

DIREITO DA SAÚDE: O DIREITO DE GESTAR DENTRO DAS PENITENCIÁRIAS FEMININAS BRASILEIRAS

Alice Apolinário Mendes¹

Marina Dantas Costa²

RESUMO

O presente artigo busca analisar os direitos das mulheres gestantes no sistema penitenciário feminino brasileiro, com ênfase no direito à saúde no ciclo gravídico-puerperal. O encarceramento feminino no Brasil cresceu exponencialmente nas últimas décadas e, como consequência, as condições precárias das prisões femininas, aliadas à negligência no cuidado à saúde das gestantes, violam direitos fundamentais garantidos pela Constituição Federal e pela Lei de Execução Penal. A pesquisa adota abordagem qualitativa, com base em revisão bibliográfica e análise de dados secundários extraídos de fontes oficiais, como o Infopen Mulheres e o Relipen, além de diretrizes técnicas nacionais e internacionais. São examinados aspectos relacionados ao acesso ao pré-natal, ao parto, ao puerpério, bem como à assistência odontológica e ao tratamento humanizado. Os resultados apontam falhas estruturais e operacionais na aplicação das políticas públicas voltadas à saúde das gestantes privadas de liberdade, revelando um descompasso entre o arcabouço normativo vigente e sua efetiva implementação. Conclui-se pela necessidade de ações coordenadas e fiscalizadas que assegurem, de fato, os direitos já reconhecidos em lei.

Palavras-chave: Direito à saúde; gestação; cárcere; políticas públicas.

ABSTRACT

This article attempts to analyze the rights of pregnant women in the Brazilian women's prison system, with an emphasis on health care. Women's imprisonment in Brazil has grown exponentially in recent decades and, therefore, the precarious conditions of women's prisons, combined with negligence in the health care of pregnant women, violate fundamental rights guaranteed by the Federal Constitution and Criminal Execution Law. The research adopts a qualitative approach, based on a literature review and analysis of secondary data from official sources such as Infopen Mulheres and Relipen, as well as national and international technical guidelines. It examines aspects related to access to prenatal care, childbirth, and the puerperium, as well as dental care and humanized treatment. The results point to structural and operational flaws in the application of public policies aimed at the health of pregnant women deprived of their liberty, revealing a mismatch between the current regulatory framework and its effective implementation. The conclusion is that there is a genuine need for coordinated and monitored actions to ensure the rights already recognized by law.

Key-word: Health rights; pregnancy; prison; public policies.

¹ Estudante do Curso de Direito da Universidade de Sorocaba – UNISO, RA nº 00106983
Orientador: Prof. Dr. Fernando Silveira Melo Plentz Miranda.

² Estudante do Curso de Direito da Universidade de Sorocaba – UNISO, RA nº00107731
Orientador: Prof. Dr. Fernando Silveira Melo Plentz Miranda.

1 INTRODUÇÃO

O encarceramento feminino no Brasil tem apresentado um crescimento exponencial nas últimas décadas. De acordo com o Relatório Sintético da População (2000) e o Relatório de Informações Penais (Relipen)(2024), ambos do Ministério da Justiça e Segurança Pública, o total de mulheres privadas de liberdade passou de 5.601 em 2000 para 29.137 em 2024, representando um aumento de aproximadamente 420%. Ainda que em números absolutos esse total seja inferior em relação à contraparte masculina, os relatórios revelam que o aumento percentual da população carcerária feminina ultrapassou, em ritmo, a taxa masculina, que cresceu cerca de 278% no mesmo período, passando de 169.379 presos em 2000 para 641.128 em 2024. Embora as mulheres representem uma parcela menor da população prisional, o encarceramento feminino tem aumentado rapidamente, Lemgruber (1999) apresenta e discute orientações teóricas que buscam explicar a causa raiz da mulher criminoso e pondera:

[...] as diferenças nas taxas de criminalidade masculinas e femininas prendem-se, sobretudo, a fatores sócio estruturais”. [...] na medida em que as disparidades socioeconômico estruturais entre os sexos diminuem, há um aumento recíproco da criminalidade feminina (Lemgruber, 1999, p.6).

Não obstante os dados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Infopen Mulheres)(2017), do Ministério da Justiça e Segurança Pública, evidenciam o crescimento acelerado da população carcerária feminina nos últimos anos, esse aumento não foi acompanhado por políticas públicas que reconheçam e atendam às especificidades das mulheres no cárcere, especialmente aquelas que vivenciam a gestação. A Lei de Execução Penal (LEP)(Brasil, 1984), prevê medidas para assegurar o atendimento à saúde das mulheres grávidas encarceradas, incluindo o acompanhamento ao pré-natal, o parto e o pós-parto, entretanto, na prática, a realidade nas unidades prisionais está muito distante do que os textos legais asseguram. Os Relatórios de Monitoramento elaborados pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT)(2020) revelam a existência de espaços inadequados para a realização de partos, a ausência de assistência médica contínua e a escassez de estrutura mínima nas celas e enfermarias, sobretudo nas unidades femininas. Tal cenário evidência não apenas o descumprimento de normas constitucionais e infraconstitucionais, mas também a fragilidade da efetividade das políticas públicas voltadas à proteção integral de um grupo específico no sistema penitenciário.

