da Resolução nº2/2010 do Conselho Nacional de Educação, que versa sobre as Diretrizes Nacionais para o acesso de educação para jovens e adultos em privação de liberdade no país. Portanto, não é ausência de instrumentos legislativos que causam tanto descaso com os principais fatores na idealizada ressocialização (SILVA e TIELLET, 2020).

O direito à Saúde, tão primordial e do qual partem todas as outras prerrogativas, recebe dedicação legislativa de várias fontes. Não obstante o atendimento à saúde de presidiários e criação de unidades de saúde internas esteja previsto desde a ordem pré-constitucional, em 1984, o conceito de uma política nacional de atenção integral à saúde é relativamente novidade (SILVA, 2016).

Na expectativa de resolução, foi criado o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) através da Portaria Interministerial nº 1.777 de 9 setembro de 2003, que redirecionou as ações públicas para a população presa, incluindo programas de saúde mental da mulher, HiperDia, entre outros. Mesmo com todas as críticas, o PNSSP é reputado como um emblema no foco nesse público, pois também instaurou princípios, agendas, metas e diretrizes para realização, distribuindo incentivos financeiros para quem fizesse parte dessa rede de atenção (SILVA, 2016).

No Brasil, o direito à saúde da população privada de liberdade é regulado por alguns parâmetros normativos como: a Lei de Execução Penal (LEP), de 1984; a Constituição Federal de 1988; as Leis Orgânicas nº 8.080 e 8.142, de 1990, que regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS); o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), de 2003; a Portaria nº 4.279, de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS; o Decreto nº 7.508, de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa; a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), de 2014; a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMP), de 2014; a nova Política Nacional da Atenção Básica, aprovada pela Portaria nº 2.436, de 2017, que

reconhece a PNAISP enquanto um dispositivo do SUS, considerando os princípios da equidade, da universalidade e da integralidade do acesso às pessoas privadas de liberdade na RAS e a Portaria nº 99, de 2020, que redefine o registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (SCHULTZ *et al.*, 2017).

Por conseguinte, somente em 2014 o Ministério da Saúde editou a portaria interministerial nº1, de 2 de janeiro, resultado das recomendações das três Conferências Nacionais de Saúde anteriores. Neste ato se fundou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). A referida política almeja a preservação do direito à saúde para presos por meio do aprimoramento da rede de unidades básicas dentro do presídio, e obriga o Poder Público a disponibilizar no mínimo enfermeiro, médico, dentista, assistente social, psicólogo, técnico em enfermagem e auxiliar em saúde bucal como componentes da equipe em cada unidade (BRASIL, 2014).

Essa equipe ambulatorial devia ser oferecida a partir de 500 presidiários. O PNAISP foi reformulado em 2014, para incluir também que as UBS deviam oferecer serviços não disponíveis dentro das prisões, complementando as ações de atenção (SILVA, 2016).

Enfrentando a evolução dos agravos de saúde psicológica dos apenados, essa Política destaca em seus objetivos a :

“Atuação na prevenção do uso de álcool e de drogas e na reabilitação de usuários; Integração com as Redes de Saúde Mental para identificar, prevenir e tratar os transtornos gerados pelo confinamento e pelo uso de drogas; e desenvolver ações para promoção de saúde e prevenção de doenças e dos agravos decorrentes do confinamento” (BRASIL, 2014).

A maternidade é um importante nicho do direito à saúde, alcançando a integridade mental e física da mãe, bem como a sobrevivência da criança. O §2º do artigo 83 da Lei de Execuções Penais, determinou a disponibilidade de berçários nos estabelecimentos penais, um local onde elas possam amamentar os filhos e ter contato com eles, minimamente até os seis meses de idade. Já o §3º do mesmo artigo impõe a presença exclusiva de agentes do sexo feminino nessas unidades, evitando abusos de autoridade e sexuais, maus tratos e constrangimentos, além da violação direta ou indireta à intimidade feminina. Mas infelizmente, em especial nos

presídios mistos, os agentes homens trabalham em todos os pavilhões, pela falta de pessoal.

O direito à saúde da mulher está melhor exposto no artigo 14 da LEP:

Art. 14. A assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico.

§ 1º (Vetado).

§ 2º 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.

§ 3º Será assegurado acompanhamento médico à mulher, principalmente no pré-natal e no pós-parto, extensivo ao recém-nascido. (Incluído pela Lei nº 11.942, de 2009)

§ 4º Será assegurado tratamento humanitário à mulher grávida durante os atos médico-hospitalares preparatórios para a realização do parto e durante o trabalho de parto, bem como à mulher no período de puerpério, cabendo ao poder público promover a assistência integral à sua saúde e à do recém-nascido. (Incluído pela Lei nº 14.326, de 2022)

Com respeito a mulheres em trabalho de parto, um dos tópicos mais discutidos com certeza era a utilização de algemas. Atualmente estão sumariamente proibidas, tanto pelo artigo 3º do o Decreto 8.858/2016 quanto pelo parágrafo único do artigo 292 do Código de Processo Penal, adiante:

Art. 3º É vedado emprego de algemas em mulheres presas em qualquer unidade do sistema penitenciário nacional durante o trabalho de parto, no trajeto da parturiente entre a unidade prisional e a unidade hospitalar e após o parto, durante o período em que se encontrar hospitalizada.

Art. 292 É vedado o uso de algemas em mulheres grávidas durante os atos médico-hospitalares preparatórios para a realização do parto e durante o trabalho de parto, bem como em mulheres durante o período de puerpério imediato.”

As algemas são o símbolo máximo da restrição do indivíduo ao Estado. A infâmia de ser algemado é o início do processo de apaziguamento, é tanto maneira de pacificação como parte da pena, pelo lembrete vívido de que aquilo acontece aos que fogem à regra da Lei.

No caso das grávidas, se tornou impossível a sua utilização, primeiro pela natureza fisiológica do parto, que exige movimentação e procedimentos variados. Segundo por ser contrário às técnicas de humanização do parto, mais seguras para a mãe e o infante. E por fim por não haver motivação plausível para algemar uma

mulher no íterim anterior ao nascimento, durante e após, pela probabilidade de suas forças estarem abaladas.

O código de Processo Penal é realmente bem atuante quanto a esta matéria, permitindo a prisão domiciliar em oposição à preventiva quando a processada for gestante ou responsável por filho com até 12 anos de idade, como a exemplo do artigo 318, IV e V, do CPP.

Ocorre que a Lei nº 13.769, de 2018 estabeleceu ressalvas oportunas a esta substituição, primando em especial pelo bem-estar do menor sobre o qual a condenada é responsável.

Art. 318-A. A prisão preventiva imposta à mulher gestante ou que for mãe ou responsável por crianças ou pessoas com deficiência será substituída por prisão domiciliar, desde que:(Incluído pela Lei nº 13.769, de 2018).

I - não tenha cometido crime com violência ou grave ameaça a pessoa;(Incluído pela Lei nº 13.769, de 2018).

II - não tenha cometido o crime contra seu filho ou dependente.(Incluído pela Lei nº 13.769, de 2018).

Art. 318-B. A substituição de que tratam os arts. 318 e 318-A poderá ser efetuada sem prejuízo da aplicação concomitante das medidas alternativas previstas no art. 319 deste Código.(Incluído pela Lei nº 13.769, de 2018).

Também em 2014, no dia 16 de janeiro, a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE) foi fundada, através da Portaria Interministerial 210.

O artigo 3º dessa Portaria estabelece os objetivos da PNAMPE, nos seguintes termos:

Art. 3º - São objetivos da PNAMPE:

I - fomentar a elaboração das políticas estaduais de atenção às mulheres privadas de liberdade e egressas do sistema prisional, com base nesta Portaria;

II - induzir para o aperfeiçoamento e humanização do sistema prisional feminino, especialmente no que concerne à arquitetura prisional e execução de atividades e rotinas carcerárias, com atenção às diversidades e capacitação periódica de servidores;

III - promover, pactuar e incentivar ações integradas e intersetoriais, visando à complementação e ao acesso aos direitos fundamentais, previstos na Constituição Federal e Lei de Execução Penal, voltadas às mulheres privadas de liberdade e seus núcleos familiares;

IV - aprimorar a qualidade dos dados constantes nos bancos de dados do sistema prisional brasileiro, contemplando a perspectiva de gênero; e

V - fomentar e desenvolver pesquisas e estudos relativos ao encarceramento feminino

Após esse artigo, segue uma lista ainda maior de metas da Política alhures, que vão desde o mapeamento dos estabelecimentos destinados à mulheres, aplicação de incentivos materiais, atenção à maternidade e puerpério, aproximação da detenta de seus familiares, entre muitos outros, que mostram como há uma preocupação ministerial com o tema, mas não necessariamente uma aplicação prática do instituído.

Entretanto, apesar da implantação da PNAISP, PNAME e PNSSP, as operacionalizações de suas atividades nas instituições de reclusão não têm demonstrado mudanças consistentes na efetivação da assistência à saúde. As causas da não execução do Plano necessitam de exploração sob diversos pontos, contudo, chama-se atenção ao último relatório do Depen, que resume que mesmo 11 anos após sua normatização, apenas 462 (37%) das unidades prisionais no Brasil têm módulo de saúde.

A assistência de saúde fica incomparavelmente mais eficaz quando o estabelecimento conta com um módulo interno. Mesmo que sucateado, só por haver profissionais, se não sempre, mas com frequência, prontificados a atender as presentes, os direitos a saúde das detentas já podem ser considerados mais agasalhados.

Ainda tratando de números relacionado à saúde apurados por Ministérios, a constatação do Ministério da Justiça foi de que o Brasil possuía 23 hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, além de três alas dentro de prisões, para auxiliar no cumprimento de medida de segurança e internação de criminosos inimputáveis absolvidos impropriamente. Na região Sudeste ficavam 38% desses estabelecimentos, no Nordeste, 31%, no Norte havia 12%, assim como no Sul. A menor presença era do Centro-Oeste, com somente 8% dos estabelecimentos catalogados (BRASIL, 2015).

Em 2014, o Ministério da Justiça divulgou relatório sobre a circunstância do sistema carcerário nacionalmente. Havia um total de 607.731 presos e presas no período (INFOPEN, 2014). Com esses dados o Brasil se tornou o quarto país em contingente de presidiários homens, perdendo apenas para, respectivamente, os Estados Unidos, China e Rússia. Quanto a mulheres, é o quinto país com mais

presas. Tudo acompanhado de fortes tendências à seletivamente penalizar jovens pretas e periféricas, além de diferenças estruturais quanto ao tratamento destas e de outras que não são minorias (COLARES e CHIES, 2011).

