



Mestrado e Doutorado em  
Medicina e Saúde Humana

**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E SAÚDE HUMANA**

**VERENA SOUZA SOUTO**

**A SAÚDE APRISIONADA: A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO NO SISTEMA  
PRISIONAL BRASILEIRO**

**TESE DE DOUTORADO**

**SALVADOR  
2025**

**VERENA SOUZA SOUTO**

**A SAÚDE APRISIONADA: A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO NO SISTEMA  
PRISIONAL BRASILEIRO**

Tese da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito apresentada ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Medicina e Saúde Humana parcial para obtenção do Título de Doutora em Medicina e Saúde Humana.

Orientadora: Dr<sup>a</sup> Mônica Ramos Daltro  
Coorientadora: Dr<sup>a</sup> Marilda Castelar

**Salvador  
2025**

S728 Souto, Verena Souza.

A saúde aprisionada: a (in)visibilidade do cuidado no sistema prisional brasileiro / Verena Souza Souto. – Salvador, 2025

179f.; il.

Orientador: Mônica Ramos Daltro

Doutorado em Medicina e Saúde Humana – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

1. Medicina. 2. Encarceramento. 3. Práticas de cuidado. 4. Sistema prisional. I. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – EBMSP. II. Mônica Ramos Daltro. III. Título.

CDU 61

**VERENA SOUZA SOUTO**

**“A SAÚDE APRISIONADA: A (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO NO SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO”**

Tese apresentada à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutora em Medicina e Saúde Humana.

Salvador, 28 de abril de 2025.

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Dra. Milena Silva Lisboa**

Doutora em Psicologia  
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP

---

**Dr. Pedro Paulo Gastalho de Bicalho**

Doutor em Psicologia  
Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ

---

**Dra. Flavia Cristina Silveira Lemos**

Doutora em História  
Universidade Federal do Pará, UFPA

---

**Dra. Denise Carrascosa França**

Doutora em Teorias e Crítica da Literatura e da Cultura  
Universidade Gama Filho, UGF

---

**Dr. Luiz Paulo Carvalho Pires de Oliveira**

Doutorado em Medicina e Saúde Humana  
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP

À todas as pessoas que têm seus direitos violados e suas vidas encarceradas, e àquelas/es que trabalham pela construção de uma sociedade baseada na dignidade humana, no cuidado integral e na justiça social.

## AGRADECIMENTOS

Chegar até aqui foi uma jornada intensa, repleta de desafios, aprendizados e transformações. Esta tese não é fruto apenas do meu esforço, mas do apoio, incentivo e presença de muitas pessoas que caminharam ao meu lado, direta ou indiretamente, me fortalecendo em cada etapa.

À minha mãe, Teresa Souto, que, desde sempre, me ensinou sobre força, resiliência e justiça, sendo o meu porto seguro e a minha maior referência de amor e de vida. Ao meu irmão, Vinícius Souto, e a toda a minha família, que sempre acreditaram no meu potencial e me incentivaram a seguir em frente, mesmo nos momentos mais difíceis.

Ao meu companheiro, Tiago Celestino, por ser meu apoio, meu refúgio e meu equilíbrio. Obrigada por compreender os dias de ausência e por sempre me lembrar do meu próprio valor. Sua paciência, amor e cuidado foram essenciais nessa caminhada.

Às minhas orientadoras, Mônica Daltro, Marilda Castelar e Carla Semedo, que, com generosidade e sabedoria, me guiaram por esse percurso acadêmico. Obrigada por cada conversa, cada orientação cuidadosa e cada incentivo para que eu fosse além. Aprendi imensamente com vocês. Sou muito grata por tudo!!

À minha equipe de trabalho e amigas queridas, Myla Arouca, Rosenir Alcântara, Josiane Lopes, Amanda Gama, Carle Porcino e Sylvia Barreto, que dividiram comigo não apenas responsabilidades e desafios, mas também apoio, amizade, cuidado, motivação e boas risadas. Vocês fizeram com que essa trajetória fosse mais leve e significativa!

Às minhas Guerreiras (e Guerrilheiros), obrigada pelo carinho, cuidado, escuta, incentivo, comemorações, comidinhas, vinhos e partilha. Vocês foram muito importantes para que eu chegasse até aqui!

Às minhas amigas Liliane, Luane, Lourena, Daniele e Clarissa, obrigada por cada palavra de incentivo, cada escuta atenta e por me lembrarem de que eu nunca estive sozinha.

À Carolini Bastos, agradeço por toda parceria, apoio, cuidado e amor, e por ser minha dupla em todos os momentos, inclusive e, especialmente, no doutorado sanduíche!! Com você essa experiência foi muito mais feliz e cheia de afeto!

Por fim, agradeço a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a construção deste trabalho. Àquelas que cruzaram o meu caminho, compartilharam conhecimentos, me desafiaram e me fizeram crescer. Agradeço, também, ao universo e às minhas deusas que sempre abriram meus caminhos e me fizeram prosperar!

Para finalizar trago bell hooks para expressar a minha gratidão às pessoas/entidades visíveis e invisíveis que estiveram comigo nesse processo: "A construção do conhecimento também é um ato de amor. É quando pensamos juntas/os, sonhamos juntas/os, que fazemos crescer a esperança."

*"A justiça social exige não apenas reconhecer as desigualdades, mas transformar as estruturas que as perpetuam."*

*(Patricia Hill Collins)*

## RESUMO

**Introdução:** Apesar da existência da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), o contexto prisional é de constantes violações de direitos que envolvem superlotação, violências, celas insalubres, proliferação de patologias, etc. **Objetivos:** o presente estudo se propõe a analisar as estratégias sociais, institucionais e psicossociais desenvolvidas para o cuidado da população carcerária através da discussão das políticas para o sistema prisional, se propondo também a descrever as práticas de enfrentamento para a COVID-19 e a conhecer a percepção e as vivências das/os profissionais de saúde sobre as estratégias de cuidado desenvolvidas para o sistema prisional. **Metodologia:** A pesquisa de campo foi realizada em três etapas de acordo com os objetivos específicos definidos, tendo seus resultados apresentados em formato de artigos. A pesquisa tem abordagem qualitativa e envolveu desenhos de estudos complementares: o primeiro, de natureza teórica, realizado mediante estudo bibliográfico por revisão integrativa de artigos científicos; o segundo, uma análise documental, na qual foram coletados e discutidos os documentos referentes ao contexto prisional durante a pandemia de COVID-19; por fim, o terceiro estudo é do tipo descritivo-exploratório, no qual foram entrevistadas/os dez gestoras/es e profissionais de saúde dos Serviços de Saúde das Unidades Prisionais de Salvador –BA. **Resultados/Discussão:** No primeiro artigo, foi possível identificar a existência de legislação e de políticas específicas de saúde para o Sistema Prisional, todavia, ele ainda é afetado por problemas estruturais que estão na base da violação dos direitos e da insuficiência de acesso à assistência em saúde da população prisional. No segundo artigo, foi possível identificar orientações e estratégias previstas nos documentos analisados para a condução de ações durante a pandemia dentro do Sistema Prisional. Mas, a despeito das estratégias pensadas, não houve uma ação coordenada como resposta à pandemia no sistema prisional, demonstrando a eficácia de um projeto necropolítico historicamente executado, mesmo no período de crise sanitária, o que expôs ainda mais a fragilidade do sistema de saúde e a vulnerabilidade da população carcerária. No terceiro artigo, constatou-se que as condições objetivas de trabalho das/os profissionais de saúde, como estrutura, relações de poder, segurança e condições de trabalho, estão diretamente relacionadas à oferta de serviços de saúde à população encarcerada, e se mostram como desafios importantes no acesso dessas pessoas à assistência em saúde. Isso revelou as contradições e os dilemas enfrentados pelas/os profissionais que promovem cuidado, em um ambiente atravessado pela precariedade e violência. **Considerações Finais:** O conjunto do trabalho explorou a complexa relação entre o sistema prisional brasileiro e a garantia do direito à saúde para a população carcerária, revelando um cenário de desafios e violações de direitos permeados pelas dinâmicas de poder e falhas estruturais. Essas questões condicionam o trabalho das/os profissionais de saúde e limitam o acesso da população carcerária aos serviços de saúde. Nesse contexto, é essencial o investimento em políticas públicas que desarticulem as estruturas de opressão racial e social que alimentam o encarceramento em massa. Mas também é necessária uma transformação profunda que passa pelo rompimento das lógicas de poder que estruturam o cárcere, objetivando a construção de um sistema que priorize a dignidade humana, o cuidado integral e a justiça social.

Palavras-chave: Encarceramento; Práticas de Cuidado; Sistema Prisional; Direito à Saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** Despite the existence of the National Policy for Comprehensive Health Care for People Deprived of Liberty in the Prison System (PNAISP), the prison context is marked by constant violations of rights, including overcrowding, violence, unsanitary cells, and the proliferation of diseases. **Objectives:** This study aims to analyze the social, institutional, and psychosocial strategies developed for the care of the incarcerated population by discussing policies for the prison system. It also seeks to describe the measures taken to address COVID-19 and to understand the perceptions and experiences of health professionals regarding care strategies developed for the prison system. **Methodology:** The field research was conducted in three stages aligned with specific objectives, with results presented in article format. The research adopts a qualitative approach and encompasses complementary study designs: the first, theoretical in nature, involved a bibliographic study through an integrative review of scientific articles; the second consisted of a documentary analysis of materials related to the prison context during the COVID-19 pandemic; and the third study was descriptive-exploratory, involving interviews with ten health managers and professionals from prison health services in Salvador, Bahia. **Results/Discussion:** The first article identified the existence of specific legislation and health policies for the prison system; however, structural problems persist, leading to violations of rights and insufficient access to healthcare for incarcerated individuals. The second article analyzed guidelines and strategies outlined in official documents for addressing the pandemic within the prison system. However, despite the strategies devised, there was no coordinated action in response to the pandemic in the prison system, demonstrating the effectiveness of a necropolitical project historically implemented, even during the public health crisis. This further exposed the fragility of the healthcare system and the vulnerability of the incarcerated population. The third article revealed that the working conditions of health professionals—such as infrastructure, power dynamics, security, and workplace conditions—are directly related to the provision of health services to incarcerated individuals and pose significant challenges to accessing healthcare in prisons. These findings unveiled contradictions and dilemmas faced by health professionals providing care in environments marked by precariousness and violence. **Final Considerations:** This body of work explored the complex relationship between the Brazilian prison system and the guarantee of the right to health for incarcerated individuals, revealing a scenario of challenges and rights violations shaped by power dynamics and structural failures. These issues condition the work of health professionals and limit incarcerated individuals' access to healthcare services. In this context, it is essential to invest in public policies that dismantle the racial and social structures of oppression fueling mass incarceration. Furthermore, profound transformation is required to break the power dynamics that structure the prison system, aiming to build a framework that prioritizes human dignity, comprehensive care, and social justice.

**Keywords:** Incarceration; Care Practices; Prison System; Right to Health.

## LISTA DE ABREVIATURAS

CNJ	Conselho Nacional de Justiça
COVID-19	Corona Virus Disease 2019, em português Doença do Coronavírus 2019
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
EABP	Equipe de Atenção Básica Prisional
HIV	Human immunodeficiency vírus, em português Vírus da Imunodeficiência Humana
LEP	Lei de Execução Penal
OHCHR	Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, em português Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNAMPE	Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional
PNSSP	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
PPL	Pessoas Privadas de Liberdade
RAS	Rede de Atenção Social
RDD	Regime Disciplinar Diferenciado
SENAPPEN	Secretária Nacional de Políticas Penais
SISDEPEN	Sistema Nacional de Informações Penais
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

	<b>APRESENTAÇÃO</b>	12
<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	14
<b>2</b>	<b>OBJETIVO GERAL</b>	16
<b>2.1</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	16
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	17
<b>3.1</b>	<b>Histórico do Sistema Prisional Internacional e Brasileiro</b>	17
3.1.1	Histórico do Sistema Prisional Internacional	17
3.1.2	Histórico do Sistema Prisional no Brasil	21
<b>3.2</b>	<b>Estratégias de controle e sistema prisional</b>	23
<b>3.3</b>	<b>Marcos Legais Nacionais e Internacionais e Políticas Públicas de Saúde no Sistema Prisional</b>	35
3.3.1	Marcos Legais Internacionais: Garantias de Direitos Humanos	35
3.3.2	Marcos Legais Brasileiros	39
<b>3.4</b>	<b>Inserção de Profissionais de Saúde no Sistema Prisional</b>	45
<b>3.5</b>	<b>Covid-19 e o Sistema Prisional</b>	49
<b>4</b>	<b>MÉTODOS</b>	53
<b>4.1</b>	<b>Desenho do Estudo</b>	53
4.1.1	Desenho do Estudo 1 – Revisão Integrativa	53
4.1.1.1	<i>Método de análise de dados do Estudo 1</i>	53
4.1.2	Desenho do Estudo 2 – Análise documental	54
4.1.2.1	<i>Método de análise de dados do Estudo 2</i>	55
4.1.3	Desenho do Estudo 3 – Análise de Núcleos de Sentidos de Entrevistas	55
4.1.3.1	<i>Amostra e Seleção da População do Estudo 3</i>	55
4.1.3.2	<i>Critério de Inclusão e de Exclusão do Estudo 3</i>	56
4.1.3.3	<i>Procedimentos e Instrumentos da Coleta de dados do Estudo 3</i>	56
4.1.3.4	<i>Método de análise do Estudo 3</i>	56
<b>4.2</b>	<b>Riscos</b>	57
<b>4.3</b>	<b>Benefícios</b>	57
<b>4.4</b>	<b>Aspectos Éticos</b>	57
<b>5</b>	<b>ÍNDICE DE ARTIGOS CIENTÍFICOS</b>	59
<b>6</b>	<b>ARTIGOS</b>	60

6.1	<b>Artigo 1: Artigo intitulado “Atenção em saúde para pessoas privadas de liberdade: práticas de injustiça social”, submetido na Revista Psicologia em Estudos</b>	60
6.2	<b>Artigo 2: Artigo Intitulado “Estratégias de cuidado da população carcerária no período da pandemia de COVID-19”, aceito para publicação na Revista Psicologia: Ciência e Profissão</b>	84
6.3	<b>Artigo 3: Artigo Intitulado “Desafios das/os profissionais de saúde no cuidado das pessoas privadas de liberdade”</b>	116
7	<b>DISCUSSÃO</b>	146
7.1	<b>Limitações e perspectivas</b>	152
8	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	156
	<b>REFERÊNCIAS</b>	158
	<b>APÊNDICES</b>	167
	<b>ANEXOS</b>	171

## APRESENTAÇÃO

Desde muito jovem, carreguei comigo o desejo por justiça social e pela defesa dos direitos humanos, ainda que, na época, não soubesse nomear isso dessa forma. Minha mãe conta que, quando eu tinha quatro ou cinco anos, ela foi me buscar na creche e me encontrou brigando com um menino maior para defender uma coleguinha que ele queria agredir. Indignada com aquela injustiça, me coloquei à frente dela e desafiei o agressor. Desde então, já demonstrava minha veia feminista e a vontade de lutar por um mundo mais justo, onde os direitos das pessoas vulneráveis fossem respeitados.

Ao ingressar na graduação em Psicologia (2006), meu interesse por políticas públicas e pelas discussões sobre gênero e raça se aprofundou, ainda que, naquele momento, eu não soubesse exatamente como abordá-las academicamente. No contexto em que cresci, essas questões eram discutidas, mas sem embasamento teórico estruturado. Com o avanço no curso, minha curiosidade pelo sistema prisional surgiu a partir das histórias que ouvia de uma pessoa próxima que trabalhava nesse contexto. Eu me perguntava: "Por que pessoas cometem um crime, cumprem pena, passam por um espaço que deveria ressocializá-las, mas, em vez disso, são violentadas e reincidem?" Essa inquietação, que já demonstrava minha vocação para a pesquisa, me levou, ainda no 6º semestre (2008), a decidir que esse seria o tema do meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

No 9º semestre (2010), ao iniciar a produção do TCC, aprofundei meus estudos e encontrei uma professora – Ma. Mariana Menezes - disposta a me orientar, mesmo sem ter familiaridade com o tema. Ela enxergou minha determinação e abraçou o desafio comigo. Então, elaborei meu projeto, submeti ao Comitê de Ética em Pesquisa, busquei autorização da direção do Conjunto Penal Masculino de Salvador e mobilizei o setor psicossocial para viabilizar a pesquisa. Realizei entrevistas com dois internos que trabalhavam na unidade prisional e, após analisar os critérios de inclusão, desenvolvi meu estudo a partir de uma das entrevistas. O objetivo da pesquisa era compreender, à luz da Análise do Comportamento, os fatores que levavam à reincidência criminal. A resposta era evidente: o sistema prisional não reintegra nem ressocializa.

Após a graduação, minha trajetória profissional se direcionou para políticas públicas, dentro e fora da Psicologia. Atuei como assessora parlamentar, psicóloga clínica comprometida com

uma prática acessível e pautada no antirracismo e no feminismo, além de integrar a gestão do Conselho Regional de Psicologia da Bahia - CRP-BA (2013-2016). Coordenei o Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) do CRP-BA (2013-2016) e as Unidades Móveis de Acolhimento a Mulheres do Campo, da Floresta e das Águas no Estado da Bahia (2015-2016). Foi nesse contexto que decidi ingressar no Programa de Pós-Graduação em Tecnologias em Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (2016-2017), retomando a temática que havia iniciado na graduação: Reincidência Criminal e Sistema Prisional.

No entanto, minha então orientadora, Dra. Marilda Castelar – hoje minha coorientadora –, sabiamente percebeu que, naquele momento, eu não teria condições de desenvolver uma pesquisa tão complexa e distante da minha realidade profissional. Minha rotina envolvia a gestão de políticas públicas e viagens constantes pelo interior da Bahia, o que dificultaria a dedicação necessária ao tema. Assim, optei por estudar as psicólogas que atuavam na rede de enfrentamento à violência contra a mulher, e essa escolha me abriu portas para debates acadêmicos fundamentais sobre o tema. A experiência me levou à docência e, três anos após concluir o mestrado, decidi retomar meus estudos no doutorado.

Após um período de pausa e reflexão, fui selecionada para o Projeto de Pesquisa “Impacto epidemiológico do COVID-19 no Sistema Prisional na cidade de Salvador, Bahia, Brasil” (2021), utilizando como base meu projeto de seleção do mestrado, que havia sido guardado, atualizado para a nova realidade. E foi nesse contexto que ingressei no doutorado com este tema. Hoje, ao finalizar esta pesquisa, percebo o quanto ainda há por fazer. Mais do que isso, compreendo a importância de construir conhecimentos sobre o sistema prisional a partir de diferentes perspectivas, ainda que eu mesma não esteja inserida diretamente dentro desse espaço. A ideia é seguir pesquisando, construindo projetos de pesquisa e intervenção que contribuam para a desconstrução dessas estruturas de poder tão bem arquitetadas para dizimar corpos específicos.

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Prisional Brasileiro não apenas isola, mas expõe a população carcerária a condições não humanas e, ainda que previsto pela Lei de Execução Penal (1984), nem sempre as submetem a atividades que possam auxiliar na reintegração da pessoa à sociedade, além de não proverem as condições adequadas de assistência e cuidados à saúde.<sup>1</sup> Dados recentes do Sistema Nacional de Informações Penais (SISDEPEN) da Secretária Nacional de Políticas Penais (SENAPPEN)<sup>2</sup> sobre a população carcerária, coletados entre os meses de janeiro a julho de 2024, mostram que a quantidade total da população em privação de liberdade, incluindo pessoas em prisão domiciliar, é de 888.272 pessoas. Dessas, 51,2% têm entre 18 e 34 anos, 53,2% possuem até o ensino fundamental completo e 24,3% estão em regime provisório. Apenas 82,8% da população carcerária possui informações sobre o critério cor/raça, e, desse percentual, 69% se autodeclararam pretas/os ou pardas/os.<sup>2</sup> Além disso, o déficit de 173.915 vagas no sistema<sup>2</sup> agrava ainda mais as condições de superlotação, configurando um cenário de desumanização e de encarceramento em massa.

Os dados supramencionados denotam que a população carcerária vive abaixo da linha mínima da dignidade de existência, não sendo a ela conferida as garantias de seus direitos primordiais. Pela política de abandono do Estado, identificada facilmente pela dificuldade de articulação do executivo com o judiciário, pelo fenômeno do encarceramento em massa, dentre outras questões, percebe-se a ineficácia da efetivação de políticas públicas direcionadas às pessoas privadas de liberdade, sobretudo às de saúde, o que reforça a violação dos direitos humanos dessas pessoas.<sup>3</sup>

Sobre as políticas públicas de saúde voltadas às pessoas privadas de liberdade, existem três marcos fundamentais: a Lei de Execução Penal (LEP), de 1984; o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), de 2003; e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), de 2014.<sup>4</sup> A LEP define atendimento em saúde a toda a população prisional (em regime provisório ou em cumprimento de pena), mas apenas nas áreas médica, odontológica e farmacológica. Já o PNSSP, indica a necessidade da organização de ações e serviços de saúde no sistema prisional baseado nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que até a publicação do Plano, o atendimento em saúde às pessoas privadas de liberdade (PPL) era de responsabilidade das políticas de segurança pública e não de saúde. A PNAISP pressupõe o

acesso integral ao SUS da população privada de liberdade, através da qualificação e da humanização da atenção à saúde no sistema prisional, com ações conjuntas nos campos da saúde e da justiça, nas esferas federais, estaduais e municipais, ampliando as áreas de abrangência do cuidado em saúde.<sup>4</sup>

Esses três marcos lógicos legais embasam as políticas de saúde para a população privada de liberdade, além de outras normas nacionais e internacionais das quais o Brasil é signatário para a garantia dos direitos humanos da população carcerária. Ainda assim, o que se nota é que agravos como HIV, tuberculose, sífilis, hepatite, dentre outras infecções, são as maiores causas de agravos à saúde notificadas nas unidades prisionais nos últimos anos.<sup>2-4</sup> Além disso, 54,5% das mortes de pessoas encarceradas entre os meses de janeiro a julho de 2024 foram atribuídas a causas naturais<sup>2</sup>, muitas vezes relacionadas às precárias condições sanitárias. Esses dados denotam o quanto o campo da saúde no contexto prisional é uma realidade complexa fruto de uma política de abandono do Estado, devido às condições estruturais insalubres e vulneráveis, da inexistência de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e cuidado integral às pessoas privadas de liberdade, como preconizam a LEP, o PNSSP e a PNAISP.<sup>1</sup>

Em meio a todas essas fragilidades do sistema prisional, a pandemia do COVID-19 vivida por todo o mundo a partir de 2020, também foi uma realidade nas prisões brasileiras que se mostrou muito favorável à disseminação do vírus, uma vez que a maior parte das instituições penais estão superlotadas, com nenhuma possibilidade de distanciamento e com pouco acesso a condições de higiene.<sup>5</sup> Nesse contexto, surge mais uma questão: como foi possível garantir que as pessoas inseridas no sistema prisional tivessem acesso às condições necessárias para o cuidado à saúde integral e contenção do vírus dentro do cárcere?

Com todas essas vulnerabilidades e dificuldades sociais já existentes e que, também, foram agravadas pela pandemia da Covid-19, torna-se importante trazer na figura das/os profissionais de saúde e gestoras/es o recorte das implicações mencionadas até aqui acerca do Sistema Prisional, pois estas pessoas podem sinalizar as possíveis estratégias de cuidado desenvolvidas para a população carcerária. Nesse sentido, este estudo buscou analisar criticamente as estratégias sociais, institucionais e psicossociais para a garantia do direito à saúde no sistema prisional brasileiro, com o intuito de identificar os desafios, políticas públicas, práticas existentes e lacunas no atendimento à saúde da população carcerária.

## **2 OBJETIVO GERAL**

Analisar as estratégias sociais, institucionais e psicossociais desenvolvidas para o cuidado das pessoas privadas de liberdade do sistema prisional nos níveis municipal, estadual e federal.

### **2.1 Objetivos específicos**

- 1) Discutir as políticas de saúde para o sistema prisional no Brasil adotadas nos últimos cinco anos;
- 2) Descrever as práticas de enfrentamento para a COVID-19 no Brasil;
- 3) Conhecer a percepção e as vivências das/os profissionais de saúde sobre as estratégias de cuidado desenvolvidas para o sistema prisional em Salvador-BA.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Histórico do Sistema Prisional Internacional e Brasileiro

##### 3.1.1 Histórico do Sistema Prisional Internacional

A história do encarceramento como principal forma de punição é relativamente recente no panorama das práticas punitivas globais. Até o século XVIII, os sistemas de punição em diversas sociedades eram predominantemente baseados em castigos físicos, públicos e, muitas vezes, cruéis, como tortura, execução, açoites e mutilações. Em sociedades europeias pré-modernas, o sistema penal focava na punição direta e visível dos corpos como uma forma de demonstrar a autoridade soberana. A aplicação da justiça era um espetáculo, muitas vezes realizado em praças públicas, com o intuito de reforçar o controle social por meio da demonstração do poder do soberano.<sup>6</sup>

Na Idade Antiga, a prisão era um instrumento de punição, tendo a tortura e a humilhação como ferramentas principais, muitas vezes, desproporcionais ao delito cometido e obedecendo, unicamente à livre vontade do soberano. Nesse contexto, os espaços prisionais eram como masmorras, sempre insalubres, sem iluminação ou condições de higiene, pois sua função estava para além do mero aprisionamento.<sup>6,7</sup>

Durante a Idade Média, a Igreja passa a ter o poder de definir o que era transgressão, além de ter o domínio das punições. Uma vez que o feudalismo organizava a sociedade econômica e politicamente, quem possuía terras tinha poder, não só sobre a produção, mas também sobre as pessoas que nelas trabalhavam. Neste período, o poder político nos feudos era descentralizado e a Igreja, por possuir inúmeras terras, detinha grande poder de decisão em todas as áreas sociais, ditando diversas regras, incluindo todo o sistema punitivo da época, tanto o tipo de punição quanto o objeto da punição. A relação entre a Igreja e o Estado era muito estreita, por isso quem praticava um delito ofendia tanto a vítima, quanto a Igreja e a Deus. Neste caso, os castigos deixavam de ter um cunho apenas físico, como na Antiguidade, e passam a ser, também, de ordem moral.<sup>7</sup>

Nesta época, a tortura ainda era muito praticada, utilizada bastante como um meio para chegar às confissões pelos crimes cometidos, pois essas eram as principais provas dos delitos. As

investigações ocorriam em segredo, nas quais se utilizavam meios degradantes e cruéis como método investigativo, mas também como meios de punição instituídos pela Igreja Católica. Os princípios da dignidade humana, tão discutidos atualmente, eram inexistentes naquela época para quem atentava contra o Estado e/ou a Igreja. Em suma, a principal função das prisões, neste período, era a manutenção do *status quo*, da divisão social em camadas sociais, o impedimento de revoluções, o silenciamento de ideias progressistas e a perseguição daquelas/es que discordavam da ordem social imposta.<sup>7,8</sup>

Posteriormente, começa a ocorrer uma transição do modelo de sociedade feudal para a construção do Estado Moderno baseado na lógica do capitalismo. Neste modelo político, econômico e social constitui-se a burguesia e o lucro de mercado como centro. Esta lógica social muda também a forma como se enxerga o ser humano, tirando Deus do centro de tudo. O Renascimento destacou a figura humana sob todas as outras, colocando a razão e não mais uma ordem divina superior como centro das ideias. As transformações sociais valorizavam o trabalho e a produtividade como meio de crescer socialmente e pessoalmente. Isso trouxe alta marginalização, pois, na medida em que todas/os deviam trabalhar, quem assim não se portasse era vista/o como um empecilho, um obstáculo ao enriquecimento geral da nação. Isso fez com que muitas pessoas se deslocassem dos campos para os centros das cidades para conseguir seu sustento. À medida que os empregos eram insuficientes, a criminalidade foi aumentando. Isso foi revelando as falhas de uma sociedade pautada na lógica mercadológica do capital.<sup>7</sup>

Mesmo com a mudança de estrutura social, política e econômica, o castigo corporal, através da dor e sofrimento visível (como execuções em praça pública), ainda era utilizado como forma de exemplificação para que ninguém mais ousasse praticar algum delito.<sup>9</sup> No entanto, começa a surgir uma nova proposta de prisão mais voltada para a lógica capitalista. A princípio, as pessoas privadas de liberdade começaram a ser utilizadas como mão de obra barata nos territórios industrializados, treinando-as para a rotina de trabalho nas fábricas. Contudo, essa forma de exploração, além de competir com as/os trabalhadoras/es, gera excedentes, já que não haveria trabalho suficiente para todo mundo. A partir daí as prisões passam a funcionar como espaços de controle e docilização desses corpos, intencionando tamponar esse excedente e prevenir a criminalidade.<sup>7, 10</sup>

Durante esse período, ocorreu a transição para o encarceramento como a principal forma de punição, um processo diretamente relacionado à Revolução Francesa. Esse evento marcou uma mudança de paradigma social, ao consolidar a liberdade como um bem fundamental. Paradoxalmente, essa valorização da liberdade abriu espaço para que as prisões fossem vistas como uma alternativa mais legítima e adequada em comparação com as punições violentas, como pena de morte e outras arbitrariedades, que predominavam até então.<sup>7,9</sup>

Esse movimento também se relaciona com o surgimento do Iluminismo no século XVIII, quando filósofos e juristas passaram a questionar a legitimidade dos castigos cruéis e a defender reformas baseadas na racionalidade, humanidade e utilidade social. Cesare Beccaria, um dos principais expoentes desse pensamento, argumentou contra punições violentas e desproporcionais em sua obra *Dos Delitos e das Penas* (1764), propondo que as penas fossem proporcionais ao crime e que a punição tivesse como objetivo a prevenção em vez da retaliação.<sup>6</sup>

A partir desse movimento, o encarceramento ganhou terreno como uma alternativa mais "civilizada" e racional, era uma forma de punição que, em teoria, oferecia à/ao condenada/o a oportunidade de reabilitação e reintegração à sociedade. A ideia era que a privação da liberdade funcionasse não apenas como um castigo, mas como um mecanismo de correção moral e comportamental. Michel Foucault, em *Vigiar e Punir*,<sup>9</sup> descreve essa transição como uma mudança de paradigma na administração do poder sobre os corpos.

As primeiras prisões modernas surgiram no final do século XVIII e início do século XIX. Três modelos foram fundamentais para a constituição do sistema penitenciário atual: o sistema da Filadélfia, também conhecido como sistema de prisão solitária ou sistema penitenciário, em referência à penitência, como forma de arrependimento e correção; o sistema de Auburn, que enfatizava o trabalho em silêncio como método de correção; e o sistema progressivo que impõe definitivamente a pena privativa de liberdade.<sup>11</sup>

O modelo de prisão solitária, como praticado na Filadélfia, confinava as/os prisioneiras/os em celas individuais sem trabalho ou visitas, onde elas/es deveriam refletir sobre seus crimes e, idealmente, reformar seu caráter, permitindo-se apenas a leitura da bíblia como estímulo ao arrependimento. Já o modelo de Auburn, criado nos Estados Unidos em 1818, promovia o trabalho em grupo sob o silêncio absoluto e sob supervisão rígida. O Sistema Progressivo,

criado no decorrer do século XIX, tem como foco a distribuição do tempo de condenação em períodos e, a cada um deles, os privilégios podem ser ampliados a depender da boa conduta da/o reclusa/o. É neste sistema que surge o olhar para ressocialização, estimulando a/o encarcerada/o a uma boa conduta para sua reinserção na sociedade.<sup>10, 11</sup>

A experiência internacional com o encarceramento rapidamente se expandiu, com as prisões se tornando instituições padrão em países europeus e nas colônias ocidentais. Segundo Foucault<sup>9</sup>, com o advento das prisões, o poder disciplinar deixa de ser exercido de forma ostensiva e pública, como nos castigos físicos, e passa a ser um controle mais sutil e constante sobre os corpos, através da vigilância e da regulamentação das atividades dentro das instituições.

A ideia da vigilância constante, simbolizada pelo Panóptico, projeto idealizado pelo filósofo inglês Jeremy Bentham, tornou-se central no desenvolvimento das prisões modernas. O Panóptico era uma estrutura arquitetônica projetada para permitir que um único vigia pudesse observar todas/os as/os prisioneiras/os, sem que estas/es soubessem se estavam sendo observadas/os em determinado momento. A essência do Panóptico reside no poder da vigilância invisível: as/os prisioneiras/os se tornam disciplinadas/os porque acreditam que podem ser vigiadas/os a qualquer momento, internalizando as regras e regulando seus próprios comportamentos.<sup>9</sup>

O sistema prisional, então, evoluiu de uma forma de castigo corporal e ostensivo para um sistema de controle que busca reformar o indivíduo através da disciplina constante e da privação de liberdade. A privação de liberdade passou a ser considerada mais humana, pois não deixava marcas físicas, mas as prisões se tornaram locais de controle e docilização dos corpos, com o objetivo de "corrigir" os indivíduos e reintegrá-los à sociedade como sujeitos produtivos e obedientes<sup>9</sup>.

O sistema prisional, uma vez estabelecido na Europa e nos Estados Unidos, foi rapidamente exportado para colônias em todo o mundo, especialmente na América Latina e na África, onde serviu como uma ferramenta de controle social e de repressão dos movimentos de resistência ao colonialismo. Nas colônias europeias, as prisões foram utilizadas tanto para punir as/os "criminosas/os" comuns, quanto para suprimir dissidentes políticos e ativistas anticoloniais. Esses sistemas prisionais importados replicavam, e em muitos casos

exacerbavam, as desigualdades e violências estruturais das sociedades coloniais, reforçando as hierarquias raciais e sociais já existentes.<sup>10</sup>

No caso da América Latina, o modelo penitenciário europeu foi adotado em um contexto de extrema desigualdade social e racial. Desde o início, as prisões nas ex-colônias da América Latina foram ocupadas desproporcionalmente por pessoas negras, indígenas e de classes marginalizadas, refletindo o legado da colonização e da escravização. A estrutura prisional no Brasil, por exemplo, desde sua formação, foi fortemente influenciada pelas dinâmicas raciais e sociais herdadas do período colonial e da escravização.<sup>10</sup>

### 3.1.2 Histórico do Sistema Prisional no Brasil

O desenvolvimento do sistema prisional no Brasil está intimamente ligado à história da colonização, da escravização e das desigualdades sociais profundamente enraizadas no país. Diferente do modelo europeu, o Brasil colonial e imperial adotou o encarceramento de forma tardia, principalmente após a abolição da escravatura em 1888. Durante o período colonial, as punições corporais, como açoites e a execução pública de pessoas escravizadas, eram métodos comuns de repressão. Essas pessoas tinham status de objetos, cuja posse permitia ao seu dono o tratamento que lhe conviesse. Sem terem sua humanidade reconhecida, poderiam ser brutalmente violentadas ou mortas, sem que essas medidas tivessem qualquer relação com a ideia concreta de justiça ou norma jurídica. A individualidade da pena não existia e os castigos passavam para as gerações seguintes daquela/e que, de fato, havia cometido o suposto delito.<sup>7</sup>

A prisão, enquanto instituição de controle, começou a ganhar relevância na transição para o período republicano. Em 1822 com a independência, a pena privativa de liberdade substituiu as penas corporais. Nesta época, foi promulgada a primeira constituição brasileira que indicava, dentre outras coisas, que o cárcere deveria ter condições salubres, sem superlotação e com potencial de habitação. No entanto, não houve medidas concretas que garantissem que esta orientação fosse cumprida, de modo que as prisões permaneceram em condições precárias – questão que permanece até a atualidade.<sup>7</sup>

Em 1888, quando a escravização foi abolida, a pena privativa de liberdade ganhou mais força. Pois, o Estado procurava novas formas de lidar com a "população livre" e as/os "novas/os

cidadãs/ãos", agora desvinculadas/os formalmente da escravização. Isso provocou influências no conceito de prisão e, principalmente, de quem era presa/o. O primeiro Código Penal promulgado em 1889 previa penas mais brandas, possuindo um perfil de prevenção e repressão ao crime. Contudo, também possuía um caráter de dominação social, sobretudo, para as pessoas escravizadas recém-libertas.<sup>7</sup>

Com a abolição, a população negra libertada, sem acesso a recursos e sem políticas de inclusão social, passou a ser alvo de criminalização por meio de ferramentas como a Lei da Vadiagem (1941) e outras formas de controle que garantiam a continuidade da exploração e da exclusão racial. As prisões brasileiras, então, se tornaram espaços de segregação racial, refletindo a marginalização das populações negras e pobres. Essa prática foi particularmente visível em estados como a Bahia, que, com sua grande população afrodescendente, registrava altos índices de encarceramento de pessoas negras.<sup>10</sup>

No Brasil republicano, as prisões também começaram a refletir as ideologias de reforma social e moral que dominavam o discurso da época. As penitenciárias surgiram como locais que, em teoria, buscavam "corrigir" e "reabilitar" os indivíduos, mas, na prática, tornaram-se centros de superlotação, violência e degradação<sup>10</sup>. Esse padrão perdura até os dias atuais, uma vez que o Brasil possui a terceira maior população carcerária do mundo, ficando atrás, apenas, dos Estados Unidos (1,7 milhão de presos) e da China (1,69 milhão), superando países populosos como Índia (544 mil) e Rússia (433 mil).<sup>12</sup> Apesar do advento da audiência de custódia, que busca conter o encarceramento em massa ao avaliar a legalidade das prisões em flagrante, o punitivismo segue sendo a lógica predominante do sistema penal brasileiro. A prisão continua a ser utilizada como principal resposta ao crime, alimentando a superlotação e a seletividade penal, em que cerca de 69% das pessoas encarceradas são negras, em grande parte jovens de baixa renda e oriundos de áreas periféricas<sup>2</sup>. Esse fenômeno não se trata de uma falha do sistema, mas de um mecanismo eficiente de gestão da marginalidade e da manutenção das estruturas de dominação, características fundamentais de um Estado penal autoritário que opera sob a lógica fascista, onde o encarceramento em massa, em especial da população negra e pobre, é uma ferramenta de controle social seletivo, sustentado pela repressão e pelo aprofundamento das desigualdades<sup>13,14</sup>.

Na Bahia, esse processo é particularmente notável. Historicamente, Salvador (capital do estado da Bahia) foi um dos principais centros de recepção de africanas/os escravizadas/os

durante o período colonial. Após a abolição, a repressão continuou de outras formas, incluindo a criminalização de práticas culturais africanas, como o Candomblé, e a repressão de movimentos de resistência, como a Revolta dos Malês (1835). O encarceramento de pessoas negras na Bahia tornou-se uma constante como parte de um sistema de controle social que buscava manter as elites brancas no poder e as populações negras e pobres marginalizadas.<sup>13</sup>

Atualmente, o sistema prisional na Bahia reflete as desigualdades estruturais herdadas desse passado colonial e escravista. As prisões baianas, assim como as do restante do Brasil, são marcadas pela superlotação, pela falta de infraestrutura adequada e pelas condições desumanas. A criminalização da juventude negra e a violência institucional são práticas recorrentes, perpetuando o ciclo de exclusão social e racial.<sup>7</sup>

A prisão no Brasil, e especialmente na Bahia, portanto, não pode ser compreendida apenas como uma resposta ao crime, mas como um mecanismo de controle racial e social profundamente enraizado nas dinâmicas coloniais. O encarceramento em massa de pessoas negras continua a refletir o legado do racismo estrutural e institucional, que trata essas vidas como descartáveis.<sup>14</sup>

### **3.2 Estratégias de controle e sistema prisional**

Michel Foucault, em sua obra *Vigiar e Punir*,<sup>9</sup> apresenta uma análise histórica sobre a transição das formas de punição que, até o final do século XVIII, eram majoritariamente corporais e públicas, para um modelo de punição que centraliza o controle e a disciplina dos corpos em instituições fechadas, como as prisões. Para Foucault<sup>9</sup>, a função da prisão vai além da simples privação de liberdade; ela desempenha um papel essencial na produção de corpos dóceis, moldados e controlados pela vigilância constante.

A punição, antes aplicada de forma visível e exemplar em praças públicas, passa a ser exercida em locais fechados e invisíveis ao público, mas com um sistema de vigilância rigoroso. A metáfora do Panóptico, projetado pelo filósofo Jeremy Bentham, é central na compreensão dessa vigilância. No Panóptico, a/o prisioneira/o está constantemente ciente da possibilidade de ser observada/o, o que a/o leva a internalizar as normas de comportamento e, portanto, a controlar suas próprias ações. Esse conceito é vital para entender como a

disciplina, dentro das prisões, se torna uma forma de poder, uma vez que o controle não se exerce apenas sobre o corpo, mas também sobre a mente da/o prisioneira/o, que se torna uma/um “autovigiada/o”.<sup>9</sup>

Aqui o Estado atua exercendo o controle sobre a vida dos indivíduos, gerindo não apenas seus corpos, mas também suas condições de existência. Esse controle é o que Foucault<sup>9</sup> denominou de poder disciplinar que se manifesta na forma de instituições que regulam e controlam a vida de indivíduos e populações, como as prisões, os hospitais e as escolas. No caso das prisões, o poder disciplinar é exercido na administração da vida das/os presas/os: a alimentação, a saúde, o movimento e o tempo das/os detentas/os são rigorosamente controlados pela instituição prisional.<sup>9</sup>

Goffman<sup>15</sup> classificou essas instituições reguladoras e controladoras como "instituições totais", definindo-as como locais onde um grande número de indivíduos, em condições semelhantes, vivem isolados da sociedade por períodos prolongados, sob uma rotina fechada e rigidamente administrada. Nesses espaços (prisões, manicômios, conventos, quartéis e colégios internos), a autoridade exerce uma total regulamentação da vida cotidiana de suas/seus habitantes que realizam todas as suas atividades nessas instituições, desde o trabalho obrigatório até o lazer e a recreação.<sup>15</sup>

Goffman<sup>15</sup> sinaliza, ainda, que o controle exercido sobre a vida das/os internas/os nas prisões destrói sua identidade pessoal, impondo uma nova identidade coletiva, definida pela instituição. Esse processo de “mortificação do eu” ocorre através de uma série de práticas que removem os traços de identidade pessoal das pessoas encarceradas, como a uniformização das roupas, a perda de direitos básicos e a regulação total da vida cotidiana. Nas prisões brasileiras, isso pode ser observado nas práticas de despersonalização das/os detentas/os, que são tratadas/os como números, sem individualidade ou autonomia. A identidade anterior da/o prisioneira/o é destruída, e ela/e é reconstruída/o pela instituição como uma/um “detenta/o”, uma/um “submissa/o” ao sistema. A mortificação do eu é, assim, uma estratégia de controle social que visa não apenas a docilização dos corpos, mas também a aniquilação da subjetividade do indivíduo.<sup>15</sup>

No contexto das prisões brasileiras, essa ideia de vigilância e docilização dos corpos pode ser observada nas práticas institucionais de controle e segregação. As prisões no Brasil, marcadas

pela superlotação e pela violência sistêmica, atuam como espaços de disciplina e controle social, onde a vigilância contínua e a imposição de regras rígidas mantêm os corpos presos em um estado constante de docilização. Além disso, as condições desumanas, a falta de acesso a cuidados de saúde e a superlotação que caracterizam o sistema prisional brasileiro<sup>(5)</sup> são exemplos nítidos da forma como o poder é exercido sobre a população encarcerada. Ao controlar a vida das/os presas/os e decidir quais corpos são “úteis” ou “descartáveis”, o sistema prisional brasileiro perpetua um ciclo de exclusão e marginalização.

Assim, punição, vigilância, disciplina e mortificação do eu entrelaçam-se na análise do sistema prisional brasileiro. As prisões, além de punirem, controlam e transformam os indivíduos por meio de práticas disciplinares e do controle total de suas vidas. A vigilância constante, a despersonalização das/os presas/os e o controle da vida e da morte são práticas que moldam o sistema prisional como um espaço de exercício de poder absoluto sobre corpos e mentes.

Ao considerar ainda que, a população prisional brasileira é composta, em sua maioria, por pessoas negras desde a sua origem, é fundamental trazer para esta discussão a interseccionalidade. Pois ela descreve a sobreposição e intersecção de diferentes formas de opressão, como racismo, sexismo, classismo e outras formas de discriminação que não podem ser tratadas isoladamente, já que todos esses marcadores operam simultaneamente na criação de desigualdades estruturais<sup>16</sup> e embasam as estratégias de controle que mortificam a subjetividade das pessoas privadas de liberdade, dentro e fora do sistema prisional.

