

MULHERES ENCARCERADAS: CONSIDERAÇÕES SOBRE GÊNERO, FEMINISMOS E RAÇA EM UM CENÁRIO ESPECÍFICO DE ATENÇÃO À SAÚDE

Andreia Beatriz Silva dos Santos¹

Resumo

Este artigo propõe uma discussão sobre a saúde das mulheres negras privadas de liberdade, refletindo sobre a necessidade de um olhar diferenciado para a tríade gênero-raça-encarceramento, indissociável na realidade social vivenciada por essas mulheres. Com base na revisão da bibliografia e das políticas de saúde voltadas para o tema, argumenta-se que podem existir barreiras que limitem a abordagem da saúde desse grupo, uma vez não observada esta complexidade, apontando para a necessidade de pesquisas que extrapolem os entraves existentes para a sua abordagem integral e que apreendam as necessidades do grupo além do ciclo gravídico-puerperal, articuladas e integradas a uma possibilidade de reestruturação de suas trajetórias e vidas, tendo o cuidado a saúde como ponto de partida.

Palavras-chave: Mulheres negras. Encarceramento. Saúde.

Abstract

This paper proposes a discussion about the health of black women in prisons, reflecting on the necessity differentiated look to the gender-race-incarceration triad, inseparable from the social reality experienced by these women. Based on the review of the bibliography and health policies focused on the theme, it is argued that there may be barriers that limit the approach to the health of this group, once this complexity is not observed, pointing to the necessity of researches that extrapolate the existing barriers for their integral approach and grasp the group's needs besides the pregnancy-puerperal cycle, articulated and integrated to a possibility of restructuring their trajectories and lives, having health care as starting point.

Key words: Black women. Incarceration. Health.

¹ Universidade Estadual de Feira de Santana. Mestra pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (PPGSC/UEFS); Docente do Colegiado de Medicina da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Pesquisadora do Núcleo Interdisciplinar de Estudos em Desigualdades em Saúde (NUDES/UEFS) Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte - CEP 44036-900 - Feira de Santana - Bahia. (75) 3161.8188. E-mail: andreiasantos72@hotmail.com

Introdução

Estima-se que existam em torno de 10 milhões de pessoas privadas de liberdade no mundo, sendo que um pouco mais que a metade desta população está distribuída entre os Estados Unidos, a China, Rússia e o Brasil (WALMSLEY, 2008). Somente nos últimos dez anos, houve aumento de pessoas privadas de liberdade em um milhão em todo o mundo, relacionado por alguns autores ao fenômeno do superencarceramento (FAZEL; BAILLARGEON, 2011).

A população prisional brasileira acompanha esse crescimento, registrando um aumento de, aproximadamente, 113% no número total de pessoas presas na primeira década do século XXI, com um perfil composto por homens e mulheres jovens, da raça/cor da pele negra e de baixa escolaridade, que cumprem a primeira pena, em média, de oito anos de prisão, por terem cometido crimes contra o patrimônio (BRASIL, 2016).

Segundo dados do World Female Imprisonment List, relatório produzido pelo Institute for Criminal Policy Research da Birkbeck, University of London, o Brasil apresentava a quinta maior população de mulheres encarceradas do mundo em 2014 - tendo havido um crescimento de 567% entre 2000 e 2014 (BRASIL, 2016), atrás dos Estados Unidos (205.400), China (103.766), Rússia (53.304) e Tailândia (44.751). Existem, hoje, mais de 700.000 mulheres encarceradas em presídios em todo o mundo (UNIVERSITY OF LONDON, 2018).

No Brasil, a despeito das informações existentes nos bancos de dados oficiais governamentais, ainda há uma enorme limitação no que se refere a dados e indicadores sobre o perfil das mulheres que se encontram em privação de liberdade, contribuindo para a crescente invisibilidade das mulheres presas e suas necessidades (BRASIL, 2014). Ainda, a grande maioria das unidades prisionais possui estruturas e ambientes que não estão adequados para receber mulheres, o que ratifica o ciclo de invisibilização ao qual estão submetidas. A ampliação do encarceramento desse grupo revela a urgência de um olhar diferenciado para as mulheres presas (UFSC, 2014).

As mulheres negras encarceradas representam um grupo que está submetido às formas de opressão

que sustentam as estratégias de poder estabelecidas pela sociedade, uma vez que estão sob o efeito das diversas formas de exclusão: racismo, sexismo, classismo e machismo (INSPIR, 2000; QUINTAS, 1995).

A não compreensão crítica das particularidades que fazem da mulher negra presa uma categoria, assume-se o risco de não atender às suas necessidades. Esta não observância assume um caráter de controle, por seu histórico de destituição de direitos antes do ingresso no sistema prisional, mas que no interior das unidades prisionais passa a ser uma realidade - de exclusão e vulnerabilização - reforçada pelo Estado intramuros (DAVIS, 2003).

Sabe-se que quando as pessoas estão reclusas em estabelecimentos prisionais, elas, em geral, têm problemas de saúde, incluindo transtornos mentais, que podem ser gradualmente agravados pela precariedade das condições de estadia, alimentação e salubridade das unidades prisionais. Ademais, as condições de confinamento impostas às pessoas privadas de liberdade são determinantes para o seu bem-estar físico e psíquico (BRASIL, 2005), estimando-se que a população prisional esteja mais vulnerável às diversas formas de adoecimento (ONUSIDA, 2001; CARVALHO, 2006).

Esse contexto indica que a atuação de gestores e profissionais de saúde no sistema prisional é desafiadora e envolve articulação de diversos olhares, fazeres, áreas e campos de atuação, além do planejamento de ações e estratégias que percebam as necessidades de saúde das pessoas presas e possam responder às suas demandas. A abordagem das necessidades em saúde não expressa somente o que se precisa como demanda médica ou biológica, mas também as vulnerabilidades que os diversos grupos apresentam (HINO; CIOSAK; FONSECA, EGRY, 2009).

Diante do exposto, a expectativa é ampliar a discussão no que tange à concepção do que é ser mulher, trazendo reflexões e possíveis caminhos para a elaboração de ações integrais, articuladas e equânimes que contribuam para o atendimento à saúde das mulheres negras em situação de prisão, através da compreensão da sua totalidade. Para tanto, estabeleceu-se como objetivo discutir sobre a presença das

mulheres negras no sistema prisional, a partir da especificidade que emerge da intersecção das categorias gênero e raça e a condição de encarceramento como um condicionante no processo saúde-adoecimento. Busca-se articular a concepção de saúde com qualidade e condições de vida, destacando o significado deste pertencimento de modo diferente do modelo universalizado de mulher. Vislumbra-se, portanto, caminhos para a construção de políticas de saúde que percebam as necessidades deste grupo como ação integrante de um projeto amplo de reconstrução das trajetórias e vidas das mulheres negras.

