

ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE MULHERES ENCARCERADAS NO BRASIL: DESAFIOS NORMATIVOS E EFETIVIDADE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Amanda Graça Corrêa
Hamilton Gomes de Santana Neto¹

RESUMO: O presente trabalho tem como objetivo analisar a assistência à saúde das mulheres encarceradas no Brasil, examinando os fundamentos constitucionais, a legislação infraconstitucional e as políticas públicas voltadas à garantia do direito fundamental à saúde no sistema prisional feminino. A Constituição Federal de 1988 consagra a saúde como direito de todos e dever do Estado, princípio que se estende às pessoas privadas de liberdade. Contudo, a realidade carcerária feminina revela cenário de vulnerabilidade estrutural, superlotação, ausência de atendimento especializado e precariedade nas políticas de saúde materno-infantil. A pesquisa adota abordagem qualitativa, com método dedutivo e análise normativa e doutrinária, visando compreender os entraves jurídicos e institucionais que dificultam a efetivação do direito à saúde no cárcere feminino. Conclui-se que, embora exista arcabouço normativo suficiente, a efetividade das garantias depende de políticas públicas estruturadas, controle institucional e compromisso estatal com a dignidade da pessoa humana.

Palavras-chave: Sistema prisional feminino. Direito à saúde. Mulheres encarceradas. Dignidade da pessoa humana. Políticas públicas.

ABSTRACT: This paper aims to analyze healthcare assistance for incarcerated women in Brazil, examining constitutional foundations, infraconstitutional legislation, and public policies aimed at ensuring the fundamental right to health within the female prison system. The Federal Constitution of 1988 establishes health as a right of all and a duty of the State, a principle that also applies to persons deprived of liberty. However, the reality of female prisons reveals structural vulnerability, overcrowding, lack of specialized care, and deficiencies in maternal and child health policies. This qualitative research adopts a deductive method, based on normative and doctrinal analysis, in order to understand the legal and institutional obstacles that hinder the effective implementation of healthcare rights in female prisons. It concludes that, although there is sufficient legal framework, the effectiveness of these guarantees depends on structured public policies, institutional oversight, and the State's commitment to human dignity.

Keywords: Female prison system. Right to health. Incarcerated women. Human dignity. Public policies.

¹Doutorando em Direito Ambiental na Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Doutorando em Função Social do Direito pela Faculdade Autônoma de Direito (FADISP). Mestre em Constitucionalismo e Direitos na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Especialista em Direito Processual pela Escola Superior da Magistratura do Amazonas (ESMAM). Professor de pós-graduação da ESMAM. Professor substituto na Faculdade de Direito da UFAM. Analista da Fazenda na Sefaz/AM. Advogado.

INTRODUÇÃO

O crescimento da população carcerária feminina no Brasil revela a necessidade de reflexão aprofundada acerca das condições estruturais do sistema penitenciário e, especialmente, da garantia do direito à saúde dessas mulheres. Historicamente, o sistema prisional foi concebido sob perspectiva masculina, o que resultou na invisibilização das demandas específicas do público feminino.

A Constituição Federal de 1988 estabelece, em seu artigo 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Tal previsão não admite distinções quanto à condição jurídica do indivíduo, alcançando também as pessoas privadas de liberdade.

Entretanto, a realidade do cárcere feminino evidencia fragilidades estruturais que comprometem a efetividade do direito à saúde, especialmente no que se refere à saúde reprodutiva, atendimento pré-natal, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, saúde mental e condições sanitárias adequadas.

Diante desse cenário, o presente trabalho busca analisar os fundamentos jurídicos da assistência à saúde no sistema prisional feminino, os principais desafios estruturais e institucionais e os caminhos para fortalecimento das políticas públicas voltadas à proteção da mulher encarcerada.

1. Fundamentos Constitucionais do Direito à Saúde no Sistema Prisional

O direito à saúde no sistema prisional brasileiro encontra fundamento direto na ordem constitucional inaugurada pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que consagra a dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República (art. 1º, III).