A abordagem de Carla Akotirene<sup>13</sup> sobre interseccionalidade no contexto brasileiro é particularmente relevante para entender as especificidades do racismo no sistema prisional. Em suas pesquisas, Akotirene<sup>13</sup> mostra como as mulheres negras, em especial, são vítimas de múltiplas formas de violência institucional, tanto dentro quanto fora do sistema carcerário. O encarceramento de mulheres negras no Brasil é frequentemente acompanhado por uma desumanização que reflete o desprezo racial e de gênero, exacerbado pelas condições degradantes das prisões femininas.<sup>13</sup>

No contexto prisional, a interseccionalidade é crucial para entender como raça, gênero, classe, orientação sexual, geração, etc. se combinam para agravar as experiências de violência e exclusão das populações carcerárias, fundamentada em dinâmicas de poder que influenciam

quem é mais propensa/o a ser encarcerada/o, bem como as experiências específicas que diferentes grupos têm dentro das prisões. A interseccionalidade ajuda a desvendar como indivíduos, especialmente mulheres negras e pobres, são duplamente ou triplamente marginalizadas/os dentro do sistema penal.<sup>13</sup> Como a maioria da população carcerária no Brasil é composta por homens negros e de baixa renda, o racismo estrutural é exacerbado pelas condições socioeconômicas e pelos mecanismos de controle punitivo. Isto é evidente nas práticas do sistema prisional que desproporcionalmente afetam as/os negras/os. As políticas de segurança pública e de encarceramento em massa têm historicamente mirado jovens negras/os, resultando em um ciclo de prisão e marginalização contínuos.<sup>14</sup>

No Brasil, a conexão entre racismo, pobreza e criminalização é inegável e está enraizada em séculos de desigualdade estrutural que remontam ao período colonial e à escravização. A abolição da escravatura em 1888 não trouxe políticas de inclusão social para a população negra recém-liberta, deixando-a sem meios de subsistência e sujeita a condições de extrema pobreza. Desde então, a marginalização das populações negras e pobres tem sido uma constante, e essa exclusão social se reflete no sistema de justiça criminal, onde as/os mais pobres e racializadas/os são alvos desproporcionais das políticas punitivas.<sup>14</sup>

Com a ausência de políticas efetivas de reparação pós-abolição, o Brasil adotou uma série de medidas legais e sociais que continuaram a marginalizar as populações negras. O estado brasileiro criminalizou a pobreza, permitindo a prisão de pessoas consideradas “ociosas” ou sem emprego formal, o que afetou desproporcionalmente as pessoas negras e as populações marginalizadas. Dessa forma, o racismo e a pobreza passaram a ser indissociáveis na construção das práticas de criminalização e encarceramento no Brasil.<sup>13</sup>

Ao longo do século XX, as políticas de segurança pública foram marcadas por uma abordagem punitivista que se intensificou nas últimas décadas com a chamada guerra às drogas. A promulgação da Lei de Drogas (lei nº 11.343) em 2006 agravou esse cenário, ao permitir a distinção subjetiva entre usuárias/os e traficantes, o que abriu espaço para a aplicação discriminatória da lei, com negras/os e pobres sendo mais severamente punidas/os. As prisões por crimes relacionados a drogas aumentaram significativamente, e grande parte da população carcerária atual é composta por jovens negros e pobres, condenados por pequenos delitos relacionados ao tráfico de drogas.<sup>14</sup>

A guerra às drogas, que oficialmente visa combater o tráfico de entorpecentes, na prática funciona como uma ferramenta de controle racial, social e de gênero, voltada para a contenção de populações marginalizadas. As populações negras são desproporcionalmente visadas pelas operações policiais e sentenciadas de forma mais severa. Assim, o racismo institucional opera na aplicação seletiva das leis penais, contribuindo para o encarceramento em massa de pessoas negras, mesmo quando suas infrações são de menor gravidade.<sup>14</sup>

A criminalização da pobreza e da negritude está intrinsecamente ligada ao contexto de exclusão social no Brasil. As populações negras e periféricas enfrentam não apenas condições econômicas adversas, mas também a violência estrutural do estado, que se manifesta de várias formas: desde o policiamento ostensivo nas periferias até o uso excessivo da força em abordagens policiais. A violência policial no Brasil tem sido amplamente documentada e, em muitos casos, é dirigida de maneira desproporcional contra jovens negros, reforçando a ideia de que essas vidas são vistas como descartáveis pelo sistema.<sup>14</sup>

Essa realidade está alinhada ao que a teoria crítica racial propõe, ao destacar que o racismo não é um evento isolado ou intencional, mas sim parte estrutural de instituições que foram historicamente moldadas para perpetuar desigualdades.<sup>17</sup> No sistema prisional, o racismo é ainda mais evidente nas condições não humanas em que a maioria das/os presas/os vive. As prisões brasileiras, especialmente aquelas em áreas periféricas e nas grandes cidades, são superlotadas e apresentam falta de recursos básicos, como alimentação adequada, assistência à saúde e higiene, perpetuando um ciclo de degradação e violência.<sup>14</sup>

Nesse sentido, é possível também dialogar com Foucault<sup>18</sup>, quando ele trata da economia política dos ilegalismos. Foucault<sup>18</sup> descreve como o poder opera seletivamente, reprimindo ilegalismos de populações marginalizadas enquanto tolera práticas ilícitas de elites. Dentro do sistema prisional brasileiro não é diferente: a precariedade das políticas de saúde prisional revela a exclusão sistemática de direitos básicos para pessoas encarceradas, que já estão entre as mais vulneráveis. O desamparo com a saúde dessas populações pode ser vista como parte de uma estratégia de controle que mantém as desigualdades estruturais alinhada com a economia política dos ilegalismos.<sup>18</sup>

No contexto das mulheres encarceradas, a interseccionalidade entre racismo e pobreza é ainda mais visível. A maioria das mulheres presas no Brasil são negras e pobres, muitas vezes mães

solos, que são presas por envolvimento com o tráfico de drogas em atividades de baixo nível hierárquico, como “mulas” ou pequenas distribuidoras. Essas mulheres, geralmente, se envolvem no tráfico por falta de alternativas econômicas e sociais, o que reforça a necessidade de analisar o impacto das políticas de criminalização sobre as populações mais vulneráveis.<sup>13</sup>

A precariedade e a exclusão social dessas mulheres não terminam no momento do encarceramento. As prisões femininas no Brasil são conhecidas por suas condições particularmente degradantes, com infraestrutura deficiente e falta de acesso a produtos de higiene básica e cuidados de saúde específicos para mulheres. Além disso, essas mulheres enfrentam o peso adicional da separação de suas/seus filhas/os, já que o sistema prisional raramente oferece condições adequadas para que as mães possam manter contato com suas famílias. Dessa forma, o sistema penal não apenas criminaliza as mulheres negras e pobres, mas também contribui para a destruição de seus laços familiares e sociais.<sup>13</sup>

É importante destacar que as políticas punitivas, como a guerra às drogas, perpetuam uma lógica de encarceramento que atinge as camadas mais vulneráveis da população, enquanto as elites continuam impunes. A interseccionalidade oferece uma lente crítica para examinar como as pressões sociais, raciais e de gênero interagem para agravar as condições de vida dentro das prisões.<sup>16</sup> O racismo institucional tem um impacto profundo na saúde e no bem-estar psicossocial das pessoas encarceradas. Nas prisões brasileiras, a desumanização dos corpos negros, associada à negação sistemática de direitos básicos, como a saúde, reflete o funcionamento do racismo institucional em sua forma mais brutal. Além disso, a precariedade das condições de vida somada à violência estatal afetam diretamente a saúde das pessoas privadas de liberdade. Para as/os detentas/os negras/os, por exemplo, o estigma racial reforça a desumanização já inerente ao ambiente prisional, criando barreiras adicionais para a reintegração social.<sup>19</sup>

Nesse sentido, ao negar sistematicamente o direito à dignidade e à vida, as prisões brasileiras funcionam como espaços onde a necropolítica é exercida de forma explícita. Para Mbembe<sup>20</sup>, a necropolítica descreve as formas como o Estado e outras autoridades exercem poder sobre os corpos, decidindo quais vidas são “valiosas” e dignas de proteção, e quais são consideradas descartáveis e sujeitas à morte.

No contexto do colonialismo, a necropolítica foi evidente nas práticas de violência, genocídio e extermínio das populações colonizadas. Esse conceito se estende para o mundo contemporâneo, onde Mbembe<sup>20</sup> argumenta que o Estado continua a exercer sua soberania ao delimitar zonas de morte, onde a vida de determinadas populações – geralmente pobres, racializadas e marginalizadas – é sistematicamente colocada em risco.

O sistema prisional, especialmente em países com altos índices de encarceramento como o Brasil, é um desses espaços onde a necropolítica se manifesta de forma aguda. As condições de vida degradantes, a superlotação, a falta de cuidados em saúde e a violência institucional criam um ambiente em que as/os presas/os, especialmente aquelas/es pertencentes a grupos racializados e pobres, são tratadas/os como vidas descartáveis.<sup>21</sup>

As condições de superlotação nas prisões do Brasil são emblemáticas dessa lógica necropolítica. As celas insalubres, a falta de ventilação adequada e o espaço insuficiente para abrigar as/os detentas/os criam um ambiente propício à disseminação de doenças, como tuberculose, sífilis e HIV, que historicamente afligem a população carcerária. Além disso, o Estado brasileiro tem falhado em oferecer cuidados médicos adequados, deixando muitos presos à mercê de suas condições físicas deterioradas.<sup>3</sup>

A prática da necropolítica no sistema prisional brasileiro também se manifesta na violência física e simbólica sofrida pelas/os presas/os. As frequentes rebeliões em prisões de todo o país, muitas vezes causadas pelas condições desumanas e pela falta de direitos básicos, são frequentemente respondidas com uma repressão violenta por parte do Estado, incluindo execuções sumárias e massacres.<sup>1</sup> Isso exemplifica como o Estado vê as vidas das pessoas privadas de liberdade como descartáveis, optando pela morte e pela violência como formas de controle.

Além disso, os conflitos entre facções dentro das prisões, embora muitas vezes vistos como um problema interno das instituições, também podem ser interpretados como parte de uma estratégia deliberada do Estado para gerir a população carcerária por meio do abandono e do controle indireto. Ao permitir que certas prisões sejam dominadas por grupos criminosos, o Estado reafirma sua lógica de seletividade penal, determinando quais corpos podem ser descartados e submetidos a condições extremas de violência e morte.<sup>1</sup> Paradoxalmente, enquanto essa forma de gestão fortalece o crime organizado dentro das prisões, o Estado adota

mecanismos de repressão extrema, como o Regime Disciplinar Diferenciado (RDD), que, em vez de resolver os problemas estruturais do sistema prisional, reforça o punitivismo e aprofunda a violação sistemática de direitos humanos. O isolamento prolongado, a restrição de visitas e o monitoramento excessivo das/os detentas/os submetidas/os ao RDD não desarticulam as facções criminosas; ao contrário, muitas vezes acentuam os conflitos internos e consolidam as hierarquias dentro desses grupos, intensificando a violência. Essa contradição demonstra que o Estado penal opera estrategicamente, ora delegando o controle das prisões ao crime organizado, ora implementando regimes de encarceramento extremo que não têm a função de ressocializar, mas sim de aprofundar a segregação e perpetuar o ciclo de violência como um instrumento de dominação social.<sup>22, 23</sup>

A necropolítica no sistema prisional brasileiro está profundamente enraizada em questões raciais. O encarceramento em massa de jovens negros, a falta de acesso a cuidados de saúde e a superlotação das prisões são fenômenos que refletem a lógica racista do Estado brasileiro, que vê os corpos negros como mais propensos ao crime e menos merecedores de proteção. A política de encarceramento em massa, especialmente a partir da guerra às drogas, criou um ambiente em que a vida negra é constantemente ameaçada pela violência estatal e pela privação de direitos dentro das prisões.<sup>14, 19</sup>

Achille Mbembe<sup>20</sup> aponta que o Estado exerce controle sobre populações racializadas de forma diferente das populações brancas, tratando a vida negra como “passível de extermínio” em momentos de crise, como o aumento da criminalidade ou rebeliões. Essa perspectiva é amplamente aplicável ao contexto brasileiro, onde a guerra às drogas, associada à criminalização da pobreza, tem como alvo principal as populações negras e periféricas. Esses indivíduos, muitas vezes encarcerados por crimes de menor gravidade, são deixados à mercê das condições insalubres das prisões e da violência institucional que permeia o sistema prisional.<sup>1</sup>

Outro aspecto importante da necropolítica no sistema prisional é o impacto que essa política de morte tem na saúde mental das/os detentas/os. A combinação de violência, falta de cuidados em saúde, superlotação e isolamento social cria um ambiente em que as pessoas encarceradas são constantemente submetidas ao terror psicológico. Muitas/os presas/os desenvolvem transtornos de ansiedade, depressão e outras doenças mentais graves como resultado das condições a que são submetidas/os.<sup>3, 24, 25</sup> Nesse contexto, é perceptível que o

sistema prisional brasileiro também apresenta dinâmicas de controle psicológico e emocional que se encaixam nessa lógica. Nas prisões, o poder não é exercido apenas pela violência física, pela vigilância constante ou pela privação de liberdade, mas também pela manipulação da subjetividade das/os presas/os.

Segundo González Rey e Mori<sup>26</sup>, a subjetividade não é um atributo fixo ou exclusivamente individual, mas um processo socialmente construído, influenciado pelas interações dinâmicas entre os sujeitos e os contextos sociais e históricos nos quais estão inseridos. No caso das prisões, essa subjetividade social e coletiva é moldada por um ambiente institucional desumanizante, que condiciona os sentidos subjetivos das pessoas privadas de liberdade a partir de práticas que reforçam a exclusão, a despersonalização e a desumanização.

Dentro do sistema prisional, as pessoas encarceradas são submetidas a diversas formas de controle psicológico, desde a despersonalização e isolamento até a imposição de uma nova identidade institucional, a mortificação do eu, como identificada anteriormente por Goffman<sup>15</sup>. Esse processo de reconfiguração psicológica interfere profundamente na configuração subjetiva, que González Rey e Mori<sup>26</sup> define como a organização complexa e dinâmica dos sentidos subjetivos que orientam a experiência humana. Nesse contexto, a prisão opera como uma instituição que fragmenta essas configurações, forçando os sujeitos a reconstruí-las sob condições de extrema opressão. Esse processo de reconfiguração psicológica tem efeitos devastadores sobre a saúde mental das/os detentas/os, que perdem a noção de si mesmos e sua autonomia emocional.<sup>15</sup>

A privação do contato social externo, seja pela falta de visitas de familiares ou pelo isolamento imposto, também age como uma ferramenta de controle emocional. Esse distanciamento compromete a produção subjetiva, que, segundo González Rey<sup>27</sup>, depende de interações significativas que promovam a elaboração de sentidos positivos e transformadores. Ao cortar os laços com o mundo exterior, o sistema prisional cria uma sensação de abandono e desespero entre as/os presas/os, que começam a ver a prisão como o único espaço de existência. Esse isolamento emocional e social faz parte da lógica psicopolítica cunhada pelo Byung-Chul Han<sup>28</sup>, na qual as/os presas/os são levadas/os a internalizar a impotência e a aceitar sua condição subalterna como algo inevitável.

Han<sup>28</sup> explora como o poder, no contexto contemporâneo, não é mais exercido predominantemente por meio da força física ou do controle direto, mas sim por meio da manipulação da psique e da subjetividade dos indivíduos. Essa nova forma de controle é caracterizada pela indução de conformidade e pela exploração da liberdade dos sujeitos, que passam a se autocontrolar e se autocorriger em função das normas sociais e políticas impostas pela lógica neoliberal.<sup>28</sup>

Sob a ótica de saúde e subjetividade de González Rey e Mori<sup>26</sup>, é possível compreender como essas condições estruturais impactam não apenas a saúde física das/os detentas/os, mas também sua saúde subjetiva. Para González Rey e Mori<sup>26</sup>, a saúde é um processo que vai além da ausência de doenças, envolvendo a capacidade do sujeito de produzir sentidos e de construir configurações subjetivas que favoreçam o bem-estar e a integração social. No sistema prisional, essa possibilidade é severamente comprometida, uma vez que a instituição opera de maneira a limitar as capacidades dos indivíduos de interpretar e ressignificar suas experiências de forma positiva.

Na psicopolítica, o poder opera em nível psicológico, influenciando a maneira como os indivíduos percebem a si mesmos, suas ações e seus comportamentos. Ao invés de forçar a obediência por meio da repressão, o sistema neoliberal molda os desejos e as emoções dos sujeitos, fazendo com que eles internalizem as expectativas e exigências do sistema e, assim, se tornem “empreendedores de si mesmos”.<sup>28</sup>

Byung-Chul Han<sup>28</sup> argumenta que a psicopolítica explora as emoções humanas de maneira a intensificar o sofrimento psíquico, sem que esse controle seja visto como uma forma direta de repressão. Na prisão, as/os detentas/os vivem uma realidade em que a sensação de impotência e desespero é constantemente reforçada, levando a uma deterioração da saúde mental e à perda de perspectiva sobre o futuro. Essa deterioração psicológica é uma forma de controle indireto, que mantém as/os detentas/os emocionalmente subjugadas/os e incapazes de resistir à sua condição.

Por outro lado, é importante destacar que, embora o sistema prisional brasileiro exerça um controle emocional sobre a população encarcerada, há também formas de resistência que surgem dentro desse ambiente. Algumas/Alguns detentas/os conseguem manter sua autonomia emocional e resistir às tentativas de controle psicopolítico por meio da

solidariedade entre as pessoas privadas de liberdade e da organização coletiva, bem como em expressões culturais e religiosas que ajudam a preservar a dignidade e a identidade das pessoas encarceradas.<sup>1</sup> González Rey e Mori<sup>26</sup> argumentam que os sujeitos, mesmo em condições adversas, produzem sentidos subjetivos que lhes permitem reconfigurar suas experiências e resistir à desumanização. No entanto, essas formas de resistência também são frequentemente reprimidas pelas autoridades prisionais, que veem a organização coletiva como uma ameaça ao controle psicológico e emocional que tentam manter sobre as/os detentas/os.

Em meio essa realidade, a saúde prisional deve ser compreendida como uma dimensão não apenas física, mas também subjetiva. A produção subjetiva de saúde, nesse contexto, envolve criar condições que permitam às pessoas privadas de liberdade reconstruir suas configurações subjetivas de maneira positiva, superando os efeitos da desumanização e da exclusão. Para isso, é fundamental que as políticas públicas reconheçam a saúde como um processo subjetivo e social, investindo em práticas de cuidado que considerem as histórias de vida e os sentidos subjetivos das/os detentas/os.

Nesse sentido, o abolicionismo penal emerge como uma proposta radical que questiona a própria existência das prisões e a lógica punitiva que as sustenta. Para Angela Davis<sup>29</sup>, as prisões funcionam de maneira ideológica como depósitos de indesejáveis que livram a sociedade da responsabilidade de pensar sobre as reais questões que afetam os territórios dos quais as pessoas presas são originárias, especialmente as questões produzidas pelo racismo e pelo capitalismo. Davis<sup>29</sup> indica que as pessoas tendem a naturalizar as prisões, pois além de não quererem lidar com a realidade que as prisões escondem, também estão habituadas com um contexto punitivista que enxerga a punição, o castigo e, portanto, as prisões como única forma de resolução de conflitos sociais.

O abolicionismo penal defende o desmantelamento do sistema prisional e a adoção de alternativas que visem não a punição, mas à reparação dos danos causados, à justiça restaurativa e à reintegração social. Sob essa perspectiva, as prisões não são vistas como espaços de correção ou justiça, mas sim como instrumentos de exclusão e violência, que perpetuam a desigualdade racial e social.<sup>30</sup>

O abolicionismo penal argumenta que o sistema prisional, em vez de resolver problemas de criminalidade, apenas agrava as desigualdades, reproduzindo o ciclo de violência e marginalização. A abordagem abolicionista questiona a crença de que a punição e o encarceramento são soluções necessárias para o crime, propondo, em seu lugar, mecanismos de mediação e resolução de conflitos que envolvam as comunidades afetadas e que tratem as causas profundas da criminalidade, como a pobreza e o racismo estrutural.<sup>29-31</sup>

No contexto brasileiro, o abolicionismo penal oferece uma resposta direta à necropolítica, ao propor a substituição da lógica punitivista pela valorização da vida e pela criação de condições sociais que previnam o crime, em vez de punir aquelas/es que já são marginalizadas/os. O abolicionismo sugere que, em vez de encarcerar indivíduos, o Estado deveria investir em políticas públicas de inclusão social, educação e oportunidades econômicas que combatam as raízes da criminalidade.<sup>30</sup>

Ao se opor à necropolítica, o abolicionismo penal propõe uma visão de justiça que não é baseada na punição ou no extermínio de vidas consideradas “indesejáveis”, mas sim na preservação da dignidade humana e no fortalecimento das comunidades. Nesse sentido, a abolição das prisões seria uma forma de interromper a política de morte que hoje domina o sistema penal e construir uma nova ordem social baseada na justiça social e na igualdade racial. Davis<sup>29</sup> indica que alternativas eficazes passam pela transformação das técnicas de abordagem ao crime e das condições sociais e econômicas que levam tantas/os jovens ao encarceramento.

Em um sistema que já criminaliza seletivamente os corpos negros e pobres, as políticas de saúde (ou a ausência delas) tornam-se um instrumento adicional de exclusão e punição. Ao ignorar a saúde mental e física das pessoas privadas de liberdade, o sistema prisional contribui para a marginalização e para o agravamento das vulnerabilidades de pessoas encarceradas. A saúde prisional é, portanto, uma questão de direitos humanos, já que a negação de cuidados básicos de saúde é uma forma de desumanização e privação de dignidade. Nesse sentido, a partir da perspectiva de subjetividade de González Rey<sup>27</sup>, é possível entender que a saúde prisional não pode ser reduzida a intervenções biomédicas ou práticas de vigilância. Em vez disso, deve ser orientada por uma abordagem que promova o bem-estar subjetivo, o fortalecimento das redes sociais dentro e fora da prisão, e o estímulo à produção de sentidos

que permitam às/aos presas/os reorganizarem suas vidas e superar as condições adversas do encarceramento.

### **3.3 Marcos Legais Nacionais e Internacionais e Políticas Públicas de Saúde no Sistema Prisional**

#### **3.3.1 Marcos Legais Internacionais: Garantias de Direitos Humanos**

O sistema prisional moderno está sujeito a uma série de normas e diretrizes internacionais que visam assegurar o respeito aos direitos humanos das pessoas privadas de liberdade. O primeiro documento é a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH)<sup>32</sup>, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948, é o marco global para a proteção e promoção dos direitos humanos. Ela estabelece um conjunto de princípios fundamentais que afirmam a dignidade, a igualdade e os direitos de todas as pessoas, independentemente de sua condição social, política ou jurídica. Esses princípios são igualmente aplicáveis às pessoas privadas de liberdade, destacando que a detenção não deve anular os direitos humanos básicos de ninguém. Ainda no foco do sistema prisional, é importante destacar o artigo 5º que indica que nenhuma pessoa “será submetida à tortura nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante”.<sup>32</sup>

A Declaração Universal dos Direitos Humanos afirma que a privação de liberdade não anula a dignidade humana, nem os direitos básicos de qualquer indivíduo. Para as pessoas encarceradas, esses direitos são essenciais para garantir um tratamento justo e humano, e prevenir abusos. No contexto brasileiro, a DUDH oferece um referencial ético e jurídico para combater as violações no sistema prisional e assegurar que a dignidade e os direitos humanos sejam respeitados em todas as circunstâncias.<sup>32</sup>

Entre os principais instrumentos internacionais que regem os direitos das PPL estão as Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Reclusos<sup>33</sup>, também conhecidas como Regras de Mandela, adotadas pela ONU em 2015. Este documento é uma revisão atualizada das “Regras Mínimas para o Tratamento de Presos” publicadas em 1955. As Nações Unidas revisaram essas regras e incluíram novas diretrizes de direitos humanos para a reestruturação do atual modelo de sistema penal e da função do encarceramento diante da sociedade. Essas regras oferecem diretrizes sobre o tratamento humano e digno de pessoas encarceradas,

estabelecendo normas mínimas para as condições de vida nas prisões, incluindo acesso a cuidados em saúde, alimentação adequada e direitos à visitação.<sup>33</sup>

Outro importante documento internacional é a Convenção Americana sobre Direitos Humanos<sup>34</sup> também conhecida como Pacto de San José da Costa Rica publicada em 1969, que visa a proteção dos direitos humanos no continente americano. Seu objetivo principal é garantir o respeito à dignidade humana, à liberdade e à igualdade, promovendo a proteção dos direitos fundamentais de todas as pessoas, incluindo aquelas privadas de liberdade.<sup>34</sup>

Ainda cabe destacar outro marco fundamental na garantia dos direitos humanos às pessoas privadas de liberdade: a Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes<sup>35</sup>, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1984, entrou em vigor no âmbito internacional em 1987 e foi promulgada no Brasil em 1991. Esta convenção é um marco jurídico internacional no combate à tortura e à proteção dos direitos humanos, especialmente para pessoas privadas de liberdade. Seu objetivo principal é prevenir, proibir e responsabilizar práticas que violem a integridade física e mental dos indivíduos, assegurando que todas/os sejam tratadas/os com dignidade, mesmo em situações de detenção.<sup>35</sup>

A Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes é um instrumento essencial para proteger os direitos das pessoas privadas de liberdade e para transformar práticas punitivistas e abusivas no sistema prisional. Ao promover a dignidade, a responsabilização e a reparação, a Convenção destaca que mesmo aquelas/es sob custódia do Estado têm direito a serem tratadas/os com humanidade e respeito, reafirmando os princípios universais de direitos humanos.<sup>35</sup>

Em se tratando de documentos internacionais que abordem o combate à tortura e a proteção dos direitos humanos, tem-se ainda o Protocolo de Istambul: Manual sobre investigação e documentação eficazes de tortura e outras penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes<sup>36</sup>. Este documento teve a sua primeira edição publicada em 2001 pelo Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (OHCHR, sigla em inglês) que foi posteriormente atualizado em 2004. Recentemente, em 2022 teve uma nova edição publicada que chegou ao Brasil em 2024. Este protocolo é um guia internacional para a investigação e documentação de casos de tortura e tratamentos cruéis, desumanos ou

degradantes. Ele estabelece padrões e métodos objetivos para identificar, registrar e apresentar evidências de tortura, assegurando que as vítimas tenham acesso à justiça e à reparação.<sup>36</sup>

O Protocolo de Istambul<sup>36</sup> é essencial no contexto de pessoas privadas de liberdade, um grupo particularmente vulnerável a abusos e maus-tratos, e reforça a importância da proteção dos direitos humanos dentro do sistema prisional. É uma ferramenta crucial para garantir os direitos das pessoas privadas de liberdade, ao estabelecer padrões rigorosos para a identificação, documentação e investigação de tortura e maus-tratos. No contexto brasileiro, sua plena implementação pode transformar as práticas institucionais, promovendo a responsabilização, a reparação das vítimas e a humanização do sistema prisional. O respeito às diretrizes do Protocolo é essencial para reafirmar o compromisso com os direitos humanos e combater a cultura de violência e impunidade nas prisões.<sup>36</sup>

Ainda nessa direção cabe ressaltar o Protocolo de Minnesota sobre a investigação de mortes potencialmente ilegais (2016): manual revisado das Nações Unidas sobre a prevenção e investigação eficazes de execuções extralegais, arbitrárias e sumárias<sup>37</sup>. Esta é uma versão atualizada do Manual das Nações Unidas (ONU) sobre a Prevenção Efetiva de Execuções Extrajudiciais, Arbitrárias e Sumárias de 1991, que, devido ao uso generalizado, ficou conhecido como Protocolo de Minnesota.<sup>37</sup>

Este documento é um guia das Nações Unidas que estabelece padrões e diretrizes para a investigação de mortes potencialmente ilegais. Seu objetivo principal é garantir que todas as mortes, especialmente aquelas ocorridas sob custódia estatal, sejam investigadas de forma rigorosa, imparcial e transparente, assegurando a responsabilização e a justiça para as vítimas e suas famílias. Sua aplicação no sistema prisional brasileiro é crucial para combater a impunidade, promover a justiça e prevenir abusos.<sup>37</sup>

Já no âmbito da saúde prisional tem-se a Declaração de Moscou sobre a Saúde Prisional (2003)<sup>38</sup> e as Diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre Saúde em Detenção (Health in Prisons: A WHO Guide, 2007)<sup>39</sup> que são marcos internacionais complementares que estabelecem padrões fundamentais para a promoção da saúde no âmbito prisional, reconhecendo-a como parte integral da saúde pública. A Declaração de Moscou destaca a responsabilidade dos sistemas de saúde pública na garantia de cuidados de saúde às pessoas privadas de liberdade, enfatizando que o direito à saúde deve ser universal e acessível, mesmo

no ambiente prisional.<sup>38</sup> Já as Diretrizes da OMS ampliam essa visão ao fornecer orientações práticas e detalhadas para implementar serviços de saúde em prisões, abordando desde o tratamento de doenças infecciosas, como HIV e tuberculose, até a saúde mental e a saúde reprodutiva.<sup>39</sup>

Juntas, essas iniciativas reforçam o princípio de que a privação de liberdade não deve implicar na perda de acesso à saúde de qualidade, e estabelecem a responsabilidade dos Estados em assegurar condições que respeitem a dignidade e promovam o bem-estar físico e mental das PPL, consolidando a saúde prisional como uma questão de direitos humanos e uma extensão das políticas públicas de saúde.<sup>38, 39</sup>

No contexto de gênero, um marco fundamental direcionado à garantia de direitos humanos das mulheres são as Regras de Bangkok, oficialmente conhecidas como Regras das Nações Unidas para o Tratamento de Mulheres Presas e Medidas Não Privativas de Liberdade para Mulheres Infratoras<sup>40</sup>. Publicadas em 2010, são um marco normativo internacional que reconhece as necessidades específicas das mulheres no sistema prisional. Essas regras abordam desde a detenção até o encarceramento, considerando questões como saúde física e mental, condições de vida, reabilitação e reintegração social. Entre os principais pontos, destacam-se a atenção especial para grávidas, mães lactantes e mulheres acompanhadas de crianças, garantindo cuidados adequados à saúde e ao bem-estar. Além disso, as Regras de Bangkok incentivam o uso de alternativas ao encarceramento, especialmente para mulheres que cometeram crimes não violentos, reconhecendo que o aprisionamento de mulheres frequentemente afeta de maneira desproporcional suas famílias, particularmente crianças. Este documento reafirma a importância de um tratamento humanizado e sensível às questões de gênero, alinhando-se aos princípios de direitos humanos e igualdade, ao mesmo tempo que desafia as práticas tradicionais de encarceramento punitivista, promovendo a justiça restaurativa e medidas de inclusão social.<sup>40</sup>

Por fim, vale ressaltar a importância das Regras Mínimas das Nações Unidas sobre Medidas Não Privativas de Liberdade<sup>41</sup>, mais conhecidas como Regras de Tóquio e publicadas em 1990. Essas regras são um marco normativo internacional que promove a adoção de alternativas ao encarceramento, com o objetivo de reduzir a superlotação prisional e os impactos negativos do confinamento. Este documento incentiva a aplicação de medidas como liberdade condicional, penas restritivas de direitos, prestação de serviços à comunidade e

outras formas de resolução de conflitos que não envolvam a privação de liberdade, especialmente para infratoras/es de menor gravidade. As Regras de Tóquio destacam a importância da reintegração social dos indivíduos, enfatizando que medidas não privativas devem ser proporcionais à gravidade do crime e às circunstâncias individuais da/o infratora/or, respeitando os princípios de dignidade e direitos humanos. Este documento também ressalta a responsabilidade dos Estados em garantir que tais medidas sejam acompanhadas de supervisão eficaz e suporte social adequado, contribuindo para a redução de reincidências e a construção de sistemas de justiça mais justos e humanos.<sup>41</sup>

Estes instrumentos internacionais enfatizam que os direitos humanos são inalienáveis, mesmo em situações de encarceramento, e evidenciam um compromisso global com a promoção dos direitos humanos e a garantia de condições dignas para pessoas privadas de liberdade. Documentos como as Regras de Mandela<sup>33</sup>, as Regras de Bangkok<sup>40</sup>, as Regras de Tóquio<sup>41</sup>, o Protocolo de Istambul<sup>36</sup>, a Declaração de Moscou sobre Saúde Prisional<sup>38</sup> e as Diretrizes da OMS sobre Saúde em Detenção<sup>39</sup> trazem diretrizes fundamentais que reafirmam o princípio de que a privação de liberdade não deve implicar na perda de direitos básicos, incluindo o direito à saúde. Essas normas estabelecem padrões mínimos para o tratamento humanizado de PPL, promovem alternativas ao encarceramento e reforçam a necessidade de integrar os serviços de saúde prisional aos sistemas de saúde pública articulando políticas de saúde, justiça e direitos humanos.

No Brasil, a adoção das diretrizes internacionais pode servir como um ponto de partida para a reforma do sistema prisional, com ênfase na humanização, na redução do encarceramento em massa e na garantia de cuidados de saúde que contemplem tanto a prevenção quanto a assistência integral. Assim, os marcos legais internacionais não apenas oferecem diretrizes para o cuidado em saúde prisional, mas também apontam caminhos para um sistema mais justo e alinhado aos princípios universais de direitos humanos.

### 3.3.2 Marcos Legais Brasileiros

No Brasil, o principal instrumento legal que rege o sistema prisional é a Lei de Execução Penal (LEP)<sup>42</sup> de 1984, que foi criada com o intuito de regulamentar os direitos e deveres das/os presas/os e de estabelecer normas para a organização e o funcionamento do sistema penitenciário. A LEP estabelece que o objetivo do encarceramento deve ser a reintegração

social das PPL, garantindo-lhes o acesso à educação, trabalho e assistência em saúde. Mas aqui, essa assistência era prevista apenas pelas áreas de medicina, odontologia e farmácia. A lei também prevê a progressão de regime, que permite que as/os presas/os passem do regime fechado para o semiaberto e, eventualmente, para a liberdade condicional, de acordo com seu comportamento e tempo de pena cumprido. Além disso, ela já indicava o atendimento à saúde como um direito para as pessoas privadas de liberdade, mas ainda como uma questão a ser tratada pela segurança pública e não pela área da saúde.<sup>43</sup>

Em 1988 tem-se a Constituição Federal<sup>44</sup>, que estabelece em seu artigo 5º que "ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante". A Constituição também assegura os direitos das PPL a integridade física e moral, bem como o acesso à justiça. Enquanto uma legislação soberana e estando acima hierarquicamente de toda e qualquer legislação que pudesse vir a ser produzida, a Constituição Federal define a saúde como um direito de todas as pessoas e um dever do Estado, sem nenhum tipo de distinção às pessoas que poderiam ter acesso à saúde.<sup>44</sup> No entanto, esse direito não foi implementado na sociedade da mesma forma para toda a população brasileira, não tendo sido, portanto, garantido às pessoas privadas de liberdade nesse primeiro momento, mesmo com a existência da LEP.<sup>45</sup>

Apenas em 2003, foi construído o primeiro dispositivo específico para tratar da saúde de pessoas privadas de liberdade: o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP)<sup>46</sup>, aprovado pela Portaria Interministerial nº 1.777 de 2003<sup>47</sup>. O PNSSP<sup>46</sup> foi criado como parte de uma política integrada entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça e tem como objetivo assegurar o direito à saúde das pessoas privadas de liberdade, em conformidade com o Sistema Único de Saúde (SUS). O PNSSP foi uma resposta à histórica estratégia de abandono da saúde no sistema prisional, que antes era tratada como uma responsabilidade exclusiva dos estados, com pouca ou nenhuma coordenação nacional.<sup>43</sup>

Pela primeira vez, a população carcerária passava a ter uma política específica para atender aos seus problemas de saúde construída a partir de uma lógica embasada nos princípios do SUS. O objetivo do PNSSP era promover atenção integral à população masculina e feminina encarcerada, inclusive em unidades psiquiátricas. Nesse sentido, construiu condições importantes orientando os governos na busca de conformidades entre a execução penal e o SUS, além de representar uma das mais expressivas experiências de humanização no sistema de justiça criminal no país.<sup>49</sup>

No entanto, durante seus primeiros 10 anos de execução, o PNSSP entrou em esgotamento dada a impossibilidade de contemplar em suas ações todo o itinerário carcerário e da inclusão efetiva das pessoas privadas de liberdade no SUS. Questões como financiamento insuficiente, diferentes lógicas de atenção entre as instituições de segurança pública e as de saúde, dificuldades na contratação de equipes para o trabalho no sistema prisional, falhas de atendimento e dificuldades de acesso à rede desgastaram o PNSSP e fizeram com que fosse publicada em 2014 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).<sup>43, 48</sup>

O PNSSP (2003) prevê assistência à saúde apenas para as pessoas privadas de liberdade (penitenciárias, presídios, colônias agrícolas e hospitais de custódia); enquanto que a PNAISP (2014), instituída pela Portaria Interministerial nº 01 de 2014<sup>50</sup>, prevê assistência a todas as pessoas custodiadas pelo estado mesmo aquelas em regimes abertos e semiabertos, em prisões domiciliares, em regime de pena provisória, em cadeias públicas e delegacias, familiares e funcionárias/os, além de contemplar a totalidade do itinerário carcerário, desde o momento da detenção e da condução para um estabelecimento policial até o término do cumprimento da pena.<sup>45,51</sup>

A PNAISP tem como objetivo principal garantir o acesso ao cuidado integral no SUS das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional e foi publicada por uma portaria interministerial pelos Ministérios da Saúde e da Justiça, o que reforça seu caráter intersetorial.<sup>52</sup> E, sendo uma estratégia intersetorial, reconhece a multidimensionalidade dos problemas relacionados à saúde da população carcerária, reforçando a necessidade de soluções através de estratégias coletivas e não somente um setor.<sup>53</sup>

Um dos pontos principais da PNAISP é a inclusão da Atenção Básica de maneira central, estabelecendo que as unidades prisionais sejam portas de entrada e garantindo que a Atenção Primária seja o nível de atenção que desenvolve ações de promoção, proteção e manutenção da saúde da população carcerária, além de prevenir agravos.<sup>53</sup>

Embora o PNAISP represente um avanço significativo, sua implementação tem sido marcada por desafios estruturais e financeiros que limitam sua eficácia. Na prática o que se percebe é que essas políticas são minimamente efetivadas e não garantem o acesso à saúde como direito

fundamental<sup>54</sup>, sendo inúmeros os problemas de saúde apresentados pela população prisional, mesmo com todos os esforços para o avanço da saúde através da política.<sup>25</sup>

Além da PNAISP, outros documentos foram importantes para aprofundar a execução das políticas de saúde para as pessoas privadas de liberdade. Em 2014, mesmo ano de publicação da referida política, foram publicadas ainda: a Portaria nº 2.765/2014<sup>55</sup>, e atualizações que dispõem sobre as normas para financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), e dá outras providências; a Portaria GM/MS nº 94/2014<sup>56</sup> que institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e a Portaria GM/MS nº 95/2014<sup>57</sup> que dispõe sobre o financiamento do serviço de avaliação e acompanhamento às medidas terapêuticas aplicáveis à/ao paciente judiciária/o, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Outro marco importante deste mesmo ano foi a Portaria Interministerial MJ/SPM nº 210/2014<sup>58</sup> que institui a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE), e dá outras providências. A PNAMPE ganha relevância na medida em que a realidade das mulheres no sistema prisional é bastante preocupante. As mulheres encarceradas tendem a ser um dos grupos mais vulneráveis com demandas específicas que devem ser observadas como cuidados com a saúde sexual e reprodutiva, gravidez, cuidados infantis, indicando a necessidade de programas e ações públicas de apoio à maternidade e às famílias.<sup>59</sup>

O sistema prisional é projetado basicamente para homens, já que estes compõem a maioria da população carcerária. Isto é um dos fatores que fazem com que as mulheres encarceradas sejam submetidas a inúmeros processos de revitimização através da violência institucional no contexto prisional. Assim, construir estratégias de acompanhamento do estado de saúde dessas mulheres e de serviços que se destinem a atender suas especificidades é de fundamental importância para qualificar e garantir fluxos assistenciais, responsabilização e determinação do cuidado.<sup>59</sup>

Já em 2017 foi publicada pelo Ministério da Saúde a Portaria de Consolidação nº 06<sup>60</sup>, cujo Título II – Capítulo II – Seção IV e Título V – Capítulo VI, indicam, respectivamente, a consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as

ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde e das normas para financiamento e execução do componente básico da assistência farmacêutica no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).

Por fim, foi publicada em 2021, a Portaria Interministerial MS/MJ nº 2.298<sup>61</sup> que institui normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta Portaria indicou ajustes na implementação de equipes e serviços de saúde credenciados pelo Ministério da Saúde, sem implicação na atuação de profissionais de saúde e/ou equipes de saúde não vinculadas/os à PNAISP, sob a responsabilidade da gestão Municipal e/ou Estadual, conforme organização do território.

Já no âmbito estadual, o Estatuto Penitenciário do Estado da Bahia, instituído pelo Decreto nº 12.247<sup>62</sup> de 8 de julho de 2010, regulamenta o funcionamento do sistema prisional baiano, complementando a Lei de Execução Penal (LEP)<sup>42</sup>. Este estatuto define diretrizes para a administração das unidades prisionais, abordando aspectos como transferências, remoções, saídas das/os presas/os, procedimentos de revista, trabalho externo, remuneração, visitas e diversas formas de assistência, incluindo material, jurídica, educacional, profissional, psicológica e religiosa.

Este estatuto também prevê diretrizes específicas para a assistência à saúde no sistema prisional, que estavam alinhadas à época com as disposições da Lei de Execução Penal (LEP) e do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP). O documento estabelece assistência médica, odontológica e psicológica; prevenção e tratamento de doenças; assistência em saúde mental; condições sanitárias e de higiene; intervenções de emergência; e a integração entre o sistema prisional e o SUS, assegurando que as políticas de saúde pública sejam implementadas no ambiente prisional.<sup>62</sup>

Ainda no estado da Bahia em 2011, foi criada a Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização (SEAP) pela Lei nº 12.212<sup>63</sup> e em 2015 foi aprovado o Regimento desta secretaria pelo Decreto nº 16.457<sup>64</sup>. Este regimento, visa indicar as competências desta estrutura administrativa e criar órgãos de administração direta que incluem a Coordenação Setorial de Assistência à Saúde, cuja função é executar a Política Nacional de Atenção

Integral à Saúde da População Privada de Liberdade em articulação com os órgãos de saúde de cada jurisdição correspondente. Além disso, cabe, também, a esta Coordenação executar os serviços de assistência médica, farmacêutica, fisioterápica, odontológica, de enfermagem, psicológica e nutricional, ambulatoriais e hospitalares, prestados às/aos custodiadas/os, seja dentro da Unidade Prisional ou em instituição de saúde da Rede SUS.<sup>64</sup>

As políticas públicas de saúde visam garantir às pessoas privadas de liberdade acesso incondicional à saúde pelo Estado: atendimento por profissionais qualificadas/os e em quantitativo ideal, vacinação, medicamentos, realização de exames, saúde mental, promoção da saúde, prevenção e controle de doenças transmissíveis, etc. Objetivam, também, que esse acesso seja organizado por equipes de atenção básica prisional, que têm a responsabilidade de promover à saúde, prevenir agravos, tratar e acompanhar questões de saúde, além de realizar a articulação territorial, garantindo o acesso aos serviços de urgência e emergência, à atenção especializada e hospitalar extramuros, sempre que necessário, e a intersetorialidade das políticas de saúde, incluindo profissionais de outras áreas, como agentes carcerárias/os e policiais.<sup>49, 53</sup>

Apesar das diretrizes legais e das políticas em andamento, a realidade é que o sistema prisional continua a ser subfinanciado e negligenciado. Além disso, o discurso político no Brasil frequentemente prioriza o punitivismo e o encarceramento como respostas à criminalidade, em vez de adotar uma abordagem que promova a reintegração social das PPL. A pressão popular por medidas punitivas mais severas, muitas vezes estimulada por uma percepção distorcida da criminalidade, também dificulta a implementação de reformas voltadas para a redução do encarceramento. Sem uma mudança significativa na mentalidade pública e política, as políticas públicas voltadas para a melhoria do sistema prisional e a promoção da justiça restaurativa continuarão a enfrentar grandes obstáculos.

