

"Batendo garrafa": O direito à saúde no sistema prisional cearense sob enfoque de gênero

"Shaking the bottle": The right to health in the prison system from a gender approach

"Golpeando con la botella": El derecho a la salud en el sistema penitenciario desde un enfoque de género

Nikaelly Lopes de Freitas¹
Celecina de Maria Veras Sales²

Resumo: A prisão consagrou-se como uma instituição tradicionalmente voltada a uma população masculina, jovem e marginalizada, sendo idealizada e implementada a partir de estruturas androcêntricas, mas da qual as mulheres nunca estiveram isentas. Com isso, o presente estudo se debruça sobre o impacto do cárcere sobre a atenção em saúde das mulheres. Na direção dos objetivos propostos, adotou-se a abordagem qualitativa com utilização de pesquisa bibliográfica e documental aliada à pesquisa de campo, onde foram instrumentalizados observação participante de inspiração etnográfica no Instituto Penal Feminino Desembargadora Auri Moura Costa e Creche Amadeu Barros Leal, no Ceará. Além disso, realizou-se entrevistas abertas em profundidade e aplicação de questionários, pelos quais, 19 mulheres (presas e egressas) foram entrevistadas. Informações também foram colhidas com a administração e equipe médica prisional através de questionário. O trabalho apresenta contribuições ao estudo da saúde prisional feminina e do impacto permanente da prisão no bem-estar físico, mental e social das mulheres presas e suas comunidades.

Palavras-chave: Direito à saúde; Saúde Prisional; Gênero e Prisões; Saúde da Mulher.

Abstract: Prisons have traditionally been established as institutions aimed at a young, marginalized male population, and were designed and implemented based on androcentric structures, but from which women have never been exempt. Therefore, this study focuses on the impact of prisons on women's health care. In order to achieve the proposed objectives, a qualitative approach was adopted, using bibliographic and documentary research combined with field research, where participant observation of ethnographic inspiration was used at the Instituto Penal Feminino Desembargadora Auri Moura Costa and Creche Amadeu Barros Leal, in Ceará. In addition, in-depth open interviews and questionnaires were applied, through which 19 women (prisoners and former prisoners) were interviewed. Information was also collected from the prison administration and medical staff through a questionnaire. The work presents contributions to the study of women's prison health and the permanent impact of prison on the physical, mental and social well-being of women prisoners and their communities.

Keywords: Right to health; Prison health; Gender and prisons; Women's health.

¹ Doutoranda em Sociologia e Mestre em Avaliação de Políticas Públicas pela Universidade Federal do Ceará (Brasil) com apoio da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico. E-mail: nikaellylf@gmail.com.

² Doutora em Educação pela Universidade Federal do Ceará (UFC) com pós-doutorado pelo Instituto de Ciências Sociais (ICS) da Universidade de Lisboa (ULisboa). E-mail: celecinavs@gmail.com.

Resumen: Las prisiones se han establecido tradicionalmente como instituciones dirigidas a una población masculina joven y marginada, y fueron diseñadas e implementadas con base en estructuras androcéntricas, pero de las cuales las mujeres nunca han estado exentas. Por lo tanto, este estudio se centra en el impacto de las prisiones en la atención a la salud de las mujeres. Para alcanzar los objetivos propuestos, se adoptó un enfoque cualitativo, utilizando investigación bibliográfica y documental combinada con investigación de campo, donde se utilizó la observación participante de inspiración etnográfica en el Instituto Penal Feminino Desembargadora Auri Moura Costa y Creche Amadeu Barros Leal, en Ceará. Además, se aplicaron entrevistas abiertas en profundidad y cuestionarios, a través de los cuales se entrevistó a 19 mujeres (reclusas y exreclusas). También se recopiló información de la administración penitenciaria y del personal médico a través de un cuestionario. El trabajo presenta contribuciones al estudio de la salud de las mujeres en prisión y el impacto permanente de la prisión en el bienestar físico, mental y social de las mujeres privadas de libertad y sus comunidades.

Palabras clave: Derecho a la salud; Salud penitenciaria; Género y prisiones; Salud de las mujeres.

Introdução

O atual modelo prisional se consagrou enquanto instituição de expiação, tradicionalmente voltada a uma população masculina, jovem e marginalizada, sendo idealizada e implementada a partir de estruturas androcêntricas, mas da qual as mulheres jamais estiveram isentas. Nesse sentido, a consolidação do encarceramento enquanto principal ferramenta de controle social de populações indesejadas, tem constituído um dos principais instrumentos pelo qual se manifesta o extermínio necropolítico nas sociedades capitalistas, projeto firmemente estruturado por marcadores sociais que juntos moldam a experiência humana, o que acaba por impactar no tratamento recebido pelas mulheres presas.

Em confinamento precário, o acesso aos serviços de saúde, prevenção, assistência e vigilância encontram-se dificultados ou cerceados pela negligência e pela violência, contexto em que a mistanásia é normalizada, atuando sobre sujeitos cujas vidas não são reconhecidas como tal (Leal *et al*, 2016; Menezes Neto; Bezerra, 2018; Butler, 2024; Summit Saúde, 2022). Dessa forma, o cenário prisional aprofunda as desigualdades estruturais a que estão submetidas previamente, pois encarceradas em um sistema estabelecido com base em uma ótica marcadamente masculina, práticas, serviços e condições prisionais refletem o valores da masculinidade ao tempo que ignora

as especificidades femininas, constituindo cenário que propicia e agrava doenças, além de torná-las ainda mais vulneráveis.

Nesse contexto, a noção de vulnerabilidade está relacionada às condições que têm os sujeitos tanto para sua autoproteção, quanto àquelas oferecidas pelos governos através da concretização dos direitos sociais, fatores que determinam o grau de suscetibilidade do indivíduo ao adoecimento. Por essa razão, a vulnerabilidade se intensifica no ambiente carcerário, onde "a sobreposição de categorias produz uma sinergia de desigualdades sociais e a ampliação das desvantagens desses grupos no cuidado de si" (Dalenogare, 2022, p. 266).

Com isso, parte-se da preocupação com os impactos do cárcere no bem-estar físico, emocional e social das custodiadas, analisando as práticas de cuidado e atenção à saúde recebidas pelas mulheres durante o cumprimento da pena. Por essa razão, o presente estudo qualitativo se volta à análise da saúde da mulher privada de liberdade no Instituto Penal Feminino Desembargadora Auri Moura Costa (IPFDAMC), localizado no estado do Ceará, a partir da percepção de mulheres presas e egressas, equipe médica prisional e administração prisional.

Dentro desse escopo, a saúde foi compreendida de modo amplo, considerando que condições relacionadas ao meio ambiente, à alimentação, às condições de trabalho e de acesso à moradia e renda, atravessadas por diferentes relações interseccionais de poder, agem sobre os estados de bem-estar e produzem perfis epidemiológicos de saúde e doença, o que torna ainda mais precária a privação de liberdade para grupos oprimidos, como a população carcerária feminina (Brasil, 2004; Barata, 2009; Collins, 2022).

Na direção dos objetivos propostos, utilizou-se de pesquisa documental aliada à pesquisa de campo, na qual foram instrumentalizados observação participante de inspiração etnográfica, entrevistas abertas em profundidade e a aplicação de questionários. Para melhor embasamento teórico, a bibliografia foi amplamente consultada, bem como as conclusões documentadas pelo

Conselho Nacional de Justiça e pelo Mecanismo Nacional de Combate à Tortura, por ocasião de inspeções realizadas em 2021 e 2022. Além disso, foram coletadas informações com a equipe médica e a administração prisional por meio de questionário.