A dignidade da pessoa humana constitui vetor interpretativo de todo o sistema jurídico e impõe ao Estado o dever de assegurar condições materiais mínimas para uma existência digna, inclusive às pessoas privadas de liberdade.

O artigo 196 da Constituição estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Trata-se de norma de eficácia plena e aplicabilidade imediata, nos termos do artigo 5º, §1º, da própria Constituição, não podendo o Estado invocar limitações administrativas ou orçamentárias para justificar a omissão absoluta na prestação do serviço.

No âmbito específico da população carcerária, o artigo 5º, inciso XLIX, assegura aos presos o respeito à integridade física e moral. Essa garantia não possui caráter meramente programático, mas impõe obrigação concreta de proteção por parte do Estado, que assume a posição de garantidor integral da vida e da saúde da pessoa sob sua custódia. Ao privar o indivíduo de sua liberdade, o Estado passa a exercer controle direto sobre suas condições de sobrevivência, o que amplia seu dever de cuidado e vigilância.

A execução da pena, portanto, não implica suspensão dos direitos fundamentais, mas apenas restrição do direito de locomoção. Essa compreensão decorre da própria sistemática constitucional, que não admite a perda automática de direitos em razão da condenação penal, salvo nas hipóteses expressamente previstas (art. 15 da Constituição). Assim, permanecem incólumes os direitos à vida, à integridade física, à saúde, à dignidade e à assistência estatal adequada.

No plano infraconstitucional, a Lei de Execução Penal reforça o dever estatal ao dispor, em seu artigo 14, que a assistência à saúde do preso e do internado compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico, devendo ser prestada de forma preventiva e curativa. O §2º do mesmo dispositivo prevê 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, evidenciando que a insuficiência estrutural da unidade prisional não exonera o Estado de sua responsabilidade.

A assistência à saúde integra o rol de assistências obrigatórias previstas no artigo 11 da Lei de Execução Penal, ao lado da assistência material, jurídica, educacional, social e religiosa, compondo um sistema destinado à efetivação da finalidade ressocializadora da pena. A omissão estatal nesse campo configura violação direta à Constituição e à legislação ordinária, podendo ensejar responsabilização civil do Estado, nos termos do artigo 37, §6º, da Constituição.

Ademais, o direito à saúde no sistema prisional deve ser interpretado à luz do princípio da vedação ao tratamento cruel, desumano ou degradante, previsto no artigo 5º, inciso III, da Constituição, bem como em tratados internacionais de direitos humanos incorporados ao ordenamento jurídico brasileiro, como o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos e a Convenção Americana sobre Direitos Humanos. A submissão de pessoas privadas de liberdade a condições insalubres, superlotação e ausência de atendimento médico adequado pode configurar tratamento degradante, em afronta direta ao texto constitucional e aos compromissos internacionais assumidos pelo Brasil.

O Supremo Tribunal Federal já reconheceu a gravidade estrutural do sistema prisional brasileiro ao declarar o “estado de coisas inconstitucional” no julgamento da ADPF 347, reconhecendo que as violações generalizadas e sistemáticas de direitos fundamentais dos presos, inclusive no que se refere à saúde, decorrem de falhas estruturais do poder público. Tal reconhecimento reforça a natureza vinculante do dever estatal de assegurar condições mínimas de assistência à saúde.

Portanto, a proteção constitucional e legal do direito à saúde no sistema prisional revela-se inequívoca. O encarceramento não afasta a titularidade de direitos fundamentais, mas apenas restringe a liberdade ambulatorial. O Estado, ao assumir a custódia do indivíduo, assume igualmente a responsabilidade integral por sua integridade física e mental, devendo garantir acesso efetivo, contínuo e adequado aos serviços de saúde, sob pena de violação direta à Constituição e à Lei de Execução Penal.