Nesse sentido, falar sobre os marcos legais e as políticas públicas também envolve o debate sobre a necessidade de uma reforma penal mais ampla ou, para alguns teóricos como a Angela Davis<sup>29</sup>, a adoção de uma abordagem abolicionista. A partir dessa perspectiva, a reforma das leis penais deveria ir além de melhorar as condições nas prisões, focando na criação de uma sociedade em que as prisões sejam desnecessárias. Isso incluiria investimentos em educação, saúde, habitação e justiça social, áreas que abordam as causas subjacentes da criminalidade.<sup>29</sup>

### 3.4 Inserção de Profissionais de Saúde no Sistema Prisional

AS/Os profissionais de saúde têm um papel essencial no sistema prisional, uma vez que são responsáveis por garantir o direito à saúde das pessoas privadas de liberdade, conforme estabelecido pela Lei de Execução Penal (LEP)<sup>42</sup>, pelo Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP)<sup>46</sup> e pela Política de Atenção Integral às Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP)<sup>52</sup>. Sua atuação vai além da simples prestação de serviços médicos, pois também envolve o cuidado com a saúde mental de pessoas privadas de liberdade, a prevenção de doenças, a promoção de hábitos saudáveis e a reintegração da população prisional à sociedade.<sup>65</sup>

A inserção de profissionais de saúde no sistema prisional é uma estratégia que visa humanizar o tratamento dado às pessoas encarceradas, buscando reduzir as condições insalubres e desumanas presentes em muitas prisões brasileiras. Isso exige das/os profissionais de saúde o desenvolvimento de habilidades e conhecimentos específicos para o cuidado em saúde da população carcerária, considerando o ambiente prisional enquanto uma instituição com características singulares.<sup>66</sup>

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) estabelece a Atenção Básica como o principal instrumento para a promoção da saúde prisional<sup>52</sup>. Assim como no SUS, a Atenção Básica atua como a principal porta de entrada para as/os usuárias/os, tornando-se o elemento orientador das ações previstas pela PNAISP. Por meio dela, é possível realizar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todas as unidades prisionais. Ao centralizar a Atenção Básica, a PNAISP assegura que as unidades prisionais sejam locais estratégicos para o acolhimento inicial das pessoas que ingressam no sistema prisional, possibilitando a continuidade do cuidado de forma sistematizada e integrada.<sup>52, 53</sup>

A PNAISP estabelece, ainda, que a saúde no sistema penitenciário seja organizada por Equipes de Atenção Básica Prisional (EABP), responsáveis por qualificar a atenção básica por meio da promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e acompanhamento. Essas equipes também articulam o acesso aos serviços de urgência, emergência e atenção especializada na rede extramuros, quando necessário. Para viabilizar esses encaminhamentos, destaca-se a importância da articulação intersetorial, envolvendo profissionais como agentes

carcerárias/os e policiais, com as/os quais as/os trabalhadoras/es da saúde nem sempre têm interação frequente.<sup>52, 53</sup>

As EABPs são multiprofissionais e podem se organizar em diferentes composições, a depender de critérios como o número de pessoas custodiadas e seus perfis epidemiológicos. A EABP Tipo I deve ter como composição mínima uma/um médica/o, uma/um enfermeira/o, uma/um técnica/o de enfermagem ou auxiliar de enfermagem, uma/um cirurgiã/ão dentista e uma/um técnica/o ou auxiliar de saúde bucal. Essa equipe deverá atender até 100 pessoas privadas de liberdade e cumprir carga horária mínima de seis horas semanais.<sup>52</sup>

Já a EABP Tipo II tem como composição mínima uma/um médica/o, uma/um enfermeira/o, uma/um técnica/o ou auxiliar de enfermagem, uma/um cirurgiã/ão dentista, uma/um técnica/o ou auxiliar de saúde bucal, uma/um psicóloga/o, uma/um assistente social e uma/um profissional de nível superior dentre as seguintes ocupações: fisioterapia, psicologia, serviço social, farmácia, terapia ocupacional, nutrição ou enfermagem. Essa equipe deverá atender de 101 a 500 pessoas privadas de liberdade e cumprir o mínimo de 20 horas semanais.<sup>52</sup>

Por fim a EABP III tem o mesmo perfil da EABP II acrescida da equipe de saúde mental, a qual consiste em uma/um médico psiquiatra (ou médica/o com experiência em saúde mental) e duas/dois profissionais selecionada/os entre as seguintes ocupações: fisioterapia, psicologia, serviço social, farmácia, terapia ocupacional ou enfermagem. Essa equipe deverá atender de 501 a 1.200 pessoas privadas de liberdade e cumprir o mínimo de 30 horas semanais.<sup>52</sup>

De acordo com o Sistema Nacional de Informações Penais (SISDEPEN) da Secretária Nacional de Políticas Penais (SENAPPEN)<sup>2</sup>, as profissões de saúde existentes hoje no sistema prisional brasileiro são: odontóloga/o, auxiliar/técnica/o odontológica/o, enfermeira/o, auxiliar e técnica/os de enfermagem, médica/o clínica/o geral, ginecologista, psiquiatra e outras especialidades, psicóloga/o, terapeuta ocupacional e assistente social. Não há indicativos de farmacêuticas/os, nutricionistas e fonoaudiólogas/os especificadas/os nos dados apresentados pelo sistema.<sup>2</sup>

As/Os profissionais que compõem as Equipes de Atenção Básica Prisional (EABP) desempenham um papel crucial na implementação das políticas públicas de saúde, atuando como mediadoras/es entre o Estado e as pessoas privadas de liberdade. Sua atuação, além de ser moldada por fatores políticos, econômicos e institucionais, é atravessada por marcadores

interseccionais como gênero, raça, classe e origem social, bem como pelos valores, crenças e referenciais individuais das/os próprias/os profissionais. No sistema prisional, um ambiente historicamente permeado por preconceitos estruturais, essas dimensões interseccionais influenciam profundamente a forma como as políticas públicas são interpretadas e aplicadas. Assim, aspectos como julgamentos morais e ideias preconcebidas podem reforçar desigualdades já existentes, impactando negativamente a garantia de direitos e o acesso equitativo à saúde por parte de grupos marginalizados, como mulheres, pessoas negras e indivíduos em situação de vulnerabilidade socioeconômica. Nesse contexto, é fundamental que as/os profissionais reconheçam esses atravessamentos para promover uma atuação mais equitativa e alinhada aos princípios de direitos humanos e justiça social.<sup>53</sup>

Embora o papel das/os profissionais de saúde seja crucial, sua atuação no sistema prisional brasileiro enfrenta diversos desafios que dificultam a prestação de serviços de qualidade. Um dos maiores problemas enfrentados pelas equipes de saúde nas prisões é a insuficiência de profissionais para atender à demanda.<sup>67</sup> Muitas unidades prisionais não têm o número adequado de médicas/os, enfermeiras/os, psicólogas/os e outras/os profissionais de saúde para prestar atendimento à população carcerária. De acordo com dados do Sistema Nacional de Informações Penais (SISDEPEN) da Secretária Nacional de Políticas Penais (SENAPPEN)<sup>2</sup>, em 2024.1 eram 9.185 profissionais de saúde para uma população carcerária brasileira de 888.272 pessoas. Já na Bahia, são 525 profissionais de saúde para 15.931 pessoas em privação de liberdade.<sup>2</sup>

A superlotação crônica nas prisões brasileiras e o número insuficiente de profissionais de saúde, frequentemente em condições inadequadas de trabalho, têm impactado negativamente a percepção das pessoas privadas de liberdade sobre as práticas assistenciais desenvolvidas no ambiente prisional. Unidades prisionais com capacidade populacional esgotada enfrentam pressões extremas, comprometendo a qualidade e a abrangência do atendimento. Nesse cenário, as/os profissionais de saúde são frequentemente obrigadas/os a priorizar casos de maior gravidade, o que reduz a capacidade de oferecer acompanhamento regular e preventivo, essencial para a promoção da saúde no sistema prisional.<sup>66</sup>

Além disso, as condições físicas das prisões são muitas vezes inadequadas para a prestação de serviços de saúde, com a ausência de consultórios, equipamentos e medicamentos, unidade saúde prisionais insalubres, apresentando ruído, além de ventilação e iluminação deficitárias,

falta de viatura e escolta para a realização de transferência na Rede de Atenção de Saúde (RAS), e falta de materiais e insumos para os tratamentos.<sup>65, 66</sup>

A escassez de recursos influencia diretamente nos processos de trabalho das equipes de saúde prisional. As condições estruturais desse contexto representam um desafio significativo, contribuindo para a disseminação de doenças e dificultando o acesso adequado aos serviços de saúde. Reconhecendo a influência do ambiente na saúde, a criação de espaços saudáveis dentro das prisões se destaca como uma prioridade no contexto da saúde prisional.<sup>66</sup>

Outro desafio é a precarização das condições de trabalho das/os profissionais de saúde no sistema prisional. Em muitos casos, essas/es profissionais trabalham em ambientes perigosos, sem a infraestrutura adequada, com baixa remuneração, além dos vínculos empregatícios precários, falta de autonomia e liberdade, sobrecarga de trabalho/emocional e a instabilidade no ambiente ocupacional. A falta de segurança dentro das prisões também é um fator que impacta negativamente a atuação das/os profissionais, uma vez que elas/es frequentemente precisam lidar com situações de violência entre as pessoas privadas de liberdade e com a ausência de medidas de proteção pessoal/social.<sup>65 - 67</sup>

A resistência das administrações prisionais e a burocracia institucional também são desafios enfrentados pelas/os profissionais de saúde. Muitas vezes, os protocolos de segurança e as normas internas das prisões impedem ou atrasam o atendimento adequado das PPL. Por exemplo, o transporte de detentas/os para unidades de saúde externas pode ser dificultado por questões de segurança.<sup>66</sup>

Além disso, as/os profissionais de saúde precisam lidar com procedimentos burocráticos que atrasam o tratamento. A burocracia judicial no sistema prisional impõe desafios à saúde, já que muitos procedimentos só são realizados após determinação judicial, frequentemente exigindo laudos repetitivos. Esse processo desvia as/os profissionais de suas funções essenciais de cuidado integral, precariza suas condições de trabalho e limita a atenção prestada, agravando a saúde da população privada de liberdade.<sup>67</sup>

Por fim, dada a complexidade do ambiente prisional, a formação e capacitação de profissionais de saúde que atuam nas prisões é uma necessidade premente. Muitas/os profissionais que ingressam no sistema prisional não recebem o treinamento adequado para

lidar com as especificidades da saúde prisional.<sup>65, 66</sup> Fica evidente o distanciamento entre a formação acadêmica e a vivência prática das/os profissionais de saúde na prisão. Essa lacuna leva a sentimento de impotência e trabalho solitário. Como os cursos e as capacitações isoladas não são suficientes, muitas vezes as/os trabalhadoras/es buscam formação e qualificação profissional por conta própria. No entanto, sentem-se desvalorizadas/os pela falta de suporte do Estado na promoção de qualificação profissional para este ambiente ocupacional específico.<sup>67</sup>

Nesse sentido, é importante que a gestão pública promova a construção de estratégias de formação e educação permanente. A criação de programas de capacitação contínua para essas/es profissionais é essencial para garantir que elas/es estejam preparadas/os para lidar com as demandas únicas do sistema prisional. Esses programas deveriam incluir não apenas o treinamento técnico, mas também uma abordagem humanística, que valorize o respeito aos direitos humanos e promova práticas de cuidado que sejam sensíveis às condições de vulnerabilidade das pessoas privadas de liberdade.<sup>65-67</sup>

### **3.5 Covid-19 e o Sistema Prisional**

A pandemia de Covid-19 expôs ainda mais as falhas estruturais do sistema de saúde prisional no Brasil. Com as prisões já superlotadas e sem condições adequadas de higiene, a disseminação do vírus foi rápida e difícil de conter. A população carcerária, por viver em condições de confinamento extremo e complexo, teve pouca ou nenhuma oportunidade de adotar medidas preventivas, como o distanciamento social ou o uso adequado de máscaras e produtos de higiene.<sup>5</sup>

Com o início da pandemia, a prioridade global foi evitar a introdução do agente infeccioso nas prisões e outros locais de detenção, limitar sua propagação dentro dessas instalações e prevenir a transmissão para as comunidades externas. Diversas instituições internacionais, como a Organização das Nações Unidas (ONU), a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Cruz Vermelha e a Comissão Interamericana de Direitos Humanos, emitiram orientações para a elaboração de planos de contingência específicos para esses espaços. Além de abordar estratégias de prevenção e contenção do vírus, essas diretrizes destacaram a importância de assegurar que, mesmo em meio à crise global, os direitos humanos das pessoas privadas de liberdade fossem preservados.

No Brasil, que em 2020 registrava 672.103 pessoas em unidades prisionais (Secretaria Nacional de Políticas Penais [SENAPPEN]<sup>2</sup>, a Recomendação nº 62/20 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ)<sup>69</sup> orientou a adoção de medidas preventivas contra a propagação da COVID-19 no sistema carcerário. Entre as medidas recomendadas estavam a liberação de pessoas pertencentes aos grupos de risco, a redução da desigualdade social, triagens de internas/os, funcionárias/os e visitantes, treinamentos preventivos, suspensão de visitas, cuidado com a saúde mental e isolamento de casos suspeitos ou confirmados.<sup>69</sup>

O sistema prisional, no entanto, enfrentou muitos desafios em sua capacidade de lidar com a crise de saúde causada pela Covid-19. Embora tenham sido adotadas algumas medidas emergenciais, como a liberação de presas/os em grupos de risco, a falta de planejamento prévio e o desamparo histórico no tratamento da saúde prisional tornaram a pandemia um cenário problemático para as pessoas privadas de liberdade. Muitas estratégias foram pensadas, mas não houve uma ação coordenada como resposta à pandemia no sistema prisional.<sup>70, 71</sup>

As taxas de infecção e mortalidade por Covid-19 entre as/os presas/os foram significativamente mais altas do que na população em geral. Com os números que se tinham no início da pandemia, o Brasil já ocupava o quarto lugar com mais pessoas privadas de liberdade diagnosticadas com COVID-19 no mundo.<sup>72</sup> A pandemia reforçou a urgência de reformas estruturais na saúde prisional, uma vez que as falhas pré-existentes na gestão de saúde no sistema carcerário se tornaram mais evidentes.

Diante da crise, o governo brasileiro adotou algumas medidas emergenciais para tentar conter a disseminação da Covid-19 nas prisões. A Recomendação nº 62/20 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ)<sup>69</sup> orientou que juízas/es revisassem as penas de pessoas encarceradas pertencentes ao grupo de risco, como idosas/os e pessoas com comorbidades, além de pessoas em regime provisório por crimes não violentos, com o objetivo de reduzir a superlotação e proteger essas pessoas. Cerca de 35 mil pessoas foram liberadas em regimes de prisão domiciliar ou com tornozeleiras eletrônicas como resultado dessas orientações.<sup>71</sup>

Outra medida adotada para reduzir o contato entre as/os presas/os e o mundo externo, foi a suspensão de visitas de familiares e advogadas/os em muitas unidades prisionais. Embora essa medida tenha reduzido o risco de introdução do vírus nas prisões, ela também gerou graves

impactos emocionais para as PPL, que ficaram ainda mais isoladas socialmente e com menos acesso a apoio psicológico e legal.<sup>70</sup>

A pandemia de Covid-19 evidenciou a precariedade do acesso a cuidados de saúde dentro das prisões brasileiras. Muitas unidades prisionais já enfrentavam déficit de profissionais de saúde, e a chegada da pandemia acentuou a situação. As/Os poucas/os profissionais de saúde que atuavam no sistema prisional tiveram que lidar com uma crise de saúde pública sem os recursos necessários para oferecer um tratamento adequado. O aumento da demanda por cuidados de saúde dentro do sistema prisional durante a pandemia significa que as equipes técnicas de saúde enfrentaram uma carga de trabalho muito maior, com a necessidade de realizar triagens contínuas, monitorar o estado de saúde das/os apenadas/os e garantir o acesso a exames e tratamentos.<sup>73</sup>

Além disso, a falta de testagem massiva nas unidades prisionais foi um dos principais fatores que contribuíram para a disseminação do vírus. Em vez de realizar testes em massa para identificar e isolar as/os presas/os infectadas/os, o que se observou é que as pessoas privadas de liberdade não foram consideradas prioritárias no processo de testagem por suspeita de COVID-19.<sup>74</sup>

Além das consequências físicas, a pandemia também teve um impacto profundo na saúde mental das PPL. O isolamento extremo causado pela suspensão das visitas e o medo constante de contrair a Covid-19 criaram um ambiente de pressão psicológica e sofrimento emocional nas prisões. Pesquisas sobre o trabalho de psicólogas/os e assistentes sociais em prisões indicam que, além da limitação física e material, houve o agravamento das demandas emocionais e de saúde mental da população carcerária durante a pandemia, exigindo das/os profissionais uma capacidade ampliada de manejo clínico e de intervenções psicossociais.<sup>75</sup>

A saúde mental das/os profissionais de saúde e das/os agentes prisionais também foi afetada. Essas/es trabalhadoras/es, já sobrecarregadas/os e enfrentando condições de trabalho difíceis, foram expostas/os a um risco elevado de infecção pelo vírus, sem receber o suporte adequado. A pandemia não apenas sobrecarregou o sistema prisional, mas também expôs essas/es trabalhadoras/es a níveis elevados de estresse e exaustão.<sup>73</sup>

A pandemia também abriu espaço para o debate sobre o encarceramento em massa. No Brasil, a privação de liberdade acentua vulnerabilidades e nega direitos, refletindo desigualdades estruturais. Com 69% da população carcerária composta por pessoas negras, o sistema prisional reafirma seu papel histórico no genocídio do povo preto, perpetuando controle e punição. Durante a crise pandêmica, essas vulnerabilidades foram agravadas, expondo ainda mais as desigualdades e o racismo estrutural que permeiam essa instituição.<sup>14</sup>

## 4 MÉTODOS

### 4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, que, envolverá diferentes métodos de análise do fenômeno em estudo, a saber, os serviços de saúde prestados pelo sistema prisional e seus modos de funcionamento e cuidado. Para dar conta dos objetivos, a pesquisa de campo foi realizada em três etapas de acordo com os objetivos específicos definidos. Em paralelo a essas fases, foi realizada uma revisão sistemática nas principais bases de dados sobre a literatura em sistema prisional, encarceramento em massa, biopoder, necropolítica, interseccionalidade, psicopolítica, atenção em saúde a pessoas privadas de liberdade, dentre outros temas pertinentes a esta pesquisa.

#### 4.1.1 Desenho do Estudo 1 – Revisão Integrativa

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza teórica, realizada mediante estudo bibliográfico por revisão integrativa de artigos científicos publicados em revistas indexadas relacionados com o tema. Com o objetivo de percorrer o caminho metodológico de uma revisão integrativa da literatura, utilizou-se as seis etapas para sua construção: 1) elaboração do tema e seleção da pesquisa; 2) busca ou amostragem na literatura; 3) coleta de dados; 4) análise crítica dos estudos incluídos; 5) discussão dos resultados; 6) apresentação da revisão integrativa.<sup>76</sup>

Para levantamento dos dados foi realizada uma pesquisa nas principais bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), LILACS, MedLine e Scielo. O descritor principal utilizado foi ‘saúde’ associado aos descritores ‘sistema prisional’, ‘cárcere’ e ‘prisões’ através do operador booleano ‘AND’, todos indexados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Como critérios de inclusão foram selecionados artigos publicados a partir de estudos realizados no Brasil, nos últimos 5 anos (2018-2023), em português, com texto completo e com publicação gratuita. Foram excluídos artigos duplicados, artigos de revisões de literatura, resumos de eventos científicos, monografias, livros, cartas, editoriais, dissertações e teses e os artigos que não estavam alinhados à questão norteadora e/ou critérios de inclusão.

##### 4.1.1.1 Método de análise de dados do Estudo 1

A discussão sobre as informações extraídas dos artigos analisados se deu através do método de Análise de Conteúdo de Minayo<sup>77</sup>, que se organiza nas etapas de ordenação dos dados, classificação e análise final, consistindo na estruturação e reestruturação das hipóteses e na exploração do material com o intuito de identificar categorias de significados pelas palavras que têm forte relação com o tema de referência deste trabalho. A partir da leitura crítica no material coletado, baseado no objetivo específico para este estudo, foi possível identificar quatro categorias que serão detalhadas nos resultados e discussões desta pesquisa. São elas: a) construção de políticas públicas em saúde; b) comunicação e saúde; c) condições de estrutura e acesso à saúde; d) políticas de saúde enquanto garantia de direitos da população carcerária.

#### 4.1.2 Desenho do Estudo 2 – Análise documental

Para que seja possível analisar as estratégias sociais, institucionais e psicossociais desenvolvidas para o cuidado das/os apenadas/os no período da pandemia de COVID-19, foi necessário investigar e discutir as políticas de enfrentamento para este vírus no sistema prisional. Tornou-se fundamental entender quais foram os dispositivos criados para o enfrentamento da pandemia e quais foram as estratégias pensadas para dar conta dessa realidade. Portanto, o segundo procedimento a ser utilizado enquanto método de pesquisa foi o documental.

O uso de documentos enquanto procedimento de pesquisa apresenta-se nesse trabalho como um passo para entender a diversidade de informações e orientações produzidas pelas/os diversas/os atrizes/atores que se debruçam sobre o contexto prisional. Permitiu também uma possibilidade de compreensão da realidade social, uma vez que a análise documental pode favorecer a observação do processo de maturação dos diversos indivíduos, instituições, grupos e práticas envolvidos no cuidado dentro do Sistema Prisional, especialmente na realidade pandêmica vivenciada na atualidade.<sup>78</sup>

Foram coletados e discutidos os documentos referentes ao contexto prisional entre os anos de 2020 e 2022 que pudessem apresentar informações sobre as estratégias de cuidado utilizadas para garantir a atenção, o tratamento e a prevenção da pandemia de COVID-19 dentro do sistema carcerário brasileiro. Dentro desta pesquisa, foram analisados 56 documentos, sendo 7 documentos internacionais e 49 nacionais (Brasil), todos produzidos no período de

Emergência de Saúde Pública da Pandemia com normativas sobre a COVID-19 no sistema prisional ou normativas sobre a pandemia que incidem no sistema prisional: decretos, leis, recomendações, portarias, resoluções, notas informativas, técnicas e de posicionamento.

#### *4.1.2.1 Método de análise de dados do Estudo 2*

A discussão sobre as informações extraídas dos documentos investigados se deu através do método de Análise de Conteúdo de Minayo<sup>77</sup>, que se organiza nas etapas de ordenação dos dados, classificação e análise final, através da identificação de categorias de significados pelas palavras que têm forte relação com o tema de referência deste trabalho. A partir da leitura crítica no material coletado, baseado no objetivo específico para este estudo, foi possível identificar três categorias que serão detalhadas nos resultados e discussões desta pesquisa. São elas: a) estrutura; b) saúde; e c) garantias de direito.

#### *4.1.3 Desenho do Estudo 3 – Análise de Núcleos de Sentidos de Entrevistas*

No que concerne à metodologia investigativa adotada aqui, trata-se de um estudo de abordagem qualitativa do tipo descritivo-exploratório<sup>79</sup> para a análise do fenômeno em estudo, a saber os serviços de saúde prestados pelo sistema prisional e seus modos de funcionamento e cuidado, mais especificamente os desafios enfrentados pelas/os profissionais de saúde para oferecer assistência dentro desses serviços.

#### *4.1.3.1 Amostra e Seleção da População do Estudo 3*

Este estudo ocorreu através de entrevistas realizadas entre maio de 2023 e janeiro de 2024 com gestoras/es e profissionais de saúde dos Serviços de Saúde das Unidades Prisionais de Salvador –BA. Participaram do estudo 10 profissionais das áreas de psicologia, serviço social, enfermagem, medicina e gestão. O tempo de atuação dessas pessoas no sistema prisional é entre 1 e 33 anos, mas a média de tempo é em torno de 5 a 6 anos.

A escolha de trabalhar com profissionais e gestoras/es de saúde foi para poder compreender as percepções, crenças, atitudes sobre o contexto da saúde no cárcere e as possibilidades de

cuidado que elas/es puderam construir e oferecer às pessoas privadas de liberdade com as quais trabalham.

Todas/os as/os gestoras/es e profissionais foram contactadas/os via WhatsApp. O contato foi obtido via rede de profissionais que se dispuseram a ser entrevistadas. A amostra de respondentes foi abordada diretamente pela pesquisadora.

#### *4.1.3.2 Critério de Inclusão e de Exclusão do Estudo 3*

O critério de inclusão foi a condição de ser gestora/or ou profissional de saúde de algum dos Serviços de Saúde das Unidades Prisionais de Salvador - BA. Critério de exclusão: Não se aplica.

#### *4.1.3.3 Procedimentos e Instrumentos da Coleta de dados do Estudo 3*

A coleta de dados ocorreu através de entrevistas semiestruturadas que foram gravadas e posteriormente transcritas. Foi utilizado um roteiro de entrevista, que mesclou perguntas fechadas e abertas relacionadas à trajetória profissional dentro do sistema prisional, buscando conhecer suas atividades e abordando temáticas sobre políticas públicas, estratégias de cuidado, ofertas de serviços de saúde, condições de trabalho etc.

As entrevistas foram individuais, semiestruturadas e registradas em áudio e/ou vídeo por meio da plataforma virtual Google Meet. Todas as falas foram transcritas e digitadas, e cada uma delas foi conferida e comparada com os respectivos áudios/vídeos para verificar e corrigir eventuais erros no entendimento das falas.

#### *4.1.3.4 Método de análise do Estudo 3*

Para análise, foi utilizado o método dos núcleos de significação de Gonzalez Rey como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos existentes nas informações coletadas, visando compreender o conteúdo do discurso das/os participantes da pesquisa através dos núcleos de significação.<sup>80</sup> A metodologia dos núcleos de significação é fundamentada na perspectiva sócio-histórica, que pretende enfatizar a dimensão histórica dos processos sociais<sup>81</sup>, e permite capturar significados construídos nas falas das/os participantes,

organizando os dados em três níveis: pré-indicadores, que são os elementos iniciais; indicadores, que consolidam temas recorrentes; e núcleos de significação, que agrupam os sentidos centrais atribuídos pelos participantes às suas vivências no sistema prisional.<sup>80</sup>

O banco de dados gerado por esta pesquisa, transcrições, som das entrevistas, também ficará em posse do grupo de pesquisa, em um HD externo e poderá servir para outras leituras e análises e ser disponibilizado a futuras/os membras/os do grupo.

#### **4.2 Riscos**

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos. Esta pesquisa envolveu um risco mínimo que se baseou na possibilidade de constrangimento ao responder alguma questão. Em situações como esta as/os participantes puderam optar por não responder qualquer questão prevista no roteiro de entrevista ou mesmo de não participar da pesquisa. As pesquisadoras fizeram o possível para minimizar qualquer tipo de situação.

A ferramenta tecnológica utilizada para realização das entrevistas, bem como os ajustes necessários para que os encontros *on-line* fossem realizados com fluidez e tranquilidade foram informados, explicados e combinados com as/os participantes antes do início das entrevistas. As questões centrais sobre as quais a discussão se concentrou, assim como as regras básicas para o funcionamento dos encontros e o papel das entrevistadoras foram apresentados no início das entrevistas. Isso garantiu um ambiente saudável de discussões e ajudou a minimizar os possíveis desconfortos que pudessem surgir no decorrer da pesquisa.

#### **4.3 Benefícios**

Os benefícios diretos às/aos participantes estão relacionados à maior compreensão dos processos participativos, das demandas sociais que devem possibilitar mudanças em concepções e práticas das/os profissionais no atendimento às pessoas privadas de liberdade, que poderão ser beneficiadas com uma maior qualidade na assistência realizada, mais ações associadas à prevenção e minimização dos riscos envolvidos nesta temática e maior controle social dos bens públicos e na rede de atendimento às pessoas privadas de liberdade.

#### **4.4 Aspectos Éticos**

Para garantia da ética em pesquisa, este projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), como parte de um projeto mais amplo intitulado “Estratégias de garantias de direitos para o enfrentamento às violências” sob o CAAE 58235822.9.0000.5544. Tendo como resolução vigente e fundamental que alcançam os aspectos éticos, foram consideradas as resoluções 466/12 e 510/16 do CNS – Conselho Nacional da Saúde, tendo conhecimento das variáveis da pesquisa com seres humanos, composta de indivíduos que se apresentam como objeto de estudo para a realização deste projeto.

As/Os participantes envolvidas/os na pesquisa tiveram o direito de participar ou não da mesma, o seu sigilo foi totalmente preservado, inclusive as gravações foram totalmente direcionadas ao seu consentimento e somente foram executadas com o seu aval, conforme Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). O termo foi adaptado conforme o perfil das/os participantes e foi assinado em duas vias de igual teor, sendo uma via para a/o participante e outra para a pesquisadora.

Além disso, é importante ressaltar que a plataforma Google Meet utilizada para a realização das entrevistas garante que todos os dados são criptografados em trânsito por padrão nas videochamadas em um navegador da Web, nos apps Android e iOS e em salas com o hardware do Google Meet. Isso garantiu o sigilo e a segurança das informações que foram compartilhadas durante a coleta de dados, permitindo que os dados estivessem protegidos.

## 5 ÍNDICE DE ARTIGOS CIENTÍFICOS

Os resultados desta tese exploram diversos aspectos relacionados às políticas e práticas de saúde no sistema prisional, com foco nas pessoas privadas de liberdade. Partindo de uma perspectiva ampla, a pesquisa aborda os desafios e avanços na garantia do direito à saúde nesse contexto, destacando questões estruturais, institucionais e sociopolíticas que moldam a atenção à saúde prisional. Além disso, os resultados analisam os efeitos de crises como a pandemia de COVID-19, as experiências de profissionais de saúde que atuam nesse ambiente, e a dinâmica das práticas de cuidado no sistema prisional, propondo reflexões que buscam fortalecer as políticas públicas e promover a equidade no acesso à saúde para essa população vulnerabilizada. Os artigos foram denominados conforme a seguir:

Artigo 1: Atenção em saúde para pessoas privadas de liberdade: práticas de injustiça social

Artigo 2: Estratégias de cuidado da população carcerária no período da pandemia de COVID-19

Artigo 3: Desafios das/os profissionais de saúde no cuidado das pessoas privadas de liberdade

## 6 ARTIGOS

### **6.1 Artigo 1: Artigo intitulado “Atenção em saúde para pessoas privadas de liberdade: práticas de injustiça social”, submetido na Revista Psicologia em Estudos**

**Título Pleno:** Atenção em saúde para pessoas privadas de liberdade: práticas de injustiça social

**Título Abreviado:** Saúde Prisional e Injustiça Social

**Full Title:** Health Care for individuals deprived of liberty: Practices of Social Injustice

**Short Title:** Prison Health and Social Injustice

**Título Completo:** Atención en Salud para Personas Privadas de Libertad: Prácticas de Injusticia Social

**Título Abreviado:** Salud Penitenciaria e Injusticia Social

## RESUMO

A população carcerária vive em condição de vulnerabilidade, não sendo a ela conferida as garantias de seus direitos primordiais, especialmente na saúde. **Objetivo:** Analisar criticamente a literatura existente sobre a garantia do direito à saúde no sistema prisional brasileiro. **Metodologia:** Estudo bibliográfico por revisão integrativa, cujos dados foram obtidos através das plataformas de base de dados científicos em saúde, no período de 5 anos (2018-2023). Foram utilizados 09 artigos para discussão desse trabalho. **Resultados:** Foi possível identificar a existência de legislação e de políticas específicas de saúde para o Sistema Prisional, todavia, ele ainda é afetado por problemas como condições insalubres, dificuldades de acesso à medicamento e atendimento, violências etc., que estão na base da violação dos direitos e da insuficiência de acesso à assistência em saúde da população prisional. A estratégia de abandono do Estado em relação à população carcerária fica evidente nos estudos analisados. **Conclusão:** As condições degradantes do sistema prisional indicam que o Estado não tem trabalhado para efetivação da política pública de saúde enquanto garantia de direitos da população privada de liberdade, mas, a existência de políticas de saúde para população carcerária aponta para as possibilidades de mudança desse contexto.

**Palavras-Chave:** Prisões; política pública; direito à saúde.

## ABSTRACT

The prison population lives in conditions of great vulnerability, with their fundamental rights, especially health rights, not being guaranteed to them. **Objective:** Critically analyze the existing literature on the guarantee of the right to health in the Brazilian prison system. **Methodology:** Bibliographic study through integrative review, with data obtained from

scientific health databases over a 5-year period (2018-2023). Ten articles were used for discussion in this study. **Results:** It was possible to identify the existence of legislation and specific health policies for the Prison System; however, it is still affected by issues such as unhealthy conditions, difficulties in accessing medication and healthcare, violence, etc., which are at the core of rights violations and insufficient access to healthcare for the prison population. The State's neglect of the prison population is evident in the analyzed studies. **Final Considerations:** The degrading conditions of the prison system indicate that the State has not been working to effectively implement health as a public policy to guarantee the rights of the incarcerated population. However, the existence of health policies for the prison population points to possibilities for changing this context.

**Keywords: Prisons; public policy; right to health.**

## RESUMEN

La población carcelaria vive en condiciones de gran vulnerabilidad, sin que se le garanticen sus derechos fundamentales, especialmente el derecho a la salud. **Objetivo:** Analizar críticamente la literatura existente sobre la garantía del derecho a la salud en el sistema penitenciario brasileño. **Metodología:** Estudio bibliográfico mediante revisión integrativa, cuyos datos se obtuvieron a través de plataformas de bases de datos científicas en salud, en un periodo de 5 años (2018-2023). Se utilizaron 10 artículos para la discusión de este trabajo. **Resultados:** Fue posible identificar la existencia de legislación y políticas específicas de salud para el sistema penitenciario; sin embargo, este aún se ve afectado por problemas como condiciones insalubres, dificultades de acceso a medicamentos y atención, violencia, entre otros, que constituyen la base de la violación de derechos y la insuficiencia en el acceso a la asistencia en salud de la población carcelaria. La negligencia del Estado hacia la población

penitenciária es evidente en los estudios analizados. **Consideraciones Finales:** Las condiciones degradantes del sistema penitenciario indican que el Estado no ha trabajado para la implementación de políticas públicas de salud como garantía de derechos para la población privada de libertad. No obstante, la existencia de políticas de salud para la población carcelaria señala posibilidades de cambio en este contexto.

**Palabras clave: Prisiones; política pública; derecho a la salud.**

## INTRODUÇÃO

O Sistema Prisional Brasileiro não apenas isola, mas também expõe as pessoas privadas de liberdade (PPL) a condições não humanas, reforçando dinâmicas de exclusão e controle social. Ainda que previsto na Lei de Execução Penal (1984), o sistema prisional frequentemente falha em oferecer atividades que auxiliem na reintegração social e, sobretudo, em prover condições adequadas de assistência e cuidados à saúde. (Lena & Gonçalves, 2021) Essa realidade reflete o que Foucault (2022) denomina como a economia política dos ilegalismos, em que certos grupos sociais, como as populações marginalizadas, são sistematicamente punidos e negligenciados, enquanto ilegalismos associados a elites recebem tolerância ou invisibilidade. No sistema prisional, essa seletividade é evidente na precariedade das condições de vida e no abandono das políticas de saúde.

Dados recentes do Sistema Nacional de Informações Penais – SISDEPEN - da Secretaria Nacional de Políticas Penais – SENAPPEN- (2024), coletados entre os meses de janeiro a julho de 2024, mostram que a população privada de liberdade total, incluindo pessoas em prisão domiciliar, é de 888.272 pessoas. Dessas, 51,2% têm entre 18 e 34 anos, 53,2% possuem até o ensino fundamental completo e 24,3% estão em regime provisório. Apenas 82,8% da população carcerária tem informações descritas no sistema sobre o critério cor/raça,

e, desse percentual, 69% se autodeclararam pretas/os ou pardas/os. (Secretaria Nacional de Políticas Penais, 2024) Esses dados demonstram que o sistema prisional é majoritariamente composto por jovens (entre 15 e 29 anos) negros e de baixa escolaridade, o que, a partir da perspectiva da interseccionalidade, evidencia como raça, classe e idade interagem para estruturar as opressões vividas por essas populações (Akotirene, 2019). Além disso, o déficit de 173.915 vagas no sistema carcerário (Secretaria Nacional de Políticas Penais, 2024) agrava as condições de superlotação, configurando um cenário de desumanização e de encarceramento em massa.

Este cenário indica que a estratégia deliberada de abandono estatal em relação à saúde prisional reflete não uma simples falha administrativa, mas também o que Mbembe (2018) define como necropolítica: o uso do poder estatal para regular a existência de certos grupos sociais, expondo-as à morte ou ao abandono. Configurando assim um projeto político de violação de direitos à saúde. Agravos como HIV, tuberculose, sífilis e hepatites estão entre as maiores causas de problemas de saúde notificadas nas unidades prisionais nos últimos anos (Secretaria Nacional de Políticas Penais, 2024; Soares Filho & Bueno, 2016; Silva, 2016), enquanto 54,5% das mortes de pessoas encarceradas entre os meses de janeiro a julho de 2024 foram atribuídas a causas naturais (Secretaria Nacional de Políticas Penais, 2024), muitas das vezes relacionadas às precárias condições sanitárias.

Esses dados ilustram como o sistema prisional reproduz um ciclo de abandono e violência, onde a saúde é relegada a um plano secundário, reforçando a desvalorização das vidas das PPL. Nesse sentido, pela política de violação de direitos através do abandono do Estado, pela dificuldade de articulação dos poderes executivo e judiciário, pelo fenômeno do encarceramento em massa, dentre outras questões, percebe-se a ineficácia da efetivação de políticas públicas, sobretudo as de saúde, direcionadas às pessoas privadas de liberdade, o que corrobora a violação dos direitos humanos dessas pessoas. (Soares Filho & Bueno, 2016)

Sobre as políticas públicas de saúde voltadas às pessoas privadas de liberdade, existem três marcos fundamentais: a Lei de Execução Penal (LEP), de 1984; o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), de 2003; e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), de 2014. A LEP define atendimento em saúde a toda a população prisional. Já o PNSSP, indica a necessidade da organização de ações e serviços de saúde no sistema prisional baseado nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que até a publicação do plano, o atendimento em saúde às pessoas privadas de liberdade era de responsabilidade das políticas de segurança pública e não de saúde. A PNAISP pressupõe o acesso integral ao SUS pela população privada de liberdade, através da qualificação e da humanização da atenção à saúde no sistema prisional, com ações conjuntas nas áreas da saúde e da justiça, nas esferas federais, estaduais e municipais. (Silva, 2016)

Mesmo com esses três marcos lógicos legais que embasam as políticas de saúde para a população privada de liberdade, além de outras normas nacionais e internacionais, das quais o Brasil é signatário para a garantia dos direitos humanos da população carcerária, o que se nota é que o campo da saúde no contexto prisional é uma realidade complexa fruto de condições estruturais insalubres e vulneráveis, da inexistência de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e cuidado integral às pessoas privadas de liberdade, como preconizam a LEP, o PNSSP e a PNAISP.

Nesse contexto, esta pesquisa busca analisar criticamente a literatura existente sobre a garantia do direito à saúde no sistema prisional brasileiro, com o intuito de identificar os desafios, políticas públicas, práticas existentes e lacunas no atendimento à saúde da população carcerária.

## **MÉTODO**

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza teórica, realizada mediante estudo bibliográfico por revisão integrativa de artigos científicos publicados em revistas indexadas relacionados com o tema. Com o objetivo de percorrer o caminho metodológico de uma revisão integrativa da literatura, utilizou-se as seis etapas para sua construção: 1) elaboração do tema e seleção da pesquisa; 2) busca ou amostragem na literatura; 3) coleta de dados; 4) análise crítica dos estudos incluídos; 5) discussão dos resultados; 6) apresentação da revisão integrativa. (Souza, Silva & Carvalho, 2010)

Para levantamento das informações foi realizada uma pesquisa nas principais bases de dados, a saber: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), LILACS, MedLine e Scielo. Foi utilizado como descritor principal ‘saúde’ associado aos descritores ‘sistema prisional’, ‘cárcere’ e ‘prisões’ através do operador booleano ‘AND’, todos indexados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Como critérios de inclusão foram selecionados artigos publicados a partir de estudos realizados no Brasil, nos últimos 5 anos (2018-2023), em português, com texto completo e com publicação gratuita. Foram excluídos artigos duplicados, artigos de revisões de literatura, resumos de eventos científicos, monografias, livros, cartas, editoriais, dissertações e teses e os artigos que não estavam alinhados como o objetivo do estudo e com os critérios de inclusão.

A partir da leitura crítica no material coletado, baseado no objetivo desta pesquisa, foi possível identificar quatro categorias. São elas: a) construção de políticas públicas em saúde; b) comunicação e saúde; c) condições de estrutura e acesso à saúde; d) políticas de saúde enquanto garantia de direitos da população carcerária.

## **RESULTADOS**

Foram encontrados um total de 493 artigos: para a associação entre os descritores ‘saúde’ e ‘sistema prisional’, 114 artigos; para a associação entre os descritores ‘saúde’ e ‘cárcere’, 163

artigos; e para a associação entre os descritores ‘saúde’ e ‘prisões’, 216 artigos. Após a avaliação criteriosa associando os artigos ao objetivo desta pesquisa e excluindo os artigos repetidos nas associações entre os descritores foi possível selecionar 09 artigos que serão discutidos a seguir (Quadro 1). A predominância foi de artigos publicados no ano de 2022 (04) e 2021 (03), em seguida artigos de 2023 (01) e 2018 (01). Nenhum artigo selecionado foi publicado nos anos de 2019 e 2020. Dos 09 artigos, 05 foram produzidos a partir de dados coletados em campo por meio de estudo etnográfico (observação participante), entrevistas e relatos de experiência. Os outros 04 foram produzidos por meio de pesquisas documentais ou ensaios reflexivos.

## **DISCUSSÃO**

Este artigo organiza a análise em quatro categorias principais para compreender a saúde no contexto prisional. A categoria ‘construção de políticas públicas em saúde’ examina o desenvolvimento histórico e as estratégias institucionais voltadas à saúde da população carcerária, destacando avanços e lacunas na implementação dessas políticas. Já a categoria ‘comunicação e saúde dentro das unidades prisionais’ explora como a interação entre profissionais, presos e instituições impacta a efetividade das ações de saúde. Na categoria ‘condições de estrutura e acesso à saúde’ é possível verificar a infraestrutura das unidades prisionais, a disponibilidade de recursos e a logística de acesso aos serviços de saúde, evidenciando limitações e desigualdades. Por fim, em ‘políticas de saúde enquanto garantia de direitos da população carcerária’ reflete-se sobre o papel da saúde prisional como um direito humano fundamental, analisando como essas políticas enfrentam os desafios de promover equidade e dignidade em um ambiente marcado pela exclusão e vulnerabilidade.

### **Categoria 1: Construção de políticas públicas em saúde**

As discussões sobre o direito à saúde no sistema prisional começam com a Lei de Execução Penal (LEP) em 1984. Mesmo sendo anterior à Constituição Federal de 1988, ela já previa o atendimento à saúde como um direito para as pessoas privadas de liberdade, mas ainda como uma questão a ser tratada pela segurança pública e não pela área da saúde. (Simas, Sánchez, Ventura & Larouze, 2021) Portanto, sendo um dispositivo vinculado à segurança pública, a saúde não era tratada como prioridade estatal, evidenciando a seletividade na aplicação dos direitos básicos.

Em 1988 a Constituição Federal, enquanto uma legislação soberana e estando acima hierarquicamente de toda e qualquer legislação que pudesse vir a ser produzida, formalizou a saúde como um direito de todas as pessoas e um dever do Estado, sem nenhum tipo de distinção às pessoas que poderiam ter acesso a ela. (Simas et al., 2021) Esse direito, no entanto, não foi implementado na sociedade de forma igualitária para toda a população brasileira, não garantido às pessoas privadas de liberdade o acesso às condições básicas de saúde, a despeito da existência da LEP. (Valim, Daibem & Hossne, 2018) A exclusão das pessoas privadas de liberdade do acesso às políticas de saúde nos anos subsequentes mostra como o sistema penal perpetua dinâmicas de controle que relegam as/os encarceradas/os a um espaço de abandono estatal (Foucault, 1987).