O que é interessante de observar é que no intervalo de 2008 a 2013, os países que encabeçam as estatísticas, apesar de ainda terem maioria, vêm decrescendo gradualmente o encarceramento. Primeiros da lista, os Estados Unidos diminuíram a restrição de liberdade em 8%, a China em 9%, e a Rússia em impressionantes 24%. O Brasil aumentou 33% nesse mesmo período, sendo óbvio que se tais propensões antagônicas continuarem, em breve o país irá ultrapassar os demais, já se projetando que em 2018 a porcentagem populacional do Brasil ultrapassaria a da Rússia (INFOPEN,2014).

Ainda observando o período de 2000 a 2014, a taxa de aprisionamento é um dado indescutível de tal análise. Em 2000, a cada 100.000 pessoas, 137,1 delas estavam detidas, ao passo que em 2014, das mesmas 100.000 pessoas, 300 encontravam-se. As vagas viáveis nos estabelecimentos penais eram de em média 377 mil criando um déficit de 231.062 que adequa a taxa de ocupação de tais locais em 161%, demonstrando a absurda superlotação envolvida(INFOPEN,2014).

Ratificando a projeção, a 12ª edição da Lista Mundial da População Carcerária realmente apontou que o Brasil alçou ao terceiro lugar mundial. ( FERRARI, 2019)

A quantidade de mulheres presas cresceu de forma bem mais significativa que de homens, apesar de que as primeiras ainda continuam a ser minoria na delinquência, fato bastante representativo para as políticas públicas de segurança e na tratativa da desigualdade de gênero. Entre 2000 e 2016, a população de encarceradas subiu em 656%, totalizando 42.355 presas no país, enquanto dos homens subiu em apenas 293% no mesmo hiato temporal. Do ponto de vista internacional, somente os Estados Unidos e a Tailândia superam o Brasil na taxa de restrição feminina de liberdade a cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2017; FBSP, 2018).

Todavia, em uma verificação mais atualizada realizada no segundo semestre de 2019 pelo Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN), a população carcerária brasileira já alçava 773.151 indivíduos privados de sua liberdade, em todos os

regimes. Quando o censo penitenciário começou em 2000, eram 232.755 mil pessoas no sistema, se tornando 607.731 mais 147.937 em prisão domiciliar, o que totalizava 775.668 pessoas presas no país em 2014 (INFOPEN,2014).

Muitas mulheres estão presas sem nem mesmo estarem condenadas. No interregno entre 2014 e 2018, a quantidade delas passou de 11.214 para cerca de 19.000, ou seja, de 30,1% para 45%. Avaliando estado por estado, os números aumentam, a exemplo do Amazonas, em que esse número chega ao percentil vertiginoso de 81% de detidas sem sentença transitada em julgado(REIS, ZUCCO, 2019).

Na região Nordeste,o tráfico foi responsável por justificar a prisão de 62% das mulheres, já o roubo 11%, e o furto 9%. O cumprimento de pena teve períodos assim distribuídos: 29% da população feminina foi condenada a restrição por até 4 anos, dos quais apenas 7% fazia jus ao regime aberto no ano de 2016. 41% cumpria pena acima de 04 anos, até 08. Somente 16% estava em regime semiaberto O regime semiaberto contemplava apenas 16% do total da população prisional feminina (ALCÂNTARA, SOUSA, SILVA, 2018).

Quando no tráfico, os postos menos significativos, como mula e vendedora foram ocupados por 81,4% das reclusas. O que não deve ser interpretado de forma a achar que a utilização de mão de obra feminina é desprezada, quando em verdade ganha mais relevância. 56,1% atuavam como mulas e aviões, 18,7% como vendedoras locais. Isso sem contar aquelas que atuavam no comércio dentro do presídio, em micro-comercialização, situação de prisão em flagrante para várias. Contudo, o tráfico não era só de entorpecentes. Foram encontrados produtos legalizados como sabão, frutas, salto alto, tudo pensando no uso de parentes, chefes e companheiros, ou para que esses possam vender ou trocar lá dentro (MOURA, 2018).

Após serem detidas, nota-se que as presidiárias estão cinco vezes mais suscetíveis a enfrentarem turbulências mentais que aquelas em liberdade (DOUGHERTY, *et al*, 2014). E que pelo menos 60% das institucionalizadas experimentaram algum tipo de violência na vida, quer seja física, moral, patrimonial, psicológica ou sexual (AGNOLO, *et al*, 2013).

Em igual percentual, vem a percepção que 60% das privadas de liberdade não são visitadas por ninguém (BRASIL, 2008). Uma explicação seria a aplicação

da dupla punição, àquela em razão do delito que cometeram, perante a justiça e a lei, e outra devido o descumprimento do papel social de mãe recatada e dona de casa. Quando se fala em “pena social”, não se limita à comunidade, mas parte principalmente do meio familiar, e de seus vínculos afetivos, que desconsideram a existência real da mulher no momento em que ela deixa de preencher as projeções de seu gênero (BECKER, 2016).

Alguns fatores devem ser relacionados com essa discussão. Quanto às perspectivas dentro e fora da prisão, a escolaridade das presas varia em nível, mas se aproximam com constância de não terem concluído nem o ensino fundamental. Os trabalhos autônomos e mal remunerados também são mais marcantes (PIMENTEL, 2015). Foi relatado em pesquisa diversa que o ensino fundamental e até o médio eram comumente completos, assim como as profissões eram regulares, mesmo que sem identificação de vínculo empregatício formalizado, (FLORES e SMEH, 2018).

Os índices educacionais distinguiram-se em relação a 2014 e 2018. 72% das mulheres tinham o ensino fundamental, enquanto que em 2016 só 66% possuíam. Em Alagoas e no Rio Grande do Norte, 20% eram analfabetas. 2018 foi o ano em que a maioria era de jovens adultas, 62% solteiras e 74% com filhos (ALCÂNTARA, SOUSA, SILVA, 2018).

No perfil levantado no Estado da Bahia, as que tinham instrução se encaixavam na faixa etária dos 18 a 22 anos (52,4%); 61,9% não tinham concluído o Ensino Fundamental, 42,9% conviviam em união estável; 41,7% trabalhavam como domésticas e 57,1% foram presas por crimes relacionados ao tráfico de drogas (OLIVEIRA, SANTOS, 2016).

Em autoavaliação, as 287 detentas estudadas por Ferreira e Fernandes (2020), 65,5% classificaram a própria condição de saúde como péssima, e número parecido, 61,6%, relatou possuir algum problema de saúde, dos quais 85% não recebiam tratamento. O sono também foi alvo de reclamações, com 69,3% sem dormir direito, devido ao calor, superlotação e barulho, além das más-condições que eram oferecidas, como dormir no chão. Os números aumentavam quando se falava ao acesso à água filtrada (80,1% não bebia) e atividade física (81,8% não realizava) (FERREIRA, FERNANDES, 2020).

No Rio de Janeiro grande presença de sofrimento psicológico foi identificada,

com correlato uso de medicação, aprofundando a diferença entre os sexos. Os relatos de 73,1% das mulheres e 52,2% dos homens era de sofrerem pelo menos um problema psiquiátrico. Esse dado se incorpora à afirmação que afetam mais àquelas, pois 77% protestaram que convivem com um desgosto emocional incessante, possuem diagnósticos variados e utilizam medicação de uso restrito (MINAYO e CONSTANTINO, 2015).

O Manual de Diretrizes de Atenção à Mulher Presa (BRASIL, 2013) abarcou todo o país ao manifestar a preocupante estatística de comportamentos comprometedores da saúde psíquica. Para a pesquisa, 33% das pesquisadas idealizava o suicídio, 58,2% utilizava drogas lícitas habitualmente, como álcool, cigarro, remédios para insônia e inibidores de apetite) e 44% utilizava substâncias ilícitas. As privadas de liberdade do Piauí experimentaram, pelo menos uma vez, alguma droga ilícita, sendo a maconha, cocaína e o crack as mais populares (FERNANDES, 2015).

O uso de drogas é um escape momentâneo com efeitos devastadores a longo prazo. Em 2015, 38,1%, usaram drogas, sendo a maconha e o crack campeões de uso. As substâncias regulares são mais utilizadas, como esperado: o cigarro de nicotina sendo utilizado por 76,2%, e bebida alcoólica por 66,6%. O diagnóstico de transtornos mentais dentro da prisão foi posto em 6%, no entanto essa porcentagem é incongruente, já que 70% dessas mulheres usam psicotrópicos, 58,8% usando apenas após serem presas. Estima-se que a prevalência de transtorno mental seja na verdade de 66,7%<sup>42</sup>, entre adquirido e predisposições (FIGUEIREDO, *et al*, 2015)

Dois terços das presidiárias carecem de acompanhamento psiquiátrico, e um quinto tem no mínimo um histórico de consumo de medicamentos de uso controlado (CANAZARO E ARGIMON, 2010). Estudo semelhante citou que era de 31% o percentual de presas que planejavam se suicidar em 2010, e 9% já teria tentado. Os sintomas de depressão apareciam em 34% e de ansiedade em 39% (GONÇALVES, COELHO, BOAS, 2010)

Surpreendentemente, um fator catalisador de desajustes mentais foi a insatisfação com a estética, presente em 91,6% das presas entrevistadas da literatura, e dismorfia corporal revelada por (83,3%), que preconiza que muitos outros coeficientes devem ser abordados para compreender a problemática, além

dos citados com mais recorrência, sendo necessários alvos de ações de saúde mental na prisão, já que mesmo que não citados de imediato, são promotores de sofrimento (VENTURA, SIMAS, LAROUZE,2015).

À vista das estatísticas e passagens legais incorporadas se torna ainda mais pungente a incoerência do que é esperado pelas sanções regulamentares e dos números de apenadas em sofrimento psicológico . Recorda-se que as cifras acima não se tratam de algarismos isolados, mas um cômputo por vezes oscilante, mas alarmante que retrata o país como perpetuador de preconceitos, machismo e dupla penalização. Fica quase natural esperar problemas mentais nessa população, sendo contraproducente buscar na Lei uma ressocialização enquanto as criminosas são vitimizadas continuamente, incapazes de confiar em um Estado que nega a oportunidade de estarem íntegras para se redimir dos delitos cometidos.