2. Políticas Públicas e o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

A concretização do direito à saúde no sistema prisional exige a implementação de políticas públicas estruturadas, capazes de integrar as unidades prisionais ao Sistema Único de Saúde, conforme determina o artigo 198 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. A organização do SUS baseia-se nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, os quais devem ser igualmente assegurados às pessoas privadas de liberdade, sem discriminação decorrente da condição jurídica do indivíduo.

Nesse contexto, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), instituído pela Portaria Interministerial nº 1.777/2003, representou importante marco na tentativa de integração entre o sistema penitenciário e o SUS. O plano estabeleceu diretrizes para a implantação de equipes de saúde nas unidades prisionais, compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, psicólogos, assistentes sociais e demais profissionais, visando garantir atendimento básico e ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde no interior dos estabelecimentos penais.

Posteriormente, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial nº 1/2014, ampliou a perspectiva do PNSSP ao consolidar a responsabilidade compartilhada entre União, Estados e Municípios na prestação dos serviços de saúde à população prisional. A PNAISP reforçou a necessidade de inserção das equipes prisionais na lógica da Atenção

Primária à Saúde, vinculando-as às redes de atenção do SUS e promovendo maior articulação intersetorial.

No que se refere às mulheres privadas de liberdade, a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE) reconhece as especificidades de gênero e a necessidade de políticas diferenciadas, especialmente no tocante à saúde sexual e reprodutiva, ao acompanhamento pré-natal, ao puerpério e à atenção psicossocial. Tal política dialoga diretamente com o princípio constitucional da igualdade material (art. 5º, caput, da Constituição), exigindo tratamento diferenciado para situações desiguais.

Apesar desses avanços normativos e institucionais, a efetividade das políticas públicas enfrenta obstáculos estruturais significativos. A superlotação carcerária, reconhecida pelo Supremo Tribunal Federal no julgamento da ADPF 347 como caracterizadora de um estado de coisas inconstitucional, compromete a capacidade operacional das equipes de saúde e dificulta a realização de ações preventivas e de vigilância epidemiológica. Ambientes superlotados favorecem a disseminação de doenças infectocontagiosas, como tuberculose e infecções sexualmente transmissíveis, tornando a política de saúde reativa, e não preventiva.

Outro fator limitador é a escassez de profissionais de saúde lotados nas unidades prisionais, bem como a rotatividade desses profissionais, muitas vezes motivada por condições de trabalho inadequadas e ausência de infraestrutura mínima. A insuficiência de unidades específicas para atendimento médico e a falta de equipamentos adequados comprometem a integralidade do cuidado, em desacordo com o artigo 196 da Constituição e com o artigo 14 da Lei de Execução Penal.

Ademais, a deficiência na articulação entre os entes federativos representa entrave relevante. O modelo constitucional brasileiro de repartição de competências atribui responsabilidade comum à União, Estados e Municípios na promoção da saúde (art. 23, II, da Constituição). Contudo, a ausência de coordenação eficiente, a insuficiência de repasses financeiros e a fragmentação administrativa prejudicam a execução integrada das políticas, resultando em lacunas assistenciais e na judicialização crescente do direito à saúde no âmbito prisional.

É importante destacar que políticas públicas não se esgotam na edição de normas ou portarias. A efetividade exige planejamento, financiamento adequado, monitoramento e avaliação contínua, bem como capacitação dos profissionais envolvidos. Sem esses elementos,

o direito fundamental à saúde permanece formalmente reconhecido, porém materialmente fragilizado.

Dessa forma, embora o PNSSP, a PNAISP e a política voltada às mulheres privadas de liberdade representem avanços institucionais relevantes na integração do sistema prisional ao SUS, a persistência de problemas estruturais evidencia a distância entre o plano normativo e a realidade concreta. A superação desse cenário demanda compromisso federativo, investimento público consistente e observância rigorosa dos parâmetros constitucionais de proteção à dignidade da pessoa humana, especialmente em relação à população sob custódia estatal.