Como caminho metodológico, optou-se pela discussão do tema visando à construção de um ensaio teórico, com base em levantamento da bibliografia que versa sobre o tema, com ênfase em gênero, feminismos, raça, racismo anti-negro e saúde, abordagem dos dados populacionais carcerários, da Lei 8080/90, que cria o Sistema Único de Saúde (SUS), do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade (PNAISP) e da Política Nacional de Atenção Integral às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade, principais políticas que preveem ações de saúde voltadas para as pessoas no sistema prisional.

Sobre as diferenças intragênero e feminismos: “ser mulher negra”

O conceito de gênero tem sido discutido e compreendido pelas diversas correntes do feminismo de modos distintos desde os anos 70, quando foi absorvido pelo movimento feminista e pela produção acadêmica sobre as mulheres. Ainda que tenha adquirido energia e evidência na qualidade de instrumento de análise das condições de vida das mulheres, não deve ser utilizado como sinônimo de ‘mulher’. Esse conceito, pois, é empregado tanto para distinguir e descrever as categorias mulher e homem, como para examinar as relações estabelecidas entre elas e eles (SUAREZ, 2000).

De um lado, a aplicação desse termo diz respeito ao feminismo da diferença, que repelia o feminismo da igualdade, afirmando que as diferenças entre homens e mulheres são biológicas e sexuais,

sendo que as diferenças restantes, passíveis de percepção, são decorrentes da relação de opressão e, portanto, devem ser substituídas pela igualdade entre estes dois polos (CARVALHO, 1998).

Sob outro aspecto, o gênero diz respeito a uma trama aberta, complexa, e cuja totalidade é constantemente reconstruída e influenciada pelo contexto histórico, político e social que lhe define. Permite, assim, inúmeras convergências e divergências, não seguindo necessariamente um plano de normatização. Contextualizado e dinâmico, “o gênero não denota um ser substantivo, mas um relativo ponto de convergência entre conjuntos de relação cultural e historicamente específicos” (BUTLER, 1990, p.10).

Assim, esta vertente,

chama a atenção sobretudo para a necessidade de se romper com a homogeneização interna a cada um destes campos – o feminino e o masculino –, reconhecendo a existência de diversidade no interior de cada um, o que requer que se incorpore à análise outras dimensões das relações sociais, tais como raça, classe e geração” (FARAH, 2004, p.44).

Com efeito, esta trama pode potencializar as identidades que são instituídas e conformar uma nova categoria, destacando as peculiaridades e não excluindo suas potencialidades. Não se pode reduzir toda ou qualquer mulher a uma condição de gênero, pois cada pessoa convive com suas diversas subjetividades, inserida numa variedade de relações sociais, como raça e gênero e situação social, e que determinam, por isso, outras subjetividades (QUINTAS, 1995; BUTLER, 1990).

Então, todos estes aspectos se relacionam, não havendo uma hierarquia imposta por esta ou aquela atribuição, mas o reconhecimento de todos como resultantes de um processo relacional que reconhece raça e gênero, contrapondo-se a perspectivas que estabelecem que somente as relações de classe são as determinantes de todas as outras relações sociais (TOLEDO, 2008).

Ao se discutir as peculiaridades das mulheres numa perspectiva transversalizante e integralizante, a questão de gênero desvela a sobreposição de desigualdades e atinge, de forma mais drástica, as mulheres negras. Os dados de rendimento médio na ocupação, no mercado de trabalho, revelam, de forma

marcante, essas desigualdades. As mulheres brancas ganham, em média, 59,5% do que ganham os homens brancos, enquanto que as mulheres negras ganham apenas 30% do rendimento que eles recebem (HENRIQUES, 2001).

Como dito por Scott (1995, p.15), urge a necessidade de uma

[...] reflexão sobre as estratégias políticas feministas atuais e o futuro (utópico), porque ela sugere que o gênero tem que ser redefinido e reestruturado em conjunção com uma visão de igualdade política e social que inclui não só o sexo, mas também a classe e a raça.

O termo “raça”, como item de classificação, refere-se ao reconhecimento de uma origem comum que reúne ascendentes e descendentes de um determinado grupo. Foi incorporado com essa conotação à língua inglesa, no século XVI, e utilizado dessa forma até o século XIX. Pode reportar-se também ao conjunto de indivíduos que possuem características corpóreas semelhantes, sendo que essas são transmitidas hereditariamente, podendo variar dentro do mesmo grupo (CASHMORE et al., 2000; FERREIRA, 2006).

No Brasil, mesmo com as dificuldades para definir o pertencimento racial, qualquer pessoa reconhece uma pessoa negra ou branca com base na classificação implícita, histórica e cultural, pois cada um carrega sua própria elaboração da ideia de “raça” no seu imaginário (AZEVEDO, 1990). A aplicação desse termo foi defendida e tem sido adotada pelo Movimento Social Negro, no Brasil, e está sendo empregado neste trabalho como uma construção social que se opera por meio da racialização e hierarquização de grupos e pessoas impostas, com base no reconhecimento de variações fenotípicas e históricas. Entende-se raça negra como uma categoria que foi conformada histórica e culturalmente e que agrega pessoas que são potencial ou efetivamente sujeitas às desvantagens sociais como consequência do preconceito e da discriminação, tendo como fonte sua origem ou marcas inquestionáveis de que são portadoras, a exemplo da cor da pele e outras características que dizem respeito ao seu fenótipo (FIGUEROA, 2004).

Então, o uso do termo “raça negra” passa de uma característica negativa e limitante a uma

perspectiva supremacista branca - instituída socialmente -, por conter em si um indicativo de uma marca histórica de opressão, para um nível de racialização positiva, pretendendo, com isto, superar o quadro de exclusão e morte imposto, como resultado do contexto no qual foi inserida a população negra (FIGUEROA, 2004), reposicionando a raça negra e reontologizando seu status civilizatório africano.

Validamente, compreende-se que a categoria negra/megro inclui pretos e pardos, pois as pessoas que assim se autodeclaram são aquelas que têm sido tratadas discriminadamente, se encontrando vulneráveis com referência aos aspectos políticos e sociais, pois apresentam características socioeconômicas parecidas. A racialização desencadeou a pauperização, e não o contrário – argumento por muito tempo utilizado na sociedade brasileira para justificar as diferenças sociorraciais existentes. Sobre as desigualdades reveladas pelos indicadores sociais, há uma proximidade absoluta entre pretos e pardos, o que não ocorre quando da comparação entre brancos e pardos, como apontado por Figueroa (2004) e Osório (2003).

A compreensão da categoria ‘raça’, então, permite o desmascaramento da prática do racismo que, embora seja reconhecido como crime, não tem sido suficiente para impedir a situação de pobreza à qual a maioria da população negra encontra-se reduzida, após de séculos de espoliação (SILVA, 2005, p.5).

Destaca-se o racismo como um

[...] sistema de relação social que apregoa uma práxis política de exclusão do diferente, visando manter uma ordem dominante. E o que mantém simbolicamente essa práxis é medo da perda do poder, mesmo que esse poder seja micro ou pontual. Dessa forma [...], o racismo é um poder excludente (SANTOS, 2001, p. 193).