Diante dessa realidade, o presente artigo busca analisar a situação das gestantes no sistema prisional brasileiro, investigando as condições práticas de acesso aos serviços de saúde, com especial atenção à saúde física. Ao explorar essas lacunas e a distância entre o que está previsto em lei e o que é efetivamente aplicado, pretende-se evidenciar a urgência de uma

abordagem mais humanizada e estruturada. Ao final, espera-se contribuir para o debate acadêmico e institucional sobre a necessidade de políticas públicas eficazes e sensíveis às particularidades das mulheres privadas de liberdade, de modo a garantir a promoção da dignidade humana, o cuidado integral à maternidade e a efetivação dos direitos fundamentais dessa população.

2 A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA PRISIONAL SOB UMA PERSPECTIVA MASCULINA E SEUS REFLEXOS NA EXPERIÊNCIA FEMININA

O sistema prisional foi historicamente estruturado a partir de uma lógica centrada nas necessidades e características da população masculina, na percepção de Cerneka (2009), o sistema penal no Brasil e no mundo foi criado por homens e para homens. Desde suas origens, tanto a arquitetura das unidades quanto os regulamentos internos e as políticas de gestão penal foram desenvolvidos com base em um modelo padrão de pessoa privada de liberdade, majoritariamente masculino (Miyamoto; Krohling, 2013).

Nesse sentido, constata-se que, ainda que latente o crescimento da curva de mulheres encarceradas em 2017 no Brasil, 74,85% dos estabelecimentos prisionais eram destinados para a detenção de presos do sexo masculino, seguido de 18,18% para o público misto e apenas 6,97% exclusivamente para as mulheres conforme Infopen Mulheres (2017). Em contrapartida, no mesmo ano, o número total da população feminina brasileira no sistema penitenciário era de 36.612, enquanto o total de vagas distribuídas nos dois tipos de estabelecimentos prisionais (feminino e misto) era de 31.837, representando um déficit de 5.991 vagas e uma taxa de ocupação de 109% do sistema prisional, se analisado criteriosamente por Unidade Federativa, é possível verificar que 19 dos 25 estados brasileiros operam no limite ou além da capacidade máxima, com destaque para o estado do Amazonas que possui uma taxa de ocupação de 347% como indicado no Infopen Mulheres (2017).

A alocação das presas femininas em estabelecimentos prisionais, originalmente projetados para homens, comprova a desconsideração da perspectiva de gênero no sistema prisional brasileiro, uma vez que são realizadas pequenas adaptações nas dependências para abrigar mulheres encarceradas, não se priorizando as preocupações quanto às questões sobre cuidados médicos apropriados e celas adequadas para este grupo. Dados do Relipen (2024) evidenciam que das 180 presas gestantes, apenas 59 estavam em estabelecimento com cela/dormitório adequado, ou seja, aproximadamente 33% das mulheres grávidas continuam alocadas em celas comuns, sem estrutura apropriada. No mesmo sentido, a LEP, apesar de certificadora de diversas garantias, é na percepção de Espinoza (2004) tímida e insuficiente

para abranger a totalidade das necessidades femininas, vez que ainda que determine que a assistência à saúde ao preso deve compreender o atendimento médico, farmacêutico e odontológico, não contempla as necessidades femininas, pois não faz referência clara ao cuidado médico específico ao público feminino, com a previsão de assistência ginecológica, por exemplo:

[...] as disposições desses corpos normativos foram redigidas sob o prisma masculino, ou seja, com vistas a regulamentar as condições de encarceramento de um grupo pertencente tão-só a esse gênero. Embora se presuma que os textos das leis se baseiam no princípio da isonomia, muitas normas foram lavradas em clave masculina e para responder os interesses dos homens. No que tange ao sistema penitenciário, a situação não é diferente (Espinoza, 2004 p.107).

Ante o exposto, depreende-se que a estrutura do sistema prisional brasileiro, alicerçada sob um viés masculino, invisibiliza as necessidades específicas das mulheres encarceradas. A ineficácia das políticas públicas existentes, bem como as falhas de infraestrutura e as lacunas na legislação vigente corroboram com as violações diárias de direitos fundamentais, especialmente nas áreas de saúde. A leitura crítica dos dados evidencia que a mulher encarcerada vive uma realidade ainda mais dura e negligenciada, em um ambiente pensado para um sujeito padrão masculino.