3. A Maternidade no Cárcere e a Proteção da Primeira Infância

A maternidade no contexto do encarceramento feminino revela uma das dimensões mais sensíveis da execução penal, exigindo abordagem diferenciada sob a perspectiva constitucional, legal e de direitos humanos. A condição de gestante ou mãe de criança pequena impõe ao Estado deveres específicos de proteção, não apenas em relação à mulher privada de liberdade, mas também quanto à criança, sujeito de direitos em condição peculiar de desenvolvimento.

A proteção normativa encontra fundamento inicial na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que estabelece, no artigo 6º, a maternidade e a infância como direitos sociais, e, no artigo 227, impõe à família, à sociedade e ao Estado o dever de assegurar à criança, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à dignidade e à convivência familiar. O princípio da proteção integral e da prioridade absoluta orienta toda a interpretação das normas relativas à infância, inclusive quando a mãe se encontra em situação de privação de liberdade.

No âmbito infraconstitucional, a Lei de Execução Penal dispõe, em seu artigo 83, §2º, que os estabelecimentos penais destinados às mulheres serão dotados de berçário, onde as condenadas possam amamentar seus filhos, garantindo condições mínimas para o exercício da maternidade. O artigo 89 da mesma lei prevê a existência de seção específica para gestantes e parturientes, assegurando acompanhamento médico adequado durante a gestação e o puerpério.

O Estatuto da Criança e do Adolescente reforça essa proteção ao consagrar, em seu artigo 7º, o direito da criança à proteção à vida e à saúde, mediante políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso. O artigo 8º assegura

atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal, devendo o poder público proporcionar condições adequadas ao aleitamento materno, inclusive às mães privadas de liberdade.

No plano processual penal, o Código de Processo Penal, com as alterações introduzidas pela Lei nº 13.257/2016 (Marco Legal da Primeira Infância), passou a prever, em seu artigo 318, a possibilidade de substituição da prisão preventiva por prisão domiciliar para gestantes, mulheres com filho de até 12 anos de idade incompletos e responsáveis por pessoas com deficiência. Tal dispositivo concretiza o princípio da proteção integral à criança e busca evitar os efeitos deletérios do encarceramento materno sobre o desenvolvimento infantil.

O Supremo Tribunal Federal, ao julgar o Habeas Corpus coletivo nº 143.641, consolidou entendimento no sentido de que a prisão preventiva de gestantes e mães de crianças até 12 anos deve ser substituída por prisão domiciliar, salvo em casos excepcionais devidamente fundamentados, como crimes praticados com violência ou grave ameaça ou contra os próprios descendentes. Essa decisão representa marco relevante na tutela jurisdicional da primeira infância, reconhecendo que a manutenção indiscriminada da prisão preventiva pode violar direitos fundamentais da criança.

Apesar do arcabouço normativo protetivo, a aplicação prática dessas garantias enfrenta entraves estruturais e culturais. A resistência judicial na concessão da prisão domiciliar, a ausência de informações adequadas nos autos sobre a condição materna da presa, bem como a insuficiência de unidades prisionais com estrutura adequada para gestantes e lactantes, comprometem a efetividade das normas. Soma-se a isso a precariedade dos serviços de saúde no sistema prisional, que muitas vezes não asseguram acompanhamento pré-natal regular, parto humanizado e assistência adequada no pós-parto.

A proteção da primeira infância no contexto prisional exige políticas públicas integradas entre o sistema penitenciário, o Sistema Único de Saúde e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), garantindo acompanhamento psicossocial, fortalecimento de vínculos familiares e planejamento para o período posterior à eventual separação entre mãe e filho. O princípio da convivência familiar, previsto no artigo 19 do Estatuto da Criança e do Adolescente, impõe que a separação seja medida excepcional e sempre orientada pelo melhor interesse da criança.

É necessário reconhecer que o impacto do encarceramento materno transcende a esfera individual da mulher presa, atingindo diretamente o desenvolvimento emocional, cognitivo e social da criança. A ausência de políticas adequadas pode perpetuar ciclos de vulnerabilidade e

exclusão social, contrariando os objetivos fundamentais da República previstos no artigo 3º da Constituição, especialmente a construção de uma sociedade livre, justa e solidária.