Apenas em 2003 foi construído o primeiro dispositivo específico para cuidar da saúde de pessoas privadas de liberdade de forma mais integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS): o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP). No entanto, considerando que o PNSSP durante seus primeiros 10 anos de execução entrou em esgotamento dada a impossibilidade de contemplar em suas ações todo o itinerário carcerário, é que se publica em 2014 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). (Simas et al., 2021)

O PNSSP (2003) previa assistência à saúde apenas para as pessoas privadas de liberdade em cumprimento de pena (penitenciárias, presídios, colônias agrícolas e hospitais de custódia). Com a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), em 2014, houve um avanço na cobertura, abrangendo todo o itinerário carcerário, desde a detenção até o cumprimento da pena, além de incluir familiares e funcionárias/os. (Valim et al., 2018; Silva, 2021) Esse movimento ampliou a responsabilidade do SUS e trouxe a necessidade de articulação intersetorial, que busca alinhar segurança pública e saúde (Bartos, 2023). No entanto, na prática, o que se observa é que essas políticas são minimamente efetivadas, com a saúde no sistema prisional sendo afetada por falta de infraestrutura, insuficiência de recursos humanos e precariedade no acesso a serviços de urgência e emergência (Caçador et al., 2021; Malvasi, Dantas & Manzilli, 2022). As políticas públicas de saúde visam garantir as pessoas privadas de liberdade acesso incondicional à saúde pelo Estado: atendimento por profissionais qualificadas/os e em quantitativo ideal, vacinação, medicamentos, realização de exames etc. Objetivam, também, que esse acesso seja organizado por equipes de atenção básica prisional, que têm a responsabilidade de promover à saúde, prevenir agravos, tratar e acompanhar questões de saúde, além de realizar a articulação territorial, garantindo o acesso aos serviços de urgência e emergência, à atenção especializada e hospitalar extramuros sempre que necessário e a intersetorialidade das políticas de saúde, incluindo profissionais de outras áreas como agentes carcerárias/os e policiais. (Barbosa, Celino, Oliveira & Costa, 2022; Bartos, 2023)

A análise dos artigos, entretanto, evidencia que a ineficácia dessas políticas não é acidental, mas sim parte de um projeto político estruturado, no qual o não funcionamento das políticas de saúde no sistema prisional cumpre um papel estratégico, reafirmando a lógica necropolítica. A exposição das pessoas privadas de liberdade a condições insalubres, doenças infecciosas e tratamentos negligentes evidencia uma lógica de abandono estatal que decide

quais vidas merecem cuidado e quais podem ser descartadas (Mbembe, 2018). As altas taxas de tuberculose, HIV e mortes por causas naturais ou desconhecidas no sistema prisional brasileiro (Secretaria Nacional de Políticas Penais, 2024; Soares Filho & Bueno, 2016; Silva, 2016) são manifestações dessa lógica de exposição à morte. Além disso, ao considerar os marcadores sociais da população encarcerada — majoritariamente composta por jovens negros e de baixa escolaridade —, a exclusão no acesso à saúde se revela interseccional, já que raça, classe e outros fatores interagem para intensificar a vulnerabilidade de determinados grupos. (Akotirene, 2019)

A construção das políticas públicas de saúde no sistema prisional brasileiro evidencia avanços formais, mas permanece inserida em dinâmicas estruturais de exclusão e ainda são limitadas por estruturas que perpetuam desigualdades e injustiças sociais. Alinhar sua implementação aos princípios de equidade e universalidade do SUS requer enfrentar essas dinâmicas com políticas que desafiem a seletividade, o abandono e a invisibilização de populações que se encontram em condições de vulnerabilidade agravadas no contexto do cárcere.

## **Categoria 2: Comunicação e Saúde dentro das unidades prisionais**

Um elemento importante a ser tratado a partir das análises dos resultados é a comunicação sobre as questões de saúde dentro das unidades prisionais. Dois dos artigos analisados apontaram que a comunicação sobre demandas de saúde é precária, ocorrendo na maioria das vezes através de bilhetes entregues às/aos agentes que os enviam às/aos profissionais de saúde. Em último caso, quando a situação é emergencial, cabe às/aos internas/os fazerem barulho para que sua necessidade de atendimento possa ser acolhida de forma mais imediata. Nesse sentido o que se observa é que a/o agente penitenciária/o atua como mediadora/or entre a necessidade de saúde das pessoas privadas de liberdade e as/os profissionais de saúde. (Valim et al., 2018; Caçador et al., 2021) O uso de bilhetes ou manifestações com barulho

como meio para solicitar atendimento em saúde reflete a informalidade e a arbitrariedade na gestão da saúde prisional. Tal dinâmica coloca as/os agentes penitenciárias/os como mediadoras/es do acesso ao cuidado, reforçando as hierarquias e relações de poder dentro das prisões (Foucault, 1987).

Além disso, observa-se uma ausência de orientação sobre a assistência que pode ser prestada pelas equipes de saúde da instituição, sobre os atendimentos que são realizados nos serviços extramuros e sobre como as/os internos podem buscar assistência à saúde em caso de necessidade. Não há, também, uma comunicação efetiva durante a realização das consultas, nem uma avaliação das condições clínicas aliada a uma orientação sobre os serviços de saúde no momento do ingresso no sistema prisional. (Valim et al., 2018)

Todas essas questões deixam as pessoas privadas de liberdade sem acesso ao cuidado, prevenção e promoção a saúde, ficando à mercê da disposição das/os agentes penitenciárias/os para o cuidado de suas demandas de saúde. O que deixa evidente o quanto as relações de poder dentro das unidades prisionais podem ser um fator importante no impedimento ao cuidado da saúde e o quanto não há um entendimento da saúde como um direito das pessoas privadas de liberdade. (Caçador et al., 2021)

Outra dimensão relevante abordada em um dos estudos são as falhas na comunicação entre as/os profissionais (Barcella, Ely, Krug & Possuelo, 2022). Isso impacta no aumento de despesas em saúde, interrupções no tratamento, lesões evitáveis e agravamento de doenças crônicas. O estudo também aponta que no ambiente prisional os cuidados são focados nos atendimentos imediatos a situações mais agudas de doenças, sendo que estas, na maioria das vezes, são reflexos de condições crônicas agudizadas. (Barcella, Ely, Krug & Possuelo, 2022) Isso acontece, em função da demora no atendimento em função da falta de profissionais em tempo integral, das falhas na comunicação e da superlotação dos presídios, fazendo com que seja dada a prioridade a casos mais graves. (Caçador et al., 2021) Um dos estudos aponta que

no estado de São Paulo, por exemplo, 77,28% das unidades prisionais não possuem equipe mínima de saúde. Este dado denota o desalinhamento do Estado em relação à PNAISP e gera preocupação, uma vez que São Paulo concentra 31% da população carcerária do país, a maior entre todos os estados brasileiros. (Bartos, 2023) O estudo evidencia o descaso com a saúde dessa população, agravando a condição de superlotação e expondo as pessoas privadas de liberdade a um maior risco de morte.

A priorização de casos graves e a falta de orientação para a prevenção e promoção da saúde mostram, mais uma vez, que o sistema opera em um modelo de abandono seletivo, onde as necessidades da população carcerária são minimizadas até atingirem níveis críticos (Mbembe, 2018). Além disso, as características dessa população (jovens negros e de baixa escolaridade) as coloca em uma posição de desvantagem estrutural, amplificada pela falta de acesso à comunicação e aos serviços de saúde (Akotirene, 2019).

Nesse sentido, uma prática colaborativa adequada, principalmente referente à comunicação efetiva tanto entre trabalhadoras/es em saúde, quanto direcionada às pessoas privadas de liberdade, pode mudar a estrutura fragmentada do sistema e promover mais efetividade na garantia do direito à saúde dessas pessoas. (Barcella et al., 2022)

A comunicação em saúde no sistema prisional brasileiro está marcada por dinâmicas de exclusão que reforçam práticas necropolíticas e desigualdades estruturais. A ausência de práticas colaborativas e de orientações objetivas perpetua uma lógica seletiva que trata as pessoas privadas de liberdade como corpos descartáveis. Enfrentar essas barreiras exige alinhar a comunicação ao princípio da integralidade, garantindo acesso universal e efetivo à saúde como um direito fundamental.

### **Categoria 3: Condições de estrutura e acesso à saúde**

No sistema prisional podem ser vistas, ainda, outras questões que promovem muitos agravos à saúde das pessoas privadas de liberdade, como por exemplo: as péssimas condições de esgotamento sanitário (falta de água e higiene, o mal armazenamento de fezes e urina, insetos etc.); comida com péssima qualidade e em pouca quantidade, por vezes estragada; tortura; falta de medicamento ou medicamento passado da validade; a demora na assistência emergencial; pouca disponibilidade de água ou água inapta para consumo; transporte (escolta) inadequado gerando quedas e pancadas durante o trajeto; e celas superlotadas. (Lena & Gonçalves, 2022) Quarenta por cento das unidades prisionais não possuíam consultórios médicos ou salas de atendimento clínico multiprofissional em 2019 e altas taxas de mortalidade por doenças infecciosas ou transmissíveis, demonstram o quanto ainda há uma grande dificuldade de acesso ao SUS pela população carcerária. (Bartos, 2023)

Tudo isso pode agravar quadros anteriores e/ou desenvolver enfermidades, assim como promover a transmissão intrainstitucional de doenças infecciosas, além de reforçar a situação degradante em que se encontra a população carcerária e o desrespeito à dignidade humana. (Valim et al., 2018) A falta de protocolos mínimos para o cuidado e diagnóstico de saúde e a ausência de consultas regulares para prevenção de agravos, evidenciam como o sistema penal prioriza o controle e a punição, relegando o cuidado à saúde a um segundo plano (Foucault, 1987).

Quanto à dificuldade de acesso à medicamento, o que se observa é que as famílias das pessoas encarceradas acabam funcionando como uma importante rede de cuidado à saúde dando acesso à medicação. Essa questão pode, entretanto, esbarrar nas condições financeiras da família e na dificuldade de comunicação da/o interna/o com a/o familiar. (Caçador et al., 2021) A dependência das famílias para fornecer medicamentos ressalta a informalidade e a omissão estatal, transferindo para a sociedade a responsabilidade de garantir direitos básicos que deveriam ser assegurados pelo Estado.

Mesmo com a construção da PNAISP que abrange todo itinerário carcerário, também é possível perceber que a parcela de 24% (Secretaria Nacional de Políticas Penais, 2024) das pessoas privadas de liberdade que estão em regime de pena provisória encontram ainda mais dificuldades de acesso aos cuidados em saúde. Além de todos os elementos já trazidos até aqui, essa parcela da população prisional, por estar em cadeias públicas e delegacias, tem mais dificuldades de inserção no SUS, já que as Secretarias de Segurança Pública não têm obrigação de fornecer informações sobre pessoas reclusas nesses locais. (Silva, 2021; Barcella et al., 2022)

Muitas dessas pessoas estão inseridas nas unidades prisionais de forma ilegal, uma vez, que para a maioria delas, o prazo máximo de permanência permitido já encerrou, ou já foram sentenciadas e continuam no local, ou sequer houve o registro de entrada dessas pessoas no estabelecimento. Por esses motivos, não há interesse de divulgação de informações sobre essa população, o que coloca essas pessoas numa espécie de limbo e com maior privação de acesso à saúde do que as pessoas privadas de liberdade que estão em outros tipos de regimes. (Silva, 2022; Barbosa et al., 2022)

As pessoas em regime provisório, frequentemente mantidas em condições ainda mais precárias em delegacias e cadeias públicas, representam uma "população invisível" dentro do sistema. A falta de informações sobre essas pessoas, aliada à ausência de assistência médica, reforça a exclusão estatal e a lógica necropolítica, colocando essas pessoas em constante risco de morte (Mbembe, 2018).

Apenas um dos estudos indica que uma parte das pessoas privadas de liberdade que foram entrevistadas relata facilidade no acesso às unidades de saúde prisionais e no agendamento de consultas, bem como satisfação com o atendimento recebido das/os profissionais e com a estrutura das unidades de saúde. No entanto, indicaram o medo dessas/es profissionais em lidarem com pessoas que transgrediram a lei como um possível fator facilitador nesse

processo. Com relação aos serviços oferecidos extramuros, as/os participantes sinalizaram receber atendimento com agilidade, mas perceberam desconfiança por parte das/os profissionais da rede, bem como da unidade prisional, em virtude da possibilidade de fugas. (Barbosa et al., 2022)

Nesse contexto, não se pode deixar de considerar que os meios de comunicação de massa produzem narrativas midiáticas sobre as pessoas privadas de liberdade como sendo criminosas perigosas, o que reflete nas práticas das/os profissionais de saúde, gerando um condicionamento criminalizante que reforça um mecanismo racista de produção de medo e estigmatização, dificultando o acesso a serviços básicos. (Calixto, 2022; Akotirene, 2019)

No caso dessas/es participantes do estudo, o acesso aos serviços de saúde foi facilitado, mas muito mais pelo medo e desconfiança do que pela humanização do serviço que estava sendo ofertado. Ademais, neste mesmo estudo, uma outra parte das/os entrevistadas/os, trouxe dificuldade no agendamento de consultas e unidades de saúde penitenciárias desconfortáveis, desprovidas dos equipamentos básicos de assistência e insalubres. (Barbosa, 2022)

Na maioria das unidades prisionais não há a existência de um protocolo mínimo para o diagnóstico de saúde, nem consultas regulares para avaliação da saúde e prevenção de agravos, tão pouco orientações sobre procedimentos acerca da prevenção, promoção e assistência à saúde, o que pode causar muitos danos à população carcerária, denotando que o Estado tem sido omissos em relação ao cuidado com as pessoas que estão sob sua custódia, deixando evidente a sua irresponsabilidade diante das garantias aos direitos dessas pessoas. (Valim et al., 2018; Malvasi et al., 2022)

Além disso, construiu-se uma lógica social de que pessoas que cometem delitos devem padecer, inclusive fisicamente, destituídas de seus direitos fundamentais básicos, dentre eles, o direito de assistência à saúde. Tudo isso associado uma estrutura social racista e com políticas públicas ainda insuficientes, potencializa as fragilidades da assistência à saúde

ofertada às pessoas privadas de liberdade, tanto intra quanto extramuros. (Barbosa et al., 2022)

A violência dentro das unidades prisionais é uma outra questão a ser abordada como um fator importante de agravo à saúde da população prisional. A possibilidade constante de morte iminente está muito relacionada às relações de poder dentro das prisões, seja entre presas/os (presas/os mais perigosas/os e menos perigosas/os, facções), seja entre agentes e presas/os (surras, torturas, falta de assistência), o que estabelece uma tensão constante que afeta a saúde das pessoas privadas de liberdade. Vale ressaltar que esse contexto de violência, em geral, já poderia fazer parte da vida dessas pessoas antes de serem presas, permanecendo dentro da prisão. (Lena & Gonçalves, 2022)

Ademais, a pressão sofrida pelas/os trabalhadoras/es, a exposição à violência e o sentimento de impotência muitas vezes vivenciada pelas/os profissionais das unidades prisionais de atenção básica também trazem consequências negativas na garantia dos direitos à saúde para a população prisional. (Barcella et al., 2022) A violência institucionalizada dentro das prisões afeta não apenas as pessoas encarceradas, mas também as/os profissionais de saúde, que enfrentam pressões psicológicas e operam em condições de vulnerabilidade.

De modo geral, cabe ressaltar que a prisão de grupos sociais específicos, como a população jovem e negra, indica o encarceramento em massa estruturado pelo racismo que está na base do funcionamento do sistema prisional brasileiro (Malvasi et al., 2022). Nesse sentido, as relações de poder operam não apenas na produção direta da morte, mas também para inviabilizar as existências, através do abandono e do desamparo, operacionalizando a distribuição diferencial do direito à vida (Lena & Gonçalves, 2022). O poder e a autoridade do Estado são as principais ameaças aos direitos das pessoas privadas de liberdade e contraditoriamente, também, são essenciais para a efetivação desses direitos (Lena & Gonçalves, 2022).

As condições de estrutura e o acesso à saúde no sistema prisional brasileiro refletem dinâmicas estruturais de exclusão e violência que reforçam desigualdades históricas. Isso evidencia como o sistema penal perpetua uma lógica de abandono e controle, desrespeitando os direitos humanos e inviabilizando existências. Enfrentar essas questões exige uma transformação profunda, que reconheça a saúde como um direito fundamental e enfrente as bases estruturais que sustentam o racismo, a necropolítica e a seletividade penal no Brasil.

#### **Categoria 4: Políticas de saúde enquanto garantia de direitos da população carcerária**

No cotidiano das prisões, os problemas não são isolados e as desigualdades se materializam. São muitas as dimensões e suas interações, o que impõe inúmeros desafios na implementação de uma política intersetorial como a PNAISP. Nesse contexto de múltiplos fatores permeados por preconceitos e desigualdades, atravessado por inúmeros problemas que se interrelacionam, a dificuldade de acesso à saúde por parte das pessoas privadas de liberdade pode ser entendida como um problema perverso. Esse é o tipo de problema difícil de definir linearmente, tem múltiplas causas, é socialmente complexo, não pode ser de responsabilidade de um único setor ou instância governamental, e pode ser caracterizado por uma falha crônica do Estado em integrar políticas públicas de forma eficaz. (Bartos, 2023)

Nesse sentido, é necessária uma reorganização da estrutura e das estratégias para lidar com o aumento considerável da população carcerária, com a eliminação e as consequências da tortura e de outras formas de violência dentro do cárcere, com as necessidades de cuidado de longo prazo e com os impactos da saúde mental em decorrência do encarceramento. Esses fatores só poderão ser tratados a partir da criação de mecanismos de controle e responsabilização para assegurar os direitos humanos dessa população. (Malvasi et al., 2022)

Pelo princípio da universalidade previsto na Constituição Federal de 1988, não há exceções para o acesso público à saúde, incluindo especialmente todas as populações vulneráveis.

Também não há no ordenamento jurídico nada que exclua da proteção à saúde qualquer pessoa que esteja no sistema prisional. (Simas et al., 2021) Além disso, a promoção a saúde vai além das práticas de prevenção a agravos e doenças, abrange a oferta de ambientes saudáveis, qualidade de vida e proteção de riscos de adoecimento, tudo que não é visto no ambiente insalubre e degradante das prisões brasileiras. (Caçador et al., 2021)

Essas condições evidenciam a lógica na qual o sistema penal opera seletivamente, priorizando o controle e negando a garantia de direitos fundamentais como a saúde. (Foucault, 2022), o que aponta para uma política estatal de violação sistemática que perpetua a marginalização da população carcerária. A ausência de mecanismos robustos para prevenir e mitigar as consequências da tortura e outras formas de violência no cárcere reflete uma lógica necropolítica, na qual o Estado é cúmplice do abandono, indicando um sistema que reforça estruturas racistas e classistas. (Mbembe, 2018)

É necessário a intensificação da intersetorialidade que é um dos pilares das políticas públicas em saúde para população carcerária. Esse princípio precisa ser mais bem trabalhado, não só entre saúde e justiça, mas também entre justiça e segurança pública. A saúde, a justiça e a segurança precisam negociar suas questões no cotidiano do ambiente prisional, respeitando as suas competências, mas assegurando como único objetivo a garantia de direito à saúde e o respeito aos direitos humanos das pessoas privadas de liberdade. (Silva, 2022)

É importante também a qualificação das equipes de assistência à saúde, através de espaços de capacitação que possam auxiliar no desenvolvimento de novas práticas e conhecimentos capazes de provocar mudanças no fazer profissional, o que vai trazer impactos positivos na assistência oferecida às pessoas privadas de liberdade. (Silva, 2021; Barcella et al., 2022)

Por fim, se faz urgente o aprofundamento em pesquisas sobre os grupos vulneráveis às violações de direitos humanos, no sentido de auxiliar na atualização de informações sobre saúde através da produção de dados mais objetivos e aprofundados sobre o cotidiano de

peças que vivem em contextos de violência e vulnerabilidade. Dessa forma, será possível a construção conhecimentos úteis para a elaboração e melhoria de políticas públicas para o enorme contingente de pessoas e famílias afetadas pelo encarceramento no Brasil. (Malvasi et al., 2022)

É importante entender que, de acordo com Angela Davis (2018), o sistema prisional não é uma solução para os problemas sociais, mas uma manifestação das desigualdades estruturais. Nesse sentido, o abolicionismo penal propõe uma transformação radical que transcenda a lógica punitivista e incorpore a saúde como um direito universal. A saúde no sistema prisional deve ser entendida não apenas como um direito básico, mas como uma ferramenta de resistência ao encarceramento e à perpetuação da exclusão social. Reformas estruturais que promovam alternativas ao encarceramento e fortaleçam as redes comunitárias de cuidado são essenciais para enfrentar as raízes da vulnerabilidade e da criminalização. (Davis, 2018)

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com essa investigação, observa-se que a literatura científica sobre o campo do cuidado da saúde de pessoas privadas de liberdade oferece uma leitura crítica sobre a complexidade e a precariedade desse campo, evidenciando práticas que afirmam o exercício de uma necropolítica. Este artigo discute, a partir da literatura, como o Estado enfrenta dificuldades para efetivar as práticas de cuidado em saúde enquanto uma garantia de direitos para as pessoas encarceradas.

Usando a lente do abolicionismo penal é possível compreender que o sistema prisional brasileiro, em sua estrutura, não é capaz de resolver os problemas sociais que afirma combater. Pelo contrário, o encarceramento em massa é uma manifestação das desigualdades estruturais, sustentando práticas que desumanizam e desvalorizam as pessoas privadas de liberdade. Essa visão ressalta a necessidade de repensar as políticas de saúde no cárcere não

como um mecanismo paliativo, mas como parte de um movimento mais amplo que desafie as bases estruturais do encarceramento.

Faz-se necessário destacar que, embora o Estado seja visivelmente violento na prática, a própria existência de políticas específicas que sustentam os direitos à vida e à saúde da população carcerária aponta para as possibilidades de mudança desse contexto. A produção de pesquisas, estudos e estratégias indicam formas de colocar em prática as ações propostas por essas políticas. A qualificação de profissionais, a melhoria na gestão dos ambientes prisionais, o aumento do efetivo nas equipes de saúde e o investimento nas estruturas prisionais são algumas das possibilidades para garantir o acesso à saúde e à proteção dos direitos humanos das pessoas privadas de liberdade.

Além disso, tem-se como desafio a provocação de uma mudança estrutural mais profunda que se inicia com a denúncia desse estado de coisas, mas precisa ser atravessada por um investimento na mudança de concepções sobre penas, dispositivos de reparação, maior igualdade de oportunidades, etc. O abolicionismo penal propõe que a transformação efetiva das políticas de saúde no sistema prisional exige mudanças estruturais que vão além da implementação de reformas internas. Isso inclui a criação de alternativas ao encarceramento que priorizem a justiça restaurativa, o fortalecimento das redes comunitárias de cuidado e a garantia de acesso igualitário a serviços de saúde e educação para prevenir a criminalização de populações vulneráveis. Nesse contexto, é fundamental investir em políticas públicas que desmantelem as estruturas de opressão racial e social que sustentam o encarceramento em massa.

Em suma, o acesso a cuidados de saúde durante o encarceramento não é apenas uma questão de cumprimento legal, mas um investimento estratégico em justiça social, conforme preconizado pela Constituição Brasileira. Esse investimento deve ser acompanhado de

esforços para reduzir a dependência do sistema prisional como solução para as desigualdades sociais, promovendo uma sociedade mais justa, igualitária e humana.

## REFERÊNCIAS

- Akotirene, C. (2019). *Interseccionalidade*. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen.
- Barbosa, M. L., Celino, S. D. M., Oliveira, L. V., & Costa, G. M. C. (2022). Política nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade: o desafio da integralidade. *Cadernos de Saúde Coletiva [periódico na internet]*, 30(4), 517-524. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230040603>
- Barcella, R. C., Ely, K. Z., Krug, S. B. F., & Possuelo, L. G. (2022). Planificação da atenção primária à saúde nas prisões: projeto piloto. *Saúde e Pesquisa [periódico na internet]*, 15(2), 1-12. Disponível em [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/06/1371763/01\\_10366\\_raquel-barcella\\_portugues\\_gramatica.pdfn](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/06/1371763/01_10366_raquel-barcella_portugues_gramatica.pdfn)
- Bartos, M. S. H. (2023). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional: uma reflexão sob a ótica da intersectorialidade. *Ciência & Saúde Coletiva [periódico na internet]*, 28(4), 1131-1138. Disponível em <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/NbFdvnfx5vk9Sd4cXn7Kwgp/>
- Brasil. (2014). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Calixto, C. C. (2022). Racismo, silenciamento e estigmatização nas narrativas jornalísticas sobre o sistema prisional. *Revista Direito GV [periódico na internet]*, 18, 1-41. Disponível em <https://doi.org/10.1590/2317-6172202235>
- Caçador, B. S., Silva, L. V. C., Amaro, J. T., Pinto, L. B. G. F., Silva, T. C. S., & Caram, C. S. (2021). Acesso ao direito à saúde no cárcere: entre o prescrito e o real. *Revista Nursing [periódico na internet]*, 24(281), 6281-6284. Disponível em <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/1973/2391>
- Davis, A. (2018). *Estarão as prisões obsoletas? (1ª ed.)*. Rio de Janeiro: Difel.
- Foucault, M. (R. Ramallete, Trad.). (1987). *Vigiar e punir: nascimento da prisão. (27ª ed.)* Petrópolis: Vozes.
- Foucault, M. (Org. Sylvain Lafleur). (2022). "Alternativas" à prisão: Michel Foucault: um encontro com Jean-Paul Brodeur. Petrópolis: Vozes.
- Lena, M. S., & Gonçalves, T. R. (2022). Necropolítica, biopolítica perversa e a subversão do cuidado integrativo para presos. *Psicologia: Ciência e Profissão [periódico na internet]*, 42, 1-13. Disponível em <https://www.scielo.br/j/pcp/a/6VvRrRCScXRRqWy9SbvJjQD/>

- Lena, M. S., & Gonçalves, T. R. (2021) (Re)existência e potência de vida: práticas integrativas e complementares em saúde para presos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [periódico na internet], 31, 1-22. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310212>
- Malvasi, P. A., Dantas, H. S., & Manzalli, S. F. (2022). Direitos humanos e saúde: reflexões sobre vida e política no contexto da população carcerária. *Saúde e Sociedade* [periódico na internet], 31(2), 1-13. Disponível em <https://www.scielo.org/article/sausoc/2022.v31n2/e210720pt/>
- Mbembe, A. (2018). *Necropolítica*. São Paulo: N-1 Edições.
- Secretaria Nacional de Políticas Penais (SENAPPEN). (2024). Sistema Nacional de Informações Penais (SISDEPEN). Brasília: SENAPPEN. Disponível em <https://www.gov.br/senappen/pt-br/pt-br/servicos/sisdepen>
- Silva, M. B. B. (2016). Emergência de uma política, extinção de uma coordenação: sobre a gestão da saúde penitenciária no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [periódico na internet], 21(7), 2021-2030. Disponível em <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/emergencia-de-uma-politica-extincao-de-uma-coordenacao-sobre-a-gestao-da-saude-penitenciaria-no-brasil/15534>
- Silva, M. B. B. (2021). Acesso à saúde sem assistência jurídica? Sobre a inclusão das carceragens públicas na política de saúde prisional. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário* [periódico na internet], 10(Supl.), 86-100. Disponível em <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/842/869>
- Simas, L., Sánchez, A., Ventura, M., & Larouze, B. (2021). Análise crítica do modelo de atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade no Brasil. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário* [periódico na internet], 10(1), 39-55. Disponível em <https://doi.org/10.17566/ciads.v10i1.746>
- Soares Filho, M. M., & Bueno, P. M. M. G. (2016). Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva* [periódico na internet], 21(7), 1999-2010. Disponível em <https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n7/1999-2010/>
- Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer? *Einstein* [periódico na internet], 8(1 Pt 1), 102-106. Disponível em [https://journal.einstein.br/wp-content/uploads/articles\\_xml/1679-4508-eins-S1679-45082010000100102/1679-4508-eins-S1679-45082010000100102-pt.pdf](https://journal.einstein.br/wp-content/uploads/articles_xml/1679-4508-eins-S1679-45082010000100102/1679-4508-eins-S1679-45082010000100102-pt.pdf)
- Valim, E. M. A., Daibem, A. M. L., & Hossne, W. S. (2018). Atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade. *Revista Bioética* [periódico na internet], 26(2), 282-290. Disponível em <https://www.scielo.br/j/bioet/a/5G6c83nPsNS8jxHv5KJGMrf/>

**Quadro 1** - Artigos selecionados publicados nos últimos 5 anos

Título	Autoras/es	Ano	Periódico	Método
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional: uma reflexão sob a ótica da intersetorialidade	Bartos	2023	Ciência & Saúde Coletiva	Ensaio Reflexivo
Direitos humanos e saúde: reflexões sobre vida e política no contexto da população carcerária	Malvasi, Dantas & Manzilli	2022	Saúde e Sociedade	Ensaio Reflexivo
Necropolítica, Biopolítica Perversa e a Subversão do Cuidado Integrativo para Presos	Lena & Gonçalves	2022	Psicologia: Ciência e Profissão	Etnografia através de observação participante e entrevistas
Planificação da Atenção Primária à Saúde nas prisões: projeto piloto	Barcella et al.	2022	Saúde e Pesquisa	Relato de experiência
Política nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade: o desafio da integralidade	Barbosa et al.	2022	Cadernos de Saúde Coletiva	Estudo qualitativo através de questionário sociodemográfico e entrevista
Acesso à saúde sem assistência jurídica? Sobre a inclusão das carceragens públicas na política de saúde prisional	Silva	2021	Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário	Ensaio Reflexivo
Acesso ao direito à saúde no cárcere: entre o prescrito e o real	Caçador et al.	2021	Revista Nursing	Entrevista
Análise crítica do modelo de atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade no Brasil	Simas et al.	2021	Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário	Análise documental
Atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade	Valim, Daibem & Hossne	2018	Revista Bioética	Entrevistas

Fonte: produzido pelas autoras, 2024

**6.2 Artigo 2: Artigo Intitulado “Estratégias de cuidado da população carcerária no período da pandemia de COVID-19”, aceito para publicação na Revista Psicologia: Ciência e Profissão**

**The care strategies for the incarcerated population during the COVID-19 pandemic  
Las estrategias de atención para la población carcelaria durante la pandemia de  
COVID-19**

**Resumo**

**Introdução:** Apesar da existência da Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade - PNAISP, nos cárceres brasileiros são constantes as violações de direitos: superlotação, violências, celas insalubres, proliferação de patologias etc. Nesse contexto, tornou-se importante analisar quais são as possibilidades de acesso à saúde no sistema prisional durante a pandemia da COVID-19. **Objetivo:** Analisar as estratégias desenvolvidas para o cuidado das/os apenadas/os no período da pandemia, através da discussão sobre as políticas de enfrentamento para a COVID-19 no sistema prisional. **Método:** Esta pesquisa examinou, por meio da análise de conteúdo, 56 documentos, sendo 7 internacionais e 49 nacionais, produzidos durante a pandemia com normativas sobre a COVID-19 no sistema prisional (decretos, leis, recomendações, portarias, resoluções, notas informativas, técnicas e de posicionamento). **Resultados:** Foi possível identificar orientações e estratégias previstas nesses documentos para a condução de ações durante a pandemia dentro do Sistema Prisional. Entretanto, observou-se que, apesar das estratégias pensadas, não houve uma ação coordenada como resposta à pandemia no sistema prisional. Constatou-se que a pandemia agravou problemas já existentes que foram associados a novas questões apresentadas pela condição de crise pandêmica. A PNAISP continuou sem efetividade durante a pandemia, mesmo com a Recomendação 62/20 produzida pelo Conselho Nacional de Justiça. **Considerações finais:** Numa estrutura social arquitetada e calcada na hierarquização

de poder através de marcadores como gênero, raça, classe social e geração, o que se viu durante a pandemia de COVID-19 foi um adensamento das violações e vulnerabilidades às quais já estão submetidas as pessoas privadas liberdade.

**Palavras-chave:** cárcere; covid-19; estratégias de saúde; políticas públicas.

## **Abstract**

**Introduction:** Despite the existence of the National Policy of Healthcare for Incarcerated Individuals (PNAISP), Brazilian prisons are constantly plagued by rights violations: overcrowding, violence, unsanitary cells, proliferation of diseases, and so forth. In this context, it became important to analyze the possibilities of accessing healthcare within the prison system during the COVID-19 pandemic. **Objective:** To analyze the strategies developed for the care of inmates during the pandemic, through a discussion of the policies for combating COVID-19 in the prison system. **Method:** This research examined, through content analysis, 56 documents, including 7 international and 49 national ones, produced during the pandemic with regulations regarding COVID-19 in the prison system (decrees, laws, recommendations, ordinances, resolutions, informative notes, technical documents, and position papers). **Results:** It was possible to identify guidelines and strategies outlined in these documents for conducting actions during the pandemic within the Prison System. However, it was observed that, despite the planned strategies, there was no coordinated action in response to the pandemic in the prison system. It is noted that the pandemic exacerbated existing problems that were compounded by new issues arising from the pandemic crisis. The PNAISP remained ineffective during the pandemic, even with Recommendation 62/20 issued by the National Council of Justice. **Final considerations:** In a social structure built upon and reinforced by power hierarchies through markers such as gender, race, social class, and

generation, what was witnessed during the COVID-19 pandemic was a worsening of the violations and vulnerabilities to which incarcerated individuals are already subjected.

**Keywords:** prison; COVID-19; health strategies; public policies.

## **Resumen**

**Introducción:** A pesar de la existencia de la Política Nacional de Atención a la Salud de las Personas Privadas de Libertad (PNAISP), en las cárceles brasileñas son constantes las violaciones de derechos. En este contexto, se ha vuelto importante analizar cuáles son las posibilidades de acceso a la salud en el sistema penitenciario durante la pandemia de COVID-19. **Objetivo:** Analizar las estrategias desarrolladas para el cuidado de los/las presos/as en el período de la pandemia, a través de la discusión sobre las políticas de enfrentamiento para la COVID-19 en el sistema penitenciario. **Método:** Esta investigación examinó, mediante análisis de contenido, 56 documentos, siendo 7 internacionales y 49 nacionales, producidos durante la pandemia con normativas sobre la COVID-19 en el sistema penitenciario. **Resultados:** Fue posible identificar orientaciones y estrategias previstas en estos documentos para la realización de acciones durante la pandemia dentro del Sistema Penitenciario. Sin embargo, se observó que, a pesar de las estrategias planeadas, no hubo una acción coordinada como respuesta a la pandemia en el sistema penitenciario. Se constata que la pandemia exacerbó problemas ya existentes que fueron asociados a nuevas cuestiones presentadas por la crisis pandémica. La PNAISP continuó sin efectividad durante la pandemia, incluso con la Recomendación 62/20 producida por el Consejo Nacional de Justicia. **Consideraciones finales:** En una estructura social arquitectada y basada en la jerarquización del poder a través de marcadores como género, raza, clase social y generación, lo que se vio durante la pandemia fue un aumento de las vulnerabilidades a las que ya están sometidas las personas privadas de libertad.

**Palavra chave:** prisão; COVID-19; estratégias de saúde; políticas públicas.

## **Introdução**

Mesmo com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional – PNAISP (Ministério da Saúde, 2014), o contexto carcerário continua responsável por constantes violações de direitos que envolvem superlotação, vários tipos de violências, celas insalubres, propagação de inúmeras patologias etc. (Carvalho, Santos & Santos, 2020) Nesse cenário, considerando a pandemia da COVID-19, muitas condições adversas se exacerbaram e as possibilidades de acesso à saúde no sistema prisional estão muito aquém de todas as demandas que passam a surgir neste momento.

Quando a pandemia eclodiu, em todos os países, a principal tarefa era evitar a introdução do agente infeccioso nas prisões ou outros locais de detenção, limitar a propagação dentro das instalações e reduzir a possibilidade de levar o vírus da prisão para a comunidade em geral. No âmbito internacional várias instituições produziram orientações para a construção de planos de contingência nas prisões e outros locais de detenção, como a Organização das Nações Unidas (ONU), a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Cruz Vermelha e a Comissão Interamericana de Direitos Humanos. A ideia era não só pensar a prevenção e contenção do vírus, como garantir que nessa situação de crise mundial os direitos humanos das pessoas privadas de liberdade não fossem violados.

No Brasil, onde existiam em 2020 672.103 pessoas alocadas em presídios (Secretária Nacional de Políticas Penais [SENAPPEN], 2024), a Recomendação nº 62/20 do Conselho Nacional de Justiça (2020) indicou a adoção de medidas preventivas à propagação da COVID-19 no âmbito do sistema carcerário. Ela orienta que a população de risco deixe as prisões, que haja a diminuição da desigualdade social, triagem de internas/os, funcionárias/os

e visitantes, treinamento de prevenção, suspensão de visitas, cuidado à saúde mental, isolamento de casos suspeitos ou confirmados no presídio etc. (Conselho Nacional de Justiça [CNJ], 2020a) Mas, o que se observa é que muitas dessas medidas não foram implementadas ou foram feitas de forma muito precária.

Considerando esse contexto, este artigo busca analisar as estratégias desenvolvidas para o cuidado das pessoas privadas de liberdade no período da pandemia, através da discussão sobre as políticas de enfrentamento para a COVID-19 no sistema prisional.

## **Método**

Para que seja possível analisar as estratégias desenvolvidas para o cuidado das pessoas encarceradas no período da pandemia de COVID-19, é necessário antes de tudo investigar e discutir as políticas de enfrentamento para este vírus no sistema prisional. Torna-se fundamental entender quais foram os dispositivos criados para o enfrentamento da pandemia e as estratégias pensadas para dar conta dessa realidade. Portanto, o procedimento a ser utilizado enquanto método de pesquisa neste artigo é o documental.

Foram coletados e discutidos os documentos referentes ao contexto prisional entre os anos de 2020 e 2022 que pudessem apresentar informações sobre as estratégias de cuidado utilizadas para garantir a atenção, o tratamento e a prevenção da pandemia de COVID-19 dentro do sistema carcerário brasileiro. Dentro desta pesquisa foram analisados 56 documentos, sendo 7 documentos internacionais e 49 nacionais (Brasil), todos produzidos no período de Emergência de Saúde Pública da Pandemia com normativas sobre a COVID-19 no sistema prisional ou normativas sobre a pandemia que incidem no sistema prisional: decretos, leis, recomendações, portarias, resoluções, notas informativas, técnicas e de posicionamento. Os documentos brasileiros estão organizados da seguinte forma: 29 foram produzidos pelo poder executivo, 05 pelo poder legislativo, 15 pelo poder judiciário.

O processo de análise geral dos documentos seguiu a data de publicação. Foram analisados documentos publicados de fevereiro de 2020 até abril de 2022. O primeiro foi a Portaria nº 188 do Ministério da Saúde de 03 de fevereiro de 2020 que declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). E o último foi a Portaria nº 913 do mesmo órgão publicada em 22 de abril de 2022, que declara o encerramento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV) e revoga a primeira portaria. Após esse período não foram encontrados mais documentos que normatizem ou orientem a construção de estratégias de enfrentamento à pandemia no sistema prisional, apenas relatórios e boletins contabilizando dados e analisando as ações e estratégias desenvolvidas durante esse período.

Para fazer a análise das estratégias indicadas pelos documentos catalogados, foram lidos: 40 boletins de “Monitoramento Local da COVID-19”, produzidos entre os meses de junho de 2020 e fevereiro de 2022 pelos Grupos de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Medidas Socioeducativas dos Tribunais de Justiça e dos Tribunais Regionais Federais (GMFs); 65 boletins de monitoramento da COVID-19 nos sistemas prisional e socioeducativo produzidos periodicamente (inicialmente os boletins eram semanais, passaram a ser quinzenais e, depois, mensais) entre os meses de junho de 2020 a dezembro de 2022 pelo Conselho Nacional de Justiça contabilizando casos, óbitos e índices de vacinação e testagem nas unidades; o “Relatório de Monitoramento da COVID-19 e da Recomendação 62 (CNJ, 2020a) nos Sistemas Penitenciário e de Medidas Socioeducativas I” publicado em abril de 2020, o “Relatório de Monitoramento da COVID-19 e da Recomendação 62 (CNJ, 2020a) nos Sistemas Penitenciário e de Medidas Socioeducativas II” publicado em agosto de 2020, o material intitulado “COVID-19: Análise do Auto de Prisão em Flagrante e Ações Institucionais Preventivas” publicado em 2021 e o “Levantamento

nacional sobre a atuação dos serviços de alternativas penais no contexto da COVID-19” publicado em 2022, todos produzidos pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) a partir de informações provenientes de diferentes fontes dos poderes executivo e judiciário estaduais, incluindo dados repassados pelos Grupos de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário (GMFs), boletins epidemiológicos de secretarias estaduais e dados informados ao Departamento Penitenciário Nacional (Depen).

A discussão sobre as informações extraídas dos documentos investigados se deu através do método de Análise de Conteúdo de Minayo (2012), que se organiza nas etapas de ordenação dos dados, classificação e análise final, consistindo na estruturação e reestruturação das hipóteses e na exploração do material com o intuito de identificar categorias de significados pelas palavras que têm forte relação com o tema de referência deste trabalho.

## **Resultados**

Foi possível identificar muitas orientações e estratégias previstas nesses documentos catalogados para a condução de ações durante a pandemia dentro do Sistema Prisional. Nesse sentido, essas orientações e estratégias foram organizadas nas 3 categorias temáticas: Estrutura, Saúde e Garantias de Direito, descritas a seguir.

**Estrutura:** essa categoria contemplou as ações direcionadas para a organização da estrutura prisional intra e extramuros no sentido de prevenir, tratar e conter os efeitos da COVID-19, como: criação de grupos de trabalho, orientações e fluxos de atendimento, criação de protocolo de manejo clínico e planos de contingência, organização da rede de saúde, estruturação dos contextos de trabalho, suspensão de visitas, fornecimento de insumos e medicações, dentre outras.

**Saúde:** tal categoria agrega referências aos processos de saúde realizados de modo mais direto para o cuidado das pessoas privadas de liberdade durante a pandemia, tais como:

isolamento e quarentena, procedimentos e exames, triagens, designação de equipes técnicas de saúde, encaminhamento para rede saúde, uso de insumos e medicações etc.

**Garantias de direitos humanos:** a terceira categoria contempla os conteúdos referentes à garantia de direitos humanos dentro das unidades prisionais durante a pandemia da COVID-19, salvaguardando os pontos fundamentais delineados nas Regras Mínimas Padrão das Nações Unidas para o Tratamento de Prisioneiros - Regras de Nelson Mandela (Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime [UNODC], 2016), como: descriminalização e despenalização de alguns delitos, desencarceramento de pessoas em prisão preventiva, ações para o cuidado à saúde mental e manutenção do contato com familiares, condições de isolamento dignas, garantia a saúde e o bem-estar de toda a comunidade penitenciária, dentre outras.

## **Discussão**

Na análise geral dos dados, observou-se que o intervalo de maior produção de documentos foi entre março e abril de 2020, período em que a pandemia chegou com bastante força no Brasil. Já em 2021 foram produzidos apenas 6 documentos, sendo que dois tratam da atualização de documentos publicados anteriormente, os demais tratam da suspensão de visitas em presídios federais, da substituição da privação de liberdade para gestantes e pessoas responsáveis por crianças e pessoas com deficiência e a recomendação aos tribunais e magistrados da adoção de medidas preventivas adicionais à propagação da COVID-19. Em 2022 foi localizado apenas o documento que decreta o fim da emergência, citado acima. O ano de 2021 também marcou o início da vacinação, e, a partir disso, foi possível perceber uma baixa na quantidade de casos e óbitos, exceto em períodos de novas variantes.

Muitos dos documentos foram produzidos pelo Governo Federal para as suas próprias instalações. (Machado & Vasconcelos, 2021). Dos 29 documentos produzidos pelo poder

executivo, 22 foram publicados pelo Ministério da Justiça e da Segurança Pública, e desses 12 foram feitos exclusivamente para as Unidades Prisionais Federais. Dos 10 que foram publicados com o cunho mais geral, um chama atenção: o Manual de Recomendações para Prevenção e Cuidado da COVID-19 no Sistema Prisional Brasileiro (1ª edição em abril de 2020 e a 2ª edição em março de 2021) que visa orientar as Secretarias Estaduais responsáveis pela Administração Penitenciária de todas as Unidades Federativas e o Sistema Penitenciário Federal a respeito da prevenção e dos cuidados necessários para controlar a proliferação da COVID-19. As duas edições deste manual apresentam orientações importantes acerca das ações a serem implementadas no contexto de COVID-19 no sistema prisional. No entanto, é importante destacar que a primeira edição deste documento foi publicada no mesmo mês em que 17 estados já haviam produzido seus planos de contingência e 12 estados já haviam publicado algum documento normativo (portaria, protocolo ou nota técnica), de acordo com o “Boletim de Monitoramento CNJ - Covid 19: Efeitos da Recomendação nº 62/2020”, publicado em maio de 2020.

A partir daqui é importante sinalizar alguns documentos que foram publicados durante esse período. Em decorrência da Portaria nº188/20 (Ministério da Saúde) que decreta o estado de emergência, tem-se a publicação da Lei Nº 13.979 de 06 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019 (este foi o ano em que o surto começou na China). Esta lei apresenta ações que começam a indicar possibilidades de enfrentamento para a pandemia que se instalava no mundo, como o isolamento social, a quarentena, a realização de exames laboratoriais e outras medidas que implicam na restrição excepcional e temporária do direito de entrada e saída do país. (Conselho Nacional de Justiça [CNJ], 2021)

No âmbito do sistema prisional, o primeiro documento a ser publicado foi a Portaria GAB-DEPEN nº 135, de 28 de fevereiro de 2020, pelo Gabinete do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), que institui grupo de trabalho objetivando promover estudos acerca do impacto do Coronavírus (COVID-19) no Sistema Prisional Brasileiro, bem como propor as ações preventivas e protocolos de atuação cabíveis. Alguns documentos foram publicados pelo poder executivo depois desse, mas todos direcionados para as prisões federais. O documento que apresenta orientações mais amplas para todas as unidades federativas foi a também nomeada Portaria nº135, de 18 de março de 2020 do Ministério da Justiça e Segurança Pública, que buscou estabelecer padrões mínimos de conduta naquele ambiente, visando a prevenção da disseminação do vírus. Dentre outras medidas, estabelece a restrição ao máximo da entrada de visitantes nas unidades prisionais.