3 DESAFIOS ENFRENTADOS NO CÁRCERE PELAS MULHERES GRÁVIDAS

Walmsley (2025) indica, conforme dados do relatório *World Prison Brief* (2024), que há aproximadamente 9 milhões e 500 mil pessoas privadas de liberdade no mundo, das quais as mulheres figuram como uma pequena porcentagem, embora em progressivo crescimento anualmente. O relatório demonstra, ainda, que o Brasil possui a terceira maior população carcerária mundial em uma lista de 224 países, com 909.607 presos (incluindo neste número os presos em sistema penitenciário estadual e federal, em prisões domiciliares e os em outros tipos de custódia, como em delegacias de polícia), atrás somente da China (1.690.000) e dos Estados Unidos (1.808.100).

Nesse contexto, a população feminina brasileira ocupa um espaço percentual de 6,9% e, embora em menor presença nos estabelecimentos prisionais, merecem especial atenção, pois constituem um perfil marginalizado. De acordo com Ayres (2003), o encarceramento amplia a vulnerabilidade social, individual e programática da população feminina, dificulta o acesso aos serviços de saúde seja para prevenção, assistência ou vigilância, bem como compromete o bem-estar e o exercício pleno da cidadania. O principal marco para aumentar a visibilidade deste grupo foi a aprovação pela Organização das Nações Unidas (2010) de um conjunto de regras para o tratamento de mulheres presas e medidas não privativas de liberdade para mulheres

infratoras, conhecidas como Regras de Bangkok. No entanto, apesar das diversas disposições referentes às especificidades das presas e da ativa participação do Governo Brasileiro nas negociações para a elaboração e aprovação das Regras de Bangkok, até o momento elas não foram convertidas em políticas públicas consistentes (CNJ, 2016).

3.1 O acesso ao pré-natal e os cuidados durante o parto

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2014) os abusos, os maus-tratos, a negligência e o desrespeito durante o parto equivalem a uma violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres. A proteção à maternidade deve ser entendida com a junção a outros direitos fundamentais, dentre os quais o direito à saúde, a integridade física e psíquica, além do direito à vida, relacionados sempre à dignidade humana (Sarlet; Marinoni; Mitidiero, 2012).

O início oportuno do pré-natal é essencial para o diagnóstico precoce de alterações e para a realização de intervenções adequadas (Sortica *et al.*, 2018). O Ministério da Saúde (2025) recomenda o início do acompanhamento periódico até a 12ª semana de gestação, com encontros mensais até a 28ª semana e quinzenais da 28ª até a 36ª semana.

Neste sentido, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP)(Ministério da Saúde, 2004) foi estruturado como um conjunto de ações e serviços de saúde voltados à inclusão da população carcerária e possui como uma das metas a implantação de ações educativas sobre pré-natal e parto em 100% das unidades prisionais. No entanto, os dados do Infopen Mulheres (2017) demonstram a fragilidade da estrutura de saúde nas prisões: as categorias profissionais ligadas à saúde representam somente 8,9% dos servidores no sistema prisional, quando analisado por área de especialização, como a quantidade de médicos ginecologistas por exemplo, este percentual é ainda menor, vez que se constatou 27 profissionais para atender 342 mulheres gestantes em 2017. No ano de 2024, mesmo com a redução do número de grávidas para 180, apenas 24 médicos ginecologistas atuavam no sistema prisional (Relipen, 2024). Ademais, os dados evidenciam que apenas 8 Unidades Federativas contam com médicos especializados para o acompanhamento do pré-natal.

Diante desse cenário, Braga e Angotti (2019) argumentam que toda gravidez vivida na prisão deveria ser considerada uma gravidez de risco, em razão das recorrentes violações de direitos que a privação de liberdade representa. Em linha semelhante, a Recomendação nº 62 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2020), ainda que voltada ao contexto pandêmico da COVID-19, reconheceu explicitamente a necessidade de atenção especial às gestantes presas, destacando sua condição de vulnerabilidade agravada.

Corroborando com essa perspectiva, em análise de Viafore (2005) à realidade das gestantes encarceradas no Rio Grande do Sul, verificou-se não somente a ausência de periodicidade do atendimento pré-natal, que ocorria apenas uma vez durante toda a gestação, mas como a dificuldade para o acesso às consultas, esse cenário não contraria somente as recomendações do Ministério da Saúde, mas a Regra 18 da lista de Regras de Bangkok (2016) que determina:

Mulheres presas devem ter o mesmo acesso que mulheres não privadas de liberdade da mesma faixa etária a medidas preventivas de atenção à saúde de particular relevância para mulheres, tais como o teste de Papanicolau e exames de câncer de mama e ginecológico (CNJ, 2016, p.14).