#### **4 RELAÇÃO DO MEIO CARCERÁRIO COM OS TRANSTORNOS INTELLECTUAIS EM MULHERES**

Os transtornos intelectuais são considerados uma realidade dos dias modernos. Em verdade que o estilo de vida atual, os impactos tecnológicos na visão de mundo do ser-humano e as demandas aceleradíssimas de produtividade levam à questionamentos internos e externos que podem ser causa.

Mas o meio carcerário causa abalos emocionais que a vida em liberdade é incapaz. O senso de falta de escolha, a resistência da rotina -ou sua ausência absoluta-, são características que arruinam a salubridade mental rapidamente.

Pelas más condições experimentadas por detentos, estudos que referentes à sua saúde física e psicológica são, comparativamente aos estudos relativos aos crimes que cometeram, muito recentes. O “Projeto de Saúde no Sistema Prisional”, idealizado pela Organização Mundial de Saúde, no ano de 1995, e do qual se originou o “Guia de Saúde nas Prisões”, foi um dos primeiros estudos sérios e globais sobre o assunto.

Esse documento influenciou normas ao redor do mundo, que começaram a pautar com mais diligência o tratamento dos apenados, como, por exemplo, o princípio que dita que os reclusos não podem sair da prisão em estado de saúde pior do que aquele com o qual ingressaram. Este conceito foi eleito e endossado no ano de 1998 por Recomendação do Comitê de Ministros do Conselho da Europa, como também pelo Comitê Europeu, obedecendo a Convenção das Nações Unidas sobre a “Prevenção da Tortura e Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes” (CONSTANTINO, *et al*, 2016).

Tal documento tinha um contexto mais genérico, aludindo ao ser humano

como sujeito de direitos, sem fazer muitas distinções, em um posicionamento claramente afim ao Direito Natural. Quando se trata especificamente de mulheres presas, há menos extremas do direito internacional conexas.

Os transtornos que mais atingem as detentas em toda a revisão disponível são principalmente a depressão e a ansiedade. Os sintomas de transtornos emocionais são discutidos com frequência, e costumam se manifestar em temperamento invariavelmente melancólico, indiferente às atividades diárias com marcante escassez de energia, gerando ao esgotamento e letargia (CONSTANTINO et al., 2016). Sintomas coincidentes com os definidos para a depressão pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde em 2018 – CID-11 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2018).

Já a definição de ansiedade incorpora particularidades físicas e psicológicas, com estreita ligação com o meio e as experiências que esse impõe ao indivíduo, reconhecida por súbitas emoções individuais de antecipação, temor ou angústias conjuntas com inquietação e responsividade involuntária (SHARMA et al., 1995).

A ansiedade é um sentimento comum, quando se trata apenas de um mecanismo reativo inerente à condição e sobrevivência humana. Se torna uma enfermidade na hipótese de extrema constância, resistência ou pujança dos pensamentos ansiosos ou quando estes são irrefletidos e injustificados. Em que pese ser uma patologia reconhecida, não pode ser banalizada e necessita de diagnóstico. A elucidação de qual dessas situações o indivíduo está submetido, e se está ou não conjugada com outras doenças, está adstrita a sua vivência, características pessoais e precipalmente da perspectiva que ele extrai dessas variantes. (AMORIM, GAUDÊNCIO e SIRGO, 1999).

Apesar de parecer inicialmente óbvio, é necessário desconstruir a ideia automática de que a alta ocorrência de problemas mentais em presas decorre exclusivamente do estado de clausura, que, apesar de ser um dos principais motivos, ainda se alia a extrema mudança do *status quo* da vida do indivíduo, passando a residir não só em um novo ambiente, o que por si só exige aclimatação, mas também em um opressivo, desestimulante e, tratando dos estabelecimentos prisionais brasileiros, muito provavelmente inóspitos (COELHO, 2012).

Ademais, a rotina de uma presidiária possui naturalmente circunstâncias

temerosas para o bem estar mental, na forma de mudanças de estilo de vida, que dilapida o seu bem estar, o estresse resistente advindo de privações financeiras e crises em relações interpessoais, constante constrangimento e intimidação e o desmantelo da assistência social, correspondente ao exílio social e afastamento do cônjuge, o que justifica a maioria esmagadora dos estudos concatenadores desses elementos resultarem em correlacionar prisão e depressão em mulheres (LIMA, 1999).

Mais que obrigar o indivíduo a se despojar de sua autonomia física, o confinamento altera os seus valores pessoais, que passa a ter como prioridades a manutenção da ordem, o comportamento disciplinado e subordinado, padronizando os comportamentos através das regras restritas, apagando qualquer traço de emancipação, já tão desafiadora de ser conquistada em uma sociedade machista (THOMPSON, 1980).

Os valores pessoais de uma pessoa são os que a tornam presente. A sua postura, suas convicções, seus entendimentos e arbítrio formam sua personalidade e visão de mundo. Quando a mulher chega no presídio, é obrigada a navegar de forma automática, obedecendo regras da instituição e o código de ética pessoal das apenadas. A ocultação da individualidade e a obrigação de pertencer a grupos internos que “regem” o local através da agressividade e intimidação é uma clara confirmação do machismo.

Não se descuida também da prática absurda, porém ainda legitimada socialmente, de prender mulheres nitidamente vulneráveis intelectualmente em unidades prisionais comuns, como forma de satisfazer a ânsia social em desaparecer com elas, consideradas descartáveis por não serem funcionais ou produtivas de uma maneira convencional, especialmente nos casos de os crimes cometidos serem polêmicos ou hediondos. Todavia, o crime acaba sendo uma maneira de extravasar, parodiar ou clamar contra a violência e exclusão que sofreram durante toda a vida.

A rotina de um indivíduo é considerada também sua vida, pois nela se encaixam e desenvolvem todos os traços de sua personalidade, e a consolidação de sua individualidade. É por isso que o cotidiano ganha enorme importância ao se perceber que traduz as potencialidades do ser humano, suas emoções, interesses, posicionamentos, ideais e anseios (Heller, 2004).

Um duro golpe é realizado na rotina individualizada nas “instituições totais”, propostas por Goffman (2008). Para o autor, esses locais afastam o sujeito de suas características pessoais, e o inserem sistematicamente em ambientes marcados pela hierarquia fixa e ritmo metódico, compulsando grupos heterogêneos a conviver forçadamente juntos, de uma só maneira e obedecendo as mesmas regras, sem distinção do local onde residem ou trabalham. Através desse processo ocorre o desaparecimento da identidade dos internos, que são reconhecidos apenas nas eventuais categorias que se encaixaram, e não mais como seres formados. Isso se transmite até mesmo na estrutura do ambiente, em geral com segurança máxima e acesso restrito aos ali internos.

As prisões brasileiras são marcadas por um conjunto de carências de natureza estrutural e processual que afetam de forma direta os resultados produzidos em relação à pretendida ressocialização dos reclusos e à sua saúde. Estudos mostram que aspectos como ócio, superlotação, pouca quantidade de profissionais dedicados à saúde, ao serviço social e à educação, além de arquitetura precária e ambiente insalubre, alimentam o estigma e atuam como potencializadores de diferentes iniquidades e enfermidades (CONSTANTINO, DE ASSIS E PINTO, 2016, p. 2090).

Esse caráter totalitário não deixa de se fazer presente na diária das prisioneiras. É comum observar na mídia a propagação do discurso chancelador das práticas encarceradoras, até mesmo se desrespeitarem garantias básicas. O que é reforçado para a população é a criminalização da pobreza como estratégia idônea de segurança social, corroborando o discurso que o aprisionamento, independentemente de suas condições desumanas, é o recurso eficaz para apaziguar quaisquer inquietações políticas, econômicas e sociais, em um discurso sensacionalista envolto na esperança que os espaços prisionais façam mais do que evitar fugas, mas também descartem as presas socialmente, prevenindo que a mera visão daquelas em custódia atormentem a paz interior do dito “cidadão de bem” (SYKES, 1999).

Marca o imaginário do brasileiro médio, forjado em um histórico inegável de desigualdade de classes e injustiça, que basta a marginalização de pessoa ou de grupos inteiros para melhorar a sociedade. O que é alheio ao padrão supõe-se como irrelevante, prática muito pregada no discurso popular e até jurídico-penal.

A prisão foi cunhada conceitualmente para homens, pela tendência de

haverem menos mulheres criminosas, além da normalização do patriarcado, que julga ainda mais gravemente o crime vindo de uma mulher. É por isso que a mulher infratora é instalada, real e juridicamente, em locais e dispositivos legais feitos por e para homens, gerando uma incompatibilidade da sua situação, afora um lapso de estudos realizados para compreender como a vivência feminina pode se encaixar em um meio tão masculinizado (SILVA, 2015).

As relações de poder ali presentes se tornam mais interessantes quando são impostas em narrativas femininas. A maioria das reclusas não tem oportunidade de expressão, e assim não têm como se identificar com suas colegas, mesmo que existam pontos comuns entre a maioria. Existe nas mulheres também a propensão a duras autocríticas (em adição às sociais), em que se culpam pelo sofrimento dos filhos, e se colocam em uma posição de relapsas, enquanto enfrentam pessoalmente também o abandono, todavia do Estado. Apesar de ali só estar o sexo feminino em tese, a deferência ao masculino predomina, manifestada na forma de submissão daquelas aos seus companheiros, que foi, em grande parte dos casos, exatamente o que as aprisionou, realizando delitos em obediência aos vínculos afetivos com homens (SILVA, 2015).

A figura de obediência e submissão, encarregada por excelência do zelo pelo lar e a família é esfacelada em uma grave disruptura quando condenada, passando a ser vista como deslocada e perigosa (STELLA, 2006). Apesar de parecer absurdo, a imagem da dona de casa perfeita, da mulher irretocável, submissa e obediente, tão valorizada como ideal, é um arquétipo existente até no caos do crime, em que confia no seu parceiro ou parente e comete delitos para agrada-lo, para não irritá-lo, ou simplesmente por que acha que essa é sua obrigação.