Portanto, a maternidade no cárcere não pode ser tratada sob a ótica exclusivamente punitiva. A proteção da primeira infância impõe leitura humanizada da execução penal, compatível com os princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana, da prioridade absoluta da criança e da individualização da pena. A efetividade dessas garantias depende não apenas da previsão normativa, mas de compromisso institucional com a concretização dos direitos fundamentais das mulheres encarceradas e de seus filhos.

4. Perspectiva de Gênero e Vulnerabilidade Estrutural

A análise da saúde no cárcere feminino demanda abordagem orientada pela perspectiva de gênero e pela compreensão da vulnerabilidade estrutural que marca a trajetória das mulheres privadas de liberdade. A leitura meramente formal da execução penal revela-se insuficiente para compreender as múltiplas camadas de desigualdade que antecedem e atravessam o encarceramento feminino.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 estabelece, em seu artigo 5º, inciso I, a igualdade entre homens e mulheres em direitos e obrigações, bem como consagra, no artigo 3º, inciso IV, o objetivo fundamental de promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo ou quaisquer outras formas de discriminação. Todavia, a igualdade material exige tratamento diferenciado quando as condições fáticas revelam desigualdades históricas e estruturais. Nesse sentido, a adoção de políticas específicas voltadas às mulheres privadas de liberdade constitui medida de concretização, e não de afronta, ao princípio da isonomia.

Dados oficiais reiteradamente demonstram que a população feminina encarcerada no Brasil é composta majoritariamente por mulheres jovens, negras, de baixa escolaridade e provenientes de contextos de vulnerabilidade socioeconômica. Tal realidade evidencia a seletividade do sistema penal e a intersecção entre gênero, raça e classe social. A análise interseccional permite compreender que o encarceramento feminino não pode ser dissociado de trajetórias marcadas por exclusão social, violência doméstica, abuso sexual, dependência química e inserção precária no mercado de trabalho.

A Lei de Execução Penal, ao prever assistência material, médica, jurídica, educacional e social (art. 11), impõe ao Estado dever de atuação integral. Contudo, a ausência de políticas públicas adequadas e sensíveis às especificidades de gênero contribui para a reprodução de ciclos

de marginalização. Muitas mulheres privadas de liberdade apresentam histórico de violência física, psicológica e sexual anterior à prisão, circunstância que impacta diretamente sua saúde mental e reprodutiva, exigindo acompanhamento psicossocial contínuo.

No plano internacional, a incorporação de diretrizes voltadas à proteção de mulheres privadas de liberdade reforça a necessidade de políticas diferenciadas. As chamadas Regras de Bangkok (Regras das Nações Unidas para o Tratamento de Mulheres Presas) orientam os Estados a adotarem medidas específicas para atender às necessidades femininas no cárcere, especialmente no que se refere à saúde, à maternidade e à prevenção da violência institucional.

A perspectiva de gênero, portanto, permite compreender que as necessidades femininas diferem substancialmente das masculinas, sobretudo nos campos da saúde reprodutiva, da saúde mental e da proteção materno-infantil. A omissão estatal em reconhecer essas especificidades viola o princípio da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, da Constituição) e compromete a finalidade ressocializadora da pena, transformando o cárcere em espaço de aprofundamento das desigualdades estruturais.

Assim, a adoção de políticas públicas baseadas em perspectiva de gênero constitui exigência constitucional e instrumento indispensável à superação da vulnerabilidade multidimensional que caracteriza o encarceramento feminino no Brasil.

5. Saúde Sexual e Reprodutiva no Ambiente Prisional

Os direitos sexuais e reprodutivos integram o núcleo essencial dos direitos fundamentais, sendo expressão direta dos direitos à saúde, à liberdade, à dignidade e à autonomia. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 assegura, em seus artigos 6º e 196, o direito social à saúde, enquanto o artigo 226, §7º, garante o planejamento familiar como livre decisão do casal, vedada qualquer forma coercitiva por parte do Estado.