Em um panorama geral, Leal *et al.* (2016) publicaram um levantamento quantitativo sobre as condições e práticas relacionadas à atenção à saúde de mulheres gestantes e ao parto na prisão. Segundo os dados, das 241 gestantes consideradas para o estudo, 93% receberam algum tipo de acompanhamento pré-natal. No entanto, 36,2% dessas mulheres foram classificadas pela assistência inadequada, ou seja, iniciado após a 16ª semana gestacional e/ou com número de consultas inferior a 50% do recomendado. Além disso, a assistência durante o período gravídico-puerperal é insatisfatória e muitas gestantes relataram não receber orientações sobre parto, amamentação e cuidados com o recém-nascido, recebendo auxílio de colegas mais experientes e que já vivenciaram a maternidade, conforme apontado por Militão; e Kruno (2014). A inadequação do acompanhamento se expressa, também, no número de consultas pré-natais abaixo do recomendado, na dificuldade de acesso à rede externa de saúde para realização de exames, vacinas e consultas em serviços especializados, limitações que persistem mesmo entre as custodiadas na Unidade Materno Infantil (UMI), espaço destinado a acolher e prestar assistência às gestantes e puérperas com seus filhos (Dalenogare *et al.*, 2020).

No tocante ao momento do parto, as condições em que as gestantes são encaminhadas à maternidade é uma questão frequentemente levantada por essas mulheres. Conforme estudo de Leal *et al.*, o uso de algemas em algum momento da internação para o parto foi sinalizado por aproximadamente 36% das gestantes, sendo que 61% relataram ter ficado algemada durante o pré-parto, 8% durante o parto e 91% após o parto. A contenção física pode acontecer nas mãos, pernas e até no abdômen e são removidas somente mediante solicitação médica (Oliveira *et al.*, 2024). Esses dados confrontam diretamente o que dispõe o parágrafo único do artigo 292 do Código de Processo Penal, que proíbe expressamente o uso de algemas em mulheres grávidas durante os atos médicos preparatórios para o parto, durante o trabalho de parto e no puerpério imediato (Brasil, 1941). Além disso, a Resolução nº 3 do Conselho Nacional de

Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP)(2012) também estabelece diretrizes para a utilização de algemas ou outros meios de contenção física em presos que sejam conduzidos ou permaneçam em unidades hospitalares, salvo se restar demonstrada a necessidade da sua utilização por razões de segurança, para evitar uma fuga, ou frustrar uma resistência.

Ademais, é recorrente a ausência de acompanhantes da escolha da mulher e, muitas vezes, sem poder avisá-los sobre a situação, são acompanhadas pelos agentes penitenciários em tempo integral durante o atendimento obstétrico, inclusive no ambiente hospitalar. A fragilidade da comunicação entre o sistema prisional e as famílias das mães encarceradas é evidenciada pelo fato que, segundo Leal *et al.* (2016), 89% dos familiares não foram avisados sobre o início do trabalho de parto e, em apenas 3% dos casos, houve presença de um acompanhante na maternidade, dados que se opõem a Lei 11.108 (Brasil, 2005), que garante o direito de acompanhante de livre escolha da mulher durante o trabalho de parto e no pós-parto imediato. A falta de apoio familiar também foi associada à maior exposição a práticas de violência obstétrica, como o tratamento insensível ou desrespeitoso por parte de profissionais de saúde (Chaves; Araújo, 2020).

4 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS PARA A SAÚDE DAS MULHERES E DE MULHERES GESTANTES NO CÁRCERE

De acordo com Mello e Gauer (2011) a gestão da saúde das mulheres no sistema prisional brasileiro enfrenta desafios estruturais e institucionais que comprometem a garantia dos direitos fundamentais assegurados pela legislação nacional e internacional. A população carcerária feminina apresenta demandas específicas que incluem não apenas o acesso à assistência médica básica, como também o cuidado redobrado no caso das detentas gestantes.

A LEP prevê que o Estado deve assegurar assistência médica, farmacêutica e odontológica às pessoas privadas de liberdade, em especial no parágrafo § 3º, que neste mesmo sentido, aborda sobre os cuidados pré-natal e pós-parto, estendendo-se os cuidados ao recém-nascido.

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

§3º Será assegurado acompanhamento médico à mulher, principalmente no pré-natal e no pós-parto, extensivo ao recém-nascido (Brasil, 1984).

No tocante à assistência odontológica, o Ministério da Saúde (2022) elaborou uma cartilha destinada à saúde bucal da gestante, documento que integra a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2011) e destaca que o pré-natal odontológico é parte essencial da

assistência gestacional. Segundo a cartilha, doenças periodontais como gengivite e periodontite, comuns na gestação, podem estar associadas ao parto prematuro e ao baixo peso ao nascer, justificando a necessidade de inclusão efetiva do atendimento odontológico no acompanhamento pré-natal.