Nesse íterim foi produzida pelo CNJ (2020a) em 17 de março de 2020 a Recomendação nº 62 que, embora não tenha força de lei, ganhou repercussão internacional e descreve ações detalhadas a serem adotadas com o objetivo de reduzir os riscos e a proliferação da COVID-19 nas prisões. Este documento indicou cerca de onze recomendações, das quais três fazem referência ao contexto prisional, além de orientações sobre outras áreas do contexto jurídico que podem repercutir no ambiente prisional (CNJ, 2021).

Mesmo com a produção desta Recomendação, o que se observou, a partir da análise dos documentos, é que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade – PNAISP (Ministério da Saúde, 2014), que tem o intuito de garantir o acesso a assistência pública de saúde, continuou sem efetividade durante o período de pandemia. A produção de tantos documentos normativos demonstra que as instituições democráticas brasileiras existem, uma vez que alguns deles estão em consonância com documentos internacionais. No entanto, a existência desses documentos não foi suficiente, na medida em

que a pandemia agravou problemas já existentes no sistema prisional que foram associados a novas questões apresentadas pela condição de crise pandêmica. Isso se deve à conjuntura política do país no período da pandemia e a necropolítica que estruturam a sociedade brasileira. Conforme argumenta Mbembe (2018), o conceito de necropolítica analisa como o poder soberano exerce controle sobre a vida e a morte, decidindo quais populações são expostas ao risco de morte e quais merecem proteção. No contexto brasileiro, a necropolítica se manifesta na forma como o Estado negligencia sistematicamente as pessoas encarceradas, especialmente em situações de crise como a pandemia de COVID-19. Apesar das normativas, a ineficácia das políticas de saúde para a população privada de liberdade reflete uma estrutura de poder que prioriza determinadas vidas em detrimento de outras, tornando evidente que essas populações, em sua maioria negras e pobres, são vistas como descartáveis. Assim, a necropolítica ajuda a explicar por que, mesmo diante de recomendações e políticas formais, a proteção efetiva da saúde dessas pessoas não foi uma prioridade, intensificando ainda mais a exclusão e a vulnerabilidade dentro do sistema prisional durante a pandemia.

Esta questão poderá ser mais bem verificada a partir de outros documentos que serão analisados nas categorias em consonância com os dados de monitoramento relativos às estratégias e demandas de cuidado no sistema prisional durante a pandemia.

A categoria estrutura observou que, embora muitas estratégias tenham sido pensadas, não houve uma ação coordenada como resposta à pandemia no sistema prisional. As ações e estratégias adotadas por cada estado variam muito em todos os aspectos analisados pelos boletins e relatórios. Os governos estaduais tiveram a missão de pensar suas próprias estratégias, implementar seus planos de contingência e até mesmo solicitar recursos federais adicionais. (Machado & Vasconcelos, 2021). A grande maioria dos estados elaborou e normatizou seus procedimentos para orientar ações de prevenção e combate à pandemia nas

unidades prisionais e socioeducativas. Somente Roraima não havia elaborado nenhum documento nesse sentido até maio de 2020. (CNJ, 2020b)

O Gabinete do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) instituiu orientações, apenas para o sistema penitenciário federal, sobre o procedimento padrão das medidas de controle e prevenção do novo coronavírus. Essas orientações foram resultado das atividades realizadas pelo grupo de trabalho instituído pela Portaria GAB-DEPEN nº 135, já mencionada anteriormente, publicada em 28 de fevereiro de 2020. Esses grupos tinham como objetivo promover estudos sobre o impacto da COVID-19 no sistema prisional brasileiro.

Contudo, foi a partir dos Grupos de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Medidas Socioeducativas (GMFs) constituídos pelos Tribunais de Justiça e pelos Tribunais Regionais Federais, criados pela Resolução nº 96 de 27 de outubro de 2009 do CNJ, que foram produzidos todos os boletins epidemiológicos com dados sobre números de casos, óbitos, taxas de vacinação e testagem, além de um levantamento sobre as estratégias utilizadas pelos estados para prevenção e tratamento da COVID-19 no sistema prisional brasileiro.

As informações que embasam os boletins são oriundas de distintas fontes dos poderes Executivo e Judiciário das unidades federativas, bem como dados encaminhados pelos Grupos de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário (GMFs) Estaduais, de boletins epidemiológicos de secretarias estaduais e dados enviados ao Departamento Penitenciário Nacional (Depen). Portanto, os boletins se somam às atividades de monitoramento, criação de comitês de acompanhamento e de planos de contingência, dentre as demais ações realizadas pelo CNJ no contexto da pandemia da COVID-19. (CNJ, 2021)

Os Relatórios de Monitoramento GMFs e Tribunais produzidos durante os anos de 2020, 2021 e 2022 fizeram um levantamento dos recursos e equipamentos disponíveis durante a pandemia de COVID-19 nos presídios: Equipamentos de Proteção Individual (EPIs),

alimentação, fornecimento de água e material de higiene e limpeza, além de medicamentos e equipes de saúde. A partir deles foi possível observar que alguns estados apresentaram questões como equipes insuficientes e dificuldades com o fornecimento de medicações. A Bahia, por exemplo, indicou como estratégia relacionada à medicação, a distribuição de ivermectina. Não há dados conclusivos sobre a eficácia deste medicamento para tratamento e prevenção da COVID-19, isso apresentado, inclusive por uma “Nota Técnica sobre a Ivermectina para o tratamento de pacientes com COVID-19” produzida pelo Ministério da Saúde em março de 2021. Ainda sobre os medicamentos, alguns estados indicaram insuficiência, outros não apresentaram informação sobre este item e outros indicaram suprimento suficiente para dar conta, incluindo a vinculação com a secretaria de saúde do estado.

Uma análise mais profunda sobre as reais condições das ações adotadas pelos estados não é possível, uma vez que muitos estados se limitaram a informar apenas como suficiente, outros não trouxeram alguns elementos, e a maioria deles manteve a mesma informação durante todo o período. Além disso, os estados Espírito Santo, Mato Grosso e Roraima nunca enviaram informações sobre suas ações, apenas sobre as penas pecuniárias. Bahia enviou dados somente entre agosto de 2020 e agosto de 2021, mantendo as mesmas informações nesse período; e Minas Gerais passou a apresentar informações a partir de outubro de 2020, apontando apenas dados sobre a aquisição de EPIs e mantendo-os até o final.

De modo geral, as informações mais detalhadas sobre as estratégias utilizadas são referentes a compra de EPIs, como máscaras avatais, gorros, luvas, viseiras óculos de proteção, álcool em solução, álcool em gel, tanto para servidoras/es quanto para internas/os, sendo que para as/os internas/os, em sua maioria, foram distribuídas máscaras, enquanto os outros materiais foram distribuídos para as/os servidoras/es.

Outro fator importante diz respeito à distribuição de recursos financeiros. A Nota Técnica Conjunta nº 01/20 do Conselho Nacional de Justiça e Conselho Nacional do Ministério Público recomendou o uso dos recursos do Fundo Penitenciário Nacional para o adequado tratamento da COVID-19 no sistema penitenciário, bem como a Portaria nº 143, de 25 de março de 2020, publicada pelo Ministério da Justiça e da Segurança Pública, autorizou o uso de R\$ 107 milhões dos recursos encaminhados via Fundo a Fundo no ano de 2019 para custeio e investimento de ações de enfrentamento à pandemia. No entanto, apenas Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Piauí e Rio Grande do Sul relataram ter recebido recursos federais para prevenção da COVID-19, totalizando cerca de R\$ 3 milhões. Já o Maranhão não recebeu repasse de valores do governo federal, mas recebeu materiais como máscaras, álcool em gel, termômetro, luvas e testes rápidos. 10 estados receberam verbas de outras fontes estaduais (total R\$14,1 milhões) e todos eles receberam verbas de penas pecuniárias (total R\$115 milhões), ação orientada pela Resolução nº 313 (CNJ, 2020) e pela Recomendação nº 62 (CNJ, 2020a), de acordo com dados da 40ª edição do Relatório de Monitoramento GMF's e Tribunais (CNJ, 2022).

Quanto à destinação das verbas de penas pecuniárias, os estados indicaram o uso do recurso na aquisição de medicamentos, materiais de limpeza e equipamentos necessários ao combate da pandemia de COVID-19, investimentos em oficinas dentro das unidades prisionais para confecção de EPI's, locação de tornozeleiras eletrônicas destinadas a presas/os do regime semiaberto durante a pandemia etc. Piauí, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Bahia, Espírito Santo e São Paulo indicaram os valores recebidos de verbas pecuniárias, mas não informaram o destino de utilização deles. Rio de Janeiro não informou nem valores, nem o destino da verba. (CNJ, 2020b)

Embora o parágrafo anterior informe qual a utilização das verbas pecuniárias para o sistema prisional de alguns estados, é importante ressaltar que a maior parte do valor indicado

foi repassado para as secretarias de Saúde e outras organizações, para o combate da pandemia de forma ampla em cada Estado e não revertido para ações e equipamentos nas unidades de privação de liberdade, propriamente ditas. (CNJ, 2020b)

Todas as questões apresentadas na categoria estrutura indicam que as equipes técnicas tiveram que adaptar rapidamente os espaços e fluxos de trabalho para cumprir protocolos de prevenção da COVID-19. Isso envolveu a organização da estrutura física, adequação dos espaços para isolamento e quarentena, além de seguir os protocolos de manejo clínico para o controle da doença (Ministério da Saúde, 2014; CNJ, 2020). Tudo isso exigiu uma abordagem coordenada e transparente, aumentando a responsabilidade das equipes em manter o funcionamento seguro das unidades prisionais.

No que se refere à categoria saúde observou-se que, as estratégias adotadas indicaram algumas fragilidades que refletiam a realidade do país naquele momento, denotando uma ineficiência do Estado na oferta de cuidado à população carcerária durante a pandemia. Os dados apontam impactos diretos na atenção à saúde, no acesso aos insumos e na construção de estratégias necessárias ao enfrentamento da pandemia, favorecendo a invisibilidade da COVID-19 no sistema prisional. (Sánchez et al., 2020)

De acordo com os Boletins CNJ de Monitoramento COVID-19 - Registro de casos e óbitos (CNJ, 2022a), foram notificados no sistema prisional brasileiro 78.620 casos e 343 óbitos por COVID-19. É importante frisar que os testes rápidos só começaram a ser realizados em setembro de 2020 e em um número muito aquém do necessário. No primeiro momento, foram realizados apenas 36.889 testes, para uma população carcerária que era de 672.103 pessoas. O total de testes realizados durante todo o período da pandemia até dezembro de 2022 foi de 422.275. (CNJ, 2022a)

Muitos documentos indicaram a importância da testagem para identificação e notificação de casos dentro das unidades prisionais, no sentido de prevenir a proliferação do

vírus tanto intra, quanto extramuros. Mas, o que se observou é que as pessoas privadas de liberdade não foram consideradas prioritárias no processo de testagem por suspeita de COVID-19, indicando que o quantitativo de óbitos e de casos pode ser questionado, em função da baixa testagem diagnóstica em vida e *post mortem* da população carcerária. (Sánchez, Simas, Diuana & Larouze, 2020). Além disso, o número total de mortes no mesmo período (2020 a 2022) abrangendo todas as causas (acidentais, desconhecidas, naturais por motivo de saúde, criminais e suicídios) é de 5.853. 68% dessas mortes foram contabilizadas como causas naturais por motivo de saúde, mas sem discriminação de quais são esses motivos de saúde. (SENAPPEN, 2024). Ainda assim, com os números que se tinham no início da pandemia, o Brasil já ocupava o quarto lugar com mais pessoas privadas de liberdade diagnosticadas com COVID-19 no mundo. (Costa, Silva, Brandão & Bicalho, 2020)

Conforme já foi sinalizado, o risco de proliferação de qualquer vírus dentro do sistema prisional é muito maior do que fora dele. Isso também pode ser observado quanto ao vírus da COVID-19, pois o primeiro caso foi registrado no Brasil oficialmente em 26 de fevereiro de 2020, enquanto a primeira morte foi confirmada 20 dias após o primeiro caso, quando havia 291 casos de COVID-19 confirmados no país. Já no contexto prisional, o primeiro caso foi confirmado no dia 08 de abril de 2020 e a primeira morte foi confirmada 9 dias após, quando havia apenas 58 casos confirmados nos presídios brasileiros. (CNJ, 2020b)

Assim como na população geral, acredita-se que o número de casos no sistema prisional esteja subnotificado em função das/os pacientes assintomáticas/os, da dificuldade de diagnóstico e testagem em massa e do desafio da padronização metodológica dos registros e divulgação das informações. (CNJ, 2020b) Nesse sentido, é importante considerar a conjuntura brasileira que estava atravessada não só pela crise sanitária, mas, principalmente, por uma crise institucional e política. Isso denota uma despreocupação do Estado com os índices de morte associados à pandemia, sobretudo da população carcerária. Portanto, os

dados obtidos e analisados retratavam uma realidade bastante preocupante que inspirava atenção (CNJ, 2020b).

Quanto às estratégias de saúde organizadas para o enfrentamento à pandemia, foi possível perceber que em alguns estados foram constituídas equipes específicas para a atenção à COVID-19, bem como a organização da ampliação dos atendimentos e disponibilização de leitos hospitalares e unidades de saúde especializadas para o atendimento à COVID-19, como é o caso da Bahia, Distrito Federal, Ceará, Maranhão e Santa Catarina. Outros estados estabeleceram parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde para ter o suporte de equipes de saúde e acesso às medicações (Acre, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Rio Grande do Sul, Rondônia e Sergipe). Contudo, o Amapá indicou a insuficiência nas equipes para atender às demandas de COVID-19, mas sem relacionar quais fatores caracterizam essa insuficiência. Já o Paraná sinalizou a falta de médica/o, psicóloga/o e dentista nas equipes de saúde e o Tocantins pontuou que, apesar de cada unidade de saúde prisional ter sua equipe completa, eventualmente faltam profissionais no interior. Alagoas, Minas Gerais, Goiás, Piauí e Rio Grande do Norte não apresentaram informações sobre este aspecto. (CNJ, 2022a)

Quanto à vacinação, o primeiro Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra COVID-19 foi publicado em 10 de dezembro de 2020. Nele é possível encontrar a descrição dos grupos prioritários, bem como as recomendações para a vacinação. Inicialmente, apenas as/os funcionárias/os do sistema prisional aparecem como prioridade neste plano. As pessoas privadas de liberdade vão aparecer como grupo prioritário na vacinação no segundo plano publicado logo depois em 16 de dezembro de 2020. O processo de vacinação se iniciou em todo território nacional no dia 18 de janeiro de 2021, e, à medida que o processo foi avançando, novas edições do Plano Nacional foram sendo publicadas e novos grupos de pessoas foram sendo adicionados aos grupos prioritários. Apenas em março de 2021 é que o Plano Nacional de Vacinação aparece em um documento publicado

especificamente para a população privada de liberdade. Este documento foi a atualização do Manual de Recomendações para Prevenção e Cuidado da COVID-19 no Sistema Prisional Brasileiro em sua segunda edição.

Somente no boletim de monitoramento de 22 de abril de 2021 é que constam informações sobre o quantitativo de vacinação na população carcerária. De acordo com os boletins, em dezembro de 2022, 71,3% da população carcerária havia chegado à cobertura vacinal da segunda dose ou dose única.

Seguindo com outras estratégias de saúde, em maio de 2020 dentro do regime fechado, 93% dos estados indicaram que haviam realizado a distribuição de kits de higiene, providenciado espaços de isolamento adequado para pessoas sintomáticas e feito a higienização dos espaços; já 89% tinham adotado referenciamento para rede de saúde em casos suspeitos ou confirmados. (CNJ, 2020b)

Para os estabelecimentos de regime semiaberto, os números são menores: 67% haviam providenciado espaços de isolamento para pessoas sintomáticas, 63% dos estados realizaram distribuição de kits de higiene e a higienização dos espaços, e, apenas 59% tinham adotado referenciamento para rede de saúde em casos suspeitos ou confirmados. Ainda no regime semiaberto, com relação às saídas temporárias em maio de 2020, apenas um estado estava realizando testagem no retorno e nenhum estado estava realizando testagem na saída. Um total de 8 estados haviam adotado referenciamento para a rede em casos suspeitos ou confirmados na situação de saída temporária. (CNJ, 2020b)

As ações adotadas só podem ser observadas quantitativamente, não é possível através dos relatórios de monitoramento analisar a qualidade dessas estratégias, uma vez que os estados não detalham quais as condições dos espaços de isolamento, nem qual a forma de higienização desses ambientes, tão pouco qual as condições da rede de saúde para dar celeridade aos atendimentos de casos suspeitos. A falta de informações indica a

despreocupação e a possível negligência com as pessoas privadas de liberdade durante a pandemia, considerando as condições das prisões no Brasil e o descaso com a qual a COVID-19 foi tratada pelo Estado brasileiro.

O aumento da demanda por cuidados de saúde dentro do sistema prisional durante a pandemia significa que as equipes técnicas de saúde enfrentaram uma carga de trabalho muito maior, com a necessidade de realizar triagens contínuas, monitorar o estado de saúde dos apenados e garantir o acesso a exames e tratamentos (Anistia Internacional, 2021). Além disso, falta de insumos ou medicações adequados poderia comprometer o atendimento, exigindo que os profissionais tivessem que lidar com a escassez de recursos de maneira criativa e eficiente.

A categoria garantia de direitos humanos revela que ações direcionadas para a garantia dos direitos humanos e melhores condições prisionais durante a pandemia ficaram muito evidentes nos documentos produzidos pelo poder judiciário e pelas instâncias internacionais e bem menos presentes nos documentos produzidos pelo poder executivo.

Fora dos muros das prisões, o que se percebeu foram ações do sistema de justiça no intuito de garantir o acesso à saúde pública, algo que já vinha sendo executado antes mesmo da pandemia. Temas como acesso a melhores condições prisionais, prisão domiciliar ou conversão da pena para regimes semiaberto e aberto foram muito debatidos e apresentados pelo sistema de justiça. Isso pode ser observado nitidamente nos documentos analisados.

Uma das decisões mais importantes publicadas pela Recomendação nº 62 (CNJ, 2020a) foi a orientação a juízas/es sobre a redução da superlotação carcerária. Esta orientação está em consonância com documentos internacionais publicados: Nota Informativa – Penal Reform International - PRI (2020); Nota de posicionamento - ONU/UNODC - Escritório das Nações Unidas sobre drogas e crime (2020); Resolução 01/2020: Pandemia e Direitos Humanos nas Américas - Comissão Interamericana de Direitos Humanos (2020) ; Aportes

para Ministras y Ministros de Justicia y autoridades de Instituciones homólogas de la Comunidad Iberoamericana ante el COVID-19 - Conferência dos Ministros da Justiça dos países ibero-americanos (COMJIB) (2020). Esses documentos versam sobre a reavaliação de prisões provisórias e sobre a possibilidade de considerar a situação de determinados grupos de presos condenados, concedendo, sempre que possível, a prisão domiciliar, como: gestantes, lactantes e/ou mulheres responsáveis por crianças até 12 anos de idade, entre outros indivíduos vulneráveis; custodiados em estabelecimentos superlotados, sem atendimento de saúde adequado; presos em regime aberto e semiaberto; presos preventivamente há mais de 90 dias; pessoas que cometeram crime sem violência ou grave ameaça. (CNJ, 2022b)

Dos documentos produzidos pelo Brasil apenas um publicado pelo poder executivo faz menção a esta estratégia, a Resolução nº 04 produzida pelo Ministério da Justiça e Segurança Pública (2020), já mencionada anteriormente. Todos os outros documentos encontrados que fazem menção a esta estratégia foram publicados pelo CNJ (poder judiciário).

Nesse sentido, o desencarceramento aparece como uma das estratégias mais abordadas nos documentos jurídicos e internacionais, como uma estratégia de redução da superlotação. No Brasil, das 27 UFs analisadas no período de maio de 2020, 25 indicaram solturas em função do contexto de COVID-19, com variações importantes entre os estados, desde os 30,2% (3.740 presas/os) que foram soltos no estado do Maranhão até os 1,56% (3.626 presas/os) que foram soltos em São Paulo, estado que tem a maior população carcerária do país (233.089 presas/os). Os números equivalem a 35 mil solturas, representando apenas 4,64% do total de 672.103 mil pessoas privadas de liberdade no Brasil nesta época. Esses números parecem se aproximar de dados internacionais que indicam que cerca de 5% das pessoas privadas de liberdade foram soltas em todo o mundo no mesmo período. (CNJ, 2020b)

Quanto aos presos provisórios que equivaliam à 32% da população carcerária (SENAPPEN, 2024) nesse período, a Recomendação 62 (CNJ, 2020a) também orienta a soltura dessas pessoas. De acordo com o relatório de monitoramento, 20 (73%) estados indicaram a realização de medidas de soltura para este público, totalizando 8.194 solturas, sendo a maior quantidade realizada na Bahia (1.878 solturas de presos provisórios) (CNJ, 2020b). No entanto, o número total de solturas é um percentual (4%) muito aquém da quantidade total de presos provisórios que no Brasil totalizava 215.255 pessoas em privação de liberdade neste mesmo período (SENAPPEN, 2024).

O desencarceramento no período da pandemia encontra respaldo no pressuposto de que uma redução de cerca de 83% de detenções de indivíduos encarcerados por crimes leves, resultaria em 71,8% a 76,6% menos infecções na população carcerária, 2,4% a 3,5% menos infecções entre funcionárias/os e 12,1% a 13,7% na comunidade geral. (Lofgren et al., 2020) Por isso, a Organização Mundial de Saúde, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos e o CNJ recomendaram em seus diversos documentos que as pessoas que compunham grupos de risco para COVID-19 deixassem as prisões, caso não oferecessem perigo à sociedade. (Carvalho et al., 2020)

Essa foi uma questão abordada em todo o mundo. Os EUA (país com a maior população carcerária do mundo, totalizando 2,3 milhões de pessoas encarceradas), utilizaram muitas medidas de desencarceramento semelhantes às adotadas no Brasil. No entanto, observou-se que as medidas não contaram com um planejamento adequado, resultando em presos liberados desabrigados e em situação precária, aumentando as chances de reincidência e retorno ao sistema carcerário (CNJ, 2021), contexto muito próximo às condições de desigualdade social impostas no Brasil.

Além das estratégias de desencarceramento, outras estratégias para garantia de direitos humanos também foram identificadas nos documentos analisados, sobretudo nos documentos

internacionais e naqueles produzidos pelo poder executivo. A Comissão Interamericana de Direitos Humanos apresentou, na Resolução 01/2020 – Pandemia e Direitos Humanos nas Américas publicada em 10 de abril de 2020, orientações sobre as condições das instalações das prisões e sobre a construção de protocolos para a garantia de segurança e ordem nas unidades de privação de liberdade para prevenir atos de violência relacionados com a pandemia, respeitando as normas interamericanas. Já o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas em sua Nota de Posicionamento publicada em 31 de março de 2020 apresentou, dentre outras questões, orientações sobre a necessidade de garantir a saúde e o bem-estar das/os presos, das/os agentes prisionais, de outro pessoal penitenciário e das/os visitantes como centro das medidas de prevenção e controle das infecções, respeitando ao mesmo tempo as salvaguardas fundamentais delineadas nas Regras Mínimas Padrão das Nações Unidas para o Tratamento de Prisioneiros - Regras de Nelson Mandela (UNODC, 2016). O Conselho Nacional do Ministério Público em sua Nota Técnica nº 2/2020, bem como o CNJ em suas Orientações Técnicas publicada em maio de 2020, apresentaram a importância da assistência para o cuidado à saúde mental (terapêuticos, medicamentos, ambulatoriais, de acordo com a prescrição da equipe de saúde) das pessoas privadas de liberdade com o objetivo de diminuir sentimentos de angústia, desespero ou exposição a reações violentas dentro do estabelecimento prisional.

Nesse sentido, a Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz), em 16 de junho de 2020, publicou um documento intitulado “Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: covid e a população privada de liberdade” direcionado a gestoras/es e profissionais de saúde dos sistemas prisional e socioeducativo, visando reunir as informações disponíveis sobre a pandemia da COVID-19 até aquele momento nas instituições de privação de liberdade do Brasil e seus impactos na saúde física e mental de pessoas encarceradas, trabalhadoras/es das

unidades prisionais e profissionais do sistema de garantias de direitos, bem como reunir orientações para prevenção, cuidado e atenção psicossocial.

Poucas informações sobre estratégias de garantias de direitos foram encontradas nos documentos publicados pelo poder executivo como a regulamentação da carta virtual (canal de mensagem de texto eletrônica que deverá ser utilizada exclusivamente para notícias familiares), como medida excepcional e temporária, para comunicação entre familiares/visitantes com as/os presas/os custodiadas/os contida nas Portarias DISPF nº 10 (02 de abril de 2020) e nº 13 (28 de abril de 2020) publicadas pelo Ministério da Justiça e da Segurança Pública para as penitenciárias federais.

É importante ressaltar também, que de acordo com o relatório de monitoramento, foi possível identificar que, em maio de 2020, as medidas relativas à suspensão de visitas, a suspensão de atividades de educação e assistência religiosa foram realizadas por 26 estados. (CNJ, 2020b) Nos documentos analisados nesta pesquisa, 8 vão tratar da suspensão de visitas, dos atendimentos de advogados, das atividades educacionais, de trabalho, das assistências religiosas e das escoltas, mas indicam a manutenção de visitas virtuais, sobre as quais não há informações nos relatórios.

Este isolamento através da suspensão do acesso de pessoas externas, como familiares, advogados/as, defensores/as e demais agentes do sistema de justiça e lideranças religiosas foi uma estratégia adotada de modo geral pelas instituições prisionais. O que aumenta o nível de insalubridade e limitação da garantia de direitos das pessoas privadas de liberdade, uma vez que os agentes externos auxiliam diretamente na manutenção da política pública para as/os apenadas/os. É por meio de familiares que essas pessoas têm acesso a alimentação, produtos de higiene, remédios, vestimentas etc., (84% dos estados suspenderam a entrega de insumos). E é através dos agentes jurídicos que se garante a revisão e o controle da atividade administrativa e policial dentro das unidades prisionais. (Machado & Vasconcelos, 2021)

Foram encontradas no Manual Recomendações para Prevenção e Cuidado da COVID-19 no Sistema Prisional Brasileiro em suas duas edições publicadas pelo Ministério da Saúde em conjunto com o Ministério da Justiça e Segurança Pública as seguintes indicações: realização de visitas virtuais para manutenção do vínculo familiar; possibilidade de entrega de cartas nas unidades prisionais, com datas e horários definidos; e utilização do sistema de som das unidades para transmissão de mensagens de grupos religiosos. No entanto, cabe pontuar, que nenhuma das estratégias de garantia de direitos humanos, atenção à saúde mental e manutenção de vínculos pode ser constatada nos relatórios de monitoramento, pois não havia informações sobre a organização e manutenção dessas estratégias.

Outro ponto que vale salientar é que coube às equipes técnicas garantirem que as condições de isolamento fossem dignas e que os direitos humanos das/os apenadas/os fossem respeitados, conforme estipulado nas Regras de Nelson Mandela (UNODC, 2016). Isso incluiu a proteção à saúde mental das/os encarceradas/os, a manutenção de algum nível de contato com familiares (mesmo que remoto) e a defesa por condições sanitárias adequadas dentro das prisões. A implementação dessas medidas exigiu um esforço adicional de mediação entre as diretrizes internacionais e as limitações estruturais e políticas dentro das instituições brasileiras. Ademais a pressão de atuar em um ambiente de alta contaminação e com recursos limitados pode afetar a saúde mental das/os próprias/os profissionais, o que também indica a necessidade de atenção e estratégias institucionais de cuidado para essas equipes (Anistia Internacional, 2021).

Portanto, as estratégias de enfrentamento à COVID-19 no sistema prisional brasileiro exigiram uma reorganização significativa da prática profissional das equipes técnicas que atuam nesses espaços, incluindo psicólogos e assistentes sociais. O Conselho Federal de Psicologia (CFP) e o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) emitiram normativas que reforçaram a necessidade de adaptações às novas demandas, como a adoção de tecnologias da

informação para manter o atendimento, respeitando os princípios éticos e de sigilo. O trabalho remoto e o uso de plataformas online, por exemplo, foram soluções apontadas pelo CFP para manter o acompanhamento psicológico, minimizando os impactos do isolamento, da suspensão de visitas e das condições precárias no encarceramento (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2020). Além disso, o CFESS destacou a importância do compromisso dos assistentes sociais com a defesa dos direitos humanos no cárcere, principalmente no contexto da pandemia, onde ações de desencarceramento e de promoção de condições dignas de isolamento ganharam urgência (Conselho Federal de Serviço Social [CFSS], 2020). Essas normativas também ressaltam os desafios da prática profissional no sistema prisional, como o enfrentamento à superlotação, à precariedade estrutural e à escassez de recursos, que dificultam a efetivação de políticas de saúde e direitos humanos. Pesquisas sobre o trabalho de psicólogos e assistentes sociais em prisões indicam que, além da limitação física e material, há o agravamento das demandas emocionais e de saúde mental dos apenados durante a pandemia, exigindo dos profissionais uma capacidade ampliada de manejo clínico e de intervenções psicossociais (Barros & Feitosa, 2021). A pandemia, portanto, evidenciou a necessidade de fortalecimento das equipes técnicas e de uma revisão das políticas de saúde prisional para garantir que os direitos fundamentais das pessoas privadas de liberdade sejam respeitados, conforme delineado nas Regras de Nelson Mandela (UNODC, 2016).

Muitos são os desafios para efetivação das políticas públicas e para as garantias de direitos dentro do sistema prisional, especialmente no período de pandemia. Estar em privação de liberdade, sobretudo no Brasil, significa ter uma série de direitos negados e uma condição de acirramento das vulnerabilidades. Se considerarmos que 67% da população carcerária no Brasil é negra, podemos ainda associar que o sistema prisional é uma das instituições que mais opera no processo de genocídio do povo preto em curso no país desde o período da escravização. E durante a pandemia não seria muito diferente, as condições de

vulnerabilidade associadas à desigualdade e ao racismo estrutural foram bastante evidenciadas durante a crise pandêmica. E o sistema prisional foi umas das instituições que mais recebeu o reflexo disso, uma vez que é repleto de corpos negros que historicamente e hoje, ainda com muita força, são perpassados pelo controle e pela punição. (Borges, 2019)

Nesse sentido, o conceito de necropolítica embasa essa discussão apresentando o entendimento das diferenças existentes nas ações do Estado em relação a determinados grupos e a distribuição diferencial de direito à vida. Durante a pandemia ficaram evidentes as estratégias desenvolvidas para que os corpos negros, especialmente os que estão inseridos no sistema prisional, desaparecessem. Portanto negar a garantia do direito à vida e a saúde dessas pessoas é uma forma de deixá-las morrer, submetendo-as a inúmeras formas de degradação da vida em todas as suas instâncias (Freitas & Berg, 2019).

A população carcerária mundial e os egressos do sistema penal seguem abandonados pelo poder público, e na lógica da necropolítica, essas pessoas são desprovidas de status político, tendo suas vidas retiradas de modo direto ou sendo expostas à morte. (Carvalho et al., 2020). Nesse sentido, a precariedade de políticas públicas, a negação de direitos e garantias individuais, a política criminal orientada a matar e a política penitenciária orientada a encarcerar são alicerces de um projeto racista de sociedade, onde vidas negras pouco importam. (Costa et al., 2020)

### **Considerações Finais**

Este estudo se dispôs a analisar as estratégias desenvolvidas para o cuidado das pessoas encarceradas no período da pandemia, através da discussão sobre as políticas de enfrentamento para a COVID-19 no sistema prisional. Muitos foram os documentos e dados investigados para realizar esta análise e o que se pode observar é que houve um esforço de publicação e organização de normativas direcionadas ao sistema prisional durante a

pandemia. Mas, a efetivação dessas orientações, bem como a publicização de dados sobre as ações realizadas ficou aquém das necessidades do contexto prisional. Isso se deve à conjuntura política e ao contexto de abandono pelo poder público da população carcerária calcadas numa lógica necropolítica.

Se considerarmos os documentos internacionais e a Recomendação 62 (CNJ, 2020a), a pandemia poderia ter sido o momento ideal para permitir a mudança de uma cultura da violação massiva de direitos das pessoas presas, levando em conta todas as orientações sobre o desencarceramento e a flexibilização de pena previstas nestes documentos. Mas, pensando numa estrutura social muito bem arquitetada e calcada na hierarquização de poder através de marcadores como gênero, raça, classe social e geração, o que se viu foi um adensamento das violações e vulnerabilidades às quais já estão submetidas as pessoas privadas liberdade. Essa constatação reforça ainda mais a ideia de que é preciso continuar na luta pela garantia dos direitos dessa população e a necessidade de mais pesquisas e eventos com essa temática. Uma vez que essa população é constantemente invisibilizada em todas as instâncias sociais, ou seja, deixada para morrer.

## Referências

- Anistia Internacional. Covid-19 e Direitos Humanos no Brasil: caminhos e desafios para uma recuperação justa. 2021. Disponível em: <https://www.anistia.org.br/informe/novo-relatorio-covid-19-e-direitos-humanos-no-brasil-caminhos-e-desafios-para-uma-recuperacao-justa/>
- Barros, L., & Feitosa, M. (2021). Desafios da atuação psicossocial no sistema prisional durante a pandemia de COVID-19. *Psicologia e Sociedade*, 33(2), 1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2021v33242163>
- Borges, J. (2020). *Encarceramento em massa*. (1ª ed.). São Paulo: Sueli Carneiro; Editora Jandaíra.

- Carvalho, S.G., Santos, A. B. S., & Santos, I. M. (2020). A pandemia no cárcere: intervenções no superisolamento. *Ciência e Saúde Coletiva*, 25(9), 3493-3502. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/GCbXVPLqVYQ7Kxz7SsVCjVS/>
- Conferência dos Ministros da Justiça dos países ibero-americanos (COMJIB). (2020, 24 de abril). Aportes para Ministras y Ministros de Justicia y autoridades de Instituciones homólogas de la Comunidad Iberoamericana ante el COVID-19. Madrid, Espanha. Recuperado em <https://comjib.org/wp-content/uploads/2020/03/Aportes-para-Ministras-y-Ministros-de-Justicia-y-autoridades-de-instituc....pdf>
- Conselho Federal de Psicologia. (2020). Nota técnica sobre atuação de psicólogos no sistema prisional durante a pandemia de COVID-19. Conselho Federal de Psicologia. Recuperado em <https://www.cfp.org.br>
- Conselho Federal de Serviço Social. (2020). Orientações para o trabalho de assistentes sociais no contexto da pandemia no sistema prisional. Conselho Federal de Serviço Social. <https://www.cfess.org.br>
- Conselho Nacional de Justiça (CNJ). (2020, maio). Monitoramento CNJ Covid 19: Efeitos da Recomendação nº 62/2020. Brasil, 1ª ed. Recuperado de <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2020/08/Monitoramento-CNJ-Covid-19-Abril.20.pdf>
- Conselho Nacional de Justiça (CNJ). (2020, maio). Orientações Técnicas sobre políticas de cidadania e garantia de direitos às pessoas privadas de liberdade e egressas do sistema prisional durante o período de pandemia da COVID-19. Brasília, DF. Recuperado de [https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2020/07/OrientacaoTecnica\\_PoliticadeCidadania.pdf](https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2020/07/OrientacaoTecnica_PoliticadeCidadania.pdf)
- Conselho Nacional de Justiça (CNJ). (2020a). Monitoramento GMFs e Tribunais. Brasil, 21ª ed. Recuperado de <https://www.cnj.jus.br/sistema-carcerario/covid-19/>
- Conselho Nacional de Justiça (CNJ). (2020b) Relatório de monitoramento da COVID-19 e da recomendação 62/CNJ nos sistemas penitenciário e de medidas socioeducativas II. Brasília, DF. Disponível em [https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2020/09/Relatorio\\_II\\_Covid\\_web\\_0909.pdf](https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2020/09/Relatorio_II_Covid_web_0909.pdf)
- Conselho Nacional de Justiça (CNJ). (2021, 22 de abril). Monitoramento GMFs e Tribunais. Brasil, 21ª ed. Recuperado de <https://www.cnj.jus.br/sistema-carcerario/covid-19/>
- Conselho Nacional de Justiça (CNJ). (2021). Monitoramento GMFs e Tribunais. Brasil, 21ª ed. Recuperado de <https://www.cnj.jus.br/sistema-carcerario/covid-19/>
- Conselho Nacional de Justiça (CNJ). (2021). COVID-19: análise do auto de prisão em flagrante e ações institucionais preventivas. Brasília, DF: Conselho Nacional de Justiça. Disponível em <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/09/caderno2-covid-19-analise-do-auto-prisao-flagrante.pdf>

- Conselho Nacional de Justiça (CNJ). (2022a) Boletins CNJ de Monitoramento COVID-19 - Registro de casos e óbitos. Brasília: Conselho Nacional de Justiça. Disponível em <https://www.cnj.jus.br/sistema-carcerario/covid-19/>
- Conselho Nacional de Justiça (CNJ). (2022, 02 de fevereiro). Monitoramento GMFs e Tribunais. Brasil, 40ª ed. Recuperado de <https://www.cnj.jus.br/sistema-carcerario/covid-19/>
- Conselho Nacional de Justiça (2022, jan – dez). Boletins CNJ de Monitoramento COVID-19 - Registro de casos e óbitos. Brasil. Recuperado de <https://www.cnj.jus.br/sistema-carcerario/covid-19/>
- Conselho Nacional de Justiça. (2022) Levantamento nacional sobre a atuação dos serviços de alternativas penais no contexto da COVID-19. Brasília, DF. Disponível em <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2023/02/levantamento-nacional-alternativas-penais-covid-19-4.pdf>
- Conselho Nacional de Justiça. (2022). Monitoramento GMFs e Tribunais. Brasil, 21ª ed. Recuperado de <https://www.cnj.jus.br/sistema-carcerario/covid-19/>
- Costa, J. S., Silva, J. C. F., Brandão, E. S. C. & Bicalho, P. P. G. (2020). COVID-19 no sistema prisional brasileiro: da indiferença como política à política de morte. *Psicologia & Sociedade*, 32(e020013), 1-19. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32240218>
- Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC). (2020, 31 de março). Nota de posicionamento: Preparação e respostas à COVID-19 nas prisões. Áustria, Viena. Recuperado de <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2020/04/unodc-e-dependem-discutem-cooperacao-no-sistema-prisional.html>
- Freitas, S. S. & Berg, T. (2019). Deixar viver, deixar morrer: biopoder e necropolítica em tempos de pandemia. [SYN]THESIS, 12 (1), 76-86. Disponível em <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/synthesis/article/view/58549>
- Fundação Osvaldo Cruz. (2020). Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: covid e a população privada de liberdade. Rio de Janeiro: Fiocruz. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41680>
- Lei nº 13.979 de 06 de fevereiro de 2020*. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2020/lei/113979.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/113979.htm)
- Lofgren, E., Lum, K., Horowitz, A., Madubuowu, B. & Fefferman, N. The Epidemiological Implications of Incarceration Dynamics in Jails for Community, Corrections Officer, and Incarcerated Population Risks from COVID-19. *MedRxiv*, 2020 [preprint]. Disponível em <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.08.20058842v1.full-text>

- Machado, M. R. & Vasconcelos, N. P. (2021). Uma conjuntura crítica perdida: a COVID-19 nas prisões brasileiras. *Rev. Direito e Práx.*, 12 (3), 2015-2043. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rdp/a/cTyMBHMnrQqZ9fH3sFRW3QC/>
- Mbembe, A. (2018). *Necropolítica*. N-1 Edições.
- Minayo, M. C. de S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(Ciênc. saúde coletiva, 2012 17(3)). <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>
- Ministério da Justiça e Segurança Pública. (2021, março). Manual – Recomendações para prevenção e cuidado da covid-19 no sistema prisional brasileiro. Brasil, 2ª ed. Recuperado de [https://c551e460-0609-4bbe-909f-729fc0b5e784.filesusr.com/ugd/4979d2\\_8fc8b4d281a6439a87aca3095039b9b2.pdf](https://c551e460-0609-4bbe-909f-729fc0b5e784.filesusr.com/ugd/4979d2_8fc8b4d281a6439a87aca3095039b9b2.pdf)
- Ministério da Saúde. (2014). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pnaisp/pnaisp>
- Ministério da Saúde. (2020, 10 de dezembro). Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19. Brasil. Recuperado de [https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/2020\\_12\\_11\\_plano-de-vacinacao-covid19\\_revisado.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/2020_12_11_plano-de-vacinacao-covid19_revisado.pdf)
- Ministério da Saúde. (2020, 16 de dezembro). Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19. Brasil.
- Ministério da Saúde. (2021, março). Nota Técnica: Ivermectina para o tratamento de pacientes com COVID-19. Brasília, DF. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/notas-tecnicas/2022/nota-tecnica-ivermectina-covid-19>
- Ministério da Saúde & Ministério da Justiça e Segurança Pública. (2020, abril). Manual – Recomendações para prevenção e cuidado da COVID-19 no sistema prisional brasileiro. Brasil, 1ª ed. Recuperado de [https://www.gov.br/senappen/pt-br/assuntos/noticias/espen-incentiva-servidores-a-capitacao-ead/copy\\_of\\_ManualCovid191.pdf](https://www.gov.br/senappen/pt-br/assuntos/noticias/espen-incentiva-servidores-a-capitacao-ead/copy_of_ManualCovid191.pdf)
- Nota Técnica nº 02 de 25 de março de 2020*. Estudo e Roteiro sugestivo de providências para atuação do Ministério Público no âmbito do sistema prisional no enfrentamento da emergência em saúde pública decorrente da pandemia de COVID-19 (novo coronavírus). Brasília, DF: Conselho Nacional do Ministério Público. Disponível em [https://www.cnmp.mp.br/portal/images/Notas\\_T%C3%A9cnicas/CNMP-CSP-ROTEIRO-COVID-19.pdf](https://www.cnmp.mp.br/portal/images/Notas_T%C3%A9cnicas/CNMP-CSP-ROTEIRO-COVID-19.pdf)
- Nota Técnica Conjunta nº 01 de 28 de abril de 2020*. Nota Técnica referente à destinação de recursos do Fundo Penitenciário Nacional em face da decretação de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional para o novo Coronavírus – COVID-19. Brasília, DF: Conselho Nacional de Justiça e Conselho Nacional do Ministério Público. Disponível em [https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2020/04/NotaTecnica-CNJ\\_CNMP-Funpen-28042020.pdf](https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2020/04/NotaTecnica-CNJ_CNMP-Funpen-28042020.pdf)

Penal Reform International (PRI). (2020, 16 de março). Nota informativa - Coronavírus: Atención sanitaria y derechos humanos de las personas en prisión. Múltiplos Locais: Amman | Bishkek, Kampala, London, Nur-Sultan, Tbilisi. Recuperado de <https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2020/03/Nota-Informativa-Coronavirus-Esp.pdf>

*Portaria nº 188 de 03 de fevereiro de 2020.* Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Portaria/Portaria-188-2020-03.htm#:~:text=Gabinete%20do%20Ministro%20PORTARIA%20N%C2%BA%20188%2C%2%A0DE%203%20DE,decorr%C3%Aancia%20da%20Infec%C3%A7%C3%A3o%20Humana%20pelo%20novo%20Coronav%C3%ADrus%20%282019-nCoV%29](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/Portaria-188-2020-03.htm#:~:text=Gabinete%20do%20Ministro%20PORTARIA%20N%C2%BA%20188%2C%2%A0DE%203%20DE,decorr%C3%Aancia%20da%20Infec%C3%A7%C3%A3o%20Humana%20pelo%20novo%20Coronav%C3%ADrus%20%282019-nCoV%29)

*Portaria nº 135 de 18 de março de 2020.* Estabelece padrões mínimos de conduta a serem adotados em âmbito prisional visando a prevenção da disseminação do COVID-19. Brasília, DF: Ministério da Justiça e Segurança Pública. Disponível em <https://pge.se.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/Portaria-135-2020-1.pdf>

*Portaria nº 143 de 25 de março de 2020.* Dispõe sobre a possibilidade de reformulação e revisão de planos de aplicação dos recursos associados aos programas previstos no § 2º do art. 3º A da Lei Complementar nº 79, de 1994, como medida excepcional para enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19) no sistema prisional brasileiro. Brasília, DF: Ministério da Justiça e da Segurança Pública. Disponível em [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Portaria/PRT/Portaria-143-2020-03.htm#:~:text=Art.%202%C2%BA%20Ficam%20autorizadas%20a%20reformula%C3%A7%C3%A3o%20e%20revis%C3%A3o,da%20pandemia%20do%20coronav%C3%ADrus%20%28COVID-19%29%20nos%20ambientes%20prisionais](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria-143-2020-03.htm#:~:text=Art.%202%C2%BA%20Ficam%20autorizadas%20a%20reformula%C3%A7%C3%A3o%20e%20revis%C3%A3o,da%20pandemia%20do%20coronav%C3%ADrus%20%28COVID-19%29%20nos%20ambientes%20prisionais)

*Portaria nº 913 de 22 de abril de 2022.* Declara o encerramento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV) e revoga a Portaria GM/MS nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Portaria/PRT/Portaria-913-22-MS.htm#art3](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria-913-22-MS.htm#art3)

*Portaria DISPF nº 10 de 02 de abril de 2020.* Regulamenta a carta virtual nas Penitenciárias Federais do Sistema Penitenciário Federal do Departamento Penitenciário Nacional como forma de prevenção, controle e contenção de riscos do Novo Coronavírus. Brasília, DF: Ministério da Justiça e da Segurança Pública. Disponível em [https://dspace.mj.gov.br/bitstream/1/1673/1/PRT\\_DISPF\\_2020\\_10.pdf](https://dspace.mj.gov.br/bitstream/1/1673/1/PRT_DISPF_2020_10.pdf)

*Portaria DISPF nº 13 de 28 de abril de 2020.* Regulamenta a carta virtual nas Penitenciárias Federais do Sistema Penitenciário Federal do Departamento Penitenciário Nacional como forma de prevenção e controle do COVID-19. Brasília, DF: Ministério da Justiça e da Segurança Pública. Disponível em [https://dspace.mj.gov.br/bitstream/1/1672/1/PRT\\_DISPF\\_2020\\_13.pdf](https://dspace.mj.gov.br/bitstream/1/1672/1/PRT_DISPF_2020_13.pdf)

*Portaria GAB-DEPEN nº 135 de 28 de fevereiro de 2020.* Institui grupo de trabalho objetivando promover estudos acerca do impacto do Coronavírus (COVID-19) no Sistema Prisional Brasileiro, bem como propor as ações preventivas e protocolos de atuação cabíveis. Brasília, DF: Ministério da Justiça e da Segurança Pública – DEPEN.