Indo além, importante destacar que o racismo enquanto prática de exclusão apresenta elementos que permitem vislumbrar a prática de exclusão por parte da supremacia branca. Mas, se formos mais além, a anti-negritude, como informa Vargas (2020), permite compreender que quando se trata de pessoas negras, esse pertencimento desvela a existência de uma posição única na constituição das subjetividades modernas, onde as pessoas negras se encontram ao mesmo tempo incluídas e excluídas dentro do debate sobre humanidade e do que se considera humano. Essa perspectiva contém subsídios que permitem ampliar o

entendimento de que existe uma medida de humanidade que implica cuidados e abordagens hierarquizadas quando se trata de pessoas negras e pessoas não-negras.

Ainda que seja perceptível a conquista de espaços pelas mulheres, predomina um perfil que foi vinculado ao êxito, especialmente na desconstrução da imagem inferiorizada, subalternizada e dependente do homem. Contudo, esse referencial de mulher não representa a maior parte daquelas que se encontram em um processo de maior exclusão social, a exemplo das mulheres negras, ainda que expressando seus desejos e realizando ações de busca por equidade de direitos e reconhecimento sociorracial, o que parece estar mais deslocado ainda de uma posição de poder quando se trata de mulheres negras privadas de liberdade.

Neste sentido, no Brasil, o movimento de mulheres negras se destaca, compreendendo que a visão de mulher universalizante, que tenta ser representativa em suas características e necessidades de todas as mulheres, trata-se de uma falácia. Esse movimento, ao identificar a inadequação do modelo de “mulher universal” às diversas realidades vivenciadas por tantas outras mulheres, propõe um reposicionamento do movimento feminista no país, trazendo a perspectiva de incorporação da diversidade dos feminismos. Revela-se, então, a existência de diferenças intragênero e o reconhecimento da manutenção de privilégios concedidos às mulheres do grupo racial hegemônico, reiterando a relevância de outra forma de percepção e desinvisibilização da mulher negra (CARNEIRO, 2003).

O movimento de mulheres negras nasce articulando raça, gênero, classe e sexualidade como uma categoria política para explicar a realidade de mulheres negras frente ao racismo, ao sexismo, ao classismo e heterossexismo. Tem como estratégia a política de identidade (individual e coletiva) que busca reafirmar a subjetividade ressignificada e contextualizada, resgatando elementos importantes da cultura africana. Reconhece-se que os efeitos da escravização e da colonização colocam a mulher negra numa situação de subalternização, descaracterização, depreciação e negação (CURIEL, 2003).

É inevitável que se tenha uma visão diferenciada acerca das mulheres negras no que diz respeito aos diversos posicionamentos e demandas

colocadas pelo feminismo clássico, utilizando-se, para isto, experiências de opressão, ainda que seja a invisibilização de mulheres negras, vivenciadas no interior desse movimento. Mais especificamente, revela-se uma agenda peculiar no que tange a essas mulheres e que não está contemplada naquele segmento (JAMES, 2000).

Negligenciar essa especificidade da mulher negra sustenta invariavelmente a opressão, situação que se agrava com o silêncio por parte do movimento feminista quanto às especificidades da condição da mulher negra. Para o entendimento de qualquer forma de poder e opressão, há necessidade de se buscar formas de conhecimento para além das experiências já estabelecidas. É imperativo compreender que a categoria formada pela interface raça/gênero não pode ser desarticulada para fins de análise e que deve ser entendida a sua integralidade, resgatando aqui a interseccionalidade como preocupação de articular as diversas formas de desigualdades a que estão submetidas as mulheres negras, como destacado pelo Coletivo Combahee River Collective (COMBAHEE RIVER COLLECTIVE STATEMENT, 1977), no seu importante manifesto lançado em 1977. Essa interseção constitui e fundamenta as relações de poder, sobretudo no espaço estigmatizador e vulnerabilizante das prisões.

A atenção à saúde das mulheres e o direito à saúde

A atenção à saúde das mulheres, na história das políticas de saúde no Brasil e no mundo, tem tido suas diretrizes com foco, em grande parte, no ciclo gravídico-puerperal, atendo-se aos parâmetros da atenção materno-infantil (VILLELA; MONTEIRO, 2005) e, ainda assim, frequentemente relegada ao segundo plano.

A política pública de saúde para as mulheres no Brasil evidenciou um salto de qualidade no país, na década de 80, com a formulação de propostas de atenção integral à saúde da mulher, em todas as fases de sua vida, respeitando suas individualidades, necessidades e direitos, sem discriminação de raça e classe social (BRASIL, 2004). Foram incluídos, pela primeira vez, serviços públicos de contracepção, que visavam à incorporação da própria mulher como

protagonista no cuidado da sua saúde (VILLELA; MONTEIRO, 2005; GIFFIN, 1991)

Tal iniciativa surge em razão da vulnerabilidade e consequentes desvantagens às quais estão submetidas as mulheres. No campo da saúde, estas diferenças identificadas entre gêneros se traduzem no aumento de morbidade e mortalidade (doenças e mortes) de mulheres. A probabilidade de que sofram, adoçam e morram como resultado dos problemas gerados por esta desigualdade é muito grande (BRASIL, 2004).

Nas regiões mais pobres do país (Norte, Nordeste e Centro-Oeste), as mulheres apresentam-se especialmente vulneráveis à mortalidade e à morbidade maternas, sobretudo porque possuem os mais baixos rendimentos individual e familiar; as maiores limitações de acesso à saúde e à educação (VILLELA; MONTEIRO, 2005; BRASIL, 2004), além de apresentarem as piores condições de moradia e habitação (BRASIL, 2004).

Mesmo que as mulheres vivam mais, elas relatam maior adoecimento e problemas psicológicos, utilizando mais os serviços de saúde (PINHEIRO, 2002). Desta forma, a compreensão da saúde da mulher demanda o reconhecimento das relações da articulação das categorias gênero e saúde, implicando em outros conceitos e percepções sobre essa abordagem.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em seu plano de ação 2004-2007 (BRASIL, 2004), nasce com a prerrogativa de ampliar o acesso e a melhoria das ações já existentes, destacando os grupos considerados mais vulneráveis: “mulheres negras, mulheres em situação de prisão, com deficiência, indígenas, trabalhadoras do campo e da cidade, as que fazem sexo com mulheres, as no climatério/menopausa e na terceira idade”. O fenômeno da feminização e pauperização da AIDS à época era emblemático, revelando como as vulnerabilidades do gênero feminino não podem ser prescindidas das vulnerabilidades resultantes da pobreza. Ao mesmo tempo, tanto a AIDS como a violência urbana mostram como a vulnerabilização de alguns membros de uma sociedade pode, com o tempo, refletir e atingir todos (GIFFIN, 2002).