Em contrapartida, os dados do Relipen (2024) evidenciam que a estrutura da saúde prisional é insuficiente para sustentar as orientações da cartilha. No segundo semestre de 2024, a população carcerária feminina era de 29.137 mulheres e, neste mesmo período foram registradas 33.183 consultas odontológicas nos estabelecimentos femininos, esse número corresponde a uma média de 1,14 consultas por mulher ao semestre, sem qualquer indicativo de que essas consultas tenham sido direcionadas especificamente a gestantes. Os dados sugerem que, embora existam diretrizes e políticas públicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde voltadas à saúde bucal de gestantes, sua efetivação no sistema prisional é limitada.

Ainda, o art. 14, § 4º da LEP compreende a necessidade de assegurar à mulher grávida encarcerada o devido tratamento humanitário fornecido pelos médicos no período preparatório para realização do parto, para realização do parto, e ainda, prolongando-se para o período de puerpério.

§4º Será assegurado tratamento humanitário à mulher grávida durante os atos médico-hospitalares preparatórios para a realização do parto e durante o trabalho de parto, bem como à mulher no período de puerpério, cabendo ao poder público promover a assistência integral à sua saúde e à do recém-nascido (Brasil, 1984).

Dessa forma, foi criada a Inclusão das Mulheres em Privação de Liberdade na Rede Cegonha, uma iniciativa governamental, instituída como política pública para a saúde de mulheres e crianças, prevendo a atenção ao pré-natal, parto, puerpério e o acompanhamento pediátrico durante os primeiros vinte e quatro meses da criança (Ministério da Saúde, 2014).

Além disso, conforme disposto na Resolução nº 252 do Conselho Nacional de Justiça (2018), orienta-se que as unidades prisionais femininas disponham de espaços adequados para a gestão e a permanência de mães com seus filhos.

Art.2º Constituem diretrizes para o acompanhamento das mulheres e gestantes privadas de liberdade:

IV – adequação dos estabelecimentos prisionais femininos, especialmente quanto à arquitetura prisional e à execução de atividades e aos procedimentos e rotinas da gestão prisional, garantindo à gestante e à mulher com filho lactente condições de atendimento às normas sanitárias e assistenciais do Sistema Único de Saúde (CNPJ, 2018)

Apesar desse arcabouço legal e institucional, a realidade verificada em muitas unidades prisionais brasileiras é marcada por graves violações aos direitos das gestantes privadas de liberdade. Conforme relatam Simões, Bartolomeu e Sá (2018):

[...] No decorrer da pesquisa, as próprias entrevistadas apontaram as precárias condições de estrutura física da unidade – que é a mais antiga do Estado – e o abandono afetivo e material de que padecem. Não faltaram, ainda, relatos de casos de internas que deram à luz dentro das celas ou que só foram encaminhadas ao hospital quando a gestação já havia superado 40 semanas, ou ainda quando havia sangramento intenso (Bartolomeu e Sá, 2018, p.10).

A disparidade entre o que está previsto na norma e o que se observa na prática é ressaltada por Aguiar (2011), ao destacar que embora exista um alicerce legal robusto que assegura o direito à saúde das mulheres encarceradas, especialmente gestantes, sua efetivação ainda encontra inúmeros obstáculos no cotidiano do sistema prisional brasileiro. Isso evidencia a necessidade urgente de políticas públicas mais eficazes e de mecanismos de fiscalização contínua das condições de atendimento nas unidades prisionais.

4.1 Brasil e Noruega: uma análise comparativa da execução das garantias legais às gestantes encarceradas

No Brasil, Ramos e Carvalho (2018) apontam que a legislação vigente reconhece alguns direitos específicos das mulheres grávidas privadas de liberdade, especialmente por meio da LEP, que assegura o atendimento médico, incluindo o pré-natal e o pós-parto. Recentemente, com a promulgação dos artigos 318-A e 318-B do Código de Processo Penal (Brasil, 1940), passou-se a prever a possibilidade de substituição da prisão preventiva por prisão domiciliar para gestantes e mães de crianças com até doze anos de idade incompletos. Não obstante, Albuquerque (2024) elucida que, com amparo da LEP, conforme descrito no artigo 117, admite-se o recolhimento da beneficiária de regime aberto em domicílio particular quando se tratar de mulheres gestantes. Neste sentido, conforme entendimento do STJ, edição 210, item 8 (Superior Tribunal de Justiça), é possível a substituição da prisão de regime fechado ou semiaberto pelo regime domiciliar.