No contexto prisional, tais direitos devem ser interpretados à luz do artigo 5º, inciso XLIX, que assegura aos presos o respeito à integridade física e moral. A restrição da liberdade de locomoção não autoriza a supressão do direito ao cuidado ginecológico, ao acesso a métodos contraceptivos ou à realização de exames preventivos.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher ampliou o conceito de cuidado ao incorporar dimensões psicossociais, direitos reprodutivos e atenção integral ao longo do ciclo de vida. Sua aplicação no sistema prisional exige integração efetiva com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema

Prisional, garantindo que mulheres encarceradas tenham acesso regular a consultas ginecológicas, exames citopatológicos (Papanicolau), mamografias, testes rápidos para infecções sexualmente transmissíveis e acompanhamento especializado quando necessário.

A prevenção do câncer de colo do útero e do câncer de mama deve integrar a rotina institucional, observando-se as diretrizes clínicas do Sistema Único de Saúde. A ausência de exames periódicos e de encaminhamento adequado à rede especializada configura violação ao princípio da integralidade da assistência, previsto no artigo 198, II, da Constituição.

Além disso, o acesso a métodos contraceptivos e informações claras sobre saúde sexual constitui expressão da autonomia reprodutiva. A negligência nessa área pode resultar em gestações não planejadas, agravamento de doenças preexistentes e impactos psicológicos significativos. É imprescindível que a assistência inclua orientação, fornecimento de insumos e acompanhamento contínuo, respeitando a vontade da mulher e vedando qualquer forma de coerção.

A saúde mental também integra a dimensão reprodutiva, sobretudo considerando o elevado índice de mulheres privadas de liberdade com histórico de violência de gênero. O atendimento psicológico especializado é fundamental para a prevenção de transtornos depressivos, ansiedade e outras condições agravadas pelo ambiente prisional.

Entretanto, a realidade evidencia limitações estruturais, como escassez de profissionais, ausência de espaços adequados para atendimento íntimo e falta de articulação com a rede externa do SUS. Tais obstáculos comprometem a efetividade das políticas existentes e ampliam o risco de agravamento de doenças evitáveis.

Portanto, a garantia da saúde sexual e reprodutiva no ambiente prisional não constitui benefício ou concessão, mas obrigação jurídica decorrente do texto constitucional e das políticas públicas de saúde. A implementação efetiva dessas diretrizes exige investimento estrutural, capacitação profissional e monitoramento contínuo, assegurando que o cárcere não se transforme em espaço de violação sistemática de direitos fundamentais femininos.

CONCLUSÃO

A análise desenvolvida ao longo do presente trabalho evidenciou que a assistência à saúde das mulheres privadas de liberdade no Brasil encontra amparo inequívoco na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e na Lei de Execução Penal, além de respaldo em políticas públicas específicas voltadas à integralidade do cuidado no sistema

prisional. O direito à saúde, enquanto direito social fundamental (art. 6º e art. 196 da Constituição), não sofre mitigação em razão da condenação penal, uma vez que a restrição imposta pela pena limita-se à liberdade de locomoção, permanecendo íntegros os demais direitos inerentes à dignidade da pessoa humana.

Entretanto, a distância entre o plano normativo e a realidade concreta das unidades prisionais revela quadro persistente de falhas estruturais, insuficiência orçamentária, superlotação, carência de profissionais especializados e deficiência na articulação federativa. Tal cenário compromete a efetividade das garantias fundamentais e evidencia que a positivação de direitos, por si só, não assegura sua concretização. A omissão estatal, nesse contexto, pode configurar violação direta aos artigos 1º, III, 5º, XLIX, e 196 da Constituição, além de afrontar compromissos internacionais assumidos pelo Brasil no campo dos direitos humanos.