O trabalho de campo foi realizado na Unidade Prisional Feminina Desembargadora Auri Moura Costa (IPFDAMC) e na Creche Amadeu Barros Leal (CABL) nos anos de 2022 e 2023. Ao todo, foram entrevistadas 19 presas ou egressas da referida UP, que lá estiveram entre os anos de 2020 e 2023. O grupo foi constituído por mulheres de diferentes faixas etárias (entre 20 e 56 anos), que se reconheciam segundo diversos perfis étnico-raciais, gineco obstétricos, educacionais, de orientação sexual e identidade de gênero. Majoritariamente, foram entrevistadas mulheres negras (84,21%), solteiras (52,63%), não heterossexuais (n=12), mães (84,12%) e que não concluíram o ensino fundamental (63,15%), o que corrobora com o perfil socioeconômico nacional para mulheres em privação de liberdade (SISDEPEN, 2025).

Salienta-se que o nome de todas as mulheres entrevistadas foi substituído por variações com o prenome “Maria”, em alusão à canção de Milton Nascimento. A escolha se deu em face de tudo que foi visto, sentido e ouvido durante a realização do trabalho de campo. Durante as entrevistas, viu-se e ouviu-se mulheres. Nem boas, nem más, apenas mulheres profundamente marcadas e que apesar de toda dor, esquecimento e abandono se mantêm sonhando, vivendo e amando com uma “*estranha mania de ter fé na vida*”.

Garantias fundamentais, realidades letais

O direito à saúde é um direito fundamental expresso na Constituição brasileira do qual todas as pessoas são titulares, incluindo-se as pessoas presas. Ainda que a própria noção de pena privativa de liberdade pressuponha a violação de um direito fundamental: a liberdade, a Carta Magna em vigor, ao estabelecer o respeito à integridade física e moral dos presos e presas, reconhece que

devem ser preservados todos os direitos que contemplam uma pessoa livre, com exceção daqueles incompatíveis com a sua condição peculiar de preso (Moraes, 1998). No entanto, mesmo diante da força normativa imposta pelo texto constitucional, direitos fundamentais restam não concretizados face ao desencontro entre suas premissas e uma sociedade estratificada e hierarquizada (Almeida, 2020), cujas desigualdades de classe, gênero e raça, entre outras, são dolosamente inobservadas.

No âmbito da saúde prisional, os impactos da inobservância de marcadores sociais aliado a uma concepção universal do ser humano são profundos, havendo a sobreposição de categorias que produzem uma sinergia de desigualdades sociais e reverberam na ampliação das desvantagens desses grupos no cuidado de si, de modo que os processos que estruturam a sociedade são os mesmos que produzem as desigualdades sociais e produzem perfis epidemiológicos de saúde e doença (Barata, 2009), tornando ainda mais precária a privação de liberdade para grupos minoritários, como a população carcerária feminina.

Nesse sentido, as desigualdades sociais, econômicas e culturais se manifestam de modo específico no adoecimento e na morte das populações, afetando de forma singular cada indivíduo. Os indicadores de saúde evidenciam que pessoas expostas a condições precárias encontram-se em situação de maior vulnerabilidade, apresentando menores expectativas de vida (BRASIL, 2004). Nesse cenário, a intersecção entre desigualdade social e acesso à saúde assume contornos ainda mais complexos quando se observa a realidade das mulheres presas, cujas trajetórias são marcadas por estruturas históricas de opressão e exclusão (Delziovo *et al*, 2019; Freitas, 2023).

No sistema prisional, as desigualdades de gênero se intensificam, produzindo impactos significativos sobre a saúde. Ainda que a legislação nacional e internacional preveja amplamente garantias específicas voltadas à proteção da mulher presa, persistem obstáculos estruturais que dificultam o acesso a serviços essenciais, revelando o distanciamento entre a tutela normativa e as condições reais de vida nas prisões. Assim, as garantias legalmente constituídas não se bastam para

a garantia de condições mínimas para o tratamento de mulheres na prisão, visto que, “o sistema de segurança parece ser uma malha impermeável aos direitos humanos e equidade de gênero” (Dalenogare, 2022, p. 270).

Nesse cenário, perpetua-se no sistema prisional feminino cearense um importante histórico de prostituição e prevalente aparição de IST's (54,1%) em uma população que é majoritariamente formada por pessoas em idade fértil (90,4%), multigestas e múltiparas (Menezes, 2018). Nesse contexto, é comum a aparição de doenças crônicas, principalmente respiratórias em mulheres presas, além de quadros de hipertensão, HIV, diabetes, asma, bronquite, doenças pulmonares, hepatite, doenças neurológicas, tuberculose e câncer, além de outras doenças. Mesmo com taxas de adoecimento superiores as da população em geral, diversas são as dificuldades de acesso à atenção à saúde integral, incluindo a ginecológica e obstétrica eficiente e humanizada, bem como cuidados preventivos, principalmente, de doenças relacionadas ao câncer de colo uterino e mama (Delziovo *et al*, 2019).

Somado a isso, persiste a aparição de “inúmeros problemas ginecológicos como miomas ou cistos no ovário, questões relacionadas ao ciclo menstrual, complicações decorrentes do parto ou aborto espontâneo” (Instituto Terra, Trabalho e Cidadania, 2020). No presente estudo, mesmo entre as mulheres que estiveram presas por um período superior a 2 anos, somente uma foi ao ginecologista com alguma frequência após mencionar, insistentemente, o histórico de câncer uterino na família, enquanto as demais conseguiram de 0 a 1 atendimento médico especializado durante todo o período de aprisionamento. Maria Letícia, mulher negra e egressa, disse que em 5 anos presa: *“se fui 3 vezes no ginecologista foi muito. Na família da minha mãe quase todo mundo tem câncer no útero, aí eu informei lá no sistema, mas mesmo assim, demorou pra ter atendimento”*.

O 2º Levantamento de Informações Penitenciárias Femininas indicou que, em 2017³, 37.828 mulheres estavam presas, mas para garantir o acesso aos cuidados em saúde reprodutiva e sexual dessa população, 27 ginecologistas atuavam em todo o sistema, prevalecendo mais de 1.400 mulheres por profissional, dos quais, somente 20 eram funcionários efetivos. Em 2022, missão do CNJ produziu um perfil dos servidores penais da SAP/CE, apontando que somente os servidores de segurança prisional eram concursados, enquanto os profissionais de saúde (médicos enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, técnicos farmacêuticos e auxiliares de odontologia) e os profissionais da equipe multidisciplinar (psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais e advogados) eram contratados diretamente pela Secretaria, sob a justificativa de que a facilidade na rotatividade garante uma melhor qualidade do serviço prestado.

Contudo, essa estratégia adotada pela SAP, além de fragilizar o vínculo empregatício, envolve a quebra de um dos pontos estratégicos da Política Nacional de Atenção às Mulheres Presas e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE), pela qual os serviços médicos prisionais estarão integrados aos programas do Sistema Único de Saúde. Sem isso, fecha-se ainda mais as portas do cárcere e encerram-se os profissionais às suas diretrizes, os quais serão facilmente substituídos quando não desempenharem o seu papel nos moldes determinados pela Secretaria. Para o CNJ:

Insta destacar que todas as equipes de saúde do Estado estavam ligadas à SAP e os recursos do Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) são usados para insumos. Este cenário fere todos os preceitos basilares de nosso SUS, de nossa legislação penal e ainda, dos princípios internacionais afetos à saúde. A universalidade do acesso é fundamental e sua omissão deve ser caracterizada como tratamento degradante, afetando a dignidade humana (Conselho Nacional de Justiça, 2022, p. 60).