Na análise da população detida, a maioria tem pelo menos um parente ou relacionado com passagem no sistema prisional. O tráfico também é muito efetivo nesse sentido, pela sua clandestinidade se apoia em redes familiares ou relações íntimas para firmar seus esquemas lucrativos. A convivência de pessoas onde o crime é uma constante já é impulsionador da entrada de mais indivíduos em suas estatísticas, e quando as práticas são divididas com pais, filhos, irmãos e maridos, é quase certo que a mulher possuirá algum nível de participação, direta ou indireta (POSADA, 2015).

Nem sempre, entretanto, a prática de crimes surge por pressão de um homem. Essa seria uma afirmação desacertada e genérica, e até mesmo suplementadora do machismo, que objetifica mulheres limitando-as a instrumentos utilizados por outrem para seus propósitos. Puxando esse nexos, se excetuam àquelas que ingressam no crime propositalmente, visando enriquecimento, respeito ou poder.

Contudo, a principal matriz do crime é o desprovemento econômico, pela restrição ao mercado de trabalho formal, a falta de informação e exclusão das Políticas de Previdência e Assistência, na renovação da prática neoliberal de isentar o Estado de prover cidadania. Esse processo movimenta mulheres em especial para o tráfico de drogas, atividade muito lucrativa e com uma variedade de papéis a desempenhar, sendo interessante que participem por ainda se acreditar que são “menos suspeitas”. O tráfico costuma ser exercido dentro de casa, o que é muito interessante para as chefes de família, que não podem se ausentar da criação dos filhos para trabalharem. De resto, lidar com elas costuma ser mais fácil, por serem mais vulneráveis economicamente, social e até mesmo emocionalmente, sendo preferência dos engajados na prática (SILVA, 2015). Por ocuparem posições servis, há uma chance maior de estarem presentes no flagrante (BONTEMPO, 2018).

É bastante comum o relato de mulheres mais velhas que foram presas por associação ao tráfico porque seus filhos ou netos armazenavam drogas em suas casas; mulheres mais novas que traficaram porque não encontraram oportunidade de emprego formal e precisavam arcar com as despesas de saúde, alimentação e educação dos filhos, por terem sido abandonadas pelos seus companheiros ou, muito comumente, por seus maridos estarem presos. E não podemos esquecer ainda a realidade opressora das mulheres (das mais variadas idades) que são obrigadas a entrar em unidades prisionais com drogas como forma de pagamento das dívidas que seus companheiros/filhos/netos contraíram dentro da prisão (FERNANDES, et al, 2019, p. 17).

A sociedade recrimina sempre a mulher mais do que o homem nas mesmas condições, normalizando as mitigações constantes de direitos simples, como a convivência familiar com seus filhos, a informação sobre o cumprimento de sua pena, o trabalho e o acesso ao estudo. As privações são incontáveis, e as atingem em suas naturezas mais íntimas.

O tempo também é um fator problemático. A ansiedade e a depressão possuem correlação com a percepção da passagem do tempo, mas transtornos mais severos, como a esquizofrenia, também podem se originar. A possibilidade da liberdade se torna distante, pois é introduzida como único motivo para tentar viver. É desmoralizante o ócio com que as presidiárias têm de lidar, pois reforça o ajuizamento de que aquelas que estão ali são tão inúteis para a sociedade ali dentro, quanto eram lesivas quando estavam fora.

O tempo passa de maneira morosa, com as detentas contribuindo pouco para si mesmas, para suas colegas ou a comunidade externa, não sendo oportunizado lazer. O contato externo se dá apenas por meio de entidades religiosas, projetos acadêmicos e iniciativas privadas, conquanto ofereçam seus serviços, não têm a obrigação legal de serem única fonte de distração e dignidade nesses locais. Com a constatação de que muitas também não recebem visitas de seus entes queridos, o que mais ocorre é que se isolem em suas celas, o que favorece muito a incidência da depressão (SILVA, 2015).

A saúde mental das presidiárias têm histórico associativo com fatores prévios à prisão, como histórico de distúrbios psiquiátricos na família ou o uso e abuso de álcool e substâncias ilícitas. Um fator importante é que se nota estreita relação com violências sofridas anteriormente, em especial na infância e durante o convívio conjugal, seja de ordem sexual, psicológica ou física. A violência é tão normalizada que algumas nem mesmo percebem que sofreram em relações afetivas ou de desconhecidos. O que não evita que a detenção seja um espaço de hostilidade também, ocasionando sentimentos de pesar, isolamento, revolta e ansiedade, amarguras que contribuem para que a sanidade das institucionalizadas esteja comprometida (SANTOS, *et al*, 2015).

Outros conflitos relatados são a empatia com os problemas experimentados pelas demais confinadas, o estresse gerado pela privação de afeto, com conseqüente agitação, sensação de abandono e ideação suicida. É comum o uso de medicações de uso controlado sem prescrição ou acompanhamento médico, de forma descontrolada. Esses remédios tentam conciliar distúrbios de sono, seja a insônia resultante do tumulto e gritarias dos ambientes prisionais, ou a hipersonia, que é o dormir persistente que advém do ócio e da necessidade de dissociação. O sono é inclusive uma estratégia utilizada para tentar fazer o tempo passar mais

rápido ou evitar problemas com colegas. Por fim foi citada a abstinência sexual, pois conseguir acesso a visitas íntimas é burocrático e dificultoso para a maioria, acima de tudo em relações homoafetivas (SANTOS, *et al*, 2015). O envolvimento homoafetivo vira medida para lidar com o abandono conjugal, além de satisfazer os anseios sexuais e de afeição (SILVA; MELO, 2019).

É justamente a interrupção das ligações familiares a maior causadora da desesperança de ressocialização e promotor de distúrbios mentais:

Após a condenação, verifica-se um esfacelamento do núcleo familiar, situação que também aponta para a desigualdade dos sexos, pois o mesmo não ocorre com relação aos homens, quando se encontram encarcerados. Em função do abandono dos familiares, amigos e, principalmente, dos filhos, aparecem os sentimentos de tristeza, dor, desesperança e solidão. Assim, a privação de liberdade e a conseqüente ruptura dos laços afetivos causa impacto na saúde mental dessas mulheres, sendo a espera pelo retorno ao contato com os familiares uma das formas de enfrentamento na prisão. O contato com familiares e amigos reforça os laços sociais, sendo fundamental para a reintegração da mulher na sociedade. Como a condição de estar presa é apenas temporária, a família deve continuar sendo, para a população carcerária, um referencial para a vida extra-muros. O vínculo afetivo entre mãe-filho-companheiro-família deve ser preservado, contribuindo para diminuir o abandono da mulher durante o período de encarceramento. Para isto, os presídios precisam estimular os filhos e as famílias das presas a frequentarem a instituição, tendo em vista a possibilidade das visitas processuais, contribuindo para o investimento no processo de ressocialização (PRIORI, 2012, p. 34).

Importa que falar de saúde mental separadamente da saúde física é restritivo, já que a preocupação com a própria integridade também pode ser motora de estresse. As doenças mais rotineiras e comprometedoras do bem-estar são as respiratórias e infectocontagiosas, devido à superlotação, mudanças climáticas bruscas e ineptas condições de higiene. As doenças sexualmente transmissíveis, como o HIV/Aids, sífilis, hepatites B e C também são proeminentes (MINAYO; RIBEIRO, 2016).

A falta de assistência médica é uma constante, independente da natureza do problema, pela demora para o atendimento e a complexidade que envolve todas as etapas de seu oferecimento a uma detida. A demanda por segurança, escolta, transporte, processo de contenção e repressão de fugas, e até a aversão do resto da população de ver uma presidiária ser atendida pela rede pública dificultam o oferecimento de saúde de qualidade. Nem todos os profissionais estão preparados

para atendê-las, têm medo ou se recusam(BARSAGLINI; KEHRIG; ARRUDA, 2015).

Quando se fala da paciente com demandas psiquiátricas o despreparo se acentua. É ainda mais delicado lidar com o aparato policial e de segurança (armas de fogo, algemas, confinamento), que podem ser gatilhos para situações de surto. Há negligência do Sistema Único de Saúde em reconhecer a higidez prisional como prioridade, sendo totalmente desarticulada de outros serviços estratégicos de saúde (SCHULTZ, *et al*, 2020).

No caso das mulheres, a maternidade é um coeficiente a se considerar. O atendimento pré-natal das gestantes encarceradas é sabidamente defasado, em especial se houver o revés da futura mãe estar em sofrimento psíquico ou intoxicação de substâncias ilícitas. A vulnerabilidade é tamanha que se constata graves violações aos direitos constitucionais da grávida, facilitando a ocorrência de anomalias mentais na mãe e na criança (BARSAGLINI; KEHRIG; ARRUDA, 2015).

A egressa do sistema prisional também não recebe o cuidado na transição para a liberdade. Apesar de estar solta, não recebe a mesma atenção de um cidadão qualquer: novamente a burocracia a afasta do atendimento ideal. Há um desconhecimento de gestão clínica dos dirigentes de hospitais e unidades de pronto atendimento, que não conseguem ainda implementar tecnologias integrativas e estabelecer diálogos entre as instituições de saúde e as de segurança (MATTOS, 2009).

Os prejuízos oriundos do descaso com a saúde atrapalha o processo de migração do cárcere para fora dele, pois a reclusa pode ficar sem acesso à medicação controlada, desorientada quanto ao serviço territorial de saúde pública, levando a recaídas no uso de drogas, além do reinício do ciclo de reincidência e reencarceramento, no chamado fenômeno prisional de “portas giratórias” (FRAZIER *et al*, 2015).

As mulheres realmente são mais afetadas por morbidades mentais quando presas comparadas a homens. Nestes, a depressão está vinculada a fatores como o cumprimento de faltas disciplinares no presídio, histórico de cometimento de infrações na adolescência e a reincidência. O que se percebe nas presas, no entanto, é que a depressão as leva a desenvolver mais questões de saúde física, e a cometer crimes contra o patrimônio quando egressas do sistema (YI; TURNEY;

WILDEMAN, 2017).

Entra no bojo da discussão a vivência dos “sex roles”, ou papéis de gênero, que carrega a afirmação que o sexo feminino e o masculino experimentam a depressão de maneiras diferenciadas. A explicação por trás dessa variação advém dos fatores culturais, que estandardiza que elas demonstrem mais sensibilidade, e quando depressivas são afetadas em seu lado expressivo, e se posicionando mais introspectivamente; enquanto dos homens se espera que assumam uma vivência mais racional, apresentando distúrbios comportamentais (ESSAU, 2010).