Disponível em

[https://dspace.mj.gov.br/bitstream/1/679/2/PRT\\_DEPEN\\_2020\\_135.html#:~:text=Minist%C3%A9rio%20da%20Justi%C3%A7a%20e%20Seguran%C3%A7a%20P%C3%ABlica%20PORTARIA%20N%C2%BA,as%20a%C3%A7%C3%B5es%20preventivas%20e%20protocolos%20de%20atua%C3%A7%C3%A3o%20cab%C3%ADveis](https://dspace.mj.gov.br/bitstream/1/679/2/PRT_DEPEN_2020_135.html#:~:text=Minist%C3%A9rio%20da%20Justi%C3%A7a%20e%20Seguran%C3%A7a%20P%C3%ABlica%20PORTARIA%20N%C2%BA,as%20a%C3%A7%C3%B5es%20preventivas%20e%20protocolos%20de%20atua%C3%A7%C3%A3o%20cab%C3%ADveis)

*Recomendação Nº 62 de 17 de março de 2020 (2020a).* Recomenda aos Tribunais e magistrados a adoção de medidas preventivas à propagação da infecção pelo novo coronavírus – COVID-19 no âmbito dos sistemas de justiça penal e socioeducativo. Brasília, DF: Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Disponível em <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/3480>

*Resolução nº 96 de 27 de outubro de 2009.* Dispõe sobre o Projeto Começar de Novo no âmbito do Poder Judiciário, institui o Portal de Oportunidades e dá outras providências. Brasília, DF: Conselho Nacional de Justiça. Disponível em <https://www.normasbrasil.com.br/norma/?id=110812>

*Resolução nº 313 de 19 de março de 2020.* Estabelece, no âmbito do Poder Judiciário, regime de Plantão Extraordinário, para uniformizar o funcionamento dos serviços judiciários, com o objetivo de prevenir o contágio pelo novo Coronavírus – COVID-19, e garantir o acesso à justiça neste período emergencial. Brasília, DF: Conselho Nacional de Justiça. Disponível em <https://atos.cnj.jus.br/files/original221425202003195e73eec10a3a2.pdf>

*Resolução nº 01 de 10 de abril de 2020.* Pandemia e direitos humanos nas américas. Washington, D.C., Estados Unidos da América. Disponível em <https://www.oas.org/pt/cidh/decisiones/pdf/Resolucao-1-20-pt.pdf>

*Resolução nº 04 de 23 de abril de 2020.* Dispõe sobre Diretrizes Básicas para o Sistema Prisional Nacional no período de enfrentamento da pandemia novo Coronavírus (2019-nCoV). Brasília, DF: Ministério da Justiça e da Segurança Pública. Disponível em <https://www.gov.br/senappen/pt-br/pt-br/composicao/cnpcp/resolucoes/resolucoes-2020-1/resolucao-ndeg-04-de-23-de-abril-de-2020.pdf>

*Resolução nº 329 de 30 de julho de 2020.* Regulamenta e estabelece critérios para a realização de audiências e outros atos processuais por videoconferência, em processos penais e de execução penal, durante o estado de calamidade pública, reconhecido pelo Decreto Federal no 06/2020, em razão da pandemia mundial por COVID-19. Brasília, DF: Conselho Nacional de Justiça. Disponível em [https://www.stj.jus.br/internet\\_docs/biblioteca/clippinglegislacao/Res\\_329\\_2020\\_CNJ.pdf](https://www.stj.jus.br/internet_docs/biblioteca/clippinglegislacao/Res_329_2020_CNJ.pdf)

Sánchez, A., Simas, L., Diuana, V. & Larouze, B. (2020) COVID-19 nas prisões: um desafio impossível para a saúde pública? Cad. Saúde Pública, 36(5):e00083520, 1-5. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csp/a/ThQ4BfJJYngFJxv8xHwKckg/?format=pdf&lang=pt>

Secretária Nacional de Políticas Penais (SENAPPEN). (2024). Sistema Nacional de Informações Penais. Brasil. Recuperado de <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMDY2ODEzOTgtYmJlMy00ZmVkLWlwMTETMTJjZDQwZWRIYjdhIiwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MWYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9>

### **6.3 Artigo 3: Artigo Intitulado “Desafios das/os profissionais de saúde no cuidado das pessoas privadas de liberdade”**

#### **Resumo**

O Sistema Prisional Brasileiro impõe condições não humanas à população carcerária, expondo-a ao abandono em saúde, apesar das leis que preveem assistência. **Objetivo:** Investigar os desafios enfrentados pelas/os profissionais de saúde do sistema prisional na garantia do direito à saúde para população encarcerada. **Metodologia:** Este estudo qualitativo contou com a realização de entrevistas semiestruturadas entre maio de 2023 e janeiro de 2024 com dez profissionais de saúde que atuam em Unidades Prisionais. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas. **Resultados:** Segundo as/os participantes as condições objetivas de trabalho das/os profissionais de saúde como estrutura, relações de poder, segurança e condições de trabalho estão diretamente relacionadas a oferta de serviços de saúde à população encarcerada, e se mostram como desafios importantes no acesso dessas pessoas à assistência em saúde. **Considerações Finais:** As políticas de saúde, da maneira como são praticadas no sistema prisional impactam a vida e a dignidade das pessoas encarceradas, perpetuando ciclos de violência e injustiça, que também afetam as/os profissionais de saúde.

**Palavras-chave:** prisões; política pública; direito à saúde; profissionais de saúde.

#### **Challenges of health professionals in the care of people deprived of liberty**

##### **Abstract**

The Brazilian Prison System imposes subhuman conditions on the incarcerated population, exposing them to health neglect despite laws that mandate assistance. **Objective:** To investigate the challenges prison health professionals face in ensuring the right to health for

the incarcerated population. **Methodology:** This qualitative study involved conducting semi-structured interviews between May 2023 and January 2024 with ten healthcare professionals working in Prison Units. The interviews were recorded, transcribed, and analyzed. **Results:** The objective working conditions of health professionals—such as structure, power dynamics, safety, and working conditions—are directly related to providing health services to the incarcerated population and present significant challenges to these individuals' access to healthcare. **Final Considerations:** Health policies, as they are practiced within the prison system, impact the lives and dignity of incarcerated individuals, perpetuating cycles of violence and injustice that also affect health professionals.

**Keywords:** prisons; public policy; right to health; healthcare professionals.

## **Desafíos de los profesionales de salud en el cuidado de las personas privadas de libertad**

### **Resumen**

El Sistema Penitenciario Brasileño impone condiciones inhumanas a la población carcelaria, exponiéndola a la negligencia en salud, a pesar de las leyes que prevén asistencia.

**Objetivo:** Investigar los desafíos enfrentados por los/las profesionales de salud del sistema penitenciario para garantizar el derecho a la salud de la población encarcelada. **Metodología:** Este estudio cualitativo incluyó la realización de entrevistas semiestructuradas entre mayo de 2023 y enero de 2024 con diez profesionales de la salud que trabajan en Unidades Penitenciarias. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y analizadas. **Resultados:** Las condiciones objetivas de trabajo de los/las profesionales de salud, tales como estructura, relaciones de poder, seguridad y condiciones laborales, están directamente relacionadas con la oferta de servicios de salud a la población encarcelada y representan importantes retos en el acceso de estas personas a la atención de salud. **Consideraciones Finales:** Las políticas de

salud, tal como se practican en el sistema penitenciario, impactan en la vida y la dignidad de las personas encarceladas, perpetuando ciclos de violencia e injusticia que también afectan a los/las profesionales de salud.

**Palabras clave:** prisiones; política pública; derecho a la salud; profesionales de salud.

## INTRODUÇÃO

O sistema prisional brasileiro, além de isolar, submete as pessoas privadas de liberdade (PPL) a condições não humanas, onde, apesar das previsões legais, o cuidado e a atenção à saúde nem sempre são assegurados. A política de abandono do Estado, espelha a desarticulação entre o Executivo e o Judiciário e o fenômeno do encarceramento em massa contribuem para a ineficácia das políticas públicas voltadas a essas pessoas, especialmente as de saúde, resultando em constantes violações de direitos humanos (Soares Filho & Bueno, 2016).

Nesse contexto, doenças como HIV, tuberculose, sífilis e hepatite figuram entre as principais causas de agravamento da saúde nas unidades prisionais (Secretaria Nacional de Políticas Penais [SENAPPEN], 2024; Soares Filho & Bueno, 2016; Silva, 2016). Em 2024, entre os óbitos na população carcerária entre janeiro e junho, 70,2% ocorreram por causas naturais ligadas à saúde, 9,3% por motivos criminais e 9,4% por causas desconhecidas (Secretaria Nacional de Políticas Penais [SENAPPEN], 2024). Esses dados refletem a complexidade do cuidado à saúde no sistema prisional, resultante de múltiplos fatores como desamparo estatal, condições insalubres e vulneráveis, ausência de ações preventivas e de promoção à saúde, e o não cumprimento da Lei de Execução Penal (LEP), do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) (Silva, 2016).

Conceitos como biopoder, necropolítica e psicopolítica ajudam a entender esse cenário, onde o Estado regula e controla as vidas das/os internas/os através de condições que reforçam a exclusão social e limitam o acesso a cuidados de saúde, tratando os corpos das pessoas presas como alvo de gestão e confinamento. A necropolítica, conforme Mbembe (2003), revela que o Estado decide quais vidas merecem cuidados e quais estão sujeitas à precarização extrema, relegando a população prisional ao abandono sistemático de suas necessidades. Foucault (2014) descreve o biopoder como uma forma de controle que o Estado exerce sobre a saúde e as condições de vida das PPL, submetendo-as a uma lógica de controle e exclusão. Complementarmente, a psicopolítica, conforme Han (2020), evidencia a forma como a estrutura prisional explora psicologicamente as/os profissionais de saúde, exigindo delas/es resiliência constante enquanto desconsidera seu bem-estar e condições de trabalho.

Embora as políticas de saúde visem garantir às PPL acesso ao atendimento por equipes de atenção básica, responsáveis por promover a saúde, prevenir agravos e acompanhar o tratamento integral (Barbosa et al., 2022; Bartos, 2023), a realidade mostra um cenário adverso. Problemas como superlotação, condições insalubres, alimentação inadequada, insuficiência de recursos para as/os profissionais, dificuldade de acesso a medicamentos, violência, tortura e falta de informação sobre os direitos de saúde no ambiente prisional limitam a implementação dessas políticas e ampliam as violações de direitos humanos (Lena & Gonçalves, 2022).

A saúde, entendida como um processo que transcende a ausência de doenças, envolve a capacidade do sujeito de produzir sentidos e construir configurações subjetivas que favoreçam o bem-estar e a integração social (González Rey & Mori, 2012). Contudo, no contexto prisional, a saúde é frequentemente negada ou limitada, transformando-se em um cenário de descuido e violação de direitos. Além disso, o cuidado, que deveria ser o cerne das práticas em saúde, é substituído pela indiferença, contrariando seu sentido essencial de zelo,

dedicação e preocupação com o outro (Carnut, 2017) mobilizando saberes técnicos e comunitários, públicos e privados, e promovendo ações intersetoriais capazes de reverter as dinâmicas de abandono e resgatar a dignidade das/os encarceradas/os (Arantes et al., 2008). Essa ausência de cuidado viola os direitos humanos básicos, incluindo o acesso à saúde integral, e agrava os efeitos do encarceramento na saúde das/os presas/os.

Esse contexto evidencia a complexidade e os desafios da implementação das políticas de saúde para pessoas privadas de liberdade, motivando esta pesquisa a investigar quais desafios têm sido enfrentados pelas/os profissionais de saúde do sistema prisional para a efetivação da saúde enquanto uma garantia de direitos para as pessoas privadas de liberdade. Esse artigo intenciona verificar, através das percepções e vivências das/os profissionais de saúde, a produção de estratégias de cuidado em saúde desenvolvidas para o sistema prisional e quais as possibilidades de enfrentamento dessas violações de direitos humanos e efetivação das políticas públicas de saúde dentro do sistema prisional como a LEP, PNSSP e PNAISP, que são o eixo fundamental para a garantia de direitos, conectando cuidado, promoção da saúde e justiça social.

## **METODOLOGIA**

No que concerne à metodologia investigativa adotada, trata-se de um estudo de abordagem qualitativa do tipo descritivo-exploratório (Piovesan & Temporini, 1995) para a análise do fenômeno em estudo, a saber os serviços de saúde prestados pelo sistema prisional e seus modos de funcionamento, mais especificamente os desafios enfrentados pelas/os profissionais de saúde para oferecer cuidado dentro desses serviços. Esta pesquisa contou com a realização de entrevistas entre maio de 2023 e janeiro de 2024 com gestoras/es e profissionais de saúde dos Serviços de Saúde das Unidades Prisionais de Salvador –BA. Participaram do estudo 10 profissionais das áreas de psicologia, serviço social, enfermagem,

medicina e gestão. O tempo de atuação dessas pessoas no sistema prisional é entre 1 e 33 anos, mas a média de tempo é em torno de 5 a 6 anos. A escolha de trabalhar com profissionais e gestoras/es de saúde foi para poder compreender as percepções, crenças, atitudes sobre o contexto da saúde no cárcere e as possibilidades de cuidado que elas/es puderam construir e oferecer às pessoas privadas de liberdade com as quais trabalham.

A coleta de dados ocorreu através de entrevistas semiestruturadas que foram gravadas e posteriormente transcritas. Foi utilizado um roteiro de entrevista, que mesclou perguntas relacionadas a trajetória profissional dentro do sistema prisional, buscando conhecer suas atividades e abordando temáticas sobre políticas públicas, estratégias de cuidado, ofertas de serviços de saúde, condições de trabalho etc. A participação na pesquisa foi voluntária e a confidencialidade das informações prestadas garantida. Foram entrevistadas/os somente profissionais que, após esclarecimento, concordaram livremente com a participação e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas foram individuais, semiestruturadas e registradas em áudio e/ou vídeo por meio da plataforma virtual Google Meet. Todas as falas foram transcritas, e cada uma delas foi conferida e comparada com os respectivos áudios/vídeos para verificar e corrigir eventuais erros no entendimento das falas. Este estudo faz parte de uma pesquisa mais ampla e foi aprovado pelo Comitê de Ética da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências sob o CAAE 58235822.9.0000.5544.

Para análise, foi utilizado o método dos núcleos de significação de Gonzalez Rey como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos existentes nas informações coletadas, visando compreender o conteúdo do discurso das/os participantes da pesquisa através dos núcleos de significação. (Aguiar & Ozella, 2006) A metodologia dos núcleos de significação é fundamentada na perspectiva sócio-histórica, que pretende enfatizar a dimensão histórica dos processos sociais (Gil, 2008), e permite capturar significados construídos nas falas dos participantes, organizando os dados em três níveis: pré-indicadores, que são os

elementos iniciais; indicadores, que consolidam temas recorrentes; e núcleos de significação, que agrupam os sentidos centrais atribuídos pelos participantes às suas vivências no sistema prisional. (Aguiar & Ozella, 2006)

A organização dos núcleos de significação, se dá pela aglutinação dos indicadores que são essenciais para identificar e articular conteúdos, revelando a essência das expressões do sujeito considerando conteúdos semelhantes, complementares ou contraditórios. A partir daí é possível observar transformações e contradições no processo de construção de sentidos e significados. Isso permite uma análise mais profunda, que vai além do aparente e integra aspectos subjetivos, contextuais e históricos. O processo de construção dos núcleos de significação envolve uma construção interpretativa, pois é perpassado pela compreensão crítica da pesquisadora sobre a realidade envolvida no contexto de pesquisa. (Aguiar & Ozella, 2013)

A partir da leitura inicial e flutuante das entrevistas foi possível apreender alguns pré-indicadores. Numa segunda leitura com foco no objetivo deste estudo, foi possível consolidar temas recorrentes aglutinando os pré-indicadores nos seguintes indicadores: relações de poder; segurança; desafios do trabalho em saúde no ambiente prisional; acesso à saúde e condições de trabalho. A partir de uma releitura mais minuciosa do material que compunha esses indicadores foi possível aglutiná-los em um único núcleo de sentido intitulado: “Então é desafio de todo lado.” – Os desafios enfrentados pelas/os profissionais de saúde são atravessados pelas condições objetivas de trabalho.

Para garantir a preservação do sigilo todas/os as/os profissionais receberam identificações fictícias associadas às suas áreas de atuação caracterizadas por elas/es mesmas/os em seu contexto de trabalho. Desta forma, todas/os as/os profissionais das áreas de psicologia e serviço social foram intituladas de ‘psicossocial’. Já as/os profissionais das áreas de medicina e enfermagem foram nomeadas/os de ‘saúde’. E as/os profissionais de gestão

foram identificadas/os como ‘gestão’. Algumas/Alguns profissionais atuam ou atuaram no contexto prisional na áreas de saúde e também estavam em cargos de gestão no momento em que foram entrevistadas/os. Nestes casos, foram nomeadas/os com as duas áreas em que circulam: gestão/saúde. Essa nomenclatura garante que seja possível atribuir os sentidos das falas às áreas de atuação dando mais contexto às interpretações feitas no texto, conforme sugere a metodologia de análise utilizada.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Como resultado desta pesquisa será apresentada a análise dos sentidos e significados produzidos pelos sujeitos acerca dos desafios enfrentados pelas/os profissionais de saúde do sistema prisional para a efetivação do cuidado a saúde enquanto uma garantia de direitos para as pessoas privadas de liberdade. É importante enfatizar, contudo, que a história pessoal e profissional desses sujeitos é parte constitutiva dessa análise, de modo que, sem ela, não seria possível apreender as determinações que as/os constituem em seu processo de trabalho no contexto prisional.

### **“Então é desafio de todo lado.” – Os desafios enfrentados pelas/os profissionais de saúde são atravessados pelas condições objetivas de trabalho**

Este núcleo de significação foi constituído pela aglutinação de indicadores que estão relacionados às condições objetivas de execução do trabalho em saúde das/os profissionais do sistema prisional, são eles: relações de poder; segurança; desafios do trabalho em saúde no ambiente prisional; acesso à saúde e condições de trabalho. As condições objetivas aqui colocadas se referem às questões cotidianas que atravessam o trabalho das/os profissionais de saúde no desenvolvimento de estratégias de cuidado para as pessoas privadas de liberdade.

As **relações de poder** estabelecidas dentro das prisões é uma das questões que mais se

apresenta como um desafio para a execução do trabalho das/os profissionais de saúde. Essas relações se mostram, muitas vezes, como um impedimento do acesso das pessoas privadas de liberdade ao cuidado em saúde e compõe a complexidade dos fenômenos em estudo. Para Foucault (2014), as relações de poder nos presídios exemplificam a forma como o poder é exercido socialmente: não necessariamente por meio da violência direta, mas por meio de mecanismos de vigilância, disciplina e normalização que moldam os indivíduos e controlam a sociedade. Entretanto, o presídio é um dispositivo de poder onde permeado por poderes paralelos, que emergem nas falas das pessoas participantes como um dos impasses encontrados no processo de garantia de direitos e cuidados. No trecho a seguir, evidencia-se o quanto a presença das facções dentro das unidades prisionais e as relações hierárquicas existentes entre as pessoas encarceradas dificultam o acesso aos cuidados em saúde, colocando em risco a vida de algumas/alguns internas/os.

Eu acho que é o poder paralelo, esse também é o grande desafio. Se não for o maior, não sei... vou pensar ainda sobre isso. Mas o poder paralelo vai determinar se ele vai liberar os internos ou não... Você não pode insistir porque ele corre risco. Então você tem que pensar em estratégias para trazê-lo... (Psicossocial)

O termo "poder paralelo" refere-se ao controle exercido por facções criminosas dentro e fora dos presídios, muitas vezes em competição ou cooperação com o poder oficial do Estado. (Gomes Neto, 2022) As/Os participantes evidenciam em suas falas um cenário onde a prática de saúde é constantemente negociada com forças de controle internas ao sistema prisional. A presença do poder paralelo redefine o acesso ao cuidado, limitando a atuação das/os profissionais e impondo uma adaptação contínua. Controle, impotência, adaptação e risco atravessam o trabalho das/os profissionais de saúde no sistema prisional condicionando-o pela necessidade de desenvolver estratégias que assegurem algum nível de atendimento, mesmo sob limitações e ameaças. Esta fala evidencia como as dinâmicas de poder interno

afetam a prática de cuidado e a própria saúde emocional das/os profissionais envolvidas/os.

Sob a ótica do biopoder, o controle exercido pelas facções e pela estrutura prisional atua diretamente sobre os corpos e as liberdades das/os presas/os, mas também afeta as/os profissionais de saúde. Como Foucault (2014) descreve, o poder sobre a vida se manifesta na forma de vigilância e controle, restringindo o direito ao cuidado. Esse fenômeno é intensificado pela psicopolítica de Han (2020), que ressalta como o controle psicológico afeta a atuação das/os profissionais, que precisam desenvolver estratégias para lidar com essas limitações, internalizando as condições de risco e autocontrole. Essa questão exige que as/os profissionais busquem meios para garantir que o cuidado seja ofertado, o que demanda um esforço a mais na execução do trabalho, como pode ser visto no trecho a seguir:

Você não pode colocar grupos da mesma facção, você quer fazer um trabalho com indivíduos que têm um comportamento suicida, né, que foi o meu tema de pesquisa... eu não posso pegar indivíduos que estão no módulo 2, 5, 4 e botar (sic) junto. Eu tenho que pensar o dia, eu tenho que pensar nessa dinâmica, eu tenho que pensar a questão da segurança, eu tenho que pensar quantos eu vou colocar naquela sala e se é seguro. (Psicossocial)

O estudo desenvolvido por Vanessa Herculano (2020) evidenciou que as condições precárias e críticas do sistema prisional no Brasil favoreceram o aparecimento e a consolidação de grupos criminosos, os quais vêm se tornando progressivamente mais organizados e influentes em todo o país. As falas das/os profissionais demonstraram como as relações de poder dentro das unidades prisionais podem ser um fator importante no impedimento ao cuidado da saúde e como isso se articula com a vulnerabilização dos direitos e do sistema. Isso evidencia o quanto o entendimento da saúde como um direito das pessoas privadas de liberdade, muitas vezes, não é tão explícito dentro do sistema prisional (Caçador et. al., 2021). A barreira do acesso ao cuidado nas prisões contrasta diretamente com a

concepção da saúde como um direito universal como previsto na PNAISP (Ministério da Saúde, 2014). Mas, dentro do sistema prisional esse direito é condicionado pelas dinâmicas de poder internas e pela presença de facções, dificultando a aplicação plena das políticas públicas de saúde prisional. (Herculano, 2020)

Ainda no campo das relações, outro fator importante no acesso das PPL aos serviços de saúde, é a **questão da segurança**. Ao mesmo tempo em que as/os profissionais percebem a importância desse setor para execução do trabalho e, até mesmo, para sua própria segurança, elas/es entendem que essa instância é uma barreira importante no acesso das PPL ao suporte de que necessitam. Sob a ótica do biopoder de Foucault (2014), a segurança no ambiente prisional regula não apenas o movimento, mas a própria saúde das/os presas/os, determinando quem acessa ou não os cuidados necessários. Como descrito por Agamben (2002), esse ambiente configura um estado de exceção, onde o direito à saúde é relativizado e condicionado por critérios de segurança, privando os indivíduos de um acesso integral aos cuidados. O trecho a seguir mostra um pouco dessa dinâmica:

Então, se você pensa em uma empresa, em você fazer um trabalho em grupo, você vai pensar “Bom, eu tenho que ter um espaço, uma sala, um local, né? Ok, tenho esse auditório, vou marcar o horário e as pessoas virão”. Mas em um sistema prisional não é assim. Você vai depender do agente penitenciário, que hoje é a Polícia Penal, você vai depender do número de agentes que podem fazer escolta desses indivíduos para lá. Você vai depender se naquele dia não tem uma demanda maior de escolta desses apenados, ou para a Defensoria Pública, ou para a saída para resolver alguma outra questão, ou para o atendimento médico. Você vai depender da dinâmica e dos outros, além de forças internas entre os próprios presos. (Psicossocial)

A fala da/o profissional indica o entendimento dos desafios no ambiente prisional, evidenciando que o trabalho de saúde é limitado por uma lógica de segurança e controle que

dificulta o exercício pleno do direito à saúde. A complexidade organizacional, a dependência de outros setores e as questões operacionais mostram que o ambiente prisional impõe barreiras que exigem das/os profissionais um contínuo ajuste, afetando a autonomia e a qualidade do cuidado. Tudo isso implica na oferta dos serviços de saúde dentro do sistema prisional e suscita nas/os profissionais uma sensação de impotência com relação a efetivação das políticas de saúde.

As/Os profissionais de saúde, ao lidarem com as restrições impostas pela segurança prisional, enfrentam um desafio ético e emocional constante. Conforme descrito por Han (2020), esse controle afeta a psiquê, levando à sensação de impotência e frustração. Para contornar as limitações, as/os profissionais desenvolvem estratégias de resistência, como abordado por Barcella et al. (2022), adaptando-se para oferecer cuidados emergenciais, mas deixando de lado o acompanhamento preventivo e contínuo, resultando em uma assistência superficial, como pode ser visto no trecho a seguir:

É tudo muito lindo, na teoria, mas quando a gente vai pra prática mesmo, a gente vê que não funciona e eu entendo que eles não querem que funcione mesmo, né? Eles querem que essa massa aí continue crescendo e aí dentro, presa. Então, acho que o maior desafio ainda é fazer com que esse trabalho de fato aconteça como eu falei antes. (Psicossocial)

Essa fala demonstra uma compreensão dos **desafios no sistema prisional**, mostrando que a prática profissional não é apenas uma questão de implementar políticas, mas de lutar contra um sistema que, na visão das/os profissionais, não está comprometido em permitir que essas políticas funcionem. Essa análise revela uma dimensão política do trabalho no sistema prisional, onde a prática de saúde é vivida como uma forma de resistência contra uma estrutura que promove a exclusão.

Quando a saúde se torna um privilégio condicionado por questões de segurança, o sistema prisional falha em cumprir o direito universal à saúde, violando os direitos humanos das/os internas/os. Como apontado por Soares Filho e Bueno (2016), o **acesso aos serviços de saúde** se torna intermitente e condicionado, frustrando a implementação de políticas públicas como a PNAISP, que visa garantir o acesso à saúde em qualquer condição.

Observa-se nas falas que as violações de direitos ocorrem a partir da própria concepção da estrutura prisional e a/o profissional de saúde se percebe dentro dessa lógica na função de operacionalizar uma política de saúde. Mas, as tensões dentro desse espaço são constantes, o que afeta direta e indiretamente a saúde das pessoas privadas de liberdade, seja pela dificuldade de acesso aos serviços, seja pelo abandono, seja pela ação direta das/os agentes envolvidas/os e das relações de poder estabelecidas dentro das unidades prisionais. (Lena & Gonçalves, 2022)

Ademais, outra questão importante é: mesmo quando as/os profissionais estão disponíveis, até quando solicitam a presença da/o interna/o para o atendimento, muitas/os não têm interesse, pela sua condição dentro da prisão. Seja por estar em risco e ser proibida/o de ir até o serviço, seja por não querer chamar atenção devido ao grau de periculosidade atribuído a ela/e, a depender da unidade em que esteja. Nesse contexto, os cuidados terminam por ficarem direcionados aos atendimentos imediatos a situações mais agudas de doenças. Sendo que estas, na maioria das vezes, são reflexos de condições crônicas agudizadas. (Barcella et al., 2022)

Os presos mais perigosos não querem muito ser vistos, não querem muito estar saindo da cela, não querem muito... Então eles se mantêm lá, a não ser que seja algo de necessidade, de urgência, na verdade. Nem necessidade é palavra, é urgência. (Psicossocial)

Esta/e profissional revela como o ambiente prisional influencia o comportamento das/os presos em relação ao atendimento de saúde. O direito à saúde é condicionado por uma lógica de poder que vai além das regras formais, afetando tanto as/os presas/os quanto o trabalho das/os profissionais de saúde. A prática de saúde no sistema prisional é, assim, impactada por forças internas que criam uma hierarquia de acesso onde a segurança e a invisibilidade são priorizadas em detrimento do cuidado. Nesse sentido, de acordo com Sanchez et al. (2016) na implementação de estratégias de saúde é necessário considerar que há uma hierarquia entre as/os presas/os às/aos quais são delegadas tarefas que impactam em sua saúde, como o acesso ao serviço de saúde e à alimentação, o que gera grandes iniquidades.

Aqui o conceito de necropolítica (Mbembe, 2003) é útil para entender como o sistema de poder prisional decide quais vidas são dignas de serem cuidadas. No contexto prisional, o cuidado é algo que só é buscado em situações extremas, refletindo uma política de exclusão onde o direito à saúde é, na prática, suprimido pelas dinâmicas de risco e autocontrole. Conforme Herculano (2020), a degradação do sistema carcerário e a violência resultante da superlotação nas unidades prisionais, combinadas com a ausência do Estado nesses espaços, fomentaram o surgimento de organizações criminosas que, atuando como gestoras informais, impõem regras próprias de conduta e aplicam sanções extremamente violentas aos que transgridam suas normas.

Outro **desafio do trabalho em saúde no ambiente prisional** são as falhas na comunicação entre as/os profissionais e a interação dentro das equipes multiprofissionais. Em algumas unidades existe a sobreposição entre o trabalho oferecido pelas/os profissionais de diferentes áreas, denotando falta de alinhamento, de cooperação e de trabalho interdisciplinar da equipe de profissionais de saúde, que deve abranger além das/os internas/os, as/os familiares das/os mesmas/os. A falta de alinhamento resulta em trabalhos pontuais, afetando a continuidade, como pode ser visto a seguir:

...às vezes, em algumas unidades, a gente tem o problema de dar a atenção do grupo psicossocial, com a equipe de enfermagem, por exemplo. Às vezes, tem atrito, são programas que cada um quer fazer separado, e é o que a gente tenta sempre trabalhar para todo mundo fazer programa juntos. E todos os meses a gente quer programas diferentes, ações diferentes, ações com as famílias dos internos, porque, assim, não só os internos, a gente tem que dar assistência também para as famílias. (Gestão/Saúde)

Esta fala expõe tanto os desafios quanto os valores que orientam a prática de saúde no sistema prisional. Fatores como a fragmentação entre equipes, o esforço por cooperação, a inovação nas ações e o cuidado integral com as famílias revelam a complexidade da organização do atendimento, onde a prática de saúde enfrenta barreiras institucionais. A ausência de uma comunicação integrada nas equipes multiprofissionais no sistema prisional resulta em uma prática segmentada. Esse modelo fragmentado, conforme Ferraz et al. (2021), impede que as/os profissionais desenvolvam um plano de tratamento unificado e contínuo. Peduzzi et al. (2011) ressaltam que a ausência de uma gestão colaborativa dificulta a construção de um plano de cuidados coordenado e integral, levando as/os profissionais a trabalharem de forma pontual e descontinuada.

Para a World Health Organization (2010) e a PNAISP (Ministério da Saúde, 2014), uma prática de saúde eficaz em contextos multiprofissionais depende de uma comunicação constante e colaborativa. No sistema prisional, onde essa comunicação é frequentemente interrompida por barreiras institucionais e físicas, as/os profissionais enfrentam desafios para oferecer um atendimento integral. Esse desalinhamento compromete a efetividade do cuidado, resultando em uma assistência fragmentada que se concentra em ações imediatas e isoladas, em vez de proporcionar um acompanhamento contínuo e integral. Para (Barbosa et al., 2018) as relações entre profissionais de saúde influenciam diretamente a qualidade da assistência prestada às PPL e a saúde das/os trabalhadoras/es, por isso o entrosamento, a comunicação

eficaz e o entendimento mútuo são essenciais tanto para o trabalho em equipe quanto para a autonomia e a liberdade de expressão das/os profissionais.

Além de todos os fatores abordados até aqui, também é necessário tratar das **condições de trabalho** que envolve também o cuidado com as/os próprias/os profissionais de saúde. Muitas vezes, elas/es são colocadas/os na mesma condição de abandono que as pessoas privadas de liberdade com as quais trabalham. Isso pode ser visto no trecho que se segue:

Aí eu vou fazer um parêntese, o profissional do sistema prisional fica muito relegado, ele fica muito... ele entra nesse processo de exclusão também que o apenado sofre. Então a gente fica muito fora de alguns cursos, capacitações, investimentos do profissional, isso vem melhorando, mas muito pouco. (Psicossocial)

Esta/e profissional evidencia que o ambiente prisional não impõe dificuldades apenas às/aos internas/os, mas também às/aos profissionais que atuam no sistema. A ausência de capacitação, a sensação de exclusão e o isolamento em relação à sociedade mais ampla mostram que o trabalho no sistema prisional é marcado por barreiras institucionais que vão além das questões de segurança, afetando diretamente o desenvolvimento profissional e a qualidade de vida das/os trabalhadoras/es. A pressão sofrida pelas/os trabalhadoras/es, a exposição à violência e o sentimento de impotência muitas vezes vivenciada pelas/os profissionais das unidades prisionais de atenção básica trazem consequências negativas na garantia dos direitos à saúde para a população prisional e representam um impacto importante na saúde mental dessas/es profissionais (Barcella et al., 2022).

No contexto do sistema prisional, o conceito de necropolítica, o qual descreve a capacidade do Estado de decidir quais vidas são vivíveis ou descartáveis (Mbembe, 2003), pode ser expandido para incluir as/os próprias/os profissionais de saúde, que são sujeitas/os a condições de abandono institucional semelhantes às das/os presas/os. Essa questão, evidenciada na falta de capacitação e no despreparo das unidades, coloca as/os profissionais

em uma posição de vulnerabilidade, tornando-as/os também vítimas da lógica necropolítica.

Isso se reflete na sensação de desespero como pode ser observado a seguir:

Por que que a gente cuida e não é cuidado? Por que que a empresa, por que que o Estado não tem esse olhar mais cuidadoso para quem cuida? Principalmente do sistema prisional. Então é desafio de todo lado... Então, tudo isso impacta na saúde mesmo emocional do profissional que está ali na linha de frente diariamente.  
(Gestão/Saúde)

Aqui se apresenta mais um dos desafios enfrentados pelas/os profissionais de saúde no sistema prisional, mostrando que as condições de trabalho são precárias e que o desenvolvimento e o bem-estar das/os trabalhadoras/es são negligenciados. Isso evidencia que o ambiente prisional não apenas nega os direitos das/os internas/os, mas também desampara as/os trabalhadoras/es que oferecem cuidado. (Shultz et al., 2022) indicam que há uma preocupação por parte das/os profissionais de saúde com a falta de reconhecimento, com a exposição permanente a situações de risco ocupacional, com a instabilidade no vínculo empregatício e com a sobrecarga funcional que geram sentimentos de não valorização, como trabalho solitário e impotência, e de insegurança diante do temor pela desproteção social das/o trabalhadoras/es.

O sistema, ao exigir que essas/es profissionais cuidem sem receberem o mesmo cuidado, perpetua uma cultura de abandono que compromete tanto a eficácia quanto o bem-estar emocional das/os trabalhadoras/es. A ausência de apoio institucional e de programas de capacitação evidenciada nas falas reflete um sistema que negligencia a saúde ocupacional. Esse desgaste compromete não só a saúde das/os profissionais, mas também a qualidade do cuidado oferecido.

A promoção a saúde vai além das práticas de prevenção a agravos e doenças, abrange a oferta de ambientes saudáveis, qualidade de vida e proteção de riscos de adoecimento, não

só para as pessoas privadas de liberdade, mas também para as/os profissionais de saúde (Caçador et al., 2021). O ambiente insalubre e degradante das prisões brasileiras impõe condições de violação aos direitos de todas as pessoas que nele circulam. A seguir é possível verificar as percepções de algumas/alguns profissionais sobre o ambiente de trabalho:

Não, não são condições favoráveis. A estrutura não é a estrutura adequada. O número de profissionais é um número sempre insuficiente. A própria arquitetura das unidades, elas não são favoráveis a um trabalho mais técnico, um trabalho mais humanitário. (Psicossocial)

Normalmente, as atividades eram desenvolvidas dentro do setor psicossocial, onde tinham salas específicas, onde oferecia necessariamente as possibilidades de desenvolver as atividades. É bom que se entenda que varia de unidade para unidade. Cada unidade tem um ambiente específico para o atendimento. Então, na unidade que eu trabalhei, o espaço era habilitado para desenvolver. (Psicossocial)

Essas falas mostram que as percepções sobre os desafios das condições de trabalho são heterogêneas, o que sugere que as barreiras e os facilitadores para o atendimento às pessoas privadas de liberdade dependem tanto das condições objetivas (recursos, estrutura física) quanto das subjetivas (percepções de segurança, apoio emocional e expectativa de qualidade de atendimento). As contradições nas falas das/os profissionais refletem as diferentes funções e experiências pessoais, o que contribui para formar um quadro complexo das condições de trabalho no sistema prisional.

Essa complexidade fica evidente em alguns artigos (Barbosa et al., 2018; Schultz et al., 2022; Barbosa et al., 2022) que pontuam que, em geral, há uma precarização do trabalho em saúde no sistema prisional que está diretamente ligada a fatores estruturais e gerenciais, influenciando negativamente a atuação das/os profissionais responsáveis pelos cuidados à

população privada de liberdade. Wacquant (2009) descreve o sistema prisional como uma indústria lucrativa, onde a privatização acentua as condições de exploração. As/Os profissionais de saúde, assim como as/os internas/os, se tornam parte dessa ‘indústria de controle’, sendo expostas/os a condições de trabalho precárias que atendem a uma lógica de lucro, em detrimento da qualidade do serviço e do bem-estar das/os envolvidas/os.

Esse contexto submete essas/es profissionais a um processo que Goffman (2018) denominou de mortificação do eu, que envolve o controle de informações, relações de poder e impacto psicológico. Através desse conceito, Goffman (2018) oferece *insights* sobre como as prisões não apenas confinam fisicamente os indivíduos, mas também moldam suas identidades e experiências de maneira profunda, e isso também ocorre com as/os profissionais de saúde que trabalham no sistema prisional. Ao ser questionada sobre o que a motiva a trabalhar por tanto tempo no sistema prisional, uma das profissionais responde:

Olha, essa pergunta tem várias respostas ao longo do tempo. Porque você entra com um ideal, você entra com alguns objetivos, mas à medida que você vai mergulhando, você vai entendendo o jogo de forças que existe ali naquele sistema, você vai entendendo os poderes que se estabelecem, os interesses diversos, e vai começando a identificar qual é o seu lugar de fato, de direito ali, e as suas possibilidades e as impossibilidades colocadas para você. De você pensar numa formação, no seu código de ética, e na grande maioria das vezes, para você implementar ações, para você fazer valer o direito do outro, ser um exercício de muita resiliência, um embate de forças exaustivo e desgastante. Então, hoje eu estou muito cansada... desacreditada do sistema prisional. (Psicossocial)

Nesse trecho é possível perceber uma transformação na profissional que se dá ao longo de sua trajetória. O idealismo inicial cede espaço a uma compreensão crítica e realista, onde a resistência, o conflito ético e o cansaço refletem os desafios profundos enfrentados no

sistema prisional. Aqui não é apenas sobre cuidar das/os presas/os, mas sobre resistir a uma estrutura que ela vê como parte de um sistema de exclusão e desumanização. A profissional sinaliza os desafios enfrentados, especialmente no que diz respeito à tensão entre as expectativas iniciais e a realidade institucional que limita a atuação das/os profissionais. Essa fala revela que, além de atender às/aos presos, as/os profissionais também enfrentam um conflito interno ao confrontar seus próprios ideais e valores éticos com um sistema que elas/es consideram ser opressor e desumanizante.

A/O profissional evidencia que o trabalho no sistema prisional não só apresenta desafios técnicos e estruturais, mas também impõe uma carga emocional e um desgaste ético e psicológico que impactam profundamente a experiência profissional. Esse nível de análise mostra como as/os profissionais constroem sentidos diversos e contraditórios sobre seu papel, oscilando entre uma motivação inicial de transformação e um desencantamento final que leva ao questionamento de sua própria atuação. (Barbosa et al., 2018) afirmam que o sentimento de impotência, decorrente da autorreflexão sobre a relevância de seu trabalho nesse contexto, pode desmotivar as/os profissionais de saúde alocadas/os no sistema penitenciário, gerando emoções negativas diante dos inúmeros entraves que frequentemente as/os impedem de garantir o direito à saúde da população carcerária

Han (2020), em sua análise da psicopolítica, sugere que o sistema neoliberal induz as/os profissionais a uma autoexploração, onde o próprio sentido de resiliência se torna uma forma de autoexploração contínua. A fala da/o profissional sobre a necessidade de resiliência e sobre o desgaste que sente com o tempo reflete essa ideia, indicando que o ambiente prisional capitaliza a motivação inicial das/os profissionais para sustentar um sistema que as/os desgasta e enfraquece emocionalmente. As/Os profissionais de saúde são responsáveis pela sua conduta profissional e por promover saúde num contexto absolutamente falido e sem estrutura para tal. A lógica neoliberal que também atravessa o sistema prisional introduz uma

era de esgotamento e gera adoecimentos psíquicos característicos. (Han, 2020) O trecho a seguir exemplifica isso:

Porque é um vínculo muito precarizado. ...é um adoecimento mental muito grande estar nesse lugar. Eu não me sinto tão cansada fisicamente após um plantão, mas eu me sinto muito cansada psicologicamente. (Psicossocial)

Aqui destaca-se a precariedade do vínculo de trabalho e o cansaço psicológico, mesmo sem sentir um desgaste físico proporcional. De acordo com Barbosa et al. (2018), o adoecimento psíquico é comum entre as/os profissionais de saúde do sistema prisional, em função do local de trabalho insalubre, da forte pressão, da vigilância constante e da violência, elementos que atravessam o cotidiano dessas/es trabalhadoras/es.

Essa condição de desgaste emocional intenso remete mais uma vez à ideia de psicopolítica, na qual os indivíduos, mesmo em condições de trabalho extenuantes, internalizam a necessidade de se manterem produtivos e eficazes, responsabilizando-se por seu próprio bem-estar e desempenho. (Han, 2020) Ainda assim, elas/es se mantêm trabalhando no contexto prisional por acreditarem na importância de oferecerem algum suporte às pessoas privadas de liberdade que estão completamente abandonadas pelo sistema, como pode ser visto a seguir:

Então, desde sempre eu acredito na mudança do ser humano, é por isso que me motiva a trabalhar cada vez mais para que essas pessoas sejam reinseridas na sociedade e digo com propriedade: muitas eu consegui, muitas eu consegui e fico extremamente feliz, se fosse uma só eu já estava feliz, imagine sabendo que tenho dezenas! (Gestão)

Então, você começa a ver pessoas, conhecer pessoas, conhecer rostos, ver os rostos, e ver as histórias. E não só números. Porque quando a gente vê de fora, sem conhecer ali dentro, sem conhecer as pessoas, é muito superficial. E quando eu estive ali, eu vi que

eu podia fazer diferença ali dentro. Eu me senti mais útil. Me senti muito útil. E isso foi me levando a querer fazer um serviço cada vez melhor ali dentro. Essa questão de me sentir útil, de fazer diferença na vida daquelas pessoas. (Gestão/Saúde)

As falas das/os profissionais refletem uma motivação atrelada à crença na “mudança do ser humano”, no impacto de conhecer as/os internas/os pessoalmente e na possibilidade de reintegração das/os presas/os à sociedade. Aqui evidencia-se a resiliência que emerge da visão humanitária, onde as/os profissionais buscam resultados transformadores em meio a um ambiente adverso, passando a ver as PPL como pessoas e não apenas como “números.”. A experiência delas/es, ao observar o impacto positivo que teve na vida de algumas pessoas, gera uma satisfação e uma continuidade do propósito, que sustentam sua permanência no sistema prisional.