Segundo informações prestadas pela administração penitenciária, um médico atende cinco vezes por semana e 1 psicólogos três vezes. Aos finais de semana não há atendimento médico. Para o CNJ, a administração prisional apontou que o corpo técnico do IPFDAMC era formado por

³ Atualmente a Senappen oferece informações até dezembro de 2022, período em que indica a existência de 2 equipes próprias de ginecologia no país.

02 psicólogas (3 vezes por semana), 1 dentista (3 vezes por semana), 8 professores (4 vezes por semana), 2 assistentes sociais (4 vezes por semana), 6 enfermeiros e 2 advogados da SAP, sendo a equipe médica integralmente vinculada à Secretaria (Conselho Nacional de Justiça, 2022). De outro modo, em resposta ao questionário aplicado em 2023, a administração prisional apontou que a equipe médica do IPFDAMC é composta por um dentista (30h semanais), dois enfermeiros (30h semanais, cada), um clínico-geral (20h semanais), uma ginecologista (20h semanais), uma psicóloga (30h semanais) e um psiquiatra (20h semanais).

A despeito da quantidade de bebês na Creche Irmã Marta⁴, não há médicos pediatras e nem terapeutas ocupacionais. Tal quadro denota uma diminuição no número de profissionais disponíveis na unidade, principalmente, se considerarmos que 4 dos enfermeiros que atuavam em 2022, parecem não atuar em 2023. Em dezembro de 2024 na unidade prisional (UP) visitada, somente 1 clínico geral estava disponível para o atendimento das mulheres presas (Secretaria Nacional de Políticas Penais, 2025).

Além da carência de profissionais no âmbito da saúde e assistência aos presos, verifica-se que há uma insuficiência de equipamentos e materiais que permitam o devido atendimento, de modo que as unidades prisionais possuem um quantitativo inferior de equipamentos médicos essenciais. Assim, mais de 30% das mulheres presas no Ceará se encontram custodiadas em instituições prisionais que não têm módulo de saúde. Estar em uma unidade não equipada, significa estar submetida à discricionariedade dos agentes penitenciários de reconhecerem os seus sintomas como passíveis de cuidados médicos, ou ainda, da autorização de saída e acesso aos equipamentos

⁴ Anexo do presídio feminino, composto por 5 celas destinadas a grávidas, lactantes e bebês de até 2 anos. No mês de outubro de 2023, o IPFDAMC abrigava 7 mulheres lactantes, 7 bebês (com idade entre 1 mês e 1 ano e 9 meses), 12 mulheres grávidas, além de 7 mulheres com idade gestacional inferior a 7 meses. Entre as crianças, uma aguardava o registro civil, duas aguardavam vacinação obrigatória e duas aguardavam tratamento para sífilis. O tratamento prescrito pelo médico-infetologista (externo) deveria iniciar aos 45 dias de vida, contudo, com três meses de idade, nenhuma delas havia dado início ao acompanhamento.

de saúde da localidade pela direção do estabelecimento penal.

Em resposta ao questionário da pesquisa, a equipe médica prisional indicou que a estrutura de saúde da UP conta com consultório médico e odontológico, sala de atendimento clínico multiprofissional, sala de coleta de material para laboratório, sala de curativos, suturas, vacinas e posto de enfermagem, sala de procedimentos, cela de espera, cela de observação, farmácia ou sala de estoque, depósito de material de limpeza, sanitário para pacientes, sanitários para a equipe de saúde, aparelhos de imagem, material de limpeza, material de laboratório, bebedouros e copa para a equipe médica.

No entanto, chama atenção que a equipe tenha apontado não haver material para sutura, sala de esterilização ou macas para as pacientes. Importante salientar que a existência de macas foi apontada pelas entrevistadas, ao passo que também foi vista por ocasião da observação participante, o que pode retratar somente um equívoco no preenchimento do questionário, visto que, no período de janeiro a junho de 2023, foram registrados no Sistema Nacional de Informações Penais a realização de milhares de procedimentos e atendimentos médicos na unidade, incluindo-se 52.612 procedimentos de sutura e curativo, o que numa divisão simples entre as internas do período conforme descrito pela Secretaria Nacional (n=669), tem-se que cada interna precisou de, pelo menos, 78 procedimentos de sutura durante o primeiro semestre do ano.

No mesmo período, estão registradas a ocorrência de 223 atendimentos médicos externos, 1.879 internos, 1.881 odontológicos, 1.518 psicológicos, 1.356 aplicações de vacina, 6 intervenções cirúrgicas e 21.196 exames e testagens (Sistema Nacional de Informações Penais, 2023), quantitativo que não encontra reflexo nos relatos das mulheres presas e egressas entrevistadas, vez que a execução das deficitárias políticas de saúde no cárcere feminino indicam que são os fetos e os bebês os principais destinatários das políticas prisionais para mulheres (Freitas, 2023). Exemplo disso, o Relatório de Informações Penitenciárias referente ao 2º semestre de 2024, delimita o eixo

de mulheres à quantidade de gestantes e lactantes, de celas e dormitórios para gestantes, de filhos no estabelecimento prisional, faixa etária dos filhos, berçários e creches nos estabelecimentos, além das equipes próprias para atendimento nos berçários (Secretaria Nacional de Políticas Penais, 2025).

Nesse cenário, o adoecimento e a dilapidação da saúde da mulher operam por inúmeros mecanismos pelos quais a violência se manifesta dentro do cárcere. Não por acaso, as egressas se autointitulam como sobreviventes, visto que, todos os aspectos da prisão atentam contra à vida e à dignidade de populações inteiras. Revela-se assim, a múltipla penalização a que estão submetidas as pessoas presas, cuja sentença nunca se limita ao determinado pela(o) juíza (juiz).

A saúde da mulher em situação de privação de liberdade no Ceará

A atenção integral em saúde parte da concepção de cuidado que abrange todas as dimensões da vida humana que atuam sobre o bem-estar físico, mental e social. Dessa equação, participam o meio ambiente, o estilo de vida, as relações sociais e as histórias de vida, o que pressupõe uma assistência humanizada e escuta ativa orientada pelo respeito à diversidade, à equidade e às decisões informadas (Ministério da Saúde, 2025).

Nesse sentido, também integram a saúde integral as facilidades ou as dificuldades enfrentadas para o acesso aos serviços de saúde e os recursos de poder – econômicos, sociais, psicológicos ou culturais –, dos usuários para superar esses obstáculos, sejam eles de natureza geográfica, organizacional, relativas ao modelo assistencial, financeira, ou mesmo, pela existência ou não de uma política de saúde específica (Vieira-da-Silva, 2014).

Com isso, há que se salientar que o Sistema de Justiça Criminal e o aparatos de segurança pública são importantes vetores na tomada de decisão por parte dos usuários dos serviços de saúde. Certamente, réus em processos criminais e monitorados pela via eletrônica encontram maiores

barreiras na busca por ações preventivas ou tratamentos em saúde. No Ceará, assim como em outros estados, esse cenário se soma às dinâmicas das facções criminosas que limitam o direito de ir e vir e, conseqüentemente, o acesso aos serviços públicos essenciais (Paiva, 2019). Contudo, esses sujeitos ainda conservam certo poder de decisão inerente ao seu estado de liberdade.

De outro lado, enquanto objeto corporificado custodiado pelas forças do Estado, a pessoa presa não pode decidir questões básicas de seu cotidiano, o que inclui não só aspectos relacionados a sua rotina, mas também o controle da alimentação, hidratação, uso de medicamentos, sexualidade, reprodução e prevenção em saúde, o que causa no indivíduo espécie de infantilização imposta por uma realidade permeada pela sistemática violação de direitos, imposição do adoecimento e degradação biológica dos corpos.