A revisão de literatura é persistente ao patentear que existe alta prevalência de depressão entre presidiários, mas não há estudo suficientes para delinear com clareza as diferenças de gênero agregadas aos fatores de risco, já que os esforços nesse sentido dispõem-se a observar só a população de um sexo, ou isolar erroneamente os fatores de risco clínicos ou criminais (COLMENAREZ BERMUDEZ, et al, 2007).

O lapso temporal passado em detenção pode ser inclusive uma melhoria de vida, por incrível que pareça. Não que o sistema esteja em condições de abarcar adequadamente as necessidades de suas institucionalizadas, mas a miséria em alguns casos é tão expressiva que pode se tornar um período em que sejam oferecidos com mínima regularidade serviços sociais e de saúde para mulheres marginalizadas (NOWOTNY, 2014).

A reabilitação na saída é mais comprometedor para elas, que sofrem violência de seus entes próximos, em um momento em que deviam estar se acimatando ao ambiente de liberdade. Há também associação das comorbidades mentais com crimes violentos, pois, apesar de ordinariamente não se esperar que o sexo feminino apresente perfil agressivo, a brutalidade é mais perceptível quando existem afecções psiquiátricas (MAKKI, DOS SANTOS, 2010).

Depressivas e ansiosas são mais passíveis à manipulação dos companheiros, e possuem menor expectativa de se adequarem ao mercado de trabalho (ORMENO, 2013). A vida criminosa se torna uma via para conseguir a subsistência dos filhos. Não é sempre nítido a conexão entre distúrbios psicológicos e reincidência, mas a bibliografia sugere que impulsiona o deslocamento social, favorecendo a recidiva (CERNEKA, 2009). As doenças mais presentes foram as derivadas do abuso de drogas e álcool, esquizofrenia, depressão e retardo mental

(CASTIGLIONI, 2019).

Fazendo constar como a pena de restrição de liberdade é devastadora para a psique feminina, e, com as ressalvas da individualização do caso concreto, é possível citar alternativas ao cárcere. Além das restritivas de direito, das exceções que protegem as peculiaridades das mães provedoras de menores e das benesses da Lei dos Juizados Especiais, para crimes de menor potencial ofensivo, a justiça restaurativa é mais eficiente no tocante à ressocialização e preservação dos relacionamentos pessoais, essencial para todas os papéis familiares. O apoio psicológico e social são inseparáveis nesse propósito, considerando que as presas também experimentam certo níveis de trauma. Na hipótese de delitos mais graves, em que indispensável a reclusão, o incentivo às visitas é criterioso para a manutenção do bem-estar mental, máxime dos filhos. (JHONSON, *et al*, 2013).

O sexo feminino é mais flexível quanto a buscar auxílio de serviços de saúde, sobretudo por que há o esteriótipo que os homens que assim o fazem são mais frágeis e falhos. Então, para não deixar a iniciativa somente para o indivíduo, o ideal é que os profissionais do sistema carcerário possuam aperfeiçoamento em noções de psicologia, criminologia e sociologia, para se tornarem mais hábeis a identificar sinais de declínio das faculdades mentais dos institucionalizados, evitando injustas aplicações de faltas disciplinares para os que já estão em estresse. Além disso, urge a introdução de abordagem cognitivas comportamentais, para incrementar a maturidade emocional mesmo sob pressão (BYRNE; HOWELLS, 2002).

O universo feminino é projetado em função de lugares-comum, como a juventude, a beleza, a maternidade e o casamento. Esses vãos dão vazão a esteriótipos sob os quais as mulheres sempre estão em jugo; quando presas, então, são consideradas fracassadas para os papéis que representam, automaticamente denegadas, e conseqüentemente exiladas em espaços que não foram projetados para respeitar suas peculiaridades. O sofrimento psicológico é resultado da coligação dessas micro-opressões, que reforçam o caráter desumanizador das que não preenchem as expectativas sociais (LEMGRUBER, 1999)

A punição nunca parte somente do Estado penal, ocorrendo lateralmente forças indiretas como instituições psicológicas e psiquiátricas, pedagógicas,

sociológicas e médicas. Como vetores de domínio, o hospital, a escola, organizações assistenciais e as polícias são instrumentos conformativos do indivíduo. É um poder invisível de vigilância constante e oprimente, ensinada e repassada como valores seguidamente (FOUCALT, 2003).

Contudo, não é realista enxergar as presidiárias como apenas vítimas do sistema, escravizadas pelos seus companheiros e posteriormente pelas instituições. Esse é um equívoco comum no pouco material produzido sobre o tema. Ainda que o cometimento de crimes seja diretamente relacionado com a violência estrutural, o patriarcado e outros elementos de vulnerabilidade, é evidente que classificar todas como fantoches desafortunados não deixa de ser outro traço de capachismo, acerbando a criticada pré-concepção de que faz parte da natureza da mulher ser dócil, gentil, e incapaz de cometer atrocidades, só o fazendo por emoções ou influência de terceiros (CUOZZO, 2016)

Outro ponto a ser ponderado é que a patologização das mulheres é uma estratégia histórica para sua dominação. Rotulá-las de histéricas, frágeis e instáveis é um conhecido esquema para seu controle, podendo ser a destruição de suas forças mentais um saída mais fácil para o Estado de lidar com elas sem objeção. A medicalização em grande escala, entre outras práticas, é uma técnica de controle dos corpos, obliterando o protagonismo individual, favorecendo o poderio estatal (RODRIGUES, 2017).

As prisões femininas e masculinas possuem realidades distintas, apesar de que a administração pública faz pouco caso das diferenças entre homens e mulheres, ignorando que as últimas menstruam, têm questões mais complexas com maternidade, e outras especificações (QUEIROZ, 2015).

Traçando um perfil da população prisional feminina no país, desponta que a maior parte são jovens adultas, solteiras, negras, com em média três filhos, baixo nível de escolaridade, sem histórico de trabalho formal e labor exercido em cargos pouco almejados e mal remunerados. As relações familiares são sucateadas, assim como os amorosos, possuindo pouca interação social, acesso à educação e saúde, além das vivências de violência (SANTOS, 2017; GUSMÃO, 2019; SILVA, 2020).

Castanho (2015) revela que os prédios das prisões de mulheres são refugos de antigas prisões de homens, quando já estavam com estrutura imprópria beirando a desativação. Esperando que sejam menos propensas a rebeliões e

fugas, são locais com constituição ainda mais precárias, reformadas sem adequar-se às necessidades femininas e sem cumprir os requisitos do propósito ressocializador da pena.

Ou seja, instalações, muitas vezes, insalubres, desprovidas de um mínimo conforto, com instalações deterioradas e sem espaço físico adequado para áreas destinadas a recreação, as práticas laborativas e educacionais, ao lazer, a berçários e a creches. Além de não terem acesso a produtos essenciais como absorventes íntimos, bem como privadas dos direitos sexuais (visita íntima) garantidos nas penitenciárias masculinas (CASTANHO, 2015, p. 13)

Outrossim, as diferenças de tratamento não são perceptíveis apenas entre homens e mulheres. Uma realidade ainda mais desigual é a entre mulheres dentro de um mesmo estabelecimento, muitas vezes condenadas pelo mesmo crime, baseando-se na raça ou por origem social:

O mito da democracia racial é outro desafio dentro de um país onde as desigualdades raciais e de outras origens principalmente devido a negação do racismo pela sociedade que assegura a existência do racismo mas nega a possibilidade de ser produtor de racismo. Dentro do sistema prisional as oportunidades são diferentes mesmo entre mulheres, mulheres brancas por terem um grau de estudo maior ocupam cargos de poder aumentando a possibilidade de redução de pena enquanto que as mulheres negras que muitas vezes nem tiveram oportunidade de ingressar em uma unidade de ensino são colocadas em serviços de limpeza ou nas cozinhas com menores probabilidades de redução de pena por trabalho mesmo que dito trabalho exija mais tempo ou habilidade braçal (FREYRE, ANO; BORGES, 2019, p. 06).

Em análise, se percebe que a maioria esmagadora das presidiárias encontra-se na faixa econômica da baixa renda e possui pele escura, fatores que as fazem encontrar com frequência a indiferença pública. O tratamento privilegiado para poucas em detrimento de grupos étnicos ou econômicos inteiros é mais um princípio de desconforto emocional, que acarreta os sentimentos já citados como sintomas de problemas mentais. É outra forma de abandono, com um teor degradante de fazer mulheres pretas, pardas e faveladas perceberem que, mesmo em uma área inóspita e de total desengano para todas, o suplício delas consegue ser mais pronunciado.

A reincidência é mais expressiva nesses recortes de raça e gênero. A repetição delituosa não pode ser ignorada por que afeta diretamente os índices de criminalidade, que por sua vez influenciam a preferência do Estado para criar

políticas públicas. Portanto, a contenção da recidiva criminal deve ser prioridade para definir as atuações positivas estatais (CASTIGLIONI, 2019).

Em suma, sistema penitenciário nacional, para mulheres, é relatado ineficaz por vários indicadores, operando mais como um mecanismo eliminatório do que uma plataforma de desempenho de cidadania e reabilitação social (STELLA, 2006). É um celeiro de transtornos mentais, ultrapassando a proposta legal para cumprimento da pena. Decerto que a prisão não é colônia de férias, um local agradável a ser frequentado. Contudo, a garantia da higidez mental das ali institucionalizadas é o mínimo.

É por isso que cada conjuntura deve ser isolada, já que o gradiente clínico dos transtornos mentais é múltiplo e continua em expansão, com variação de graus de comprometimento das faculdades mentais, podendo ter ou não nexos com o crime praticado, ou afetar ou não a culpabilidade no cálculo da pena (CASTIGLIONI, 2019).

É ilusório supor que dá para explicar linearmente todas as causas dos transtornos mentais nessa população. O que pode se afirmar sem receio é que a exposição da mulher a gatilhos mais os citados aspectos vulnerabilizantes interfere no surgimento ou exacerbação de uma condição psiquiátrica. Não obstante, reconhecer essa problemática e traçar um perfil das mulheres em sofrimento psicológico quando detidas é um meio para estabelecer estratégias para atender às demandas de reabilitação social através de políticas públicas (SANTOS; BARROS; ANDREOLI, 2019).