No entanto, Ramos e Carvalho (2018) apontam que a efetivação desses dispositivos legais é marcada por desigualdade e inefetividade, sendo recorrente a permanência de mulheres encarceradas dentro do regime fechado mesmo quando atendem aos requisitos legais para o cumprimento da pena em regime domiciliar. Conforme os levantamentos realizados pelo Instituto Terra, Trabalho e Cidadania (ITTC) (2021), de dados recolhidos entre os anos de 2018 e 2019, cerca de 2.493 mulheres encarceradas no Brasil possuem o direito à prisão domiciliar por se enquadrarem nas condições legais de serem gestantes, mães de crianças de até 12 anos ou responsáveis por pessoas com deficiência. Apesar disso, aproximadamente 43,8% dessas mulheres continuam cumprindo pena em regime fechado, em descompasso com as garantias previstas na legislação e nas jurisprudências consolidadas sobre o tema. Na perspectiva de

Badaró (2006), esse cenário se deve, em grande medida, à ausência de defesa técnica adequada, à morosidade do sistema de justiça e à rigidez dos julgamentos.

Em contraste, no cenário descrito por Gröning (2016), a Noruega adota uma abordagem pautada na ressocialização e no respeito aos Direitos Humanos, onde é efetivamente aplicada nos casos concretos, tratando a privação de liberdade como medida extrema e excepcional, especialmente no caso de mulheres gestantes. A legislação norueguesa, bem como as políticas públicas voltadas ao sistema penal, prioriza alternativas ao encarceramento para mulheres grávidas ou com filhos pequenos. Nesses casos, conforme o *rapport til parlamentet n° 37* (Relatório Parlamentar, 2007-2008) são frequentemente utilizadas medidas como a prisão domiciliar ou até mesmo o adiamento da execução da pena, conforme previsto pelas diretrizes da *Kriminalomsorgen* (Diretoria Norueguesa de Serviços Correcionais), que autoriza tal medida para mulheres grávidas ou que tenham dado à luz há menos de seis semanas. Quando o cumprimento da pena em regime fechado é inevitável, existem unidades específicas denominadas *Mother and Child Units*, que possibilitam a convivência contínua entre mãe e filho em ambiente adequado, estruturado com suporte médico, psicológico e educacional.

A disparidade na execução penal entre os dois países revela diferentes concepções filosóficas acerca do cumprimento da pena privativa de liberdade. Embora na teoria, o Brasil e a Noruega se equiparem em questões como a restrição exclusiva da liberdade de locomoção e a saúde básica, observa-se que na prática, as execuções penais brasileiras tendem a seguir um modelo repressivo e punitivo. Em sua dissertação, Santa Rita (2006) dedicou um capítulo à história e caracterização de prisão, sobre o Brasil afirma que prevalece a lógica punitiva, sem política de recuperação e reinserção social, quadro impiedoso que se agrava quando se trata de mulheres presas. Nessa perspectiva, evidenciam-se os efeitos das falhas na operacionalização de políticas públicas voltadas ao sistema penitenciário brasileiro, ao contrário da Noruega, que aplica suas sanções de maneira muito mais fiel a sua legislação. Nesse contexto, a maternidade é compreendida como uma dimensão protegida pelo ordenamento jurídico e efetivada como elemento essencial da dignidade da mulher, devendo ser protegida mesmo no cumprimento de pena privativa de liberdade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa permitiu uma reflexão sensível e crítica sobre as diversas formas de violação de direitos que atingem mulheres grávidas no sistema prisional brasileiro, especialmente no que se refere ao direito à saúde. A análise demonstrou que, embora exista um escopo, formado por leis e normas tanto em âmbito nacional quanto internacional que assegura

esses direitos, a realidade vivenciada por essas mulheres ainda está muito distante do previsto pela legislação.

Verificou-se que o sistema prisional brasileiro foi historicamente pensado para homens, e isso se reflete na falta de políticas públicas que considerem as necessidades específicas das mulheres, principalmente durante a gravidez. Tal realidade escancara a dificuldade do Estado em proteger a dignidade dessas mulheres, como preconizado pela Constituição.

Ao observar experiências de outros países que adotam modelos mais humanos, como a Noruega, constata-se que é possível unir a execução da pena com a garantia aos direitos fundamentais, mesmo dentro do estabelecimento prisional. Para tanto, no contexto nacional, é necessário que as normas existentes sejam efetivamente implementadas, com fiscalização e compromisso com a dignidade das pessoas privadas de liberdade.