Dessa forma, como instituição total, a prisão “opera na transformação do indivíduo em um ser passivo, uma vez que, a princípio, todas as suas necessidades dependem da instituição” (Cappellari, 2019, p. 956), de modo que o suprimento de necessidades básicas passa a ter natureza de recompensa e ferramenta de docilização. No caso das mulheres presas, essa dinâmica adquire contornos ainda mais complexos, pois entrelaçada com a violência de gênero, desvaloriza demandas específicas, tais como saúde reprodutiva, direitos sexuais, higiene menstrual e saúde mental.

Esta inobservância discriminatória das necessidades da mulher contribui para a sua ruptura, não só com o mundo exterior, mas com a ideia de quem era antes do cárcere. Processo totalizante que se traduz na deterioração da identidade, em que, por meio da segregação, as pessoas presas são destituídas, até mesmo, do controle das informações sobre sua saúde, rotina e até de si mesmas (Goffman, 2019).

No meio carcerário estudado, parte da dinâmica de sujeição está na determinação de que ao apresentarem sintomas negativos ou doenças, as mulheres devem informar a uma agente penal de seu estado. Por sua vez, a servidora julgará a seriedade das queixas, para em seguida, se assim

decidir, buscar o agendamento do atendimento médico na unidade. No entanto, passar no crivo das policiais penais não é uma tarefa simples.

Além da exposição ostensiva ao adoecimento, a pessoa presa não pode escolher ir até uma unidade de atendimento médico, tendo que ser submetida à discricionariedade dos agentes prisionais a fim de que estes determinem a gravidade e a veracidade de suas queixas, de modo que, não raramente, podem ser encaminhadas para tratamento em um estágio avançado da doença diante das limitações das habilidades de detecção (Burki, 2020). Nesse cenário, narram as mulheres entrevistadas que viviam em meio a negligência e o medo:

“Elas [as agentes] morria de raiva se alguém passasse mal à noite porque as presas batiam garrafa pra chamar as enfermeiras, aí todo mundo ficava no procedimento⁵” (Maria Luiza).

“Tinha uma presa que tinha lombriga saindo pela bunda, [ela] já tinha pedido pra ir no médico, mas ninguém levava” (Maria Júlia).

Tal cenário ocorre em detrimento das claras recomendações de que as “decisões clínicas só podem ser tomadas por profissionais de saúde responsáveis e não podem ser modificadas ou ignoradas pela equipe prisional não médica” (Organização das Nações Unidas, 2016). Em nosso estudo, Maria Júlia afirmou que foi uma vez ao clínico geral e uma vez ao dentista quando sentiu dor, pois conseguir o encaminhamento era muito difícil:

“Eu tinha crise de garganta sempre, mas nunca consegui ir no médico. Eu tomava só os remédios que a minha família trazia, uma vez deu pus na garganta aí eu tive que tomar quase tudo que eles trouxeram. Mas eu não gostava de ir no médico,

⁵ “Estando na cela, colocar-se em fileiras, sentado de costas para a porta, com os dedos entrelaçados sobre a cabeça baixa encostada nos joelhos, só falar com o servidor se for autorizado; ao sair ou entrar na cela, despir-se, mostrar a roupa, mostrar o interior da boca, orelha e as genitálias, agachar quantas vezes o funcionário achar necessário; no pátio de banho de sol, caminhar em círculos sem parar ou em linhas, posicionar-se nas linhas quando tiver autorização para parar; ao aguardar movimentação nos corredores ou salas, virar-se para a parede, com cabeça baixa, joelhos e pés encostados na parede. Foi relatado que os comandos são dados às pessoas presas de forma direta e curta, não sendo permitido nenhum tipo de ponderação como uma limitação física ou doença que não permita fazer o movimento na rapidez ou com a duração esperada (caso de idosos, pessoas com uso de prótese, falta de espaço no ambiente, dentre outros)” (CNJ, 2022, p. 64/65)

porque eles deitavam a gente na maca algemada e eu achava perigoso" (Maria Júlia).

O fato apresentado por Maria Júlia foi presenciado pela autora durante visita técnica na UP. Na ocasião, ao passar pela ala médica foi possível visualizar e conversar brevemente, através das grades, com algumas mulheres em observação pós-cirúrgica ou que aguardavam atendimento médico, nos dois casos elas esperavam algemadas às macas. Na percepção das entrevistadas, a espera é permeada pela insegurança e nervosismo, notadamente pelo contexto de violência em que vivem.

No entanto, o adoecimento não espera. Nas entrevistas realizadas, foram relatados casos de hipertensão, sífilis, hipercolesterolemia, esteatose hepática, diabetes, depressão grave, dependência química, gastrite, transtorno afetivo bipolar, pressão baixa e anemia, havendo ainda uma presa adquirido tuberculose durante o aprisionamento e outra tratava de hanseníase⁶, ao passo que todas relataram dor de cabeça frequente. Nesse cenário de adoecimento, o mínimo existencial para uma sobrevivência digna é negado e a dor potencializada pelo sadismo institucional. Desse modo, segundo a equipe médica do estabelecimento prisional, "todos os medicamentos oferecidos pelo SUS são contemplados pela unidade", que conta com uma farmácia abastecida e organizada. Todavia, Maria Cecília enfatiza que "*chorava por remédio, a enfermeira passava e não dava*".

Durante as entrevistas, foi possível perceber a prevalência de infecções do trato urinário, dores persistentes na região pélvica, tuberculose e desenvolvimento/ agravamento de doenças psiquiátricas, entre as doenças adquiridas no período de encarceramento e de modo semelhante, a pesquisa de Menezes (2018) em três prisões femininas do estado do Ceará – entre elas o IPFDAMC –, apontou como antecedentes clínicos frequentes a tosse crônica, hipertensão arterial crônica, *diabetes mellitus* e infecções do trato urinário inferior. Diante disso, quando questionada acerca

⁶ Importante salientar a imprecisão dos dados apresentados pela SENAPPEN, à medida que no período (2023.1) não foi registrado qualquer interna com diagnóstico de hanseníase no sistema prisional feminino do Ceará.

da existência de ações preventivas para doenças e agravos médicos, a administração prisional se limitou a dizer que “*sim*”, isto é, que ações eram realizadas preventivamente, não apontando, no entanto, quais seriam elas.

Apesar disso, percebe-se que as doenças e quadros de saúde relatados neste trabalho, corroborados pelo que analisou Menezes (2018), estão diretamente relacionados às condições de aprisionamento, sobretudo, pelas condições de salubridade, falta de materiais de higiene e cerceamento do consumo de água. Recurso que, embora vital, é limitado a duas ou três vezes ao dia por alguns minutos (Conselho Nacional de Justiça, 2022).

Mesmo a água limitada, por vezes, é reduzida a nada em face de punições ou quebra da bomba, de modo que, nem mesmo o tanque é abastecido todos os dias. Sobre isso, Maria Letícia apontou que havia dias que “*não saia um veneno de água*” das torneiras. Diante disso, a limitação no consumo de água aliado a falta de sanitários na cela e sua substituição por buracos no chão, como descrito nas entrevistas com presas e egressas, se unem a lotação e a falta de privacidade na utilização dos banheiros, o que “pode, além de outras coisas, favorecer o adiamento do desejo miccional de forma rotineira” (Menezes, 2018, p. 20), influenciando à aquisição de agravos médicos como aqueles anteriormente citados.

Sobre as práticas de higiene menstrual, Maria Luiza relata que “[...] *Logo quando o malote⁷ chegava, a gente ficava no veneno porque as agentes tomavam. Ficava[mos] só a roupa do corpo. Aí a gente usava esponja do colchão no lugar do absorvente. Já tive [uma] amiga que teve infecção e só recebia uma pomada pra passar*”.