Reabilitação para deixar de delinquir é diferente de reabilitar para recuperar a dignidade, apesar que a última é gênero do qual a primeira é espécie. Sempre será insuficiente se falar em ressocialização quando achar que só se trata de manter um ambiente minimamente salutar como prisão. O que infelizmente, mesmo sendo o mínimo, ainda é ficção.

O resgate do indivíduo necessita de mais. Passa por uma triagem adequada, pela aplicação da ciência criminalística, médica, psiquiátrica e sociológica desde o início do processo até a escolha do estabelecimento em que cumprirá pena.

Políticas Públicas são proeminentemente a solução, ou ao menos um ponto de partida para o progresso. Todavia, para aplicar Políticas Públicas eficientes e sensatas, sem onerar o contribuinte em liberdade em demasia, mas ainda

respeitando a legislação e os Direitos Humanos, deve-se entender sobre o convívio da mulher presa, seus anseios e temores. É por esse motivo que perscrutar sobre prisões femininas é entender a lógica sistemática de um país, pois a situação do sistema carcerário vigente fragiliza a imagem democrática que o Brasil busca como potencial mundial.

## **CONCLUSÕES FINAIS**

Já se antecipa que os abusos e excessos cometidos, ao encarcerar a mulher com higidez intelectual afetada ou que vem a ser afetada durante a prisão, não provém, em uma análise superficial, da lei em si. Apesar de haverem muitos artigos que orbitam ao redor do tema, o que há de comum a todos é a precaução do legislador de separar as condenadas mentalmente sãs do restante, e procurar aplicar a pena de maneira efetiva e humanizada, desencadeando a pressuposição que a problemática tem sua fase embrionária na fase de aplicação da pena.

Finalmente, a assimilação do problema se mantém evasiva quando verificada de maneira teórica, o que determina o exercício do reconhecimento material da vivência das encarceradas, para só então relacionar os coeficientes atuantes nesse caleidoscópio de desumanização e abandono.

Dado isso, os objetivos da pesquisa, apesar de cumpridos, não foram exauridos, podendo ser melhor embasados em uma pesquisa de campo em ensejo futuro. O que não afasta a conclusão de que o cumprimento de pena privativa de

liberdade por mulheres no Brasil é, em alto grau, um ratificador da guetificação e do machismo, na qual reside o aberrante “normal” social.

Por ser um assunto bastante peculiar, particularmente por tratar de uma população vulnerável socialmente, as políticas públicas devem tomar dianteira, com atenção à saúde, reabilitação de alcoolatras e toxicômanas, apoio à rede afetiva e familiar da presidiária e condições mais salubres no geral, sendo indelével a saúde mental da expectativa de que não cometam mais crimes e consigam se integrar à comunidade

É vital antever as demandas das apenadas para estabelecer as políticas citadas. O gênero não deve ser embargo para sua aplicação, sendo, ao contrário, um paralelo do que deve ser feito. Uma das manifestações do patriarcado é justamente fazer crer que o mais feminista a se fazer é não diferenciar em absoluto entre os sexos, porém a desconsideração das singularidades do sexo feminino é um dos principais motivos para a invisibilidade notória das reivindicações dessas mulheres.

Reconhecer diferenças entre sexos não é preterir a natureza de nenhum. Até por que, quando a homogeneidade é proposta é sempre obedecendo o tipicamente masculino, como se houvesse superioridade deste. A igualdade material só é alcançada quando as diferenças são abonadas.

Sanidade psicológica ainda é objeto de menosprezo no país, que por estar em crescimento econômico ainda considera o assunto leviano. Imagina-se, então, como a proposta de pautar a estabilidade psicológica de presidiárias parece leviana, quando cidadãos dentro da legalidade experimentam uma vasta gama de tormento. No entanto, essas mulheres são atingidas em sua saúde mental quando já não têm mais nada a oferecer.

Não se espera, nem é correto, que o padrão de vida de uma penitenciária se torne indulgente e agradável. Mesmo com todos os impulsores e predisposições, ainda são criminosas, e devem cumprir a obrigação de tentar restituir à sociedade o prejuízo que causaram. Contudo, a reprovabilidade de seus comportamentos já é analisada quando da sentença, não cabendo à execução penal extrair a dignidade que lhes é garantida por lei, revitimizando-as continuamente e apagando suas experiências em função do totalitarismo.

Traçar o delineamento epidemiológico da coletividade feminina privada de

liberdade é supervisionar sua saúde mental, qualificar os serviços oferecidos nesse tocante, mas também é maneira hábil de redirecionar as iniciativas assistenciais, que só serão efetivas quando assumirem um caráter resolutivo.

A massa penitenciária feminina é um protótipo da cultura entranhada de luta de classes. As intuições totalitárias refletem isso, senão veja-se o desenvolvimento histórico já aludido. A complexa concepção do aumento apressurado do encarceramento de mulheres é um tópico exponencial para entender as múltiplas fraturas que formam a violência como um projeto.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, F., S ; OLIVEIRA, N., S ; TEIXEIRA, P., T., F. Argumentações sobre a Loucura no Brasil, antes de 2010: Uma contribuição histórica. Rev. Psic. V.16, N. 59, p. 285-304, Fevereiro/2022.

AGNOLO CMD, BELENTANI LM, JARDIM APS, CARVALHO MDB, PELLOSO SM. Perfil de mulheres privadas de liberdade no interior do Paraná. Rev Baiana Saúde Pública [Internet]. 2013 out/dez [; 37(4):820-34. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2013/v37n4/a4480.pdf> . Acesso em 22 ago. 2022.

Alcântara RLS, SOUSA CPC, Silva TSM. Infopen Mulheres de 2014 e 2018: Desafios para a Pesquisa em Psicologia. Psicol cienc prof. 2018;2(38): 88-101. Disponível em:: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932018000600088&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932018000600088&lng=en&nrm=iso). Acesso em 04 out. 2022.

AMARANTE, P. PSQUIATRIA SOCIAL E REFORMA PSQUIATRA. Rio de Janeiro: Fiocruz, 5. Edição, 2014, 187p.

AMORIM-GAUDÊNCIO, C. & SIRGO, A. ANSIEDADE AOS EXAMES: UM PROBLEMA ATUAL. 1999. Revista Psico, 30, 75-80.

ANDRADE, B.A.B. ENTRE AS LEIAS DA CIÊNCIA, DO ESTADO E DE DEUS: O SURGIMENTO DOS PRESÍDIOS FEMININOS NO BRASIL. São Paulo. 2011.

ARAÚJO F.A.F.M, NAKANO T.C., GOUVEIA M.L.A. PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM DETENTOS. Aval. psicol. . 2009; 8(3):381-390. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&id=S1677-04712009000300010&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&id=S1677-04712009000300010&lng=pt). Acesso em 12 ago. 2022.

ASSIS, M.. O ALIENISTA. Porto Alegre: L&PM, 1998, p. 32

BARRETO, T.. MENORES E LOUCOS EM DIREITO CRIMINAL. Prefácio de Luiz Carlos Fontes de Alencar. Ed.Fac-símile. Brasília: Senado Federal, Conselho Editorial, 2003, p. 41; 59.

BARSAGLINI, R. A.; KEHRIG, R. T.; ARRUDA, M. B. de. ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DE GESTORES SOBRE A GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE PENITENCIÁRIA EM MATO GROSSO, BRASIL. Saúde e Sociedade, v. 24, n. 4, p. 1119-1136, 2015. Disponível em: < [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0104-12902015000401119&script=sci\\_abstract&lng=pt](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0104-12902015000401119&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 12 set. 2022.

BECKER, A.; SPESSOTE, D.V.; SARDINHA, L.S.; SANTOS, L.G.M.; CHAVES, N.N.; & BICALHO, P.P.G. (2016). O CÁRCERE E O ABANDONO: PRISÃO, PENALIZAÇÃO E RELAÇÕES DE GÊNERO. Revista Psicologia, Diversidade e Saúde, 5(2), 141-154.

BONTEMPO, J. M. MULHERES NO CÁRCERE: A QUESTÃO DE GÊNERO E SEUS RESPECTIVOS REFLEXOS NO SISTEMA PRISIONAL. Monografia do Curso de Direito da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. 2018, Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/37717/37717.PDF>. Acesso em 06 out. 2022.)

BORGES, J. ENCARCERAMENTO EM MASSA. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

BRASIL. LEGISLAÇÃO EM SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.

BRASIL. Ministério da Justiça: Departamento Penitenciário Nacional - Sistema Integrado de Informações Penitenciárias – LEVANTAMENTO NACIONAL DE INFORMAÇÕES PENITENCIÁRIAS. Censo Penitenciário 2015. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/news/mj-divulgara-novo-relatorio-do-infopen-nesta-terca-feira/relatorio-depen-versaoweb> . Acesso em 18 de set. de 2022.

BRASIL. OFÍCIO..., 19 de abril de 1865, V. 5, p. 187.

BRASIL. MANUAL DE DIRETRIZES DE ATENÇÃO A MULHER PRESA. PROJETO MULHER PRESA: PERFIL E NECESSIDADES, UMA CONSTRUÇÃO DE DIRETRIZES. Brasília, DF; 2013

BRASIL. Presidência da República. DECRETO-LEI N. 2.848, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1940. Código Penal. D.O.U. Rio de Janeiro, 31 dez. 1940.

BRASIL. Presidência da República. DECRETO-LEI N. 3.689, DE 3 DE OUTUBRO DE 1941. Código de Processo Penal. D.O.U. Rio de Janeiro, 13 out. 1941 (retificado em 24 out. 1941).

BRASIL. RELATÓRIO DA COMISSÃO NOMEADA PELA CÂMARA MUNICIPAL EM 1837. Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro, códice 48-3-41 (1830-1842).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO. 2. ed. Brasília, DF; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1 DE 2 DE JANEIRO DE 2014. INSTITUI A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL (PNAISP) NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). Brasília, DF; 2014a.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. LEI DIRETRIZES NACIONAIS PARA A OFERTA DE EDUCAÇÃO PARA JOVENS E ADULTOS. Dispõe sobre as Diretrizes Nacionais para a oferta de educação para jovens e adultos em situação de privação de liberdade nos estabelecimentos penais.

BRUNO, Aníbal. PERIGOSIDADE CRIMINAL E MEDIDAS DE SEGURANÇA. 4. ed. Rio de Janeiro: RIO, 1977.