Buscando, assim, reduzir a morbi-mortalidade feminina no Brasil, especialmente aquela por causas evitáveis - infecto-contagiosas ou crônico-

degenerativas -, o plano em questão mantém enfoque sobre as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), a atenção obstétrica, aos grupos vulneráveis e o controle social efetivo das mulheres.

O desenvolvimento de políticas de educação continuada em saúde da mulher, junto aos profissionais de saúde, mirando as especificidades de agravos com repercussões importantes na saúde integral e na saúde reprodutiva (OLIVEIRA, 2004), é uma estratégia que deve ser observada, mas não pode ser um fim em si mesma. O multifacetamento das variáveis implicadas no processo saúde-adoecimento necessita de uma análise detalhada que venha a contemplar todas as nuances que traduzem as desigualdades em saúde.

Tal vulnerabilidade suscita, além desse reconhecimento, a discussão e intervenção nesse plano, partindo da compreensão de saúde como um completo bem-estar (OMS, 2005) intrinsecamente ligado à qualidade de vida e calcado na discussão de gênero como parte da compreensão do aspecto integral, mas também transversal a outros aspectos da mulher. Significa, sobretudo, discutir o lugar que as diversas mulheres têm ocupado na sociedade, antes de se transformarem em corpos excluídos, estigmatizados e adoentados, a exemplo das mulheres negras.

A prática da assistência à saúde para as mulheres no âmbito do SUS deve seguir um conjunto de diretrizes e princípios já estabelecidos e consolidados por protocolos, programas e políticas de saúde para este grupo, a exemplo da PAISM (BRASIL, 2004) e da Rede Cegonha (BRASIL, 2011), entre outros. Devem guiar o planejamento das ações que serão direcionadas a esse grupo, no sentido de garantir acesso à saúde como um bem público. Dentro desta perspectiva, surgem ainda especificidades intimamente ligadas à forma como determinadas mulheres vivem, se organizam, suas trajetórias, aspectos demográficos, ciclo de vida, ambientes que vão apontar novos desafios e a necessidade de se delinear estratégias e buscar recursos adequados que atendam às suas necessidades e peculiaridades.

A compreensão da interseccionalidade, que compõe e exprime a condição de ser mulher, se constitui em um grande desafio para os gestores e profissionais de saúde, frente à formulação, implantação e implementação de políticas públicas específicas para as mulheres. Políticas públicas podem

ser compreendidas como a forma de atuação do Estado, visando alcançar objetivos preestabelecidos, mas que podem refletir ou revelar uma trama complexa de interesses (REIS, 1989). Como pensado por Farah:

Ao analisar políticas públicas e programas governamentais a partir da perspectiva de gênero, pretende-se ir além da identificação de políticas e programas que atendam a mulheres, embora a identificação de tais políticas seja um momento necessário (...). Ao adotar o conceito de gênero como referência para a análise, procurou-se chamar a atenção para a construção social e histórica do feminino e do masculino e para as relações sociais entre os sexos, marcadas em nossa sociedade por uma forte assimetria. (FARAH, 2004, p.47)

Essa intersecção de categorias que entrelaça características, que podem não ser passíveis de desarticulação, impõe a necessidade de que se ultrapasse os limites biologizantes, fragilizantes e centrados no ciclo e no período reprodutivo femininos. Desta maneira, o não reconhecimento dessa complexidade contribui para e alimenta o ciclo incessante de vulnerabilidade das mulheres, acentuando as desigualdades e promovendo a perpetuação das desvantagens engendradas nas suas vidas. Não obstante, vulnerabilidade revela uma situação de exposição, quer seja por aspectos individuais ou coletivos, que estão ligados de maneira direta ou indireta e ao grau e modo desta subalternização. Destaca-se, portanto, a necessidade de garantir o acesso a recursos, como forma de proteção das consequências não desejadas daquela exposição (AYRES et al, 2003).

Entre os vários aspectos da vida das mulheres, a atenção à saúde se configura entre as necessidades emergentes, como um campo repleto de expectativas e carente de ações direcionadas às necessidades específicas do universo das mulheres negras, pois diz respeito, essencialmente, às suas condições de vida:

Existem evidências científicas abundantes que mostram a contribuição da saúde para a qualidade de vida de indivíduos ou populações. Da mesma forma, é sabido que muitos componentes da vida social que contribuem para uma vida com qualidade são também fundamentais para que indivíduos e populações alcancem um perfil elevado de saúde. É necessário mais do que o acesso a serviços médico-assistenciais de qualidade, é preciso enfrentar os determinantes da saúde em toda a sua amplitude, o que requer políticas públicas saudáveis, uma efetiva articulação intersetorial do Poder Público (...). (BUSS, 2000, p.163).

Em conformidade, o Protocolo da Atenção Básica no que tange a saúde das mulheres aponta um caminho, demandando uma revisitação dos conceitos e medidas que dizem respeito aos cuidados reservados as mulheres. Ratifica a necessidade da garantia do acesso aos serviços, com respeito a diversidade cultural, sexual, étnica e religiosa, contribuindo para a construção da autonomia de mulheres com deficiência, lésbicas, bissexuais, transexuais, negras, índias, ciganas, do campo e da floresta, em situação de rua e privadas de liberdade, em todas as fases da suas vidas. (Brasil, 2016).

Destaca-se aqui o direito à saúde, que está previsto pela Constituição Federal Brasileira, na qual o Estado assume o seu dever de promover e garantir o acesso a todos as pessoas em território brasileiro, sem distinção de qualquer natureza, por compreendê-la como um bem público e, portanto, protegido este bem através da legislação e manifesta por meio de políticas públicas (BRASIL, 1988). Indica uma prática que alcança as pessoas como pessoas integrais, integrantes e integradas a uma dinâmica social constituída a partir delas, por elas e para elas.

Esse princípio constitucional, por sua vez, apoia-se nas diretrizes do Sistema Único de Saúde que tem em seu ideário o conceito de saúde definido pela 8ª Conferência Nacional de Saúde:

.. a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e o acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1987).

O direito à saúde também está garantido pelo Estado em situações específicas, a exemplo das pessoas que cumprem pena privativa de liberdade. Para essa população, além do artigo 196 da Constituição Brasileira, o artigo 41 da Lei de Execuções Penais (1984), anterior ao SUS, garante ações de saúde à população encarcerada. No mesmo sentido, a Portaria Interministerial 1777 (Ministério da Saúde e Ministério da Justiça), de 09 de setembro de 2003, que institui o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, elenca uma série de linhas de ação para “contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais frequentes à saúde da população penitenciária

brasileira.” (BRASIL, 2003, p.5). Ampliando o escopo de ações, que estavam restritas à atenção básica, é instituída, em 02 de janeiro de 2014, através da Portaria Interministerial MS/MJ, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do SUS.(Brasil, 2014)

Sistema prisional, reorganização de vidas e trajetórias e a saúde das mulheres negras

O sistema prisional nos últimos anos passa a ser o foco das atenções no Brasil, não por reunir condições humanizadas para o cumprimento da pena ou repensar diretrizes para cumprir a sua pretensa função como instrumento de “reintegração” das pessoas com dignidade e com respeito à Constituição Brasileira (BRASIL, 1988), mas por não cumprir os tratados e acordos internacionais dos quais é signatário. Entre eles, estão as Regras Mínimas para o Tratamento de Prisioneiros (ONU, 2016a) e Regras das Nações Unidas Para o Tratamento de Mulheres Presas e Medidas Não Privativas de Liberdade Para Mulheres Infratoras (ONU, 2016b). O debate sobre prisão no país gira em torno de superlotação, déficit de vagas, fugas e rebeliões, mantendo-se esse tema diversas vezes como manchete (“Ministro diz que prefere morrer a passar anos em cadeias brasileiras”) nos canais de comunicação. Para José Eduardo Cardozo, condições dos presídios no país, são “medievais” (O GLOBO, 2012).