Mesmo quando oferecidos pela unidade, a quantidade dos itens se mostrava insuficiente. Sendo assim, Maria de Nazaré apontou que era comum que faltassem absorventes menstruais, visto

⁷ Conjunto de mantimentos para higiene e vestimenta que, na maioria das vezes, é fornecido por familiares ou entidades religiosas. Em algumas regiões o malote é chamado de jumbo ou sacola.

que a quantidade fornecida não era suficiente para o mês e ainda os itens fornecidos eram de péssima qualidade e não grudavam na calcinha, mas “*quando não tinha, a gente segurava a menstruação sem nada*”. A egressa também relatou que, por vezes, precisou trocar seus psicotrópicos por absorventes ou comida. Já Maria Cecília contou que “*no período da menstruação era uma peleja, não tinha água, não tinha como dar descarga, ficava uma imundície. As presas menstruadas, iam no banheiro, sujava e não tinha água pra dar descarga*”.

Com isso percebe-se que o cárcere, longe de romper com o ciclo de imposição da miséria, expõe as mulheres à intensificação da pobreza a que foram submetidas durante suas vidas. Nesse processo, mães presas por encontrarem no tráfico de drogas uma estratégia de sobrevivência para si e para os filhos, são novamente expostas à fome, à sede e à humilhação para conseguir itens básicos ou mesmo buscar atendimento médico para as dores impostas pela submissão a tratamentos degradantes e desumanos.

Junto desses aspectos, tem-se a recorrência do uso da *tranca* ou isolamento em todos os presídios cearenses, o que denota a adoção banalizada de uma só forma de sanção disciplinar ou pedagógica para toda e qualquer falta cometida pelo preso, de modo que, a inadequação postural durante o “procedimento” ou uma briga pode ter como consequência o mesmo tratamento: isolamento (Conselho Nacional de Justiça, 2022). No caso de Maria Rita, nenhum atendimento ou tratamento foi oferecido para a infecção urinária que adquiriu após um período na *tranca*. Somente após sua soltura conseguiu ir ao médico, ficando internada por dez dias, tempo semelhante àquele a que foi submetida ao castigo no interior do castigo. Paciente do mesmo remédio, Maria Letícia conta que

“[A tranca] era um inferno, 80 e tantas numa cela. As agentes mandavam a gente tirar tudo, até o absorvente da calcinha e ficavam segurando nas pernas. Cagavam e as agente metia a peia. Nós saía imunda da tranca, umas agente mandava a gente se lavar com café. Por isso eu surtava, por causa dessas atitudes, entendeu? Elas mandavam tirar a roupa e tacava spray de pimenta, em todo canto, até nas parte da gente, todo mundo ficava passando mal. Já tentaram me enforcar, só faltaram

matar, faziam isso até com as senhorinhas que tinha problema” (Maria Letícia).

Assim, percebe-se que, embora “as mortes no sistema prisional ganhem os noticiários quando se trata de uma rebelião, repleta de violência, cenas com muito sangue e terror. É no silêncio do dia a dia, no que as prisões detém de mais banal, que se escondem as práticas institucionais que encurtam muitas vidas” (Silva, 2021, p. 83). Nesse cenário, ainda na cela destinada às grávidas, trabalhadoras, idosas e doentes crônicos – as quais gozam de *status* diferenciado na ótica prisional – o acesso à saúde não era adequado. Maria Rita narra que *“Na rua A, tinha muitas pessoas doentes. E mesmo assim, só tinha acesso a médico quando tavam morrendo. Elas pediam ajuda as outras ruas pra bater garrafa também e chamar as agentes pra ajudar, mesmo a rua A sendo a mais próxima de onde as agentes ficavam”*.

Contudo, as barreiras impostas ao atendimento médico não se encontram somente no acesso à saúde intramuros. A Lei de Execução Penal brasileira determina que “quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover a assistência médica necessária, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento” (Brasil, 1984). Todavia, o atendimento médico externo pressupõe a mobilização de escolta policial e transporte, além do investimento de tempo, pessoas e recursos, de modo que a administração penitenciária pode relutar em aplicar tanto capital em uma única presa (Burki, 2020).

Como relatado pelas mulheres entrevistadas, no IPFDAMC, a busca por atendimento médico emergencial depende de que outras presas chamem a atenção da guarda prisional batendo garrafas plásticas (que servem ao armazenamento de água) no chão e grades da ala. No entanto, a depender da conclusão da agente, o barulho pode se reverter em punição, suspensão de visitas ou privação de itens básicos para todas as mulheres daquela rua.

A própria percepção dos agentes de segurança acerca das pessoas presas serve à desvalorização dos sintomas e queixas relatadas quando, estes últimos, manifestam-se quanto

ao seu estado de saúde. Pela polícia penal, “os detentos são percebidos, muitas vezes, como incapazes, indolentes e dissimulados” (Freire; Pondé; Mendonça, 2012, p. 145). Corroborando essa concepção, Maria Rita relatou que:

“Quando tinha alguma dor, a gente batia garrafa e a agente vinha verificar o que era, ver o estado da pessoa e ver se ela merecia ir [ao setor médico], se realmente precisava de ajuda. Uma vez uma presa passou mal e a agente beliscou ela, pensando que ela tava fingindo” (Maria Rita).

Os relatos ouvidos apontam para a possibilidade de uma expressiva subnotificação determinada pelo número de presas que restam não recebendo atenção médica ou tratamento adequado, somadas ainda àquelas que não procuram ajuda médica por medo de sofrerem humilhações e negativas por parte da segurança (Burki, 2020). Isso porque em um contexto de violência sistêmica, demonstrar vulnerabilidades pode ser perigoso. Maria Rita revelou que na prisão: “[...] *Às vezes eu ficava chorando no tanque, me irritava, dava murro na parede e surtava*”, razão pela qual pedia ajuda às agentes que sabia que iriam encaminhá-la ao médico. Mas, algumas vezes, além de não ser encaminhada, era submetida a maior degradação: “*Elas não passavam [para o médico] e ainda faziam pior, me deixavam mais estressada, passavam pimenta na minha cara, botava minha mão pra trás, me batia e me colocava na tranca*”.

No mesmo local, Maria Luiza esteve presa durante 7 anos. Nesse período, sentia dores pujantes na barriga, as quais combatia com analgésicos. No curso do cumprimento da pena, sua barriga passou a crescer de forma irregular e rápida, precisando ser encaminhada para um hospital “*de fora*”. Contudo, vestindo uniforme prisional, algemada com as mãos para trás e sem qualquer autonomia sobre o próprio corpo, não pôde realizar os exames requeridos pela equipe médica, pois os agentes penais acharam o procedimento demorado e a levaram de volta ao presídio. Novamente, somente com um remédio para dor. Anos depois, após sua soltura monitorada, procurou atendimento médico, onde constatou que seu fígado tinha peso muito superior à média de um órgão saudável, o que atribuiu à ingestão de álcool em gel misturado com suco durante as “*farras do presídio*”. A

egressa também informou que sofreu com pressão alta quando estava presa, mas que, ao sair, a pressão normalizou.

O constrangimento por meio do uso de algemas e uniforme no deslocamento para atendimento médico externo também são medidas que fazem com que as mulheres recusem ou adiem o cuidado médico, de modo que, podem solicitá-lo tardiamente, quando o quadro se agravou significativamente. No trabalho de Carvalho (2021, p. 76.), uma das mulheres revelou que: *“Ir ao médico, ou a qualquer lugar é sempre muito humilhante. Por isso não quero ir mais. Já avisei que não saio mais daqui. Sei que muitas pedem para sair e ver a rua, mas eu só quero ver a rua quando estiver livre”*.