Byrne MK, Howells K. THE PSYCHOLOGICAL NEEDS OF WOMEN PRISONERS: IMPLICATIONS FOR REHABILITATION AND MANAGEMENT. *Psychiatr Psychol Law* 2002. <https://doi.org/10.1375/pplt.2002.9.1.34>.

CANAZARO D, ARGIMON IIL. CARACTERÍSTICAS, SINTOMAS DEPRESSIVOS E FATORES ASSOCIADOS EM MULHERES ENCARCERADAS NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, BRASIL. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2010 [19 jun 2014]; 26(7):1323-33. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&id=S0102-311X2010000700011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&id=S0102-311X2010000700011). Acesso em: 30 jul. 2022.

CASTANHO, A.C.S. A EXPERIÊNCIA DE SER MÃE NA PRISÃO. 2015. Dissertação de Mestrado, Instituto Universitário ciências psicológicas, sociais e da vida. 120 p.

CASTIGLIONI, LUCIANE. TRANSTORNOS MENTAIS NA CRIMINALIDADE: ANÁLISE QUANTITATIVA DO SISTEMA CARCERÁRIO E DE CUSTÓDIA NO BRASIL, PREVALÊNCIA DE DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS E PERFIL DESTAS

POPULAÇÕES. São José do Rio Preto, 2019. 84p.

CERNEKA HA. HOMENS QUE MENSTRUAM: CONSIDERAÇÕES A ACERCA DO SISTEMA PRISIONAL AS ESPECIFICIDADES DA MULHER. Veredas do Direito. 2009.

CERQUEIRA, Luiz. PSQUIATRIA SOCIAL: PROBLEMAS BRASILEIROS DE SAÚDE MENTAL. São Paulo: Livraria Atheneu, 1984.

COELHO, M.T.A.D. A SAÚDE MENTAL DE INFRATORES PRESOS NUMA UNIDADE PRISIONAL DA CIDADE DO SALVADOR. Prisões numa abordagem interdisciplinar [online]. Salvador: EDUFBA, 2012, pp. 131-144. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/7mkg8/ub/coelho-9788523217358.epub>. Acesso em: 24 jul 2020.

CHIES, Luiz Antônio B.; VARELA, Adriana B. A AMBIGUIDADE DO TRABALHO PRISIONAL NUM CONTEXTO DE ENCARCERAMENTO FEMININO: O CÍRCULO VICIOSO DA EXCLUSÃO SOCIAL. SER Social, Brasília, v. 1, n. 24, p. 10-33, jan./jun. 2009.

COLARES, L. SOCIAÇÃO DE MULHERES NA PRISÃO: DISCIPLINARIDADES, REBELIÕES E SUBJETIVIDADES. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

COLMENARES BERMÚDEZ E, ROMERO MENDOZA MP, RODRÍGUEZ RUIZ EM, DURAND-SMITH AL, SALDÍVAR HERNÁNDEZ GJ. FEMALE DEPRESSION AND SUBSTANCE DEPENDENCE IN THE MEXICO CITY PENITENTIARY SYSTEM. Salud Mental 2007. Disponível em: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0185-33252007000600053&lng=es&nrm=iso&tlng=en](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0185-33252007000600053&lng=es&nrm=iso&tlng=en). Acesso em: 23 ago. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. RADIOGRAFIA DO SISTEMA PRISIONAL-GEOPRESÍDIOS. Brasília, 2019. Disponível em: [https://www.cnj.jus.br/inspecao\\_penal/mapa.php](https://www.cnj.jus.br/inspecao_penal/mapa.php). Acesso em: 23 jun. 2020.

CONSTANTINO, P; DE ASSIS, S.G.; PINTO, L. W. O IMPACTO DA PRISÃO NA SAÚDE MENTAL DOS PRESOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, BRASIL. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/s - 81232016000702089& g=pt>. Acesso em: 23 jun. 2020.

CUNHA, M. C. P. CIDADELAS DA ORDEM: A DOENÇA MENTAL NA REPÚBLICA. São Paulo: Brasiliense, 1990.

CUOZZO, J. D. OS CAMINHOS DA “TRANSMISSÃO DA MENSAGEM” NARCÓTIICOS ANÔNIMOS NA PENITENCIÁRIA FEMININA MADRE PELLETIER EM PORTO ALEGRE, RS. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016



FIGUEIRO RA, DIMENSTEIN M, ALVES D, MEDEIROS G. CONSUMO DE MEDICAÇÃO PSICOTRÓPICA EM UMA PRISÃO FEMININA. Rev psicol polít . 2015. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&td=S1519-549X2015000300006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&td=S1519-549X2015000300006&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 12 set. 2022.

FLORES, N.M.P.; & SMEH, L.N. MÃES PRESAS, FILHOS DESAMPARADOS: MATERNIDADE E RELAÇÕES INTERPESSOAIS NA PRISÃO. 2018 Physis 28(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312018280420>. Acesso em: 07 out. 2022.

FOUCAULT, Michel. HISTÓRIA DA LOUCURA NA IDADE CLÁSSICA. Tradução José Teixeira Coelho Neto, 8ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2005, p. 472-476.

FOUCAULT, Michel. VIGIAR E PUNIR. Petrópolis: Vozes, 2003.

FRAZIER, B. D. et al. THE IMPACT OF PRISON DEINSTITUTIONALIZATION ON COMMUNITY TREATMENT SERVICES. Health & justice, v. 3, n. 1, p. 9, 2015. Disponível em: <https://healthandjusticejournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40352-015-0021-7>. Acesso em: 12 set. 2022.

GONÇALVES BD, COELHO CMS, BOAS CCV. MULHERES EM SITUAÇÃO DE PRIVAÇÃO DE LIBERDADE: VIDA NA PRISÃO E PERSPECTIVAS FUTURAS. Relatório Final de Pesquisa PUCMINAS. Belo Horizonte; 2010.

GUSMÃO, M.A.J.X., TERÇAS-TRETTEL, A.C.P., NASCIMENTO, V.F., HATTORI, T.Y., BRESCOVIT, L.E., ANATAKA, M., LEMOS, E.R.S. (2019). SOCIAL AND FAMILY DYNAMICS AND VULNERABILITY OF INCARCERATED FEMALES. Revista Saúde e Pesquisa; 12(1):159-68. <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2019v12n1p159-168>  
<https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/fass/article/view/36887/26505>

HELLER, A. O COTIDIANO E A HISTÓRIA. Trad. Carlos Nelson Coutinho e Leandro Konder. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

HELPE, S. S. VIDAS EM JOGO: UM ESTUDO SOBRE MULHERES ENVOLVIDAS COM O TRÁFICO DE DROGAS. São Paulo: IBCCRIM, 2014, p.69.

JOHNSON JE, SCHONBRUN YC, NARGISO JE, KUO CC, SHEFNER RT, WILLIAMS CA, ET AL. "I KNOW IF I DRINK I WON'T FEEL ANYTHING": SUBSTANCE USE RELAPSE AMONG DEPRESSED WOMEN LEAVING PRISON. Int J Prisoner Health 2013; 9(4): 169-86. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/IJPH-02-2013-000939>. Acesso 20 ago. 2022.

LEMGRUBER, J. CEMITÉRIO DOS VIVOS: ANÁLISE SOCIOLÓGICA DE UMA PRISÃO DE MULHERES. 2. ed., Rio de Janeiro: Forense, 1999.

LEMO BRITO, J. G. AS MULHERES CRIMINOSAS E SEU TRATAMENTO

PENITENCIÁRIO. In: Estudos Penitenciários, São Paulo, 1943.

LIMA, E. M. ORIGENS DA PRISÃO FEMININA NO RIO DE JANEIRO. O Período das Freiras (1942- 1955).

LIMA, M. S. EPIDEMIOLOGIA E IMPACTO SOCIAL. Revista Brasileira de Psiquiatria, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/scd=S1516-44461999000500002>. Acesso em: 22. ago. 2022.

LOPES, A. V. e SCHUTZ, G. E.. A RAZÃO PODE SER INSTRUMENTO DE INCLUSÃO DA LOUCURA? OLHARES SOBRE A MEDIDA DE SEGURANÇA. Saúde em Debate [online]. v. 43, n. spe4, pp. 207-218. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S417>. Acesso em: 24 jun. 2020.

Madalozzo, R., Martins, S.R, Shiratori, L. PARTICIPAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO E NO TRABALHO DOMÉSTICO: HOMENS E MULHERES TÊM CONDIÇÕES IGUAIS?. Revista Estudos Feministas [online]. 2010, v. 18, n., pp. 547-566. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2010000200015>. Acesso em: 06 out. 2022.

MAIA, C. N. POLICIADOS: O CONTROLE DAS CLASSES POPULARES NO RECIFE DE 1865 A 1915. Tese de Doutorado. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2001, p. 189.

MAKKI S.H, DOS SANTOS M.L. GÊNERO E CRIMINALIDADE: UM OLHAR SOBRE A MULHER ENCARCERADA NO BRASIL. Âmbito Jurídico [Internet];2010. Disponível em: [http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=8080](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8080) 30. Acesso em: 30 set. 2022.

MATTOS, R. A. OS SENTIDOS DA INTEGRALIDADE: ALGUMAS REFLEXÕES ACERCA DE VALORES QUE MERECEM SER DEFENDIDOS. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8. Ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2009. p. 43-68.

MENDES, Soraia da Rosa. Criminologia feminista: novos paradigmas. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2017, p.140. [3]

MINAYO, M. C. de S.; RIBEIRO, A. P. CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS PRESOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, BRASIL. Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, n. 7, 2016. Disponível em: . Acesso em: 01 ago. 2022.

MIRANDA, Carlos Alberto da Cunha. A ARTE DE CURAR NOS TEMPOS DA COLÔNIA: LIMITES E ESPAÇOS DA CURA. Recife: Fundação de Cultura da Cidade do Recife, 2004, p. 394-495.

MIRANDA-SÁ JÚNIOR, L.S. BREVE HISTÓRICO DA PSIQUIATRIA NO BRASIL: DO PERÍODO COLONIAL À ATUALIDADE. Rev Psiquiatr RS. 2007; nº 29, ed.2. Disponível em: <http://old.scielo.br/pdf/rprs/v29n2/v29n2a05.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2022.