Uma vez que as pessoas encarceradas são destinadas a espaços inadequados, que o sistema carcerário está superlotado e que não há capacidade para atender às necessidades básicas daquela população, como possibilitar a reintegração? O que significa reintegração ou reinserção? Como possibilitar um processo de reinserção social e o reconhecimento das peculiaridades das mulheres negras e atendimento às suas necessidades de saúde?

A perspectiva de uma sociedade patriarcal tem sido uma regra também para o contexto prisional, com a prevalência de serviços e políticas penais que privilegiam a atenção e as necessidades masculinas, colocando em planos de menor importância as peculiaridades que envolvem a realidade prisional das mulheres - que se relacionam com suas características

raciais, geracionais, de orientação sexual, identidade de gênero, nacionalidade, situação de gestação e maternidade, entre tantas outras características (BRASIL, 2014).

Chama atenção a necessidade de adequação das políticas públicas existentes para as mulheres em todos os setores e uma definição do que representa a mulher neste espaço, corrigindo possíveis distorções existentes entre como ela é percebida, como ela realmente é e o que efetivamente necessita. Especialmente quando da situação de encarceramento, o reconhecimento de suas especificidades surge como de extrema urgência, quando se tem como parte do horizonte o resgate da autodeterminação no processo de reintegração à sociedade (BRASIL, 2010).

As vidas das mulheres negras estão sob a custódia do Estado brasileiro, sendo este responsável pela sua saúde, educação, alimentação e reinserção. Ou seja, fornecer condições para que essa mulher possa, enquanto cumpre sua pena privativa de liberdade, se reintegrar à sociedade e retomar sua vida, o convívio familiar, com sua comunidade e com a sociedade, resgatando sua autonomia (BRASIL, 2010; 2009):

As ações de reintegração social podem ser definidas como um conjunto de intervenções técnicas, políticas e gerenciais levadas a efeito durante e após o cumprimento de penas ou medidas de segurança, no intuito de criar interfaces de aproximação entre Estado, Comunidade e as Pessoas Beneficiárias, como forma de lhes ampliar a resiliência e reduzir a vulnerabilidade frente ao sistema penal. (...) em se tratando de pena privativa de liberdade: deve, antes disso, consistir em um processo de superação de uma história de conflitos, por meio da promoção dos seus direitos e da recomposição dos seus vínculos com a sociedade, visando criar condições para a sua autodeterminação responsável (BRASIL, 2008).

Partindo do proposto como reintegração, percebe-se que um “adequado” “tratamento penal” não pode residir apenas na não existência de violência. Além de compreender as várias formas de violências, deve-se pautar pela garantia de que o reconhecimento da identidade, história, trajetória e individualidade de cada pessoa seja o ponto de partida para se traçar o conjunto de ações que promovam efetivamente a superação prevista do histórico de conflitos, dores, sofrimentos e violências que acompanham as pessoas que, em algum momento, são encarceradas. Neste sentido, é quase que um consenso que o que se tem discutido enquanto reintegração revela-se uma falácia

diante das impossibilidades existentes nas vidas e nas trajetórias das pessoas presas e que se ratificam ao longo do processo de encarceramento e que podem se cristalizar no pós-encarceramento.

A legislação aponta que todas as unidades penitenciárias que irão abrigar as pessoas do sexo feminino (exclusivas ou mistas) devem levar em conta as particularidades do atendimento à saúde dessa população, com base nas diretrizes e princípios da atenção à saúde da mulher no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2010; 1990). E ainda:

Está previsto na Lei de Execução Penal (1984) (parágrafo primeiro do artigo 82 do Capítulo I do Título IV - Dos Estabelecimentos Penais) que as mulheres serão recolhidas em estabelecimento próprio e adequado à sua condição pessoal (BRASIL, 2010).

Conhecer sua condição individual diz respeito a considerar que existem muitas e diversas mulheres que compõem esse grupo e que os diferenciais raciais também acompanham esse crescimento.

O encarceramento feminino obedece a padrões de criminalidade muito distintos se comparados aos do público masculino. Enquanto 23% dos crimes pelos quais os homens respondem estão relacionados ao tráfico, para as mulheres, essa proporção chega a 58%. Tem-se que 50% das mulheres encarceradas estão na faixa de 18 a 29 anos. Sobre a raça/cor da pele, a proporção de mulheres negras presas é de 68%, o que indica que, para três mulheres privadas de liberdade, duas são negras. Se olharmos para as condições específicas das mulheres encarceradas, há 1.204 mulheres com agravos transmissíveis dentro do sistema prisional, o que equivale a 5,3% da população prisional feminina (INFOPEN, 2016).

Como demonstrado por Miranda (2004), pesquisa realizada em unidade prisional feminina revela um perfil de mulheres negras, idade média de 30 anos, realizando trabalho não qualificado, experimentando a primeira gravidez antes dos 15 anos de idade. Além disso, 51% das pesquisadas faziam uso regular de cocaína e 48% consumiam álcool em excesso. A falta de acesso ao trabalho qualificado, a ações de planejamento familiar e a exposição de mulheres negras e jovens às drogas ratificam e ilustram o ciclo da vulnerabilidade ao qual estão sujeitas mulheres negras. Elas “experimentam a opressão a

partir de um lugar, que proporciona um ponto de vista diferente sobre o que é ser mulher numa sociedade desigual, racista e sexista” (BAIROS, 1995, p.461). Mulheres que não tiveram as necessidades atendidas quando em liberdade configuram o perfil das mulheres intramuros. Mulheres negras: vulnerabilizadas antes da prisão, tornam-se o combustível para a manutenção do ciclo de vulnerabilização pós-prisão.

As mulheres privadas de liberdade demandam cuidados específicos que tem íntima relação com as suas condições de vida e ambiente em que vivem antes do processo de encarceramento, sua saúde reprodutiva, cuidados maternos. Quando do aprisionamento, a superlotação e a precariedade das condições das unidades prisionais facilita a transmissão de diversas doenças infecciosas, como tuberculose e hanseníase (Infopen,2020). A taxa de suicídio entre mulheres presas chega a ser vinte vezes maior que a média nacional (Infopen, 2020).