Nesse cenário, 50% das mulheres presas no IPFDAMC apontam a própria instituição prisional como agente dificultante do acesso à saúde e 50% indicam que os agentes prisionais são a principal barreira para o seu alcance (Netto; Dias, 2018).

De outra forma, é interessante notar a paradoxal nuance que aparentemente se estende sobre a assistência médica no cárcere. Isso porque, muitas das mulheres só vieram a realizar testes rápidos, exames laboratoriais e consultas especializadas no precarizado ambiente prisional⁸. Não raro foram os relatos de que, somente a partir dos testes de admissão, descobriram não só estados gravídicos, mas também doenças como problemas da tireoide, cistos intra uterinos e principalmente, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs)⁹. Tal cenário aponta para uma intensificação da precarização de uma vida permeada pela desigualdade, manifestada pelos estados de saúde e condições de acesso

⁸ Segundo a administração do IPFDAMC quando a interna dá entrada no ambiente prisional, ela passa por uma triagem, na qual é “verificada CNI (coleta de dados, exame covid e teste rápido)”. Acredita-se que o CNI apontado na resposta da unidade prisional diga respeito ao Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS), ou ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) ou ao Cartão Nacional de Saúde (CNS) ligado ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) no qual é possível ter acesso ao prontuário médico, medicamentos, consultas e exames da paciente. Cf. PINHEIRO *et al*, 2023.

⁹ No 16º Ciclo de Coleta de Informações (até 2024.2) foram registrados na UP: 24 mulheres com HIV, 12 com sífilis, 3 com hepatite e 1 com tuberculose (SENAPPEN, 2025).

e uso de serviços de saúde para ações preventivas ou assistenciais (Barata, 2009).

Tal panorama representa uma das faces mais cruéis do sistema penal neoliberal, o qual é utilizado enquanto política pública para populações não contempladas com nenhuma política social, para as quais o Estado se apresenta somente através do abraço prisional. Não à toa, parte significativa da população prisional cearense não possui sequer documentação pessoal, passando a existir formalmente a partir de sua passagem pela cadeia.

Para as mulheres presas, o cenário favorece a construção da narrativa de que mulheres-mães-gestantes são *salvas pela prisão*, argumento que contém uma condenação implícita às mulheres por não cuidarem de si (Castro, 2022). Esse discurso serve, inclusive, para a manutenção da prisão de mulheres que podem ser beneficiadas pela prisão domiciliar, em unidades que, em verdade, não possuem sequer equipe médica (Martil, 2020).

Se de um lado mulheres tiveram na prisão o acesso inaugural aos cuidados em saúde, aquelas que conviviam com doenças fora dos muros da prisão tiveram que adaptar seus tratamentos ou lidar com a falta deles no ambiente prisional. É o caso de Maria Alice que, convivendo com diabetes tipo 1 e gastrite crônica, realizava uma rígida dieta para evitar crises que envolvem dores estomacais, vômitos e desconforto abdominal. Contudo, dentro da UP, "*come aquilo que lhe oferecem*".

Nesse sentido, deve-se levar em consideração que as desigualdades e violências a que estão submetidas a maioria das mulheres presas de modo proeminente, provocam impactos nas condições de saúde que apresentam, de modo que, "a questão de gênero deve ser considerada como um dos determinantes da saúde na formulação das políticas públicas dentro das prisões" (Delziovo, 2019; p. 10), notadamente a partir de um olhar interseccional.

Isso porque, as desigualdades em saúde são profundamente impactadas pelos marcadores sociais, de modo que, mulheres brancas e mulheres negras (maioria nas prisões) podem enfrentar

diferentes barreiras no acesso à saúde. Desse modo, “os integrantes dos grupos étnicos ou raciais discriminados sofrem vários tipos de desvantagens, acumulando-se os efeitos da discriminação econômica, segregação espacial, exclusão social, destituição do poder político e desvalorização cultural” (Barata, 2009, p. 64).

Com isso, se percebe que “é de fundamental importância que se priorize o pleno acesso dessas mulheres ao sistema público de saúde, de modo que seja garantida não só a atenção integral à saúde, mas uma assistência de qualidade, que respeite as questões de gênero e as demais condições de vulnerabilidade em que se encontram” (Delziovo *et al*, 2019, p. 5).

Por fim, cabe apontar que, ao ser questionada acerca das maiores dificuldades em termos de assistência médica, a administração prisional respondeu que: “*não existe dificuldade, a equipe é multidisciplinar e de fácil acesso (médico(a), psiquiatra, ginecologista, dentista, psicóloga, fisioterapeuta e educador físico)*”. Contudo, em razão de todos os dados e depoimentos ouvidos e sentidos no presente estudo, discorda-se da manifestação da administração prisional quanto a facilidade de acesso à equipe multidisciplinar, visto que a possibilidade de atendimento médico não se mostrou equitativa e mesmo em termos objetivos, as mulheres custodiadas na Creche Irmã Marta (grávidas ou lactantes), anexa à Unidade, estão distanciadas fisicamente dos equipamentos de saúde prisional.

Contexto pandêmico

O enfraquecimento do sistema imunológico e as condições precárias de higiene a que são submetidas as presas, aliadas à exposição a violência e doenças diversas, faz com que o sistema prisional, seja, especialmente, propício para o aprofundamento de uma crise como aquela provocada pelo coronavírus com início, no Brasil, em 2020. Nesse espaço, a necropolítica (Mbembe, 2018) se manifesta de modo acentuado pela degradação da saúde das mulheres aprisionadas através da

promoção do enfraquecimento dos corpos, do adoecimento e da morte.

Dessa maneira, a precariedade do sistema penitenciário e a exposição continuada a patologias diversas, fazem que com que ambientes prisionais sejam incubadoras para a proliferação de doenças (Nowotny, 2020), realidade que não foi inaugurada pela última pandemia declarada, tendo em vista que essas são características presentes desde a concepção do sistema punitivo. Contudo, a realidade imposta pela emergência sanitária, intensificou os seus mecanismos, causando mudanças “no modo como governos, instituições e população naturalizam a gestão da vida em nome da sobrevivência” (Agamben, 2020).

No período pandêmico, o grupo de risco a ser monitorado no sistema prisional incluía: grávidas; puérperas até 45 dias após o parto; maiores de 60 anos; pacientes com tuberculose, pneumopatia, cardiovasculopatias, nefropatias, hepatopatias, doenças hematológicas, distúrbios metabólicos (incluindo diabetes *mellitus*); obesidade, transtornos neurológicos que possam afetar a função respiratória ou imunossuprimidos (Coordenação de Saúde no Sistema Prisional, 2021).

No entanto, no contexto prisional o próprio grupo de risco deve ser interpretado segundo os moldes da realidade carcerária, havendo que se considerar a situação peculiar da pessoa presa, exposta à aceleração do processo de envelhecimento e deterioração¹⁰ (Davis; Klein, 2020). Contudo, como visto, a prestação de cuidados de saúde encontra inúmeros obstáculos nas unidades prisionais, por serem elas instituições projetadas essencialmente em torno de questões concernentes à segurança e punição (Enggist *et al*, 2014).

Nesse panorama, a Organização Não-Governamental “Deixados para Morrer”, apontou que o Estado do Ceará vivenciou durante a pandemia, escândalos relacionados ao superfaturamento no serviço de alimentação aliado a subnutrição de detentos, além de denúncias de negligência, baixa

¹⁰ “Age remains the strongest risk factor for severe COVID-19 outcomes, with risk of severe outcomes increasing markedly with increasing age” (CDC, 2025).

testagem e torturas (Infovírus, 2021). Sobrevivente do período, Maria Leticia narra:

“Eu nem sei se eu peguei covid, na época muita gente tinha falta de ar, dor nos pulmão e não sentia gosto na comida, mas a gente achava que era uma gripe normal. Quando foi depois, cessou as visitas e os advogados. A gente sabia de pouca coisa sobre fora e só testaram a gente muito tempo depois. Nem as enfermeiras sabiam. Se eu peguei fiquei boa sozinha, muito depois que a gente soube do Covid” (Maria Leticia).