MOURA, M.J. PORTA FECHADA, VIDA DILACERA – MULHER, TRÁFICO DE DROGAS E PRISÃO: ESTUDO REALIZADO NO PRESÍDIO FEMININO DO CEARÁ. Ceará: Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Sociedade. Universidade Estadual do Ceará, Ceará, 2005. Disponível em: Acesso em: 09 de out 2018

MYNEM, G. A NEUROLAW PERSPECTIVE ON PSYCHIATRIC ASSESSMENTS OF CRIMINAL RESPONSIBILITY: DECISION-MAKE, MENTAL DISORDER NA THE BRAIN. In: Journal Law Psychiatric, v. 36, p. 33 a 99, 2013.

NOVELLINO, M. S. OS ESTUDOS SOBRE A FEMINIZAÇÃO DA POBREZA E POLÍTICAS PÚBLICAS PARA MULHERES. São Paulo: Anais do XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais: 2004. Disponível em: Acesso em: 03 de out. 2022.

NOWOTNY, K.M; BELKNAP J.; LYNCH S.; DEHART D. RISK PROFILE AND TREATMENT NEEDS OF WOMEN IN JAIL WITH CO-OCCURRING SERIOUS MENTAL ILLNESS AND SUBSTANCE USE DISORDERS. Women Health 2014. Disponível em: [https:// doi.org/10.1080/03630242.2014.932892](https://doi.org/10.1080/03630242.2014.932892). Acesso em: 25 set. 2022.

OLIVEIRA, C. C. DELÍRIOS DA RAZÃO: DA LIBERDADE À EXCLUSÃO SOCIAL. Crato: URCA, 2002. 124 p.

OLIVEIRA, E. P. T. MULHERES EM CONFLITO COM A LEI: A RESSIGNIFICAÇÃO DE IDENTIDADES DE GÊNERO EM UM CONTEXTO PRISIONAL. RBLA, Belo Horizonte, v. 9, n. 2, p. 391-414, 2009.

OLIVEIRA K.A, SANTOS L.R.C.S. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA POPULAÇÃO CARCERÁRIA FEMININA DE VITÓRIA DA CONQUISTA-BA. Rev Saúde (Santa Maria) [serial on the internet]. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/15242/pdf>. Acesso em: 30 set. 2022.

ORMEÑO G.I.R. HISTÓRICO FAMILIAR DE MULHERES ENCARCERADAS: FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA OS FILHOS: tese. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2013.

PIERCE, D. THE FEMINIZATION OF POVERTY: WOMEN, WORK AND WELFARE. Washington: Urban and Social Change Review, 1978. p. 28-36.

PIMENTEL, I. S.; CARVALHO, L. F. S.; CARVALHO, S.; & CARVALHO, C. M. S.. PERCEPÇÃO DE MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE ACERCA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO. R. Interd. 2015. Disponível em: [https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/659/pdf\\_268](https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/659/pdf_268). Acesso em: 23 set. 2022

PINEL, W. R. EDUCAÇÃO EM PRISÕES: UM OLHAR À FORMAÇÃO PROFISSIONAL NA PENITENCIÁRIA FEMININA DO DISTRITO FEDERAL 2017. Dissertação de Mestrado , Universidade de Brasília.

PINHEIRO, L. F.; GAMA T. S..AS ORIGENS DO SISTEMA PENITENCIÁRIO BRASILEIRO: UMA ANÁLISE SOCIOLÓGICA DA HISTÓRIA DAS PRISÕES NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Sociedade em Debate, 22, 2016 . P. 158 a 191.

PRADO, A.M. SCHINDLER, D. A MEDIDA DE SEGURANÇA NA CONTRAMÃO DA LEI DE REFORMA PSQUIÁTRICA:SOBRE A DIFICULDADE DE GARANTIA DO DIREITO À LIBERDADE A PACIENTES JUDICIÁRIOS. In: Revista Direito, GV. V. 13 N 2. Salvador. Maio-Ago 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rdgv/v13n2/1808-2432-.pdf>. Acesso 22 ago. 2022.

PRIORI C. A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA IDENTIDADE DE GÊNERO E AS MULHERES NA PRISÃO. Rev NUPEM [Internet]. 2012. Disponível em: <http://www.fecilcam.br/revista/index.php/nupem/article/viewFile/89/64>. Acesso em: 04 out. 2022.

QUEIROZ, N. . PRESOS QUE MENSTRUAM, A BRUTAL VIDA DAS MULHERES – TRATADAS COMO HOMENS – NAS PRISÕES BRASILEIRAS. 2015. 1ed.. Record

REIS CA, ZUCCO LP. SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA NO CÁRCERE: UMA DISCUSSÃO NECESSÁRIA PARA GARANTIA DE DIREITOS DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE. Rev Catarinense de História [serial on the internet]. 2019. Disponível em: <https://periodicos.uffs.edu.br/index.php/FRCH/article/view/10827/7153>. Acesso em: 22 set. 2022

RESENDE, H. POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL: UMA VISÃO HISTÓRICA.2001. Brasília, 1º ed. Saraiva.

TUNDIS, S. A. COSTA, N. R. CIDADANIA E LOUCURA: POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL. Petrópolis: Vozes, 2001.

RODRIGUES, D. O. MULHERES PRESAS: ARTICULANDO GÊNERO E SAÚDE MENTAL Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2017. Disponível em: [http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499477861\\_ARQ\\_UIVO\\_ArtigoCompleto\\_MM\\_FG.pdf](http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499477861_ARQ_UIVO_ArtigoCompleto_MM_FG.pdf). Acesso em: 04 set. 2022.

SANTOS, M.M., BARROS, C.R.S., ANDREOLI, S.B. . FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO NA PRISÃO. REV BRAS EPIDEMIOL 2019. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rbepid/2019.v22/e190051/pt>. Acesso em: 05 set. 2022.

SANTOS , M.V ; ALVES V., H. ; PEREIRA, A., V.; RODRIGUES, D., P.; , MARCHIORI, G., R., S.; GUERRA, J., V., V.SAÚDE MENTAL DE MULHERES ENCARCERADAS EM UM PRESÍDIO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Revista Texto e Contexto-Enfermagem. 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tce/a/3dbSzZsVhz6L8kH97Bpf3YM/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 27 ago. 2022.

SCIENTIFIC AMERICAN DO BRASIL. HISTÓRIA: O NASCIMENTO DA MEDICINA MODERNA. Especial História nº. 5, 2002. Editora Duetto, p. 66-67

SILVA, A.D. VIDAS APRISIONADAS: A CARACTERIZAÇÃO DAS RECLUSAS DA CADEIA PÚBLICA DE FRANCA (SP). Mãe/mulher atrás das grades: a realidade imposta pelo cárcere à família monoparental feminina [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015, pp. 17-49.

SILVA J. B.. MULHERES INVISÍVEIS, MENTES ESQUECIDAS: A saúde mental de mulheres sob privação de liberdade. João Pessoa, 2016. Dissertação de Mestrado- UFPB. 126 fl.

SHARMA, R.; ANDRIUKAITIS, S.; DAVIS, J. M. ESTADOS ANSIOSOS. FLAHERTY, J. A., DAVIS, J. M.; JANICAK, P. G. (Orgs). Revista Psiquiatria: Diagnóstico E Tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 148-153.

SILVA, A. E.. LOUCOS ATRÁS DAS GRADES: UMA DISCUSSÃO SOBRE O INTERNAMENTO DE DOENTES MENTAIS NAS PRISÕES PERNAMBUCANAS NOS MEADOS DO SÉCULO XIX (1860-1870). Recife, 2013. Apresentado e Publicado no Colóquio de História da UFPE. Disponível em: <http://www.unicap.br/coloiuodehistoria/wp-content/uploads/2013/11/5Col-p.675-694.pdf+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 13 jul. 2022.

SILVA, T.L.O; & MELO, D.B.D.V. O DIREITO À VISITAÇÃO E A REALIDADE DO SISTEMA PRISIONAL FEMININO BRASILEIRO: O CASO DA COLÔNIA PENAL FEMININA DO RECIFE – PE. 2019. Seminário Internacional de Pesquisa em Prisão, São Paulo - SP GT 19 - Pesquisando prisão na graduação.

SCHULTZ, A., L., V.; DOTTA, R. M.; STOCK, B. S. ; DIAS, M. T. G..LIMITES E DESAFIOS PARA O ACESSO DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE E EGRESSAS DO SISTEMA PRISIONAL NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE. 2020. In:Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 30(3). Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/physis/2020.v30n3/e300325/pt>. Acesso em 29 set. 2022.

SCHULTZ, A. L. V. et al. SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL: UM ESTUDO SOBRE A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA. Argumentum, v. 9, n. 2, p. 92-107, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/15380> . Acesso em: 12 set. 2022.

STELLA C. FILHOS DE MULHERES PRESAS: SOLUÇÕES E IMPASSES PARA SEUS DESENVOLVIMENTOS. São Paulo: LCTE Editora, 2006.

SYKES, G. M. The Society of Captives. A Study of a Maximum Security Prison. 9ª Edição. New Jersey: Princeton University Press, 1999 [1958]

THOMPSON, A. A QUESTÃO DA PENITENCIÁRIA. 2ª ed. Rio de Janeiro, 1980. Editora Forense.

TINOCO, A.L. CÓDIGO CRIMINAL DO IMPÉRIO DO BRASIL – ANNOTADO. Prefácio de Hamilton Carvalho. Ed. fac-sim. Brasília: Senado Federal Conselho Editorial, 2003, p. 24-28

VARELLA, D. PRISIONEIRAS. São Paulo: Companhia das Letras, 2017, p.217.

VENTURA M, SIMAS L, LAROUZE B. MATERNIDADE ATRÁS DAS GRADES: EM BUSCA DA CIDADANIA E DA SAÚDE. Um estudo sobre a legislação brasileira. Cad Saúde Pública [serial on the internet]. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2015000300607&lng=pt&nr](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2015000300607&lng=pt&nr). Acesso em: 04 out. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). HEALTH IN PRISONS: A WHO GUIDE TO THE ESSENTIALS IN PRISON HEALTH. Copenhagen: Organization Regional Office for Europe, 2007. Disponível em: <https://www.euro.who.int/en/health-in-prisons.-a-who-guide-to-the-essentials-in-prison-health>. Acesso em: 24 jun. 2020.

YI Y, TURNEY K, WILDEMAN C. MENTAL HEALTH AMONG JAIL AND PRISON INMATES. Am J Mens Health 2017. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1177%2F1557988316681339>. Acesso em: 20 set. 2022.