A existência de políticas de saúde não é suficiente para que o acesso à saúde nesse espaço, como bem-estar completo, esteja garantido. Exercê-lo dentro dos princípios do SUS, que tem entre suas diretrizes a equidade e a integralidade (BRASIL, 1990), é um desafio para as pessoas que entendem a necessidade de um modelo de atenção integral e articulado que garanta a intersetorialidade das ações, assim como o seu aprimoramento quotidianamente. Essa prática torna-se mais desafiante quando se trata de locais que incorporam aspectos socialmente rejeitados, a exemplo do sistema prisional.

Percebe-se que equidade remete ao interesse de reconhecer igualmente o direito de cada um. Evidencia-se o não reconhecimento dos direitos básicos dos cidadãos, fato que se expressa em desigualdade extrema marcadamente entre grupos sociais, no que se refere à qualidade de vida (CUNHA, 1997). Sabe-se que a equidade não contribui para se encontrar a solução de todos os problemas de desigualdade existentes na sociedade moderna, o que não impede de ser ela uma prática social e política que permite resolver, em determinadas circunstâncias, distorções de que são vítimas os indivíduos devido a desigualdades de categorias, como de gênero e raça (D’ADESKY, 2001).

Já a integralidade - destacada aqui como a garantia de que todas as pessoas devam ter acesso aos

serviços e que as ações de caráter individual e coletivo devam ser financiadas, articuladas no mesmo sistema, pressupondo acessar aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade do sistema, considerando o indivíduo na sua totalidade e respeitando as suas peculiaridades individuais e coletivas (BRASIL, 1987) - emerge como parte do arcabouço para a execução de ações que possam alcançar as peculiaridades em questão das mulheres negras privadas de liberdade, como destacado até aqui.

A PNAISP (2014) prevê ações de saúde e propõe metas de cobertura de atendimento para as mulheres reclusas, que contemplam o ciclo reprodutivo-gravídico-puerperal, pois dizem respeito à realização de consultas de pré-natal e puerpério, controle do câncer de mama e cérvico-uterino. Ainda que em consonância com o SUS e que seja de extrema relevância a vida sexual e reprodutiva deste grupo, isto revela a restrita abordagem ao polo socioculturalmente aceito, qual seja: a heterossexualidade feminina exclusiva, mulheres em idade fértil, mulheres que tem filhos. Invisibilizam-se, pois, as demais orientações sexuais, como lésbicas e bissexuais, entre outras, assim como a vida das mulheres sob a perspectiva das mulheres negras, as quais compõem a maioria do grupo: provedora, mãe, companheira, trabalhadora, com projetos de vida, oprimida, entre tantas outras possibilidades de ser mulher.

A Portaria Interministerial 210/2014 - Ministério de Justiça e Secretaria de Política para as Mulheres, que institui a Política Nacional de Atenção Integral às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade - busca ir um pouco além, tentando garantir o:

Acesso a atendimento psicossocial desenvolvido no interior das unidades prisionais, por meio de práticas interdisciplinares nas áreas de dependência química, convivência familiar e comunitária, saúde mental, violência (BRASIL, 2014).

Tem foco também no ciclo reprodutivo das mulheres, preconizando uma série de ações no sentido de humanizar a atenção ao parto, como a proibição do uso de algemas, mecanismos de contenção e controle em mulheres em trabalho de parto e parturientes, assim como a garantia de local adequado para abrigar mãe e filho.

Em se tratando das suas necessidades de saúde, as mulheres negras privadas de liberdade podem ser consideradas em situação de violência, que se apresenta como um fato humano e social que consiste no uso do poder para perpetuar a submissão, o domínio, provocando danos a indivíduos, grupos ou coletividades (MINAYO, 2003). A autora destaca a violência de gênero e de raças, enfatizando a dos brancos contra os negros e ressaltando que estes aspectos já estão naturalizados pelos indivíduos e até mesmo por instituições, o que permite a sua incorporação no âmbito cultural.

É relevante destacar que, ainda que não seja o enfoque deste ensaio, a presença de mulheres nas prisões se dá sob duas perspectivas: a primeira, em situação de encarceramento - privadas de liberdade - e, a segunda, quando as mulheres, também em sua maioria negras, provém o cuidado para homens e mulheres presas e presos, através das visitas, quando tem seus corpos submetidos as formas de opressão por parte do Estado, através de revistas íntimas (VALOIS, 2016). São mães, avós, filhas, tias, vizinhas que buscam manter a conexão familiar com as mulheres e homens presos e também sofrem as consequências da instituição prisão. São as mulheres negras que vivenciam o que se reconhece como sequela continuada ou como um continuum, como se não houvesse lapso temporal, desde o processo de violência racial contra as pessoas negras no seu sequestro do continente africano, transporte e estabelecimento no processo de escravização, cujas sequelas se renovam a partir de velhas sequelas (SANTOS, NASCIMENTO-MANDINGO, CHAZKEL, 2020)

O sistema prisional, então, com uma estrutura física e funcional que pune e priva de direitos constitucionais ao se omitir em relação às garantias do reconhecimento desta condição peculiar de mulheres negras presas se transforma e se perpetua em um local de depósito de pessoas, como já descrito por Foucault(1979; 1987) e Amorim (2003),

O reconhecimento das necessidades de saúde das mulheres negras privadas de liberdade passa pela apreensão de que a tríade mulher-negra-aprisionamento constitui-se enquanto uma categoria de manutenção do processo de vulnerabilização, que se inicia antes do encarceramento, conferida a mulher

negra. O reconhecimento dessa indissociabilidade é estratégico para a retomada do processo de resgate da autonomia e quebra do círculo de manutenção da vulnerabilização desse grupo e promoção do processo de reorganização de trajetórias e vidas das mulheres negras, no qual o cuidado a saúde pode ser considerado um ponto de partida, retomando-se o conceito de saúde de forma ampla, já discutido anteriormente.

Considerações Finais

Neste ensaio, discutiu-se a presença de mulheres negras no sistema prisional, sublinhando alguns dos pontos sobre a compreensão e construção da diversidade do significado do ser mulher, de maneira que esta permita um outro ponto de partida para um olhar diverso, que compreenda a tríade gênero-raça-encarceramento. Argumenta-se que raça negra e gênero e o contexto de confinamento, representam categorias que não podem ser analisadas em separado, quando da elaboração e da implantação de ações de saúde e de um projeto de reintegração social pretenso. É necessário o reconhecimento desta interseccionalidade, promovendo questionamentos a partir da experiência que registra a opressão sociorracial como pré-requisito de sua existência, considerando as condições raciais, históricas, culturais, materiais e epistemológicas. Esta experiência singular gera teoria própria e poderá indicar caminhos para uma maior reflexão sobre as questões concretas que envolvem as vidas das pessoas, até então nó crítico de temas, como o corpo negro feminino em confinamento e assistência à sua saúde.