Por fim, a proteção aos direitos das gestantes encarceradas não pode se limitar ao discurso. Ela exige uma transformação profunda no modo como o sistema penal trata essas mulheres, uma mudança estrutural e operacional que reconheça suas especificidades, assegure o acesso, valorize o cuidado e coloque a vida e a dignidade no centro das decisões.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Heloana Vera. **Prisão domiciliar em regime fechado ou semiaberto: STJ**, 2024. Disponível em: <https://cj.estrategia.com/portal/prisao-domiciliar-em-regime-fechado/>. Acesso em: 7 maio 2025.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita *et al.* **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios**. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Tradução. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

BRAGA, A. G., and ANGOTTI, B. **Dar à luz na sombra: exercício da maternidade na prisão** [online]. São Paulo: Editora Unesp, 2019, 315 p. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/6gstt/pdf/braga-9788595463417.pdf>. Acesso em: 6 maio 2025.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 1 abr. 2025.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941**. Código de Processo Penal. Brasília: Presidência da República, 1941. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689.htm. Acesso em 17 maio 2025.

BRASIL. **Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984**. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília: Presidência da República, 1984. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17210.htm. Acesso em 05 abr. 2025.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS., 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm. Acesso em 18 maio 2025.

BRASIL. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT). **Relatório bianual (2018–2019)**. Brasília: MNPCT, 2018. 191 p. Disponível em: <https://mnpctbrasil.wordpress.com/relatorios/>. Acesso em: 4 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. **Infopen Mulheres: Relatório Temático Sobre Mulheres Privadas de Liberdade**. Brasília, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/servicos/sisdepen/relatorios/relatorios-sinteticos/infopenmulheres-junho2017.pdf/view>. Acesso em: 1 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Secretaria Nacional de Políticas Penais. **RELIPEN – Relatório de Informações Penais**. 2º semestre de 2024. Brasília, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/servicos/sisdepen/relatorios>. Acesso em: 4 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Secretaria Nacional de Políticas Penais. **Relatório Sintético da População Carcerária**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/servicos/sisdepen/relatorios/relatorios-sinteticos/populacao-carceraria-dez-2000.pdf/view>. Acesso em: 4 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha: A Saúde Bucal da Gestante**. Brasília: MS, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/cartilhas/2022/cartilha-a-saude-bucal-da-gestante.pdf>. Acesso em: 18 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Inclusão das Mulheres Privadas de Liberdade na Rede Cegonha**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação de Saúde no Sistema Prisional – 1. Ed – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 16 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pnaisp/publicacoes/cartilha-inclusao-das-mulheres-em-privacao-de-liberdade-na-rede-cegonha/view>. Acesso em: 19 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-mulher/pnaism>. Acesso em: 18 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário – PNSSP**. Brasília: MS, 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf. Acesso em: 5 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal**. Disponível em: <https://www.google.com/url?q=https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/g/gravidez/pre-natal&sa=D&source=docs&ust=1748030307387670&usg=AOvVaw0U0jJwpHM6g3UxfVjYwkU8>. Acesso em: 3 maio 2025.

BRASIL, **Resolução nº 3, de 1 de junho de 2012**. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/depen/pt-br/composicao/cnpcp/resolucoes/2012/resolucao-no-3-de-01-de-junho-de-2012.pdf>. Acesso em: 17 maio 2025.

CERNEKA, Heidi Ann. **Homens que menstruam: considerações acerca do sistema prisional às especificidades da mulher**. Belo Horizonte: Veredas do Direito, 2009. Disponível em: <https://revista.domhelder.edu.br/index.php/veredas/article/view/6>. Acesso em 6 abr. 2025.

CHAVES, L. H.; ARAÚJO, I. C. A. 2020. **Gestação e maternidade em cárcere: cuidados de saúde a partir do olhar das mulheres presas em uma unidade materno-infantil**. Physis:

Revista De Saúde Coletiva. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/7z5kcxDVhFkxsgJcGRRxQqv/>. Acesso em: 17 maio 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Recomendação N° 62 de 17 de março de 2020**. Brasília: CNJ, 2020. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/3246>. Acesso em 17 maio 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Resolução N° 252 de 4 de setembro de 2018**. Brasília: CNJ, 2018. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/2667>. Acesso em 17 maio 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Regras de Bangkok: regras das Nações Unidas para o tratamento de mulheres presas e medidas não privativas de liberdade para mulheres infratoras**. Brasília: CNJ, 2016. Disponível em: <https://bibliotecadigital.cnj.jus.br/jspui/handle/123456789/404>. Acesso em: 15 abr. 2025.

ESPINOZA, Olga. *A mulher encarcerada em face do poder punitivo*. São Paulo: IBCCrim, 2004.

INSTITUTO TERRA, TRABALHO E CIDADANIA (ITTC). **Implementação da prisão domiciliar para mulheres no Brasil à luz da Lei de Acesso à Informação** [recurso eletrônico] / Instituto Terra, Trabalho e Cidadania. – São Paulo: ITTC, 2021. Disponível em: <https://itcc.org.br/wp-content/uploads/2021/12/Resumo-Executivo-LAI.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2025.