Nesse fluxo, a violência também se expressa através da negligência e da omissão, sendo certo que, “embora as doenças epidêmicas e as catástrofes possam ceifar muitas vidas, elas nunca agem no vácuo – as características sociais da população têm um papel importante na determinação do risco ou da exposição a danos” (Drucker, 2013, p. 07; Centers for Disease Control and Prevention, 2025).

Nesses termos, compreende-se por uma visão interseccional que as diversas formas de opressão vivenciadas pelas mulheres se aliam ao desprezo pelas vidas privadas de liberdade: “*Eu nem sei se tive covid, porque eu nem fui testada*” (Maria Cecília). Não por acaso, a segunda morte dentro do sistema prisional cearense por Covid-19, registrada e publicizada através do Jornal Diário do Nordeste (2020)¹¹, ocorreu no IPFDAMC, em maio de 2020, período em que 400 infecções haviam sido detectadas (Departamento Penitenciário Nacional, 2022). Dessa maneira, questionou o Instituto Negra do Ceará:

No dia 22 de maio, a primeira morte por Covid19 no sistema penitenciário feminino cearense, *foi divulgada apenas por familiares*. O falecimento de uma interna do Instituto Penal Feminino Auri Moura Costa não foi comunicado pelos canais institucionais da Secretaria ou noticiado pela mídia. *A mulher em questão não teve direito sequer a uma nota de pesar. Houve comoção? Quem era essa mulher?* Pessoas que sobreviveram à Covid 19 relatam que é uma doença solitária. Essa condição é ainda mais latente no sistema prisional, pois há uma vivência comum entre mulheres que adentram o cárcere: o abandono e a solidão. Poucas recebem visitas e, por conta disso, há um maior adoecimento mental das mulheres encarceradas e menor acesso a materiais de higiene pessoal, tornando

¹¹ “Trata-se de uma detenta de 48 anos, que estava no Instituto Penal Feminino Auri Moura Costa (IPF), localizado em Aquiraz. Ela estava respirando com ajuda de ventilador mecânico desde o início do mês de maio, no Hospital do Coração, e morreu na última quinta-feira (21). A identificação da mulher não foi informada”.

mais desumano e doloroso o cumprimento de pena e por certo, uma sobrecarga de sofrimento entre aquelas afetadas pela doença. Não é curioso que a Covid 19 tenha entrado no sistema prisional e no sistema socioeducativo pelas suas unidades femininas? O que isso nos diz da realidade das condições das mulheres e meninas privadas de liberdade? (Instituto Negra do Ceará, 2020).

Segundo dados registrados pelo Departamento Penitenciário Nacional, até 17 de outubro de 2022, foram contabilizados 6 óbitos, 8.380 detecções e 1905 suspeitas no sistema prisional cearense. No entanto, a dificuldade na sistematização e publicização de dados integrados ainda persiste na administração prisional, sendo possível encontrar dados discrepantes (Conselho Nacional de Justiça, 2023; Sánchez *et al*, 2023). Exemplo disso, o painel que, durante a pandemia, servia ao acompanhamento de dados referentes ao vírus, apresentava dados eram inconsistentes e desatualizados, não sendo dados confiáveis para elaboração de políticas de enfrentamento efetivas. Saliente-se que, “em maio de 2021, o Ceará, por sua vez, ficou 20 dias com o painel zerado em relação às informações de detecções e óbitos por Covid-19 entre a população prisional do estado” (Infovírus, 2020, p. 13). Enquanto a dinâmica interna se mantinha silenciosa por fora, lá dentro, o sofrimento andava de mãos dadas com o medo:

“Uma presa quase morreu na nossa frente, mas levaram e ela morreu lá em cima onde era o penal, onde ficava todas as presas com Covid. Se uma presa tivesse covid, fechava a cela toda e as presas ficavam isolada feito bicho. A comida era jogada na frente da cela, muitas mulheres adoeceram” (Maria Luiza).

Para o Instituto Negra do Ceará, a pandemia evidenciou o caráter misógino e lgbtfóbico do sistema prisional cearense, sendo o IPFDAMC e a UP-Imelda¹², as unidades prisionais com maior índice de contaminação. Em junho de 2020, juntas, somavam 58,99% dos casos (Instituto Negra do Ceará, 2020). Entre janeiro e junho de 2021, ainda durante a pandemia do novo coronavírus, a mortalidade de mulheres no sistema prisional se manteve expressiva, majoritariamente (35%) por razões naturais relacionadas à saúde, por suicídio (18,37%), por crime (6,12%) e 4,08% por causas

¹² Unidade prisional destinada ao segmento GBT+ (gays, bissexuais, travestis, mulheres transexuais e não-binários), idosos, deficientes e acusados de crimes repudiados entre os presos, tais como: violência sexual e violência doméstica.

desconhecidas (Departamento Penitenciário Nacional, 2022).

Em meio a esse cenário de medo e exposição, as presas precisaram lidar com a incomunicabilidade com seus familiares e advogados, ao passo que seus familiares também desconheciam seus estados de vida, doença ou de morte. Nesses termos, ainda as informações essenciais não eram repassadas às famílias, que viviam a angústia de desconhecer o estado de saúde dos parentes. Nesse sentido o CNJ descreveu:

Foram coletados diversos relatos de falta ou demora de informação às famílias quanto ao acometimento de doenças graves e óbitos das pessoas privadas de liberdade. Em certos casos, a omissão da informação é sanada apenas em dias de visita social, quando familiares são informados sobre transferências, ocorrências ou óbitos – estes eventualmente são omitidos por dias seguidos (Conselho Nacional de Justiça, 2022, p. 32).

Maria Luiza narra que, no período pandêmico, não só o medo da contaminação pelo vírus e do adoecimento fez parte do cotidiano prisional, mas a intensificação da violência e a interrupção de serviços que permitem a sobrevivência:

“Na época do COVID, foi um inferno, a gente recebia 1 máscara. Ficamos sem visita, aí foi quando o Governo começou a mandar esses kits. A gente teve piolho, ficamos podres porque a gente sobrevivia só com o que o governo dava, não queriam que entrasse nada, aí a gente dividia uma barra de sabonete pra duas presas. O kit vinha 1 sabonete, 4 pacotes de sabão em pó e 1 shampoo pra 24 presas. Aí vinha 1 pacote de absorvente pra cada. Se a rua desse trabalho, todos pagavam, tomavam tudo de todas, da rua toda. Muita gente pegava micose, piolho e muita doença de pele” (Maria Luiza).

Por esse panorama é que Mendes (2021) chamou de feminicídio de Estado as condutas, omissivas ou comissivas, dos agentes estatais durante a pandemia que causam “a morte de mulheres em razão da situação de desigualdade histórico-cultural de poder, construída e naturalizada como padrão de menosprezo ou discriminação ao gênero feminino”. Com a restrição do uso de água e as condições de salubridade, manter a higienização das máscaras de proteção contra a Covid-19 foi um grande desafio para as pessoas privadas de liberdade (Conselho Nacional de Justiça, 2022). As visitas sociais, suspensas no período pandêmico, retornaram gradualmente a partir de agosto de 2021 (Portaria SAP nº 382/2020), contudo, o Instituto Penal Feminino foi um dos últimos

presídios a, efetivamente, conseguir manter o calendário de visitas em vista do alto índice de contaminação, de modo que, semanalmente, não era possível ter certeza, até o momento do encontro, se de fato as visitas ocorreriam.