As políticas existentes para as pessoas presas - Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas Privadas de Liberdade, Política Nacional de Atenção Integral às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade, Lei de Execução Penal, Lei 8080/90, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Constituição Brasileira - ainda apresentam limitações para incorporar esta característica em suas ações e serem responsivas à maioria das mulheres que se encontram presas e estão limitadas a ações que permitam a abordagem de aspectos raciais negros e de gênero.

Acredita-se que a existência de um arcabouço legal seria o suficiente para garantir o atendimento a estas mulheres e o seu cuidado, dentro dos princípios do SUS. Porém, muitos impasses existem no caminho da efetivação das políticas públicas e da legitimação dos dispositivos legais existentes. A mulher negra encarcerada sofre as mazelas da exclusão pelo efeito indissociável dos três aspectos em discussão. Suas necessidades de saúde têm sido pautadas pela sociedade de fora para dentro da instituição prisão, estabelecendo-se como uma perpetuação da exclusão e vingança social (GOFFMAN, 1961).

Tal complexidade precisa ser reconhecida, debatida e incorporada, possibilitando ações que efetivamente contribuam para garantir a integridade do seu cuidado. Neste espaço de privação de liberdade para construir a reestruturação da vida destas mulheres, a luta pela garantia destes direitos se torna peculiar e inquestionável.

As mulheres negras privadas de liberdade apresentam demandas e necessidades bastante peculiares, não se podendo negligenciar o papel que muitas delas assumem nas suas famílias e comunidades. Isso impacta as comunidades, os coletivos e grupos raciais aos quais estas mulheres pertencem. A atenção à saúde das mulheres negras presas deve levar em consideração as singularidades discutidas, cuja percepção poderá determinar como as ações e políticas desenvolvidas devem ser empreendidas.

Pesquisas que ponderem as limitações existentes para a abordagem integral da saúde das mulheres negras privadas de liberdade e a sua articulação a um projeto de reestruturação de vidas e trajetórias que busquem superar as limitações impostas, poderão representar relevante aporte para a desconstrução das iniquidades existentes na vida das mulheres negras encarceradas, ao promoverem a elaboração de políticas e intervenções específicas. Emergem como uma oportunidade para que a produção de saberes no campo seja demandada pela realidade vivenciada por este grupo e estimule a realização de estudos que contribuam para dar visibilidade à situação das mulheres negras na prisão.

Referências

AMORIM, Carlos. *CV- PCC, a irmandade do crime*. Rio de Janeiro/RJ: Record, 2003.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al. "O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios". In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (Orgs.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-140..

AZEVEDO, Eliane Elisa. *Raça: Conceito e Preconceito*. 2. ed. São Paulo: Ática, 1990.

BAIROS, Luiza. Nossos Feminismos Revistados. *Estudos Feministas*. Santa Catarina, v. 3, n. 2, p.1-6.1995.

BRASIL Ministério da Saúde. *Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.*

_____. Lei nº 7210, de 11 de julho de 1984. Lei de Execuções Penais. [online] Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/l7210.htm. Acesso em: 25 maio 2018.

_____. Oitava Conferência Nacional de Saúde. [online] Brasília, 1987. *Anais...* Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf. Acesso em: 25 maio 2018.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. [online] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaoconsolidado.htm. Acesso em: 25 maio 2018.

_____. Lei 8080, 19 de setembro de 1990. [online] *Dos princípios e Diretrizes*, Cap. II, art. 7, Diário Oficial da União, 20 set 1990, Brasília. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 25 maio 2018.

_____. Portaria interministerial n. 1777, de 09 de setembro de 2003. [online] Disponível em:

http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=882. Acesso em: 25 maio 2018.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. [online] *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, 2013-2015*, cap. 3, p. 61.

_____. Ministério da Justiça/Departamento Penitenciário Nacional. *Dados consolidados*. [online] Disponível em: <http://www.mj.gov.br/depen>. Acesso em: março de 2008.

_____. Ministério da Justiça/Departamento Penitenciário Nacional. *Dados consolidados*. [online] Disponível em: <http://www.mj.gov.br/depen>. Acesso em: março de 2009.

_____. Ministério da Justiça/Departamento Penitenciário Nacional. *Dados consolidados*. [online] Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/DPDC/data/Pages/MJD574E9CEITEMIDC37B2AE94C6840068B1624D28407509CPTBRNN.htm>. Acesso em: setembro de 2010.

_____. Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 210, de 16 de janeiro de 2014. [online]. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/politicas-2/mulheres-1/anexos-projeto-mulheres/portaria-interministerial-210-2014.pdf>. Acesso em: 25 maio 2018.

_____. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. [online] 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 25 maio 2018.

_____. Rede Cegonha. Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011 - Ministério da Saúdehttp://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em 05: maio 2018.

_____. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias. [online] Infopen Mulheres. 2014. Disponível em: <http://justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/documentos/relatorio-infopen-mulheres.pdf>. Acesso em: 25 maio 2018.

BUSS, P.M. *Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.163-177, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo>.

php?pid=S14138123200000100014&script=sci_arttext. Acesso em: 11 maio 2018.

BUTLER, Judith. *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of identity*. New York: Routledge, 1990.

CARNEIRO, Sueli. Mulheres Em Movimento. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 17, n. 49, p. 117-132, set/dez. 2003.

CARVALHO, Marília Pinto de. Gênero e Trabalho Docente: em busca de um referencial teórico. In: BRUSCHINI, Cristina; BUARQUE DE HOLANDA, Heloísa (Orgs.) *Horizontes Plurais: novos estudos de gênero no Brasil*. São Paulo: 34/Fundação Carlos Chagas, 1998.

COMBAHEE RIVER COLLECTIVE STATEMENT. *All the Women are White, All the Blacks are Men, But Some of us are Brave*. In: HULL, Gloria; BELL, Patricia Scott; SMITH, Barbara (Eds.), Nova Iorque: The Feminist Press. 1982 [1977].

CUNHA, Estela Maria G. P. Raça: aspectos esquecidos na iniquidade em saúde no Brasil? In: BARATA, R. B. et al. (Org.) *Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia*. Rio de Janeiro: Fiocruz: Abrasco, 1997, p. 219-234. (Série Epidemiológica, 1).

CURIEL, Occhy. Identidades Essencialistas O Constuccion De Identidades Políticas: El Dilema De Las Feministas Negras. [online] *Creatividad Feminista*. Disponível em: www.creatividadfeminista.org/articulos/fem_2003_negras.htm. Acesso em: 24 maio 2018.

D'ADESKY, Jacques. *Pluralismo étnico e multiculturalismo: racismos e anti-racismos no Brasil*. Rio de Janeiro: Pallas, 2001.

DAVIS, Ângela; DENT, Gina. A prisão como fronteira: uma conversa sobre gênero, globalização e punição. *Estudos Feministas*. Florianópolis, 11(2): 360, jul. 2003.