A superação dessas distorções exige atuação coordenada entre União, Estados e Municípios, nos termos do artigo 23, II, da Constituição, com fortalecimento das políticas públicas já instituídas, adequada destinação de recursos e integração efetiva das unidades prisionais às redes de atenção do Sistema Único de Saúde. Impõe-se, ainda, a capacitação contínua de agentes públicos, especialmente aqueles que atuam diretamente no sistema penitenciário, para que incorporem a perspectiva de gênero e os princípios da proteção integral e da dignidade humana em suas práticas institucionais.

Além disso, a fiscalização permanente pelos órgãos de controle, Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública e Tribunais de Contas, revela-se essencial para assegurar que as normas não permaneçam no campo meramente declaratório. O controle jurisdicional, inclusive por meio da judicialização do direito à saúde quando necessário, constitui instrumento legítimo de concretização de direitos fundamentais diante de omissões administrativas.

O encarceramento não pode representar exclusão do pacto constitucional. A privação da liberdade não autoriza a supressão da dignidade humana nem a precarização de direitos essenciais. Garantir assistência integral à saúde das mulheres privadas de liberdade significa reafirmar os fundamentos do Estado Democrático de Direito, assegurar a força normativa da Constituição e romper ciclos históricos de desigualdade e vulnerabilidade estrutural.

Mais do que cumprimento de dever legal, trata-se de compromisso civilizatório com a dignidade, a igualdade material e a justiça social.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

BRASIL. Lei nº 7.210/1984 (Lei de Execução Penal).

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.

SARLET, Ingo Wolfgang. A eficácia dos direitos fundamentais.

PIOVESAN, Flávia. Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional.

AYRES, J. R. C. M. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.117-39.

BARROS, M. B. Saúde e classe social: um estudo sobre morbidade e consumo de medicamentos. 1983. 190f. Tese (Doutorado em medicina)-Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade Estadual de São Paulo, Ribeirão Preto, 1983.

CANAZARO, D. et al. Características, sintomas depressivos e fatores associados em mulheres encarceradas no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 1323-1333, jul. 2010. Acesso: 3 jan. de 2023.

COLARES, L. B. C.; CHIES, L. A. B. Mulheres nas so(m)bras: invisibilidade, reciclagem e dominação viril em presídios masculinamente mistos. Estudos Feministas, Florianópolis, p. 407- 423, 2010.

DA SILVA, E. F.; LUZ, A. M. H.; CECCHETTO, F. H. Maternidade atrás das grades. Enfermagem em Foco, Brasília, v. 2, n. 1, p. 33-37, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCER. Programa nacional de controle do câncer do colo do Útero. Rio de Janeiro: INCA, 2011. LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30 p. S17-S47, 2014. Suplemento.

LIMA, A. I. O. et al. O desafio da construção do cuidado integral em saúde mental no âmbito da atenção primária. Temas psicol., Ribeirão Preto, v. 21, n. 1, jun. 2013. Acesso em: 5 jan. de 2023.

MUSUMECI, B. Mulher e violência no sistema de justiça criminal. Trabalho e sociedade, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 3-8, 2001.

ORGANIZACAO MUNDIAL DE SAUDE. Câncer, controle, conhecimento em razão. OMS para programas efetivos. Suíça: OMS, 2007

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Boas práticas de atenção ao parto e nascimento. Brasília: OMS, 1996. Acesso: 6 jan. de 2023.

SÁ E SILVA, F. A cidadania encarcerada: problemas e desafios para a efetivação do direito à saúde nas prisões. In: COSTA, A. B. et al (Orgs.). O Direito achado na rua: introdução crítica ao direito à saúde. Brasília: CEAD/ UnB, 2009. p. 242-252.

SANTOS, N.; BERMUDEZ, P. X. Guia sobre gênero, HIV/ Aids, coinfeções no sistema prisional. Brasília: OPAS, 2012. Acesso: 6 jan. de 2023.

SOARES, B. M.; ILGENFRITZ, I. Prisioneiras: vida e violência atrás das grades. Rio de Janeiro: Garamond, 2002.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 7-17, 2005. Acesso: 8 jan. de 2023.