No presente estudo, questionou-se a administração prisional do IPFDAMC acerca da principal *causa mortis* no interior do presídio nos últimos três anos, tendo como resposta “*não houve*”. Chama atenção a resposta da Diretoria, vez que o período apontado corresponde aos anos de 2020, 2021 e 2022, tempo em que a pandemia do vírus Covid-19 esteve provocando diversas mortes dentro e fora do sistema prisional e os próprios dados Sisdepen apontam para a ocorrência de 8 mortes nos seis semestres.

Considerações Finais

Percebe-se desse modo que, assim como no *mundo livre*, o ambiente prisional não só reproduz, mas amplia a vulnerabilidade social a que são submetidas as mulheres presas, cujo perfil sociodemográfico indica a prévia vulneração, dificultando ou impossibilitando o acesso aos serviços básicos em saúde que comprometem sua qualidade de vida para além da pena de prisão. Como visto, o cárcere age tanto na aparição de problemas de saúde como agrava aqueles já existentes em razão das, já conhecidas, condições de precariedade sanitária e difícil acesso aos serviços de saúde, fazendo com que diversas mulheres cumpram pena por anos sem acesso a cuidados médicos.

As marcas físicas, emocionais e psicológicas apontam para a imposição de uma pena perpétua, tanto do ponto de vista social, quanto do biológico, vez que, na maioria das vezes, as sobreviventes não estão dotadas de recursos econômicos ou psicológicos para lidar com as consequências do cárcere, de modo que em tais condições, estas sequelas adquirem caráter de pena permanente. Ainda fica claro que a prisão é precedida de uma série de sanções extrajudiciais a que são submetidas as mulheres, num contexto de acentuada desigualdade em que o cárcere é utilizado

como política pública. Por este ângulo, é ingênuo perceber que a desatenção às especificidades femininas no âmbito prisional é resultado de uma invisibilidade numérica, visto que, há décadas milhares de egressas, pesquisadores e familiares simbolicamente *batem garrafa*, apontando para as diversas violações de direitos a que estão submetidas as mulheres presas.

Sendo assim, o cárcere enquanto instituição de reforma moral instrumentaliza as necessidades humanas, e aqui, as especificamente femininas, como mais uma ferramenta de humilhação e desumanização. No entanto, as mulheres seguem sendo desproporcionalmente afetadas pelo cárcere e indignas de que os problemas ocasionados por ele, dentro de uma estrutura social de imposição da miséria, sejam enfrentados no âmbito das políticas públicas.

A relutância em estabelecer políticas públicas, ou a ineficiência delas dentro do sistema carcerário brasileiro, apontam para significação de vidas cujo valor é ínfimo. Armazenadas como carga perecível, a prisão não impõe qualquer transformação positiva em suas vidas, mas intensifica o sofrimento e a dificuldade de sobrevivência, não só da apenada, como de suas famílias e comunidades.

Dessa forma, embora o direito fundamental à saúde das pessoas presas esteja amplamente tutelado em dispositivos nacionais, constitucionais e infraconstitucionais, assim como nos documentos internacionais, enquanto direitos humanos basilares reconhecidos pelo Estado, a consagração normativa por si só, não é suficiente para que pessoas encarceradas experimentem a efetivação desse direito por meio do acesso aos serviços médicos eletivos e emergenciais, do aprisionamento em instalações sanitárias adequadas, ou mesmo, do alcance de padrões básicos de higiene. Nesse cenário, impõe-se uma paradoxal realidade, onde um direito universal não é para todos.

É nesse sentido que, embora seja fundamental a denúncia das péssimas condições a que estão submetidas as pessoas presas e a necessidade de melhoria do espaço prisional como medida

de urgência, é necessário compreender a utilidade do cárcere no capitalismo mundializado e então buscar alternativas mais eficazes e menos danosas.

Referências

ALMEIDA, C.S. **Feminismo Negro**: a luta por reconhecimento da mulher negra no Brasil. São Paulo: Dialética, 2020.

AGAMBEN, Giorgio. **Reflexões sobre a peste**: ensaios em tempos de pandemia. São Paulo: Boitempo, 2020.

BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BRASIL. **Lei n.º 7.210, de 11 de julho de 1984**. Institui a Lei de Execução Penal. Diário Oficial da União, Brasília, Seção 1, p. 10227, 13/07/1984.

BRASIL. **Nota Técnica n.º 23/2020/DEPEN/MJ**: sobre o acesso à saúde no Sistema prisional. 2020. Disponível em: http://depen.gov.br/DEPEN/SAUDEPRISIONALSEI_MJ11406541NotaTcnica.pdf. Acesso em: 15 maio 2020.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 15 maio 2020.

BURKI, Talha. Prisons are “in no way equipped” to deal with COVID-19. World Report. **The Lancet**, v. 295, pp. 1411-1412, 02 may 2020.

BUTLER, Judith. **Quadros de Guerra**: quando a vida é passível de luto? Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2024.

CAPPELLARI, Mariana Py Muniz. **Estudos prisionais**. Estudos Prisionais. Curitiba: Ciências Criminais, 2019.

CARVALHO, Emanuela. **A terceira pessoa depois de ninguém**. Salvador: Páginas, 2021.

CASTRO, Deise Ferreira Viana de. **“Não ficou demonstrada a imprescindibilidade da mãe no cuidado com as crianças”**: avaliações sobre gênero e maternidade nas decisões judiciais a respeito da prisão domiciliar. Tese (Doutorado em Letras) – Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro, 2022.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Underlying Conditions and the Higher Risk for Severe COVID-19**. Washington DC, 6 feb. 2025. Disponível em: <https://>

www.cdc.gov/covid/hcp/clinical-care/underlying-conditions.html. Acesso em: 28 maio 2025.

COLLINS, Patricia Hills. **Bem mais que ideias**: a interseccionalidade como teoria social crítica. São Paulo: Boitempo, 2022.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Letalidade prisional**: uma questão de justiça e de saúde pública. Brasília: CNJ, INSPER, FGV, 2023.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Relatório de Inspeções**: estabelecimentos prisionais do Estado do Ceará, 2022. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2022/05/relatorio-de-inspecoes-prisionais-no-estado-do-ceara-web-2022-05-09.pdf>. Acesso em: 15 maio 2020.

COORDENAÇÃO DE SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL (COPRIS). Nota Informativa n.º 11/2020-COPRIS/CGGAP/DESF/SAPS/MS: enfrentamento à emergência de saúde pública em decorrência da COVID-19 no Sistema Prisional, de 27 de abril de 2020. **Revista Brasileira de Execução Penal**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 331-333, 2021. Disponível em: <https://rbepdepen.depen.gov.br/index.php/RBEP/article/view/359/183>. Acesso em: 15 maio 2023.

DALENOGARE, Gabriela *et al.* Pertencimentos sociais e vulnerabilidades em experiências de parto e gestação na prisão. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 27, n. 01, jan., 2022.

DAVIS, Angela; KLEIN, Naomi. **Construindo movimentos**: uma conversa em tempos de pandemia. São Paulo: Boitempo, 2020.

DELZIOVO, Carmem Regina *et al* (org.). **Atenção à saúde da mulher privada de liberdade**. 2. ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2019.

DEPARTAMENTOPENITENCIÁRIO NACIONAL (DEPEN). **Painel de monitoramento**: Medidas de Combate ao COVID-19 (Atualizado até 17/10/2022). Disponível em: <https://app.powerbi.com/>