FARAH, Marta Ferreira Santos. Gênero e Políticas Públicas. *Estudos Feministas*. Florianópolis 12(1): 360, janeiro-abril. 2004.

FIGUEROA, Áurea. Contextualização conceitual e histórica. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA. *Caderno de textos básicos*. Brasília: Seppir, Ministério da Saúde, 2004.

FOUCAULT, Michael. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. *Vigiar e Punir: a história da violência nas prisões*. Petrópolis: Vozes, 1987.

GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel; DINIZ, Débor a. Saúde pública, bioética e equidade. *Bioética*, v.5, n.1, p.27-33. 1997

GIFFIN, Karen. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 18, 2002.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1961.

HENRIQUES, Ricardo. (2001). *Desigualdade Racial no Brasil: Evolução das Condições de Vida na Década de 90*. Texto para Discussão nº 807. Rio de Janeiro, julho 2001. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/pub/td/td_2001/td0807.pdf (acessado em março/ 2008).

HINO, P. et al. Necessidades em saúde e atenção básica: validação de instrumentos de captação. [online]. *Rev Esc Enferm USP*, v.43, n.spe2, pp.1156-1167, dezembro. 2009.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342009000600003>. Acesso em: 10 maio 2018.

IBGE (2008). *Síntese de Indicadores Sociais 2004*. [online] Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica n. 15. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicisociais2008/default.shtm>. Acesso em: março 2008.

INFOPEN MULHERES. BRASIL. DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL (DEPEN). Disponível em <https://www.justica.gov.br/noticias-seguranca/collective-nitf-content-4>. Acesso em 11 de novembro de 2020

INSPIR (2000). *Mapa da População Negra no Mercado de Trabalho no Brasil*. [online] Disponível em: <http://www.inspir.org.br/cartmap.htm>. Acesso em: 25 out. 2008.

IPEA - Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. *Desigualdades Raciais no Brasil: um balanço da intervenção governamental*. Brasília: IPEA, 2002.

MINAYO, Maria Cecília Souza. *A violência sob o olhar da saúde*. Fiocruz. Rio de Janeiro, 2003.

MIRANDA, Angélica Espinosa; MERÇON-DE-VARGAS, Paulo Roberto; VIANA, Maria Carmen. Saúde Sexual e Reprodutiva em penitenciária feminina, Espírito Santo, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 38(2). 255-60, abril. 2004.

OMS - Organização Mundial de Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. *Revista São Paulo*, v. 2. São Paulo: Edusp, 1994.

O GLOBO. *Ministro diz que prefere morrer a passar anos nas cadeias brasileiras*. [online] Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/ministro-diz-que-prefere-morrer-passar-anos-em-cadeias-brasileiras-6718740>. Acesso em: 28 maio 2018.

OSÓRIO, Rafael Guerreiro. O Sistema Classificatório de Raça/ Cor ou Raça do IBGE. *Textos para Discussão*, IPEA. Brasília, nº 996.2003.

PINHEIRO, Rejane Sobrino et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002.

QUINTAS, Fátima. (Org.) *Mulher negra: Preconceito, sexualidade e imaginário*. In: IV CONGRESSO AFRO-BRASILEIRO. Recife, abril, 1994. *Anais...* Recife: Massangana, 1995.

RADIS. *Comunicação em saúde*. [online] Nº 20. Abril de 2004. Disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/radis/pdf/radis_20.pdf. Acesso em: 25 out. 2008.

REIS, Elisa Pereira. Política e políticas públicas na transição democrática. In: MOURA, Alexandrina de Moura (Org.). *O Estado e as políticas públicas na transição democrática*. São Paulo: Vértice. *Revista dos Tribunais*; Recife: Fundação Joaquim Nabuco, 1989. p. 90-104.

SANTOS, Andreia Beatriz Silva dos; NASCIMENTO-MANDINGO, Fábio; CHAZKEL, Amy. *React or Be Killed: The History of Policing and the Struggle against Anti-Black Violence in Salvador*,

Brazil. *Radical History Review* 1 May 2020; 2020 (137): 157–176.
doi: <https://doi.org/10.1215/01636545-8092834>

SANTOS, Raquel Amorin dos. O Papel de Educação na Prevenção do Racismo e da Intolerância. In: SABÓIA, G. V. (Org.) *Seminários Regionais Preparatórios Para Conferência Mundial Contra O Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia E Intolerância Correlata. Anais...* Brasília, 2001.

SCOTT, Joan. *Gênero*. Uma categoria útil para análise histórica. Recife: SOS Corpo, 1995.

SILVA, Luís Fernando Martins da. *Racismo e desigualdade social na ordem do dia*. [online] 2005. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/3169/racismo-e-desigualdade-social-na-ordem-do-dia>. Acesso em: 25 maio 2018.

SOUZA, Paulo Vinícius Sporleder de. Bioética e Direitos Humanos: novos desafios para os Direitos Humanos de Solidariedade. *Revista de estudos criminais*, Porto Alegre, p.23-38, 2005.

SUAREZ, Marcelo Mendes. Gênero: uma palavra para desconstruir ideias e um conceito empírico e analítico. In: Encontro De Intercâmbio De Experiências Do Fundo De Gênero No Brasil. *Anais...* 2000. Gênero no mundo do trabalho. Brasília: [s.n.] 2000.

TOLEDO, Cecília. *Mulher Negra: as piores condições de vida*. In: *Mulheres: O Gênero Nos Une, A Classe Nos Divide*. Série Marxismo e Opressão, p.83-88, 2. ed. São Paulo, 2008.

VILLELA, Wilza; MONTEIRO, Simone. Atenção à saúde das Mulheres: Historicizando conceitos e práticas. In: VILLELA, Wilza; MONTEIRO, Simone (Orgs). *Gênero E Saúde: Programa De Saúde Da Família Em Questão*. Rio de Janeiro. Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva: Brasília: UNFPA - Fundo das Populações para as Nações Unidas, 2005.

UNIVERSITY OF LONDON. Institute for Criminal Policy Research of Birkbeck. [online] *World Female Imprisonment List*. Disponível em: <http://www.prisonstudies.org/>. Acesso em: março de 2018.

VALOIS, Luís Carlos. *O direito Penal da Guerra às Drogas*. Belo Horizonte. Editora D'Plácido. 2016.

VARGAS, João H. Costa. Racismo não dá conta: antinegritude, a dinâmica ontológica e social definidora da modernidade. EM PAUTA, Rio de Janeiro _ 1o Semestre de 2020 - n. 45, v. 18, p. 16 – 26. Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

ONU. *Regras de Bangkok. Regras das Nações Unidas para o tratamento de mulheres presas e medidas não privativas de liberdade para mulheres infratoras*. 2016a. Disponível em:
<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2016/03/a858777191da58180724ad5caafa6086.pdf>. Acesso em: março de 2018.

ONU. *Regras de Mandela. Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Presos*. 2016b. Disponível em:
<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2016/05/39ae8bd2085fdb4a1b02fa6e3944ba2.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2018.