O sentimento de realização individual, a percepção de utilidade e a conexão genuína com as internas/os surgem como motivação que resiste à precariedade do contexto prisional, através da construção de vínculos pessoais que se torna uma fonte de satisfação profissional. Jesus et al. (2013) apontam que a atuação das/os profissionais de saúde no ambiente prisional promove a construção de perspectivas de cuidado nas relações sociais estabelecidas nesse contexto, considerando que cuidar do outro transcende a lógica dos níveis de atenção à saúde ou a realização de procedimentos técnicos simplificados. Suas ações buscam compreender e atender às diferenças e necessidades específicas dos sujeitos, reconhecendo o direito de ser como elemento central do cuidado (Jesus et al., 2013)

A humanização do atendimento e a criação de laços autênticos com as/os internos sustentam a motivação do profissional, oferecendo uma perspectiva mais positiva e significativa para seu trabalho. No entanto, essa perspectiva pode reforçar a ideia de psicopolítica, onde o profissional, ao encontrar sentido em sua prática, continua a se autoexplorar para sustentar o sistema, contribuindo para a funcionalidade de uma estrutura

que o explora emocionalmente e fisicamente sem oferecer suporte equivalente. (Han, 2020)

As tecnologias de poder desenvolvidas dentro das prisões são atravessadas pela biopolítica, necropolítica e psicopolítica se refletem nas tecnologias de cuidado desenvolvidas pelas/os profissionais de saúde que acabam por funcionar como controle prisional enquanto ferramentas de poder do estado. Dessa forma, o poder e a autoridade do Estado, embora sejam fundamentais para a garantia dos direitos das PPL, também se configuram como as principais ameaças à sua efetivação, pois ao mesmo tempo em que o Estado utiliza essas tecnologias de poder, também constrói e mantém as políticas de cuidado em saúde que incluem as/os profissionais (Lena & Gonçalves, 2022).

A análise das entrevistas revela que as/os profissionais constroem uma percepção complexa sobre seu papel, onde a autoexploração e o desgaste emocional convivem com a busca de um sentido humanitário e transformador. O ambiente prisional, marcado por precariedade e opressão, torna-se um espaço onde as/os profissionais se esforçam para manter uma atuação ética e humanizada, mas acabam perpetuando a funcionalidade de uma estrutura que as explora. Jesus et al. (2013) afirmam que ao ingressar no ambiente prisional, a/o profissional de saúde enfrenta dificuldades para reconhecer o território, lidando com resistências para exercer seu trabalho em meio a precárias condições sanitárias, rígidas regras locais e o difícil acesso aos presos que necessitam de acompanhamento, o que ressignifica tanto o espaço de atuação quanto a percepção sobre os indivíduos que ali habitam, estabelecendo relações permeadas por dilemas morais, éticos e sociais no processo de cuidado.

São perceptíveis a complexidade e os desafios enfrentados pelas equipes de saúde no sistema prisional, o que ressalta a necessidade de qualificação contínua das/os profissionais para que novas práticas e conhecimentos possam promover melhorias na assistência. A formação e a capacitação têm o potencial de trazer impactos positivos no cuidado oferecido às

pessoas privadas de liberdade, ampliando a eficácia das políticas de saúde nesse contexto (Barcella et al., 2022). No entanto, permanece a questão: até que ponto um ambiente prisional, com suas restrições e imposições estruturais, pode realmente ser transformado para proporcionar melhores condições de saúde e dignidade? Em um contexto marcado pela precarização e pelo abandono institucional, questiona-se se, mesmo com a implementação de políticas de saúde, é possível garantir plenamente o direito à saúde e preservar a dignidade humana daqueles que vivem e trabalham dentro desse sistema.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir deste estudo, observa-se que as condições objetivas de trabalho das/os profissionais de saúde no sistema prisional — incluindo infraestrutura inadequada, relações de poder hierárquicas e excludentes, falta de segurança e precariedade nas condições laborais — influenciam diretamente na oferta de serviços de saúde às pessoas privadas de liberdade. Este artigo indica, a partir dos discursos de profissionais de saúde do sistema prisional, que esses fatores refletem não uma simples falha estrutural, mas uma lógica de descuido institucionalizado, que viola o direito fundamental à saúde e perpetua desigualdades dentro do sistema prisional. Essa arquitetura violenta, evidenciada tanto no abandono das/os internas/os quanto na desvalorização das/os profissionais de saúde, revela um sistema de poder que desumaniza todas/os as/os envolvidas/os.

A ausência de suporte adequado, a sobrecarga de trabalho, as condições insalubres e a falta de reconhecimento configuram uma realidade que desvaloriza quem cuida, minando tanto a saúde física e mental dessas/os trabalhadoras/es quanto a qualidade do atendimento prestado. Entretanto, o que se evidencia no cotidiano do sistema prisional é a dicotomia entre segurança e cuidado, em que a lógica securitária é utilizada como justificativa para a precarização da assistência à saúde. O discurso da necessidade de segurança não apenas

restringe o acesso ao cuidado, mas também legitima a fragilização do trabalho em saúde dentro das prisões, transformando o direito à assistência em uma concessão regulada por interesses disciplinares e punitivos. Assim, o sistema prisional, ao negar o cuidado de quem promove a saúde, perpetua um ciclo de desumanização que atinge a todas/os e reforça as estruturas de poder que historicamente mantêm a exclusão e a marginalização das populações mais vulneráveis.

A precariedade enfrentada nesse contexto aponta para um descompasso entre as políticas públicas de saúde e sua efetivação prática, evidenciando a incompatibilidade entre os princípios de universalidade e integralidade do cuidado e a realidade vivida dentro das prisões. Enquanto o cuidado deveria ser um elemento transformador, capaz de reconhecer as subjetividades e atender às necessidades específicas dos indivíduos, o sistema prisional reforça relações de poder que priorizam o controle e o isolamento em detrimento da saúde e da dignidade humana.

Para que o direito à saúde seja efetivamente assegurado, é fundamental uma revisão estrutural e profunda do sistema prisional, questionando não apenas sua funcionalidade, mas também seus objetivos enquanto instituição. A qualificação contínua das/os profissionais de saúde, a gestão aprimorada dos ambientes prisionais, o aumento das equipes de saúde e o investimento em infraestrutura e melhores condições de trabalho são passos fundamentais. No entanto, esses avanços devem ser acompanhados de uma transformação estrutural que vá além das melhorias pontuais, abordando as raízes das desigualdades e reconhecendo o cuidado como um direito inalienável de todas/os.

Esse compromisso exige uma reflexão crítica de toda a sociedade, especialmente de juízas/es, promotoras/es e outras/os operadoras/es do direito, sobre as concepções de pena e encarceramento, com a implementação de dispositivos de reparação e a promoção de maior igualdade de oportunidades. Afinal, quem merece ter saúde? Quem é considerada/o digna/o

de cuidado e quem é condenado à precarização como parte da pena? No modelo punitivo vigente, a privação da liberdade não é a única pena imposta às pessoas encarceradas; há também a privação da dignidade, do cuidado e da própria possibilidade de existência plena. Se o direito à saúde é garantido constitucionalmente a todas as pessoas, sua negação dentro do sistema prisional não pode ser vista como uma falha administrativa, mas como parte de um projeto de exclusão social que decide quais vidas são tratadas como descartáveis, e isso se reflete também para aquelas/es que, apesar das adversidades, se dedicam ao cuidado no interior dessas instituições.

## REFERÊNCIAS

Agamben, G. (2002). *Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua*. Belo Horizonte: Editora UFMG.

Aguiar, W. M. J., & Ozella, S. (2006). Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 26(2), 222-245.

<https://doi.org/10.1590/S1414-98932006000200006>

Aguiar, W. M. J., & Ozella, S. (2013). Apreensão dos sentidos: aprimorando a proposta dos núcleos de significação. *R. bras. Est. pedag.*, 94 (236), 299-322.

<https://www.scielo.br/j/rbeped/a/Y7jvCHjksZMXBrNjkq4zjP/?format=pdf&lang=pt>

Arantes, R.C., Martins, J. L. A., Lima, M. F., Rocha, R. M. N., Silva, R. C., & Villela, W. V. (2018). Processo saúde-doença e promoção da saúde: aspectos históricos e conceituais. *Rev. APS*, 11 (2), 189-198.

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14218/7693>

Barbosa, M. L., Menezes, T. N., Santos, S. R., Olinda, R. A., & Costa, G. M. C. (2018)

Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de saúde no sistema prisional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(4), 1293-1302.

[https://www.researchgate.net/publication/324682875\\_Qualidade\\_de\\_vida\\_no\\_trabalho\\_dos\\_profissionais\\_de\\_saude\\_no\\_sistema\\_prisional](https://www.researchgate.net/publication/324682875_Qualidade_de_vida_no_trabalho_dos_profissionais_de_saude_no_sistema_prisional)

Barbosa, M. L., Celino, S. D. M., Oliveira, L. V., & Costa, G. M. C. (2022). Política nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade: o desafio da integralidade. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 30(4), 517-524. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230040603>

Barcella, R. C., Ely, K. Z., Krug, S. B. F., & Possuelo, L. G. (2022). Planificação da Atenção Primária à Saúde nas prisões: projeto piloto. *Saúde e Pesquisa*, 15(2), 1-12. [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/06/1371763/01\\_10366\\_raquel-barcella\\_portugues\\_gramatica.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/06/1371763/01_10366_raquel-barcella_portugues_gramatica.pdf)

Bartos, M. S. H. (2023). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional: uma reflexão sob a ótica da intersetorialidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(4), 1131-1138. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023284.08962022>

Caçador, B. S., Silva, L. V. C., Amaro, J. T., Pinto, L. B. G. F., Silva, T. C. S., & Caram, C. S. (2021). Acesso ao direito à saúde no cárcere: entre o prescrito e o real. *Revista Nursing*, 24(281), 6281-6284.

<https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/1973/2391>

Carnut, L. (2017). Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde debate*, 41 (115), 1177-1186.

<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711515>

Ferraz, D. B. M., Queiroz, A. L. B., & Fernandes, C. N. S. (2021). Trabalho em equipe na saúde: desafios da prática multiprofissional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(2), e20200619. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000200015>

Foucault, M. (2014). *Vigiar e punir: nascimento da prisão* (42ª ed.). Petrópolis: Vozes.

(Trabalho original publicado em 1975)

Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (6ª ed.). São Paulo: Atlas.

Goffman, E. (2018). *Manicômios, prisões e conventos* (9ª ed.). Perspectiva.

Gomes Neto, C. C. (2022). *Sistema prisional baiano: e o poder paralelo das facções, vidas excluídas e direitos violados*. (1ª ed.). Jundiaí: Paco.

González Rey, F., & Mori, V. D. (2012). A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. *Psicologia: teoria e prática*, 14 (3), 140-152.

<https://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/2863/3859>

Han, B.-C. (2020). *Psicopolítica: neoliberalismo e novas técnicas de poder* (7ª ed.). Lisboa: Relógio D'Água.

Herculano, V. G. (2020) O domínio das facções criminosas nos presídios brasileiros e o caso da chacina de Altamira/PA como reflexo dessa realidade. *Revista do Conselho Nacional do Ministério Público*, 1(1), 211-230.

<https://ojs.cnmp.mp.br/index.php/revistacsp/article/view/211>

Jesus, L. O., Scarparo, H. B. K., & Lermen, H. S. (2013). Desafios profissionais no campo da saúde no sistema prisional: dilemas na interface entre a saúde e a segurança. *Aletheia*, 41, 39-

52. [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942013000200004](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000200004)

Lena, M. S., & Gonçalves, T. R. (2022). Necropolítica, biopolítica perversa e a subversão do cuidado integrativo para presos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 42, 1-13.

<https://doi.org/10.1590/1982-3703003233902>

Mbembe, A. (2003). Necropolítica. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 18(47), 83-109.

Ministério da Saúde. (2014). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Peduzzi, M., Norman, I. J., & Germani, A. C. C. G. (2011). Trabalho em equipe em serviços de saúde: análise de resultados alcançados pela enfermagem. *Revista de Saúde Pública*, 45(4), 1-9. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011000400020>

Piovesan, A., & Temporini, E. R. (1995). Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Revista de Saúde Pública*, 29(4). <https://doi.org/10.1590/S0034-89101995000400010>

Sanchez, A., Leal, M. C., & Larouzé, B. (2016). Realidade e desafios da saúde nas prisões. *Ciênc. saúde colet.*, 21(7). <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.08682016>

Schultz, A. L. V., Dotta, R. M., Stock, B. S., & Dias, M. T. G. (2022). A precarização do trabalho no contexto da atenção primária à saúde no sistema prisional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(12), 4407-4414. <https://doi.org/10.1590/1413-812320222712.11402022>

Secretaria Nacional de Políticas Penais (SENAPPEN). (2024). Sistema Nacional de Informações Penais (SISDEPEN). Brasília: SENAPPEN. <https://www.gov.br/senappen/pt-br/pt-br/servicos/sisdepen>

Silva, M. B. B. (2016). Emergência de uma política, extinção de uma coordenação: sobre a gestão da saúde penitenciária no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(7), 2021-2030. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.00162016>

Soares Filho, M. M., & Bueno, P. M. M. G. (2016). Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(7), 1999-2010. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.24102015>

Wacquant, L. (2009). Punir os pobres: a nova gestão da miséria nos Estados Unidos. Rio de Janeiro: Revan.

World Health Organization. (2010). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. WHO Press

## 7 DISCUSSÃO

Este estudo, ao analisar as estratégias de cuidado para pessoas privadas de liberdade no sistema prisional brasileiro, revela um cenário preocupante marcado pela tensão estrutural, onde o cuidado se manifesta de maneira ambígua e contraditória. Longe de ser apenas a contraposição ao descuido, o cuidado também pode ser instrumentalizado como ferramenta de controle e regulação de corpos, tornando-se um dispositivo que tanto viabiliza a proteção quanto justifica a exclusão e a violação de direitos. A análise dos resultados obtidos desvela as dinâmicas de poder e as violações de direitos que estruturam o sistema prisional brasileiro, configurando um contexto de saúde aprisionada, onde o direito à saúde é negado. Tudo isso é um reflexo da formação social do Brasil, estruturada a partir do escravismo colonial que deixou marcas profundas na sociedade, perpetuando relações de poder e dominação que se refletem no sistema carcerário.<sup>82</sup>

O sistema prisional brasileiro opera estrategicamente ao negar cuidados de saúde adequados às pessoas privadas de liberdade, consolidando uma política de abandono e exclusão que reforça a seletividade penal e a injustiça social. Nesse sentido, a necropolítica, como definida por Mbembe<sup>20</sup>, se expressa como uma estratégia de negação sistemática do direito à saúde. A exclusão deliberada dos corpos encarcerados da proteção estatal se manifesta em altas taxas de doenças infecciosas, como tuberculose e HIV, além de mortes por causas evitáveis<sup>(2, 3, 53)</sup>. Nesse ambiente, a vida da população carcerária é invisibilizada e as estratégias do Estado atuam como uma política deliberada de abandono e precarização.

A pandemia de COVID-19 aprofundou essa lógica ao evidenciar as estruturas necropolíticas: as prisões tornaram-se espaços de contágio e morte, evidenciando a falta de estratégias eficazes de contenção. Apesar da existência de políticas de saúde para a população carcerária, como a Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP)<sup>51</sup>, o sistema prisional brasileiro, mais uma vez, falhou em fornecer cuidados de saúde adequados durante a pandemia de COVID-19. Essa falha reflete um padrão de necropolítica, especialmente em situações de crise.<sup>83</sup> Por isso, um dos desafios para o sistema prisional é a superação das falhas históricas na prestação de cuidados de saúde dentro das prisões, a reformulação das políticas públicas para a população encarcerada e a melhoria das condições de vida das pessoas privadas de liberdade. Mas vai além. A crise pandêmica gerou uma

oportunidade para repensar o papel do sistema prisional na sociedade brasileira e para adotar abordagens mais humanas e eficazes na gestão das prisões.

Contudo, observou-se o contrário, no período pandêmico a projeto de violação sistemática do sistema prisional ficou evidente na falta de ação coordenada entre o governo federal e os estados, na ineficácia da PNAISP durante a pandemia<sup>70</sup>, na subnotificação de casos e óbitos por COVID-19 devido à baixa testagem e nas desigualdades no acesso a recursos e estratégias de saúde entre os estados, que indicaram que os problemas existentes no sistema prisional foram agravados pela crise pandêmica, aumentando as violações e vulnerabilidades enfrentadas pelas pessoas presas e as dificuldades na garantia de direitos humanos, como o desencarceramento e a manutenção de contato com familiares<sup>74</sup>.

Neste estudo também foi possível constatar as dinâmicas subjetivas que aprisionam tanto os corpos quanto as mentes, afetando tanto as pessoas encarceradas quanto as/os profissionais de saúde e revelando um sistema de controle de subjetividades definida pela psicopolítica de Han<sup>28</sup>. Para as/os profissionais, a exigência de resiliência constante em um contexto de precariedade e violência institucional reflete uma forma de autoexploração. Essa lógica gera desgaste emocional, adoecimento psíquico e limita a capacidade das/os profissionais de atuar de forma ética e autônoma<sup>65</sup>. Para a população carcerária, o controle permanente e a vigilância incessante configuram uma subjetividade de submissão e desumanização, minando as possibilidades de autonomia e cuidado integral.

As relações de poder, especialmente o controle exercido por facções criminosas, emergem como um dos principais obstáculos para a efetivação do cuidado em saúde.<sup>84</sup> O medo de represálias, a dificuldade de acesso às/aos presas/os e a necessidade de negociar constantemente com lideranças internas impõem limites à atuação das/os profissionais e condicionam o acesso das pessoas encarceradas aos serviços de saúde.<sup>84</sup> Além disso, a segurança, embora fundamental, também se apresenta como uma barreira. A complexa logística para o deslocamento das/os presas/os, a dependência de outros setores e as constantes demandas por escolta dificultam a realização de atendimentos e ações de saúde, gerando um sentimento de impotência entre as/os profissionais.<sup>1</sup> A segurança, embora necessária, se torna um dispositivo que legitima a restrição do acesso à saúde, fazendo com que o cuidado seja condicionado a normas de controle que limitam a atuação profissional e o direito das pessoas encarceradas. Assim, o cuidado é reduzido a uma lógica de contenção,

onde a assistência à saúde não é um direito inalienável, mas um privilégio concedido dentro de limites estabelecidos pelo poder disciplinar do cárcere.

A estrutura precária das unidades prisionais, a falta de recursos, a insuficiência de profissionais e a comunicação fragmentada entre as equipes multiprofissionais agravam ainda mais os desafios. A sobreposição de funções, a falta de alinhamento entre os programas e a descontinuidade das ações influenciam negativamente a qualidade do cuidado oferecido às pessoas privadas de liberdade. Tudo isso indica que as condições de trabalho precárias e a falta de cuidado com as/os próprias/os profissionais de saúde impactam diretamente sua saúde física e mental.<sup>82</sup> Ademais, a sensação de abandono, a falta de investimento em capacitação, a exposição à violência e o desgaste emocional constante contribuem para um ciclo de desumanização que afeta a todas/os as/os envolvidas/os no sistema prisional.<sup>85</sup>

No entanto, apesar das adversidades, muitas/os profissionais se mantêm nesse ambiente motivadas/os pela crença na transformação social e no potencial de reinserção das pessoas privadas de liberdade. A possibilidade de fazer a diferença na vida das pessoas encarceradas, de humanizar o atendimento e de construir vínculos genuínos surge como um fator de resiliência e satisfação em meio a um contexto adverso. A atuação de profissionais de saúde no sistema prisional transcende a lógica de procedimentos técnicos, promovendo o cuidado como uma prática que reconhece as diferenças e necessidades específicas dos indivíduos, com o direito de ser como elemento central.<sup>86</sup>

Todo esse contexto denota que, embora formalmente orientadas para a garantia do direito à saúde, as políticas prisionais se mostram insuficientes e subordinadas à lógica de segurança e vigilância. Os serviços de saúde no cárcere operam sob uma perspectiva que regula corpos e subjetividades, perpetuando exclusões e restringindo o acesso efetivo aos cuidados. Assim, o cuidado é transformado em uma prática regulatória, que reforça as relações de poder em vez de subvertê-las, denotando a gestão da saúde no sistema prisional como ferramenta de controle social.<sup>9, 72</sup> Portanto, compreende-se aqui que a relação entre cuidado e descuido no sistema prisional não é binária, mas interdependente. O cuidado, ao invés de ser apenas um ato de proteção, pode operar como um instrumento de vigilância e exclusão, regulando quais vidas merecem ser protegidas e quais podem ser descartadas.

Além disso, as múltiplas formas de opressão – relacionadas a raça, classe e gênero – se entrelaçam para intensificar a vulnerabilidade da população carcerária. Jovens negros e pobres, já marginalizados pelo racismo estrutural e pela desigualdade social, são desproporcionalmente afetados pelas condições desumanas do sistema prisional.<sup>13</sup> A superlotação, a violência estatal e o abandono no cuidado à saúde revelam a face interseccional das desigualdades, onde a raça e a pobreza definem quem é mais exposto à lógica necropolítica.<sup>1,72</sup>

Nesse contexto, o cuidado, elemento central na garantia do direito à saúde, assume uma dimensão ambígua no sistema prisional. Por um lado, ele é essencial para a dignidade e o bem-estar da população carcerária; por outro, também pode ser mobilizado como justificativa para práticas de exclusão, controle e violação de direitos. Em nome do cuidado, restrições de acesso, vigilância excessiva e práticas punitivas são implementadas sob o discurso da proteção e da manutenção da ordem. Assim, o descuido não se apresenta apenas como ausência de assistência, mas pode emergir como um efeito da própria regulação do cuidado dentro da prisão.

A lógica do cuidado institucionalizado, ao ser atravessada por relações de poder e controle, pode transformar a saúde em um mecanismo de gestão da punição, tornando-se uma prática regulatória que limita e condiciona o acesso aos serviços. Esse cuidado disciplinador define quais corpos são dignos de assistência e quais podem ser mantidos na precariedade, justificando a privação de direitos sob o argumento da segurança. Dessa forma, o cuidado não se opõe ao descuido, mas pode operar simultaneamente com ele, tornando a saúde uma realidade restrita, vigiada e seletiva. Essa regulação se manifesta na falta de acesso aos serviços de saúde, na precariedade das condições de higiene e alimentação, na violência física e psicológica sofrida pelas pessoas privadas de liberdade, e na falta de atenção às suas necessidades básicas.<sup>1</sup>

No entanto, este estudo também revela como as/os profissionais de saúde, mesmo inseridas/os em um contexto adverso, desenvolvem estratégias de humanização do cuidado como resistência ativa à desumanização. Suas práticas desafiam a instrumentalização do cuidado como ferramenta de controle, tensionando os limites impostos pelo sistema prisional e buscando ressignificar a assistência à saúde para além das normas disciplinares.

As estratégias de cuidado desenvolvidas pelas/os profissionais de saúde se veem constantemente confrontadas com as barreiras estruturais e institucionais do sistema prisional, gerando frustração, impotência e desgaste emocional. Ao analisar as experiências das/os profissionais de saúde, percebe-se a importância da humanização do cuidado não como oposição ao descuido, mas como contestação das formas de cuidado que operam como dispositivos de exclusão, buscando garantir a dignidade e o bem-estar da população carcerária, mesmo em um contexto adverso. Essa resistência busca afirmar o direito à saúde em um espaço que constantemente subordina o cuidado à lógica punitiva, revelando a complexa rede de relações que aprisiona a saúde no sistema prisional brasileiro e aponta para a necessidade urgente de transformações profundas.

A partir da perspectiva do abolicionismo penal<sup>29</sup>, este estudo aponta para a necessidade de romper com as lógicas estruturais que perpetuam o encarceramento em massa e as violações de direitos. O sistema prisional, enquanto estrutura punitivista, não apenas perpetua desigualdades, mas também inviabiliza a efetivação do acesso à saúde<sup>29</sup>. Portanto, a garantia do direito à saúde para a população carcerária exige o rompimento com as lógicas de poder que estruturam o cárcere, construindo um sistema que priorize a dignidade humana, o cuidado integral e a justiça social, transcendendo as práticas atuais de exclusão e controle.

Ao conectar os resultados obtidos nessa pesquisa, é possível perceber como as diferentes dimensões do cuidado no sistema prisional revelam a complexidade das relações entre poder, exclusão e resistência. As políticas públicas de saúde, as estratégias de cuidado na pandemia e as experiências das/os profissionais de saúde evidenciam as contradições de um sistema que ora promete direitos, ora os nega de forma sistemática. Essa análise crítica aponta para a urgência de uma transformação estrutural que vá além das reformas incrementais, incorporando a interseccionalidade, a humanização e o abolicionismo penal como caminhos para a justiça social e a garantia de direitos.

Nesse sentido, superar o descuido institucionalizado demanda o investimento em infraestrutura adequada, garantindo condições dignas de higiene, alimentação e acomodação<sup>66</sup>; o fortalecimento das equipes de saúde, com a contratação de profissionais qualificadas/os e a implementação de programas de capacitação continuada<sup>66,67</sup>; a implementação de políticas de saúde efetivas, que garantam o acesso integral aos serviços de saúde, com foco na prevenção, promoção e recuperação da saúde<sup>59</sup>; o combate à violência

institucionalizada, promovendo a cultura de paz e a humanização do sistema prisional; e o enfrentamento ao racismo estrutural e à seletividade penal, construindo um sistema de justiça mais justo e equitativo<sup>82</sup>.

Além disso, destaca-se o desafio de promover uma mudança estrutural profunda, que comece com a denúncia desse estado de coisas inconstitucionais, mas que também avance para a transformação das concepções sobre penas, mecanismos de reparação, maior igualdade de oportunidades e outros aspectos fundamentais. O abolicionismo penal argumenta que a transformação efetiva das políticas de saúde no sistema prisional requer mudanças estruturais que ultrapassem reformas internas pontuais<sup>29</sup>. Isso inclui a implementação de alternativas ao encarceramento, com foco na justiça restaurativa, no fortalecimento das redes comunitárias de cuidado e na garantia de acesso equitativo a serviços essenciais, como saúde e educação, prevenindo a criminalização de populações em situação de vulnerabilidade<sup>29</sup>. Nesse cenário, torna-se essencial o investimento em políticas públicas que desarticulem as estruturas de opressão racial e social que alimentam o encarceramento em massa.

Ademais, ao reproduzirem a violência que deveriam combater, as prisões não apenas se mostram ineficazes na prevenção de crimes, como também aprofundam as violações de direitos, colocando em xeque a própria possibilidade de produção de saúde nesse contexto. Como garantir saúde em um espaço que opera pela negação de direitos básicos? Se considerarmos a saúde a partir da perspectiva de Gonzalez Rey e Mori<sup>26</sup>, que a compreende não como um estado ideal de equilíbrio, mas como uma experiência dinâmica e subjetiva vinculada ao contexto de vida e às possibilidades de enfrentamento do sujeito, torna-se evidente que o ambiente prisional impõe limites severos para essa produção. A saúde, entendida nessa dimensão ampliada, é um processo relacional que envolve a construção de significados e possibilidades, mas o cárcere, ao anular a autonomia dos sujeitos e restringir suas margens de ação, reduz drasticamente suas condições de produzir saúde.

Diante desse dilema, surge a questão: é possível produzir saúde dentro das prisões? Se tomarmos como referência os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>87</sup> — universalidade, equidade e integralidade — a resposta parece paradoxal. A universalidade pressupõe que todas as pessoas, sem distinção, devem ter acesso à saúde<sup>87</sup>; no entanto, a seletividade penal e a lógica da punição estabelecem barreiras que negam esse direito à população carcerária. A equidade demanda que os que mais precisam tenham maior acesso e

assistência<sup>87</sup>, mas o que se observa é o contrário: os corpos encarcerados, marcados por desigualdades sociais preexistentes, são submetidos a uma precarização sistemática do cuidado. Já a integralidade, que considera a saúde como um direito que transcende a ausência de doença e envolve condições dignas de vida, relações sociais e subjetividade<sup>87</sup>, é profundamente comprometida pelo confinamento e pelo caráter punitivo da prisão.

Contudo, se compreendermos saúde não como um estado fixo, mas como um campo de disputas e estratégias possíveis dentro das condições adversas, podemos pensar em uma saúde possível mesmo sob restrições severas. Nesse sentido, a saúde que se pode produzir no sistema prisional não é plena, mas fragmentada e tensionada pelas dinâmicas de poder. As equipes de saúde, pautadas nos princípios do SUS<sup>87</sup> e apoiadas pela Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP)<sup>55</sup>, podem atuar na redução de danos e no enfrentamento de agravos, buscando minimizar os impactos físicos e psíquicos do aprisionamento.<sup>68</sup> Estratégias como acolhimento, escuta ativa e fortalecimento de vínculos se tornam fundamentais para ampliar as margens de enfrentamento dentro desse espaço de violação.

Garantir o direito à saúde no sistema prisional, portanto, não significa apenas oferecer atendimentos médicos e medidas paliativas, mas questionar a própria estrutura que impede a efetivação desse direito. Esse compromisso ético e político deve ir além da mitigação de danos e caminhar em direção a uma transformação estrutural, que supere a lógica da segregação e fomente a transição para um modelo de justiça baseado em penas alternativas, redução do encarceramento e garantia de dignidade humana.<sup>68</sup> Se a saúde, como afirma Gonzalez Rey e Mori<sup>26</sup>, não é apenas a ausência de doença, mas um processo de subjetivação e enfrentamento das adversidades, então garantir saúde no cárcere significa, necessariamente, enfrentar o próprio sistema prisional como produtor de adoecimento e violação de direitos.

## 7.1 Limitações e Perspectivas

Este estudo, embora tenha uma abordagem abrangente, apresenta algumas limitações que podem ser exploradas em pesquisas futuras. A partir da análise dos resultados, destacam-se:

**Ausência de dados quantitativos:** A pesquisa se baseia principalmente em dados qualitativos, provenientes de revisão bibliográfica, análise documental e entrevistas com

profissionais de saúde. A inclusão de dados quantitativos sobre a saúde da população carcerária, como indicadores de morbidade, mortalidade, prevalência de doenças e acesso aos serviços de saúde, poderia fortalecer as análises e ampliar a compreensão da problemática.

**Dificuldade de generalização dos resultados:** A pesquisa se concentra em unidades prisionais de Salvador - BA. A replicação da pesquisa em diferentes contextos regionais e com diferentes perfis de unidades prisionais permitiria verificar a validade externa dos resultados e ampliar a compreensão da diversidade do sistema prisional brasileiro.

**Pouca ênfase na perspectiva das pessoas privadas de liberdade:** A pesquisa se concentra na perspectiva das/os profissionais de saúde. A inclusão da voz das pessoas encarceradas, por meio de entrevistas ou grupos focais, poderia enriquecer a análise, revelando suas experiências, necessidades e percepções sobre o sistema de saúde prisional.

Essas limitações apontam para possibilidades de aprofundamento e ampliação da pesquisa em trabalhos futuros. A identificação dessas limitações demonstra a consciência da complexidade do tema e a necessidade de um esforço contínuo de pesquisa e investigação para a construção de um sistema prisional mais justo, humano e que garanta o direito à saúde de forma integral. Ao analisar a complexa relação entre o sistema prisional brasileiro e a garantia do direito à saúde para a população carcerária, é possível identificar algumas perspectivas para futuras pesquisas e intervenções. As análises dos resultados deste estudo somadas às limitações identificadas, apontam para as seguintes perspectivas:

**Aprofundamento da análise quantitativa da saúde no cárcere:** É necessário investigar indicadores de morbidade e mortalidade da população carcerária, comparando-os com os da população em geral, para evidenciar as disparidades e desigualdades no acesso à saúde. Além disso, cabe também avaliar o acesso aos serviços de saúde dentro e fora do sistema prisional, considerando a disponibilidade de recursos humanos e materiais, a qualidade da assistência prestada e a satisfação das/os usuárias/os.

**Ampliação da pesquisa para diferentes contextos regionais e tipos de unidades prisionais:** Replicar a pesquisa em diferentes contextos prisionais, considerando as especificidades regionais e as diferentes realidades do sistema prisional em cada local, e comparando a situação da saúde em diferentes tipos de unidades prisionais, como presídios

masculinos e femininos, penitenciárias, cadeias públicas e unidades de regime semiaberto, para identificar as particularidades e as necessidades de cada contexto. Além do mais, é importante investigar a saúde em unidades prisionais com diferentes níveis de segurança e com diferentes perfis de população carcerária, considerando a influência de fatores como o tipo de crime cometido, a idade, o tempo de encarceramento e a presença de facções criminosas.

Vale ressaltar, que a pesquisadora deste estudo possui materiais coletados em sua imersão no doutorado sanduíche no último ano de seu doutoramento, no qual realizou visitas de campo em estabelecimentos da Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais de Portugal, a saber: Hospital Prisional S. João Deus (HPSJD) localizado em Caxias/PT; Centro de Competências para Gestão do Cuidado em Saúde localizado em Lisboa/PT; e Estabelecimento Prisional de Évora/PT. Com este material a pesquisadora pretende produzir artigos futuros que se propõem a relatar a experiência vivida nesses espaços e trazer percepções sobre outros contextos prisionais que poderão auxiliar no avanço desta perspectiva futura de pesquisas e intervenções.

**Inclusão da perspectiva dos presos na pesquisa:** Embora já existam pesquisas realizadas com a população carcerária sobre o acesso à saúde, esses ainda são incipientes. De modo que é necessário realizar novos estudos através de entrevistas e grupos focais com pessoas privadas de liberdade para conhecer suas experiências, necessidades, percepções e expectativas em relação ao sistema de saúde prisional e investigar as barreiras para o acesso aos serviços de saúde, as experiências de cuidado, a satisfação com o atendimento e as sugestões para a melhoria do sistema de saúde. Também é importante analisar as percepções das pessoas privadas de liberdade sobre as condições de saúde dentro do cárcere, identificando os fatores que contribuem para a promoção da saúde e os que geram riscos e vulnerabilidades.

**Desenvolvimento de intervenções e estratégias para a melhoria da saúde no sistema prisional:** A partir dos resultados da pesquisa, propor intervenções e estratégias para a melhoria da saúde no sistema prisional, considerando as diferentes dimensões da problemática: políticas públicas, estrutura, práticas de cuidado, relações de poder e experiências dos sujeitos.

Outra estratégia relevante é a capacitação de profissionais de saúde para atuarem no sistema prisional, considerando as especificidades desse contexto e as necessidades de desenvolvimento de habilidades para lidar com as relações de poder, a violência, o sofrimento psíquico e os dilemas éticos.

**Fortalecimento do debate sobre o abolicionismo penal e as alternativas ao cárcere:** É urgente o aprofundamento da discussão sobre a lógica do encarceramento em massa, a seletividade penal e os impactos do sistema prisional na saúde individual e coletiva, de modo a investigar as alternativas ao cárcere, como a justiça restaurativa, as medidas socioeducativas, as penas alternativas e os programas de reintegração social, analisando seus potenciais e seus desafios para a promoção da saúde e da justiça social. É imperativo, portanto, a promoção do debate público sobre o abolicionismo penal, buscando sensibilizar a sociedade para a necessidade de se repensar o sistema prisional e de se construir formas mais justas e eficazes de lidar com o conflito social.

Ao explorar essas perspectivas, será possível contribuir para a construção de um sistema prisional mais justo, humano e que garanta o direito à saúde de forma integral. Ao aprofundar a compreensão da complexa relação entre o sistema prisional e a saúde, será possível gerar subsídios para a formulação de políticas públicas mais eficazes e para a transformação da realidade do cárcere no Brasil.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os três artigos que compõem esta tese exploram a complexa relação entre o sistema prisional brasileiro e a garantia do direito à saúde para a população carcerária, revelando um cenário de desafios e contradições, agravados pelo contexto da pandemia de COVID-19. A tese, como um todo, buscou contribuir para a compreensão das dinâmicas de poder, das falhas estruturais e das práticas de cuidado que permeiam o sistema prisional através de uma análise crítica que aponta para a necessidade de transformações profundas para a efetivação de um sistema de saúde prisional mais justo e humanizado.

A conexão entre os três artigos permite traçar um panorama abrangente da saúde no sistema prisional, desde a análise da legislação e das políticas públicas até a investigação das experiências e percepções das/os profissionais de saúde que atuam nesse contexto.

O primeiro artigo aborda a construção de políticas públicas de saúde no sistema prisional, examinando os avanços e as lacunas na implementação dessas políticas. Através da análise da literatura sobre o direito à saúde no sistema prisional, é possível perceber um panorama geral da ineficácia das políticas públicas e da estratégia de violação sistemática do Estado na garantia desse direito.

O segundo artigo analisa as estratégias de cuidado desenvolvidas durante a pandemia de COVID-19, revelando que, apesar dos esforços para conter a disseminação do vírus, a pandemia agravou problemas já existentes no sistema prisional, demonstrando o despreparo institucional para lidar com a crise sanitária, o que resultou em um aumento significativo de casos e óbitos entre a população carcerária e expôs a fragilidade do sistema de saúde e a vulnerabilidade da população carcerária. A análise dos documentos e das estratégias implementadas aprofunda a crítica à necropolítica e evidencia a necessidade de mudanças urgentes para a proteção da saúde da população carcerária.

O terceiro artigo aprofunda a análise ao investigar os desafios enfrentados pelas/os profissionais de saúde na garantia do direito à saúde da população carcerária, revelando como as condições objetivas de trabalho - estrutura, relações de poder, segurança e condições laborais - impactam diretamente a oferta de serviços de saúde. A partir das entrevistas com profissionais de saúde, este estudo investigou os desafios cotidianos e as estratégias de

cuidado implementadas dentro das unidades prisionais. As relações de poder, a precariedade da estrutura, as dificuldades de comunicação e o impacto na saúde mental das/os profissionais são elementos cruciais para a compreensão das barreiras e das possibilidades de cuidado nesse contexto.

Os artigos demonstram como as questões de segurança e relações de poder interna condicionam o trabalho das/os profissionais de saúde e limitam o acesso da população carcerária aos serviços de saúde, apontando para a falta de infraestrutura adequada, a insuficiência de recursos humanos e materiais, a insegurança e a sobrecarga de trabalho, fatores que contribuem para o desgaste físico e emocional das/os profissionais e comprometem a qualidade da assistência prestada. Ao dar voz às/aos profissionais de saúde que atuam nesse contexto, a pesquisa visou contribuir para a humanização do debate, revelando as contradições e os dilemas enfrentados por aquelas/es que se dedicam a cuidar em um ambiente marcado pela precariedade e pela violência.

Os resultados desta pesquisa buscaram articular um discurso crítico e urgente que convoca a sociedade brasileira a repensar o sistema prisional e a garantir o direito à saúde como um elemento fundamental para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária, revelando as complexas inter-relações entre as dimensões sociais, institucionais e psicossociais que influenciam a saúde da população carcerária e apontando para a necessidade de ações intersetoriais e multidisciplinares que integrem diferentes perspectivas e níveis de atuação.

Por fim, cabe ressaltar que esta pesquisa buscou contribuir para o necessário debate público e acadêmico sobre a reforma das políticas de responsabilização penal, que podem fornecer subsídios para a formulação de políticas públicas mais eficazes e para a construção de um sistema que garanta a saúde e a dignidade das pessoas privadas de liberdade. Ao analisar criticamente a realidade do sistema prisional brasileiro, esta pesquisa objetivou, ainda, contribuir para a construção de um futuro no qual a saúde não seja mais um privilégio, mas um direito garantido a todas/os, independentemente de sua condição social, raça ou gênero. Somente através da desconstrução das estruturas de poder que perpetuam o descuido e a violência será possível garantir uma saúde sem grades, que promova a dignidade humana e a justiça social.

## REFERÊNCIAS

- 1 Lena MS, Gonçalves TR. Necropolítica, biopolítica perversa e a subversão do cuidado integrativo para presos. *Psicologia: Ciência e Profissão* [periódico na internet]. 2022 [acesso 07 de setembro de 2022]; 42: 1-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003233902>
- 2 Secretaria Nacional de Políticas Penais (SENAPPEN). Sistema Nacional de Informações Penais (SISDEPEN). Brasília: SENAPPE [acesso 18 de janeiro de 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/pt-br/servicos/sisdepen>
- 3 Soares Filho MM, Bueno PMMG. Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva* [periódico na internet]. 2016 [acesso 07 de setembro de 2022]; 21(7): 1999-2010. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n7/1999-2010/>
- 4 Silva MBB. (2016). Emergência de uma política, extinção de uma coordenação: sobre a gestão da saúde penitenciária no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [periódico na internet]. 2016 [acesso 07 de setembro de 2022]; 21(7): 2021-2030. Disponível em <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/emergencia-de-uma-politica-extincao-de-uma-coordenacao-sobre-a-gestao-da-saude-penitenciaria-no-brasil/15534>
- 5 Carvalho SG, Santos ABS, Santos IM. A pandemia no cárcere: intervenções no superisolamento. *Ciência & Saúde Coletiva* [periódico na internet]. 2020 [acesso em 19 de julho de 2023]; 25(9): 3493-3502. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.15682020>
- 6 Ortner H. Uma breve história da pena de morte. 1. ed. Alma Livros; 2024.
- 7 Gaya LG. A história da pena de prisão no mundo e suas contribuições para o cárcere nos moldes atuais. *Revista Brasileira de História do Direito* [periódico na internet]. 2023 janeiro-julho [acesso 27 de outubro de 2024]; 9 (1): 01 – 23. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/A-HIST%C3%93RIA-DA-PENA-DEPRIS%C3%83O-NO-MUNDO-E-SUAS-PARA-OGaya/12907dbd0121f7e92169aea0d6798318f9927d1a>
- 8 Cruz RB, Oliveira PH. Do surgimento, evolução histórica, conceituação e regulamentações do sistema prisional brasileiro e seus reflexos na ressocialização do preso. *Revista FT* [periódico na internet]. 2023 [acesso 19 de outubro 2024]; 27. Disponível em: <https://revistaft.com.br/do-surgimento-evolucao-historica-conceituacao-e-regulamentacoes-do-sistema-prisional-brasileiro-e-seus-reflexos-na-ressocializacao-do-presos/>
- 9 Foucault M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 42. ed. Petrópolis: Vozes; 2014. (Trabalho original publicado em 1975)
- 10 Maia CN, Costa MPP, Bretas ML, Neto FS. *História das prisões no Brasil I*. 1. ed. Editora Anfiteatro; 2017.