LEAL, M. C. *et al.* **Nascer na prisão: gestação e parto atrás das grades no Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 7. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/PpqmzBJWf5KMTfzT37nt5Bk/?lang=pt>. Acesso em: 7 maio 2025.

LEMGRUBER, Julita. **Cemitério dos vivos: análise sociológica de uma prisão de mulheres**. 2.^a ed., Rio de Janeiro: Forense, 1999.

LOPES JUNIOR, Aury; BADARÓ, Gustavo Henrique RighiIvahy, **Direito ao Processo Penal no Prazo Razoável**, Editora Lumen Juris, 2006;

MELLO, D. C.; GAUER, G. **Vivências da maternidade em uma prisão feminina do estado Rio Grande do Sul**, 2011. Disponível em: <https://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/654>. Acesso em: 16 maio 2025.

MILITÃO, L. P; KRUNO, R. B. **Vivendo a gestação dentro de um sistema prisional**. *Saúde (Santa Maria)*, [S. l.], v. 40, n. 1, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/9180>. Acesso em: 19 maio. 2025.

MIYAMOTO, Yumi; KROHLING, Aloísio. **Sistema prisional brasileiro sob a perspectiva de gênero: invisibilidade e desigualdade social da mulher encarcerada**. *Revista Direito, Estado e Sociedade*, n. 40, 2014. Disponível em: <https://revistades.jur.puc-rio.br/index.php/revistades/article/view/173>. Acesso em: 6 abr. 2025.

OLIVEIRA, et. al. **Assistência ao trabalho de parto e parto de mulheres privadas de liberdade: revisão de escopo**. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reensp/a/dJyY5X5HMjJYRcWGTYycRkJ/?lang=en>. Acesso em: 17 maio 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. 2014. Disponível em:

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf. Acesso em: 1 maio 2025.

RAMOS, J. M. da C.; CARVALHO, G. B. V. de. Maternidade no cárcere: desafios do sistema carcerário brasileiro. **Revista da Faculdade de Direito da UFRGS**, Porto Alegre, v. 1, n. 39, 2018. DOI: 10.22456/0104-6594.70125. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/revfacdir/article/view/70125>. Acesso em: 29 mar. 2025.

Rettsfølelsen i strafferettssystemet – **perspektiver fra teori og praksis**, co-editor with Linda Gröning and Rasmus H. Wandall, Gyldendal Juridisk 2016 (ISBN: 978-82-0548-952-3), 320 p. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/371933809_Rettsfolelsen_i_strafferettssystemet_per_spektiver_fra_teori_og_praksis. Acesso em 16 abr. 2025.

SANTA RITA, R. P. (2006). **Mães e crianças atrás das grades: Em questão o princípio da dignidade da pessoa humana**. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Brasília, Brasília, DF. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/6377/1/2006_Rosangela%20Peixoto%20Santa%20Rita.pdf. Acesso em: 2 abr. 2025.

SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. **Direitos Fundamentais em espécie**. Curso de Direitos Constitucional. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2012.

SÃO PAULO (Estado). Tribunal de Justiça. **Direito processual penal. Habeas corpus. Prisão preventiva. Paciente gestante . Crime de furto qualificado. Substituição por prisão domiciliar. Ordem concedida**. Habeas Corpus Criminal: XXXXX-20.2582.6.00.00, Pirajuí, Relator: Luís Geraldo Lanfredi, 13ª Câmara de Direito Criminal, julgado em 20 fev. 2025. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-sp/3083434890/inteiro-teor-3083434894?origin=serp>. Acesso em: 23 maio 2025.

SIMÕES, H. V; BARTOLOMEU, P. C. ; SA, P. P. . **Vale Quanto Pesa: o que leva(m) mulheres grávidas à prisão?** Revista De Estudos Empíricos Em Direito, v. 4, p. 145-161, 2017. Disponível em: https://revistareed.emnuvens.com.br/reed/article/view/274/pdf_20. Acesso em: 22 maio 2025.

SORTICA *et al.* **Guia do pré-natal na atenção básica**. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde/RS, 2018, 40 p., II. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/guia-do-pre-natal-na-atencao-basica-ses-rs/>. Acesso em: 3 maio 2025.

VIAFORE, D. **A gravidez no cárcere brasileiro: uma análise da Penitenciária Feminina Madre Pelletier**. Direito & Justiça, v. 31, n. 2, 2005.

WALMSLEY, Roy. **Highest to Lowest - Prison Population Total**. World Prison Brief, c2025. Disponível em: <https://www.prisonstudies.org/highest-to-lowest/prison-population-total>. Acesso em: 15 abr. 2025.