- 11 Nascimento FEM. Prisões, punição e ressocialização: o estabelecimento das prisões no Brasil e as particularidades do sistema prisional cearense. *Revista Historiar* [periódico na internet]. 2019 julho-dezembro [acesso 19 de outubro de 2024]; 11 (21): 52 – 68. Disponível em: <https://historiar.uvanet.br/index.php/1/article/view/192/284>
- 12 Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Plano Nacional de Política Criminal e Penitenciária - Quadriênio 2024 – 2027. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2024. Disponível em: [https://www.gov.br/senappen/pt-br/composicao/cnpcp/plano\\_nacional/plano-nacional-de-politica-criminal-e-penitenciaria-2024-2027.pdf](https://www.gov.br/senappen/pt-br/composicao/cnpcp/plano_nacional/plano-nacional-de-politica-criminal-e-penitenciaria-2024-2027.pdf)
- 13 Akotirene C. Ó paí, prezada: racismo e sexismo institucionais tomando o bonde nas penitenciárias femininas. São Paulo: Pólen; 2020.
- 14 Borges J. Encarceramento em massa. 1. Ed. São Paulo: Sueli Carneiro; Editora Jandaí; 2020.
- 15 Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. 9. ed. Perspectiva; 2020.
- 16 Akotirene C. Interseccionalidade. 1. Ed. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen; 2019.
- 17 Ferreira GF, Queiroz MVL. A trajetória da teoria crítica da raça: história, conceitos e reflexões para pensar o Brasil. *Teoria Jurídica Contemporânea* [periódico na internet]. 2018 janeiro-junho [acesso 26 de outubro de 2024]; 3 (1): 201-229.
- 18 Foucault M. "Alternativas" à prisão: Michel Foucault: um encontro com Jean-Paul Brodeur. Petrópolis: Vozes; 2022.
- 19 Santos PRF, Santos LGG, Santos FFN, Menezes MTS. Encarceramento em massa e racismo: a realidade no sistema prisional sergipano. *R. Katál* [periódico na internet]. 2022 maio-ago [acesso em 03 de janeiro de 2025]; 25 (2): 291-302. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2022.e84659>
- 20 Mbembe A. Necropolítica. 1. Ed. N-1 Edições; 2018.
- 21 Amaral AJ, Vargas MCS. Necropolítica, racismo e sistema penal brasileiro. *Revista De Direito* [periódico na internet]. 2019 [acesso 27 de outubro de 2024]; 11 (01): 103-143. Disponível em: <https://doi.org/10.32361/20191117194>
- 22 Marques FT, Magalhães LAM. A eficácia do regime disciplinar diferenciado no sistema prisional brasileiro. *R. Curso Dir. UNIFOR-MG* [periódico na internet]. 2018 [acesso 01 de março de 2025]; 9(2): 1-17. Disponível em: <https://revistas.uniformg.edu.br/cursodireitouniformg/article/view/745/1040>
- 23 Junior LJA. Regime disciplinar diferenciado e a relação com a constituição federal e os direitos humanos. *Revista FT* [periódico na internet]. 2024 [acesso em 01 de março de 2025]; 28. Disponível em: <https://revistaft.com.br/regime-disciplinar-diferenciado-e-a-relacao-com-a-constituicao-federal-e-os-direitos-humanos/>

- 24 Salla F. As rebeliões nas prisões: novos significados a partir da experiência brasileira. *Sociologias* [periódico na internet]. 2006 julho-dezembro [acesso 26 de outubro de 2024]; (16): 274-307. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1517-45222006000200011>
- 25 Malvasi PA, Dantas HS, Manzalli SF. Direitos humanos e saúde: reflexões sobre vida e política no contexto da população carcerária. *Saúde e Sociedade* [periódico na internet]. 2022 [acesso 07 de setembro de 2022]; 31(2): 1-13. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2022.v31n2/e210720pt/>
- 26 González Rey F, Mori VD. A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. *Psicologia: teoria e prática* [periódico na internet]. 2012 [acesso 22 de dezembro de 2024]; 14 (3): 140-152. Disponível em: <https://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/2863/3859>
- 27 González Rey F. A saúde na trama complexa da cultura, das instituições e da subjetividade. In: González Rey F, Bizerril, J. *Saúde, cultura e subjetividade: uma referência interdisciplinar*. Brasília: UniCEUB; 2015. 9-34.
- 28 Han BC. *Psicopolítica: o neoliberalismo e as novas técnicas de poder*. 7. Ed. Belo Horizonte: Editora Âyiné; 2020.
- 29 Davis A. *Estarão as prisões obsoletas?* 1. ed. Rio de Janeiro: Difel; 2018.
- 30 Monteiro VO, Damasceno RA, Morais RF. Uma imaginação anticolonial: a epistemologia do abolicionismo penal em torno dos sentidos da violência. *Rev. Direito e Práx.* [periódico na internet]. 2021 [27 de outubro de 2024]; 12 (01): 497-523. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/349802927\\_Uma\\_imaginacao\\_anticolonial\\_a\\_epistemologia\\_do\\_abolicionismo\\_penal\\_em\\_torno\\_dos\\_sentidos\\_da\\_violencia](https://www.researchgate.net/publication/349802927_Uma_imaginacao_anticolonial_a_epistemologia_do_abolicionismo_penal_em_torno_dos_sentidos_da_violencia)
- 31 Augusto A. Abolicionismo penal como ação direta. *Verve* [periódico na internet]. 2012 [acesso 27 de outubro de 2024]; 21: 154-171. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/view/30724/21251>
- 32 Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Brasília: 1995.
- 33 Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC). *Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Reclusos (Regras de Nelson Mandela)*. Disponível em: [https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson\\_Mandela\\_Rules-P-ebook.pdf](https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-P-ebook.pdf)
- 34 Brasil. Decreto n. 678, de 22 de novembro de 1969. Promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica). *Diário Oficial da União*. 22 nov 1969. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/D0678.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D0678.htm)
- 35 Brasil. Decreto n. 40, de 15 de fevereiro de 1991. Promulga a Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes. *Diário Oficial da*

- União. 15 fev 1991. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1990-1994/D0040.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0040.htm)
- 36 Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Protocolo de Istambul: manual sobre investigação e documentação eficazes de tortura e outras penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes [recurso eletrônico]. Brasília: Conselho Nacional de Justiça; 2024. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2024/06/protocolo-istambul-por.pdf>
- 37 Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Protocolo de Minnesota sobre a investigação de mortes potencialmente ilegais (2016): manual revisado das Nações Unidas sobre a prevenção e investigação eficazes de execuções extralegais, arbitrárias e sumárias [recurso eletrônico]. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2024. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2024/06/protocolo-minnesota-por.pdf>
- 38 World Health Organization (WHO). Declaration on prison health as Part of public health. Moscow: 2003.
- 39 Møller L, Stöver H, Jürgens R, Gatherer A, Nikogosian H. Saúde nas prisões: um guia da OMS para o essencial na saúde prisional. Organização Mundial da Saúde. Escritório Regional para a Europa: 2007. <https://iris.who.int/handle/10665/107829>
- 40 Brasil. 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. 1. Ed. Brasília: Conselho Nacional de Justiça; 2016. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/09/cd8bc11ffdcbc397c32eecd40afbb74.pdf>
- 41 Conselho Nacional de Justiça. Regras de Tóquio: regras mínimas padrão das Nações Unidas para a elaboração de medidas não privativas de liberdade. Brasília: Conselho Nacional de Justiça; 2016. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/09/6ab7922434499259ffca0729122b2d38-2.pdf>
- 42 Brasil. Lei n. 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal (LEP). Diário Oficial da União. 11 jul 1984. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L7210.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7210.htm)
- 43 Simas L, Sánchez A, Ventura M, Larouze B. Análise crítica do modelo de atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade no Brasil. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário [periódico na internet]. 2021 janeiro-março [acesso 07 de setembro de 2022]; 10(1): 39-55. Disponível em: <https://doi.org/10.17566/ciads.v10i1.746>
- 44 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União. 05 out 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)
- 45 Valim EMA, Daibem AML, Hossne WS. Atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade. Revista Bioética [periódico na internet]. 2018 abril-junho [acesso 07 de setembro de 2022]; 26(2): 282-290. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/5G6c83nPsNS8jxHv5KJGMrf/>

- 46 Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP). 1. Ed. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; 2004. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pnaisp/publicacoes/cartilha-plano-nacional-de-saude-no-sistema-penitenciario-pnssp>
- 47 Brasil. Portaria Interministerial n. 1.777, de 09 de setembro de 2003. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, constante do Anexo I desta Portaria, destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas. Ministério da Saúde. 09 set 2003. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/pri1777\\_09\\_09\\_2003.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/pri1777_09_09_2003.html)
- 48 Brasil. Ministério da Saúde. Legislação em Saúde no Sistema Prisional. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pnaisp/publicacoes/cartilha-legislacao-em-saude-no-sistema-prisional>
- 49 Barbosa ML, Celino SDM, Oliveira LV, Costa GM.C. Política nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade: o desafio da integralidade. Cad Saúde Colet [periódico na internet]. 2022 [acesso 01 de abril de 2024]; 30(4): 517-524. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230040603>
- 50 Brasil. Portaria interministerial n. 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 2 jan 2014. Disponível em: [https://www.cosemspb.org/wp-content/uploads/2019/11/MS\\_portaria\\_1-de-02-01-2014.pdf](https://www.cosemspb.org/wp-content/uploads/2019/11/MS_portaria_1-de-02-01-2014.pdf)
- 51 Silva MBB. Acesso à saúde sem assistência jurídica? Sobre a inclusão das carceragens públicas na política de saúde prisional. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário [periódico na internet]. 2021 [acesso 07 de setembro de 2022] 10(Supl.): 86-100. Disponível em: <https://doi.org/10.17566/ciads.v10iSuplemento.842>
- 52 Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/politica\\_nacional\\_saude\\_sistema\\_prisional.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_saude_sistema_prisional.pdf)
- 53 Bartos MSH. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional: uma reflexão sob a ótica da intersetorialidade. Ciência & Saúde Coletiva [periódico na internet]. 2023 [acesso 18 de março de 2024]; 28(4): 1131-1138. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023284.08962022>
- 54 Caçador BS, Silva LVC, Amaro JT, Pinto LBGF, Silva TCS, Caram CS. Acesso ao direito à saúde no cárcere: entre o prescrito e o real. Revista Nursing [periódico na internet]. 2021 [acesso 07 de setembro de 2022]; 24(281): 6281-6284. Disponível em: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/1973/2391>

- 55 Brasil. Portaria n. 2.765, de 12 de dezembro de 2014. Dispõe sobre as normas para financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), e dá outras providências. Ministério da Saúde. 12 dez 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2765\\_12\\_12\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2765_12_12_2014.html)
- 56 Brasil. Portaria n. 94, de 14 de janeiro de 2014. Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. 14 jan 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094\\_14\\_01\\_2014.html#:~:text=Institui%20o%20servi%C3%A7o%20de%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20e%20acompanhamento%20de,Lei%2C%20no%20%C3%A2mbito%20do%20Sistema%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20%28SUS%29.](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094_14_01_2014.html#:~:text=Institui%20o%20servi%C3%A7o%20de%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20e%20acompanhamento%20de,Lei%2C%20no%20%C3%A2mbito%20do%20Sistema%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20%28SUS%29.)
- 57 Brasil. Portaria n. 95, de 14 de janeiro de 2014. Dispõe sobre o financiamento do serviço de avaliação e acompanhamento às medidas terapêuticas aplicáveis ao paciente judiciário, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. 14 jan 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0095\\_14\\_01\\_2014.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20financiamento%20do%20servi%C3%A7o%20de%20avalia%C3%A7%C3%A3o,no%20%C3%A2mbito%20do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20%28SUS%29.](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0095_14_01_2014.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20financiamento%20do%20servi%C3%A7o%20de%20avalia%C3%A7%C3%A3o,no%20%C3%A2mbito%20do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20%28SUS%29.)
- 58 Brasil. Portaria Interministerial nº 210, de 16 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional, e dá outras providências. Ministério da Justiça. 16 jan 2014. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/370306/>
- 59 Oliveira G R, Nascimento RG, Araújo AR. Saúde no cárcere: uma revisão integrativa da literatura. Textos & Con textos [periódico na internet]. 2023 janeiro-dezembro [acesso 18 de março de 2024]; 22(1): 1 -16. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15448/1677-9509.2023.1.42961>
- 60 Brasil. Portaria de Consolidação n. 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. 28 set 2017. Disponível em: [http://www.portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria\\_Consolidacao\\_6\\_28\\_SETEMBRO\\_2017.pdf](http://www.portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_6_28_SETEMBRO_2017.pdf)
- 61 Brasil. Portaria GM/MS n. 2.298, de 9 de setembro de 2021. Dispõe sobre as normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. 9 set 2021. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt2298\\_10\\_09\\_2021.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20normas%20para%20a%20operacionaliza%C3%A7%C3](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt2298_10_09_2021.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20normas%20para%20a%20operacionaliza%C3%A7%C3)

[%A3o%20da,no%20%C3%A2mbito%20do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20%28SUS%29.](#)

- 62 Bahia. Decreto n. 12.247, de 8 de julho de 2010. Aprova o Estatuto Penitenciário do Estado da Bahia. Diário Oficial do Estado. 8 jul 2010. Disponível em: [http://www.seap.ba.gov.br/sites/default/files/2017-08/Decreto\\_12247\\_2010\\_0.pdf](http://www.seap.ba.gov.br/sites/default/files/2017-08/Decreto_12247_2010_0.pdf)
- 63 Bahia. Lei n. 12.212, de 04 de maio de 2011. Modifica a estrutura organizacional e de cargos em comissão da administração pública do poder executivo estadual, e dá outras providências. Diário Oficial do Estado. 04 mai 2011. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/ba/lei-ordinaria-n-12212-2011-bahia-modifica-a-estrutura-organizacional-e-de-cargos-em-comissao-da-administracao-publica-do-poder-executivo-estadual-e-da-outras-providencias>
- 64 Bahia. Decreto n. 16.457, de 09 de dezembro de 2015. Aprova o Regimento da Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização - SEAP. Diário Oficial do Estado. 09 dez 2015. Disponível em: [http://www.seap.ba.gov.br/sites/default/files/2017-01/Decreto16457\\_2015.pdf](http://www.seap.ba.gov.br/sites/default/files/2017-01/Decreto16457_2015.pdf)
- 65 Barbosa ML, Menezes TN, Santos SR, Olinda RA, Costa GMC. Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de saúde no sistema prisional. *Ciência & Saúde Coletiva* [periódico na internet]. 2018 [acesso 27 de dezembro de 2024]; 23(4): 1293-1302. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.09292016>
- 66 Barbosa ML, Salvador PTCO, Cogo ALP, Junior MAF, Costa GMC, Santos VEP. Equipe de saúde penitenciária: a realidade do processo de trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva* [periódico na internet]. 2022 [acesso 27 de dezembro de 2024]; 27(12): 43797-4405. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222712.11702022>
- 67 Schultz ALV, Dotta RM, Stock BS, Dias MTG. (2022). A precarização do trabalho no contexto da atenção primária à saúde no sistema prisional. *Ciência & Saúde Coletiva* [periódico na internet]. 2022 [acesso 27 de dezembro de 2024]; 27(12): 4407-4414. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222712.11402022>
- 68 Nascimento LG, Bandeira MMB. Saúde penitenciária, promoção de saúde e redução de danos do encarceramento: desafios para a prática do psicólogo no sistema prisional. *Psicologia: Ciência e Profissão* [periódico na internet]. 2018 [acesso 27 de dezembro de 2024]; 38(núm.esp.2.): 102-116. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703000212064>
- 69 Conselho Nacional de Justiça. Recomendação n. 62, de 17 de março de 2020. Recomenda aos Tribunais e magistrados a adoção de medidas preventivas à propagação da infecção pelo novo coronavírus – COVID-19 no âmbito dos sistemas de justiça penal e socioeducativo. Conselho Nacional de Justiça. 17 mar 2020. Disponível em <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/3480>
- 70 Machado MR, Vasconcelos NP. Uma conjuntura crítica perdida: a COVID-19 nas prisões brasileiras. *Rev. Direito e Práx.* [periódico na internet]. 2021 [acesso 26 de junho de 2022]; 12 (3): 2015-2043. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdp/a/cTyMBHMnrQqZ9fH3sFRW3QC/>

- 71 Conselho Nacional de Justiça. Relatório de monitoramento da COVID-19 e da recomendação 62/CNJ nos sistemas penitenciário e de medidas socioeducativas II. Brasília: Conselho Nacional de Justiça; 2020. Disponível em: [https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2020/09/Relatorio\\_II\\_Covid\\_web\\_0909.pdf](https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2020/09/Relatorio_II_Covid_web_0909.pdf)
- 72 Costa JS, Silva JCF, Brandão ESC, Bicalho PPG. COVID-19 no sistema prisional brasileiro: da indiferença como política à política de morte. *Psicologia & Sociedade* [periódico na internet]. 2020 [acesso 07 de setembro de 2022]; 32(e020013): 1-19. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32240218>
- 73 Anistia Internacional. Covid-19 e Direitos Humanos no Brasil: caminhos e desafios para uma recuperação justa. 2021. Disponível em: <https://www.anistia.org.br/informe/novo-relatorio-covid-19-e-direitos-humanos-no-brasil-caminhos-e-desafios-para-uma-recuperacao-justa/>
- 74 Sánchez A, Simas L, Diuana V, Larouze B. COVID-19 nas prisões: um desafio impossível para a saúde pública? *Cad. Saúde Pública* [periódico na internet]. 2020 [acesso 07 de setembro de 2022]; 36(5): 1-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00083520>
- 75 Barros L, Feitosa, M. Desafios da atuação psicossocial no sistema prisional durante a pandemia de COVID-19. *Psicologia e Sociedade* [periódico na internet]. 2021; 33(2), 1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2021v33242163>
- 76 Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer? *Einstein* [periódico na internet]. 2010 [acesso 23 de março de 2020]; 8(1 Pt 1): 102-106. Disponível em: [https://journal.einstein.br/wp-content/uploads/articles\\_xml/1679-4508-eins-S1679-45082010000100102/1679-4508-eins-S1679-45082010000100102-pt.pdf](https://journal.einstein.br/wp-content/uploads/articles_xml/1679-4508-eins-S1679-45082010000100102/1679-4508-eins-S1679-45082010000100102-pt.pdf)
- 77 Minayo MCS. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva* [periódico na internet]. 2012; 17(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>
- 78 Sá-Silva JR, Almeida CD, Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais* [periódico na internet]. 2009 [20 de março de 2020]; 1 (1): 1-15. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10351>
- 79 Piovesan A, Temporini ER. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Revista de Saúde Pública* [periódico na internet]. 1995; 29(4): 318-325. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101995000400010>
- 80 Aguiar WMJ, Ozella S. Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos. *Psicologia: Ciência e Profissão* [periódico na internet]. 2006 [acesso em 21 abril de 2022]; 26(2), 222-245. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932006000200006>

- 81 Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2008.
- 82 Oliveira GP, Machado GS. Autocracia burguesa, racismo e encarceramento à luz do pensamento social brasileiro. R. Katál. [periódico na internet]. 2024 [acesso 03 de janeiro de 2025]; 27(e95242): 1-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2024.e95242>
- 83 Freitas FS. Vidas negras encarceradas: a pandemia nas prisões brasileiras. Boletim de Análise Político-Institucional [periódico na internet]. 2021 março [acesso 10 de setembro de 2022]; (26): 29-36. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/artigo/228/vidas-negras-encarceradas-a-pandemia-nas-prisoas-brasileiras>
- 84 Herculano VG. O domínio das facções criminosas nos presídios brasileiros e o caso da chacina de Altamira/PA como reflexo dessa realidade. Revista do Conselho Nacional do Ministério Público [periódico na internet]. 2020 [acesso 18 de janeiro de 2025]; 1(1): 211-230. Disponível em: <https://ojs.cnmp.mp.br/index.php/revistacsp/article/view/211>
- 85 Barcella RC, Ely KZ, Krug SBF, Possuelo LG. Planificação da atenção primária à saúde nas prisões: projeto piloto. Saúde e Pesquisa [periódico na internet]. 2022 [acesso 07 de setembro de 2022]; 15(2): 1-12. Disponível em: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/06/1371763/01\\_10366\\_raquel-barcella\\_portugues\\_gramatica.pdfn](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/06/1371763/01_10366_raquel-barcella_portugues_gramatica.pdfn)
- 86 Jesus LO, Scarparo HBK, Lermen HS. Desafios profissionais no campo da saúde no sistema prisional: dilemas na interface entre a saúde e a segurança. Aletheia [periódico na internet]. 2013 maio-agosto [acesso 19 de janeiro de 2025]; 41, 39-52. Disponível em: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942013000200004](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000200004)
- 87 Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 19 set 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

**Título do Projeto:** ESTRATÉGIAS DE GARANTIAS DE DIREITOS PARA O ENFRENTAMENTO ÀS VIOLÊNCIAS

**Instituição:** Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, instituição privada sem fins lucrativos, legalmente constituída e habilitada, na qual são realizadas investigações científicas.

Você está sendo convidado a participar da pesquisa *sobre Estratégias de garantias de direitos para o enfrentamento às violências*. **Objetivo geral:** Analisar as estratégias de garantias de direitos para o enfrentamento às violências estruturais, institucionais e interpessoais, na perspectiva de gênero, étnico-racial e classe, em diversos contextos e epistemologias. Esta pesquisa se vincula ao **Subprojeto:** Estratégias de cuidado da população carcerária no período da pandemia de COVID-19. **Objetivo do Subprojeto:** Analisar as estratégias sociais, institucionais e psicossociais desenvolvidas para o cuidado das/os apenadas/os no período da pandemia de COVID-19.

**Os benefícios diretos às/aos participantes da pesquisa são:** contribuir para a formação de Redes de Apoio contra a violência.

**Solicitamos a sua colaboração voluntária para participar de** uma entrevista, junto a outras profissionais que responderão à perguntas sobre o tema; solicitamos também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional, fica portanto, **resguardado, segundo Ofício Circular nº2/2021/CONEP/SECNS/MS os direitos quanto ao anonimato das informações recolhidas, seguindo todos os procedimentos necessários antes, durante e após a coleta e armazenamento de dados para preservar a sua identidade.**

Caso concorde em participar, suas respostas serão anotadas, gravadas em áudio e/ou vídeo e depois guardados os respectivos arquivos físicos e digitais em lugar seguro, armário trancado com chave, no banco de dados do grupo de pesquisa: Psicologia, Diversidade e Saúde da EBMSP – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, sob a responsabilidade da Pesquisadora Marilda Castelar, Tel.: (71) 999874406, e-mail: marildacastelar@bahiana.edu.br e das pesquisadoras Verena Souza Souto, Tel.: (71) 99171-0192, e-mail: verenasouto.pos@bahiana.edu.br e Alice Oliveira Silva dos Santos, Tel. : (71) 98871-8593, e-mail: alicoliveira.pos@bahiana.edu.br. Tais arquivos serão mantidos em HD externo, sob a responsabilidade da pesquisadora Marilda Castelar em armário com chave, durante o período de cinco anos e, após este prazo, excluídos do banco de dados.

As pesquisadoras se comprometem a seguir todas as normas e diretrizes vigentes pela Resolução 510/2016 (Pesquisa com seres humanos em ciências humanas e sociais), do Conselho Nacional de Saúde. Os dados coletados pela presente pesquisa serão utilizados exclusivamente para os fins científicos, mantendo-se o sigilo quanto à identificação da/o participante e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades envolvidas. Por ocasião da publicação dos resultados, **seu nome será mantido em sigilo absoluto.**

Ressalta-se a guarda e sigilo em relação à identidade dos participantes, que terão a garantia de total esclarecimento em relação a qualquer dúvida, antes e durante o desenvolvimento da pesquisa, estando, portanto, livres para recusar-se a dela participar, assim como retirar este consentimento a qualquer momento.

Informamos que esta pesquisa pode apresentar os seguintes riscos: possibilidade de dano à dimensão psíquica e moral; risco de identificação por quebra do anonimato; risco de constrangimento e desconforto pela abordagem da pergunta feita sobre a participação no grupo focal. Por tais motivos, serão tomadas as seguintes medidas para prevenção destes riscos:

§ 1ª Antes do início da pesquisa, serão esclarecidas as dúvidas e se necessário poderá ser prestada informações acerca dos direitos que estão sendo tutelados pela presente pesquisa: direito à privacidade, ao sigilo, à intimidade, à imagem, à honra e à dignidade da pessoa humana, bem como acerca das medidas judiciais cabíveis caso algum desses direitos venham a ser violados;

§ 2ª Caso a participante sinta-se lesada pela sua participação na pesquisa, será garantida a possibilidade de indenização e/ou assistência psicológica. Neste caso, será prestada assistência psicológica gratuita pela Clínica Psicológica do Ambulatório Docente Assistencial da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública;

§ 3ª Em caso de desconforto, constrangimento ou qualquer possibilidade de dano à participante em decorrência dos dados coletados, que serão divulgados, será discutido com ela as providências cabíveis, que podem incluir sua saída da pesquisa, o descarte e não divulgação de tais dados e a imediata informação ao sistema Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

Considerando, que fui informada/o dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, da ausência de contribuição financeira por esta, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações).

Este documento deverá ser elaborado em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo/a convidado/a e pesquisadora; ambas as vias são de igual teor, sendo uma destinada a/ao participante e outra mantida pela pesquisadora responsável<sup>[1]</sup>

Eu \_\_\_\_\_ declaro que estou de acordo com os termos desse documento e concordo em participar da presente pesquisa e que receberei uma via deste documento, o qual irei guardar.

Salvador, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

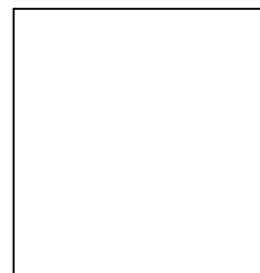
Endereço:

Telefone:

Email:

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura da coordenadora da pesquisa



IMPRESSÃO DIGITAL  
PARTICIPANTE

[1] Em caso de necessidade de maiores informações sobre o presente estudo e dúvidas não esclarecidas, além das fornecidas pelas pesquisadoras e/ou denúncias, entre em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da Escola

Bahiana de Medicina e Saúde Pública - Endereço: Avenida D. João VI, nº274, Brotas, Salvador-BA. Telefones: (71)2101-1921/(71)98383-7127. E-mail: cep@bahiana.edu.br.

## **APÊNDICE B - Roteiro de entrevista**

### Dados Pessoais:

1. Nome:
2. Idade:
3. Cor/Raça:
4. Gênero:
5. Naturalidade:
6. Estado Civil:
7. Religião:
8. Orientação sexual:
9. Escolaridade:
10. Profissão:
11. Tempo de Profissão:
12. Instituições que faz parte:
13. Cargo/função que ocupa:

### Perguntas:

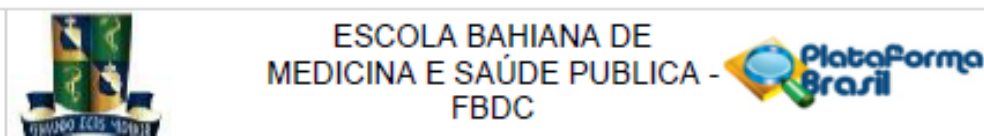
1. Como você definiria sua profissão?
2. Como é/foi a sua experiência atuando nessa Instituição?
3. Você atua com público feminino, masculino ou ambos?
4. O que te motiva a trabalhar no Complexo Penal?
5. Você já atuou em ambas as alas feminina e masculina? Se sim, qual a principal diferença na atuação?
6. Quais são os desafios e potencialidades da sua atuação profissional nesse serviço?
7. Pela sua experiência como a atuação com as pessoas encarceradas é vista? (categoria vivência profissional)
8. Existe autonomia dos profissionais para atuar nesse contexto?
9. Como se dá a atuação diante da atenção à saúde integral das pessoas privadas de liberdade no sistema penitenciário? (investigar especificidades do público atendido –

mulheres, homens, pessoas trans, com necessidades especiais, idosas, com transtornos mentais etc.)

10. Há a disponibilização de instrumentos de higiene adequados? (investigar especificidades do público atendido – mulheres gestantes ou em período menstrual, questões sexuais etc.)
11. Como é feito o processo de acompanhamento à saúde? (Mulheres gestantes – acompanhamento gestacional; pessoas trans – hormonização; prevenção e tratamento a cânceres; saúde do homem; IST's; Saúde mental; covid-19 etc.)
12. No geral há oferta de acompanhamento médico e psicológico para as/os internas/os?
13. Existe a aplicação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das pessoas privadas de liberdade no Sistema Prisional? (Investigar outras políticas públicas - Políticas Públicas – PNAISP/ Saúde Integral da Mulher/ Saúde Integral da População Negra/ Política de enfrentamento a violência contra as mulheres/ Saúde do Homem/ Covid-19)
14. Você poderia traçar um perfil das pessoas que mais acessam o serviço que você trabalha? Se sim, como seria? (Perfil de mulheres, perfil de homens, perfil de pessoas com transtorno mental etc.)
15. Você considera que esse tipo de trabalho interfere na sua vida pessoal? Se sim: como? / Se não: por quê?
16. Como foi o vivenciado o período de pandemia?
17. Vocês receberam orientações imediatas sobre como proceder no contexto pandêmico?
18. Quais estratégias precisaram adotar para lidar com as pessoas privadas de liberdade durante a pandemia da Covid-19?
19. Quais estratégias tiveram que adotar para se proteger no período pandêmico?
20. Como a estrutura prisional foi organizada para gerenciar o período de pandemia?

## ANEXOS

## ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ESTRATÉGIAS DE GARANTIAS DE DIREITOS PARA O ENFRENTAMENTO ÀS VIOLÊNCIAS

**Pesquisador:** Marilda Castelar

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 58235822.9.0000.5544

**Instituição Proponente:** Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.622.713

**Apresentação do Projeto:**

O presente projeto pretende dar continuidade às pesquisas: "Processos Psicossociais na construção de estratégias de enfrentamento de violências e Garantias de Direitos" e "Atuação das/os profissionais de saúde nas políticas públicas para as mulheres". Existem diversos fatores associados aos contextos de violências, nesse sentido, o controle social exercido pelos Movimentos Sociais possibilitou a criação e ampliação de políticas públicas, com ações e estratégias voltadas para garantias de direitos. Dentre as várias facetas da violência, a de gênero é um problema que exige compromisso social de diversas áreas do saber, visando a tutela ao direito fundamental referente à saúde integral dessa população.

**Objetivo da Pesquisa:****Geral**

Analisar as estratégias de garantias de direitos para o enfrentamento às violências estruturais, institucionais e interpessoais, na perspectiva de gênero, étnico-racial e classe, em diversos contextos e epistemologias.

**Específicos:**

01. Discutir a atuação das/os profissionais de Psicologia nas políticas públicas para mulheres em situação de violência;
02. Entender os limites e possibilidades de abordagens teóricas da psicologia clínica para

**Endereço:** AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

**Bairro:** BROTAS

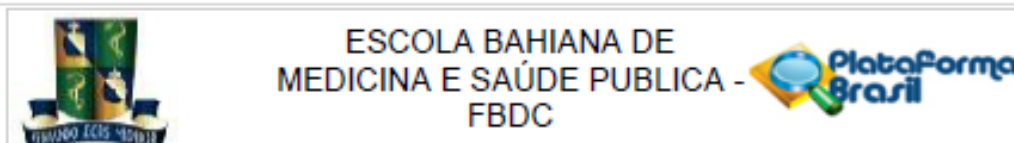
**UF:** BA

**Telefone:** (71)2101-1921

**Município:** SALVADOR

**CEP:** 40.285-001

**E-mail:** cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 5.622.713

mulheres em situação de violência;

03. Identificar violências, violações e estratégias de enfrentamento e resistência em trajetórias de vida de mulheres negras;

04. Descrever as percepções de profissionais da saúde da Rede de Atenção Primária na promoção e garantia de direitos à mulher em situação de violência;

05. Conhecer as atividades de benzedeiras e rezadeiras, práticas de mulheres negras idosas e suas estratégias de enfrentamento a violências;

06. Conhecer a atuação das/os profissionais de saúde do Sistema Penitenciário de Salvador na garantia de direitos das mulheres encarceradas;

07. Identificar se há efetivação das políticas públicas de saúde para as mulheres e para a população negra no Sistema Penitenciário de Salvador;

08. Analisar a atuação de gestoras/es e Profissionais de Saúde, na efetivação de políticas públicas de saúde integral das mulheres encarceradas;

09. Analisar as estratégias sociais, institucionais e psicossociais desenvolvidas para o cuidado das/os apenadas/os no período da pandemia de COVID-19;

10. Discutir as políticas de enfrentamento para a COVID-19 no sistema prisional;

11. Caracterizar os serviços de saúde das unidades prisionais de Salvador-BA;

12. Descrever as práticas de enfrentamento para a COVID-19 no sistema prisional;

13. Conhecer a percepção e as vivências das/os profissionais de saúde do sistema prisional sobre as estratégias de enfrentamento durante a pandemia COVID-19.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os pesquisadores informam:

Os riscos:

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos. Esta pesquisa envolve riscos que se baseiam na possibilidade de constrangimento ao responder alguma questão. Caso isso ocorra, as/os participantes poderão optar por não responder qualquer questão on-line, nas entrevistas ou nos grupos focais, ou mesmo de não participar da pesquisa. As/Os pesquisadoras/es farão o possível para minimizar qualquer tipo de situação: as entrevistas serão realizadas em local silencioso, em uma sala devidamente climatizada, onde o sigilo e a confidencialidade da/o entrevistada/o serão preservados, do mesmo modo que elas/es também se comprometem em manter sigilo sobre os conteúdos e possíveis ocorrências. Em respeito ao princípio da não maleficência, a pesquisa buscará mitigar os seguintes riscos: possibilidade de dano à dimensão psíquica e moral da/o

<b>Endereço:</b> AVENIDA DOM JOÃO VI, 274	<b>CEP:</b> 40.285-001
<b>Bairro:</b> BROTAS	
<b>UF:</b> BA	<b>Município:</b> SALVADOR
<b>Telefone:</b> (71)2101-1921	<b>E-mail:</b> cep@bahiana.edu.br



ESCOLA BAHIANA DE  
MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA -  
FBDC



Continuação do Parecer: 5.622.713

participante; risco de identificação por quebra do anonimato; risco de constrangimento e desconforto pela abordagem da pergunta feita sobre a participação nos questionários, nas entrevistas e nos grupos focais. Por tais motivos, serão tomadas as seguintes medidas para prevenção desses riscos: antes do início da pesquisa, serão explicados todos os procedimentos e técnicas adotados pela pesquisa. Além disso, será prestada assistência para a elucidação de dúvidas e informações acerca dos direitos que estão sendo tutelados pela presente pesquisa: direito à privacidade, ao sigilo, à intimidade, à imagem, à honra e à dignidade da pessoa humana. Caso haja qualquer desconforto ou constrangimento diante dos dados coletados e for indicada qualquer possibilidade de dano por parte da participante, decorrente da sua integração à pesquisa, serão discutidas com ela as providências cabíveis, podendo desistir da participação da pesquisa a qualquer momento.

Os dados coletados serão guardados por cinco anos em um HD externo, em lugar seguro, fechado com chave, no Banco de Dados do Grupo de Pesquisa Psicologia, Diversidade e Saúde da EBMS, sob a responsabilidade da pesquisadora responsável; após esse período, serão destruídos. Os dados serão utilizados para divulgação científica e para contribuir com a atuação de profissionais do campo jurídico.

**Benefícios:**

Os benefícios às/aos participantes estão relacionados a maior compreensão dos processos participativos e a demandas sociais que devem possibilitar mudanças em concepções e práticas das/os profissionais. Esta ampliação no atendimento à população poderá ser beneficiada com um maior controle social dos bens públicos, do sistema de saúde, do sistema de assistência e do sistema carcerário.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

##### Metodologia:

**Desenho de pesquisa:** Trata-se de um estudo exploratório e observacional, com abordagem qualitativa, descritiva e de frequência, à luz de epistemologias feministas, abolicionistas e antirracistas. Utilizará técnicas da análise documental, questionários, grupos focais e técnicas etnográficas como: observação participante, entrevistas, diário de campo e relatos de experiências.

**Local:** Esta pesquisa será realizada com profissionais atuantes em unidades dos Poderes Judiciário e Executivo, e do Sistema Prisional do Estado da Bahia, bem como nos serviços públicos de saúde e de assistência estaduais e municipais que atendem mulheres em situação de violência.

**População e amostra:** As/Os participantes serão profissionais de saúde, incluindo aquelas que

**Endereço:** AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

**Bairro:** BROTAS

**CEP:** 40.285-001

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)2101-1921

**E-mail:** cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 5.622.713

fazem uso de práticas integrativas, população carcerária, especialmente mulheres que se encontram em instituições jurídicas, tais como varas, sistema prisional e atenção básica em saúde. N=200

**Crêterios de Inclusão:**

Esta pesquisa será realizada com profissionais atuantes em unidades dos Poderes Judiciário e Executivo, e do Sistema Prisional do Estado da Bahia, bem como nos serviços públicos de saúde e de assistência estaduais e municipais que atendem mulheres em situao de violência. No Sistema Prisional do Estado da Bahia, serão participantes do estudo gestoras/es e profissionais de saúde dos Serviços de Saúde das Unidades Prisionais de Salvador – BA. Estas pessoas serão investigadas com o objetivo de auxiliarem no relato de suas práticas nos referidos serviços. No que concerne à ateno básica, serão convidados/os profissionais de saúde que atuam na ateno primária do Ambulatório Docente e Assistencial da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (ADAB), assim como profissionais de psicologia que atendem mulheres em Serviços Especializados de Atendimento a Mulheres em situao de violência de Salvador-BA. Também serão participantes nesta pesquisa mulheres autodeclaradas negras, a partir dos 40 anos de idade, inseridas em movimentos sociais e/ou que sejam benzedadeiras/rezadeiras que residam em Salvador, Região Metropolitana e recôncavo do estado da Bahia. A participao dessas mulheres tem o intuito de conhecer suas trajetórias de vida, as atividades de benzedadeiras e rezadeiras e suas estratégias de enfrentamento a essas violências.

**Crêterios de exclusão:**

Serão excluídas/os apenas as/os que não aceitarem gravar em áudio/vídeo a participao nos grupos focais e as profissionais que não atuaram no Sistema Prisional no período da pandemia e/ou na época em que ocorrer a coleta de dados ou não assinar o TCLE.

**Procedimentos e instrumentos:**

A princípio todas/os as/os gestoras/es serão contactadas/os via e-mail ou celular, contatos obtidos através da Secretaria de Administrao Penitenciária e Ressocializao do Estado da Bahia. As/Os gestoras/es receberão um link para acesso ao questionário, o qual será construído online e estará disponível na Plataforma Survey Monkey. Na segunda etapa, a coleta de dados ocorrerá através de entrevistas informais e semiestruturadas que serão gravadas e transcritas. Será utilizado um roteiro de entrevista, que mesclar perguntas fechadas e abertas relacionadas a trajetória de vida de mulheres integrantes de movimentos sociais e/ou que atuem como benzedadeiras/rezadeiras. Serão realizadas, também, entrevistas com profissionais de saúde atuantes na ateno primária do Ambulatório Docente e Assistencial da Escola Bahiana de Medicina

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274  
 Bairro: BROTAS CEP: 40.285-001  
 UF: BA Municipio: SALVADOR  
 Telefone: (71)2101-1921 E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 5.622.713

e Saúde Pública (ADAB) e nos Serviços Especializados para Atendimento a Mulheres em situação de violência de Salvador-BA. Essas entrevistas ocorrerão através de visitas ao campo e seguirão todos os protocolos de segurança previstos durante a pandemia de COVID-19. Essas entrevistas poderão resultar em relatos de experiência e observações participantes, sendo registrados através de diários de campo, cujo objetivo de análise é a própria experiência. Na terceira etapa será realizada a coleta de dados utilizando-se grupos focais. A partir de um roteiro geral serão conduzidas as discussões entre as/os interlocutoras/es sobre suas práticas, percepções e vivências acerca das estratégias de enfrentamento durante a pandemia de COVID-19 no sistema carcerário. Haverá gravações em áudio ou vídeo, transcrições e análise do conteúdo. Em função da pandemia de COVID-19, os grupos serão realizados por meio da plataforma virtual Google Meet, que possui um recurso de gravação dos encontros. Cada encontro terá uma média de 90 a 110 minutos de duração e cerca de 10 participantes. Quanto ao número total de encontros necessários para explorar a temática, será utilizado o critério de saturação, tomando-se desnecessária a continuidade do grupo quando as discussões não mais apresentarem novidades em termos de conteúdo e argumentos sobre o tema.

As variáveis da pesquisa são descritas nos questionários e roteiros anexos.

Análise dos dados: Os dados coletados nos questionários terão o método de análise descritivo de frequência de abordagem qualitativa. Serão analisados com o auxílio do SPSS. A partir daí, será feita uma descrição e posterior análise qualitativa das informações levantadas.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

\* Folha de rosto: adequadamente apresentada, assinada por pesquisador responsável e responsável institucional da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP);

\* Termo de anuência: apresenta anuência da EBMSP; anuência da Rede de Mulheres Negras da Bahia; anuência do Saúde BAHIANA; anuência da Secretaria de Administração e Ressocialização - Governo do Estado da Bahia;

\* Cronograma: duração da pesquisa de 2022 a 2024. coleta de dados prevista para 01/10/2022 a 31/10/2023. Refere envio de relatórios parciais e final ao CEP-BAHIANA;

\* TCLE: Reapresentado com os ajustes solicitados;

\* Orçamento: no valor de R\$ 3.550,00 com financiamento próprio.

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após reanálise bioética desse protocolo de pesquisa, de acordo com a Resolução 466/12 do CNS e

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274	CEP: 40.285-001
Bairro: BROTAS	
UF: BA	Município: SALVADOR
Telefone: (71)2101-1921	E-mail: cep@bahiana.edu.br



ESCOLA BAHIANA DE  
MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA -  
FBDC



Continuação do Parecer: 5.622.713

documentos afins, observou-se que as inadequações indicadas no Parecer Consubstanciado nº 5.612.082 foram sanadas:

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o CEP-Bahiana, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação deste protocolo de pesquisa dentro dos objetivos e metodologia proposta.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1863777.pdf	02/09/2022 10:58:38		Aceito
Outros	Resposta_pendencias_CEPBAHIANA_2.pdf	02/09/2022 10:55:26	Verena Souza Souto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_1_Revisado_17_08_22.pdf	02/09/2022 10:55:04	Verena Souza Souto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Garantias_de_Direitos_CEP_31_08_22.pdf	02/09/2022 10:54:44	Verena Souza Souto	Aceito
Outros	Resposta_pendencias_CEPBAHIANA.pdf	27/07/2022 12:21:21	Verena Souza Souto	Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA_4_25_06_22.pdf	25/06/2022 16:53:52	Verena Souza Souto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_autorizacao_de_imagem_voz_25_06_22.pdf	25/06/2022 16:51:55	Verena Souza Souto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCELE_2_Revisado_25_06_22.pdf	25/06/2022 16:50:01	Verena Souza Souto	Aceito
Cronograma	Cronograma_REVISADO_25_06_22.pdf	25/06/2022 16:46:39	Verena Souza Souto	Aceito
Outros	Carta_de_Anuencia_3.pdf	21/04/2022 11:38:47	Verena Souza Souto	Aceito
Outros	Carta_de_Anuencia_2.pdf	21/04/2022 11:38:22	Verena Souza Souto	Aceito
Outros	Carta_de_Anuencia_1.pdf	21/04/2022 11:38:04	Verena Souza Souto	Aceito
Outros	Roteiro_Geral_de_Grupo_Focal.pdf	21/04/2022	Verena Souza Souto	Aceito

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

Bairro: BROTAS

CEP: 40.285-001

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)2101-1921

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 5.622.713

Outros	Roteiro_Geral_de_Grupo_Focal.pdf	11:36:24	Verena Souza Souto	Aceito
Outros	Roteiro_geral_de_questionario.pdf	21/04/2022 11:35:54	Verena Souza Souto	Aceito
Outros	Roteiro_de_Entrevista_Semiestruturada 3.pdf	21/04/2022 11:35:04	Verena Souza Souto	Aceito
Outros	Roteiro_de_Entrevista_Semiestruturada 2.pdf	21/04/2022 11:34:38	Verena Souza Souto	Aceito
Outros	Roteiro_de_Entrevista_Semiestruturada 1.pdf	21/04/2022 11:34:15	Verena Souza Souto	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	21/04/2022 11:30:28	Verena Souza Souto	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	21/04/2022 11:27:45	Verena Souza Souto	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SALVADOR, 02 de Setembro de 2022

---

**Assinado por:**  
**Noilton Jorge Dias**  
 (Coordenador(a))

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274  
 Bairro: BROTAS CEP: 40.285-001  
 UF: BA Município: SALVADOR  
 Telefone: (71)2101-1921 E-mail: cep@bahiana.edu.br

**ANEXO B** – Carta aprovação para publicação - revista psicologia: ciência e profissão

---

2024-11-29 09:50 AM

Verena Souza Souto, Mônica Ramos Daltro , Marilda Castelar , Carla Sofia Carrilho Lopes Santarém Semedo

Informamos que, após parecer final e avaliação da Comissão Editorial, seu artigo Estratégias de cuidado da população carcerária no período da pandemia de COVID-19 foi aprovado para publicação. Ressaltamos que todos os artigos são submetidos à revisão de língua portuguesa e de normalização com base nas normas da APA (2010), o que pode ocasionar alterações em seu texto.

Esclarecemos que o artigo será enviado, oportunamente, para sua revisão, a partir da definição para publicação na modalidade fluxo contínuo, dado o prazo de 72 horas para confirmar o texto final. A ausência de resposta será considerada como concordância com a forma e o conteúdo propostos.

Estamos à disposição para eventuais esclarecimentos que sejam necessários.

Atenciosamente,

Neuza Maria de Fátima Guareschi

Editora da Revista Psicologia: Ciência e Profissão

---

## ANEXO C – Carta de submissão revista psicologia em estudos

---

### **[psicolestud] Agradecimento pela Submissão**

---

**Marilda Gonçalves Dias Facci via Portal de Periódicos da UEM**

<periodicos@uem.br>

30 de dezembro de 2024 às 12:26

Responder a: Marilda Gonçalves Dias Facci <revpsi@uem.br>

Para: Verena Souza Souto <verena.souto@gmail.com>

Verena Souza Souto,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "Atenção em saúde para pessoas privadas de liberdade: práticas de injustiça social" para Psicologia em Estudo. Através da interface de administração do sistema, utilizado para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastando logar no sistema localizado em:

Endereço do Manuscrito: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/authorDashboard/submission/75107>

Login: verenasouto

Siga o TUTORIAL com os passos para utilizar o sistema e acompanhar seu artigo. <http://vivawebinternet.com.br/projetos/eduem.uem.br/downloads/AUTOR.pdf>

Em caso de dúvidas, envie suas questões para este email. Agradecemos por considerar nossa revista como meio de transmitir ao público seu trabalho.

Marilda Gonçalves Dias Facci

Psicologia em Estudo

<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud> <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud>