

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e12.c09>

ENFERMAGEM E O DIREITO À SAÚDE DA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE

Anna Carolina Martins Silva^I

ORCID: 0000-0001-5324-6299

Simone Pereira Guedes^{II}

ORCID: 0000-0001-6791-6281

^I Universidade Federal de São Paulo.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{II} Instituto do Rim de Guarapari.
Guarapari, Espírito Santo, Brasil.

Autora Correspondente:

 Anna Carolina Martins Silva
anncarolina@outlook.com.br

Como citar:

Silva ACM, Guedes SP. Enfermagem e o Direito à Saúde da População Privada de Liberdade. In: Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF, Souza ES. (Orgs.). Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade: volume II. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 78-92 <https://doi.org/10.51234/aben.22.e12.c09>

 Revisora: Profa. Dra. Paula Hino.
 Universidade Federal de São Paulo.
 São Paulo, São Paulo, Brasil.

REFLEXÕES INICIAIS

A saúde é um direito humano⁽¹⁾ e está assegurada pela Constituição Federal⁽²⁾ e pela Lei nº 8.080⁽³⁾, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar dos avanços conquistados desde a criação do SUS, muitos são os desafios para efetivação do direito à saúde pública e de qualidade, com ações baseadas nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. As reflexões sobre a saúde de populações vulnerabilizadas e que vivem em situações de violações de direitos demandam olhares interprofissionais e que considerem as realidades e trajetórias diversas da população.

As prisões são instituições históricas estrategicamente voltadas para o controle de determinadas parcelas da população, as consideradas desviantes, indesejáveis e perigosas. Alusões explícitas ao cotidiano do sistema prisional (e unidades de cumprimento de medidas de segurança) podem ser observadas também em estabelecimentos para cumprimento de medidas socioeducativas (como as Fundações Casa no estado de São Paulo).

Para além da privação da liberdade e do direito de ir e vir, as condições precárias de confinamento apontam também para privação de direitos sociais e constitucionais. Retomando um trecho do livro *Gênero, feminismos e sistemas de Justiça: discussões interseccionais de gênero, raça e classe*:

“Apesar de nos encontrarmos em um Estado compreendido como democrático de Direito, o Sistema Penal continua a se perpetuar como prática autoritária de controle social por meio de diversas estratégias que culminaram, principalmente, a partir da década de 90 no endurecimento punitivo causador do grande encarceramento”⁽⁴⁾

Soares e Ilgenfritz (p. 126)⁽⁵⁾, ao escreverem sobre encarceramento de mulheres, afirmavam que “a prisão, tanto pela privação da liberdade, quanto pelos abusos que ocorrem



em seu interior, parece ser apenas mais um elo de uma cadeia de múltiplas violências que conformam a trajetória de uma parte da população”.

QUEM SÃO AS PESSOAS DO SISTEMA PRISIONAL?

DEFINIÇÃO

De acordo com o Artigo 2º da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), entende-se por pessoas privadas de liberdade no sistema prisional:

[...] aquelas com idade superior a 18 (dezoito) anos e que estejam sob a custódia do Estado em caráter provisório ou sentenciados para cumprimento de pena privativa de liberdade ou medida de segurança, conforme previsto no Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código Penal) e na Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984 (Lei de Execução Penal).⁽⁶⁾

A população é composta por diversos grupos étnicos e raciais, de diferentes níveis socioeconômicos e com demandas de saúde mental, uso prejudicial de substâncias, infecções transmissíveis e acometimentos por condições crônicas. Por se tratar de um grupo de pessoas que, em particular, experimenta disparidades em saúde, o processo de envelhecimento da população privada de liberdade representa também uma das preocupações crescentes⁽⁷⁾.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Segundo o *World Prison Brief* (WPB)¹, levantamento mundial sobre dados prisionais, o Brasil ocupa o terceiro lugar no *ranking* de países com maior número de pessoas encarceradas no mundo (em número absoluto), pois o primeiro e segundo lugar pertencem aos Estados Unidos e à China, respectivamente. O Infopen² era o instrumento oficial de mapeamento e geração de dados penitenciários no Brasil. O Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional (SISDEPEN)³ substituiu o Infopen e, atualmente, é a plataforma de estatísticas que sintetiza periodicamente as informações sobre os estabelecimentos penais e a população carcerária. A mudança no sistema previa agregar e cruzar informações, o que possibilitaria orientar políticas públicas. No SISDEPEN, o acesso aos dados ocorre após cadastramento na plataforma, estando disponível para profissionais ligados às instituições do sistema de justiça, o que impede o acesso de informações de interesse público por organizações, universidades e sociedade civil.

Em 2019, na publicação mais recente do Infopen, o número total de pessoas presas era de 755.274, sendo pouco mais de 748 mil em sistemas penitenciários e 7.265 em outras carceragens, como as delegacias. O estado de São Paulo contava com a maior população encarcerada do país, com mais de 233 mil (30,86%) pessoas. Considerando as pessoas que estão em sistemas penitenciários, 48,47% estavam em regime fechado, 17,84%, em regime semiaberto, e 3,36%, em regime aberto. Mais de 253 mil (29,75%) estava sem condenação, condição conhecida como prisão provisória. Sendo assim, aproximadamente uma a cada três pessoas presas aguardava ser julgada no país.

- 1 O *World Prison Brief* é um banco de dados *online* que fornece acesso gratuito a informações sobre sistemas prisionais em todo o mundo. É um recurso único que apoia o desenvolvimento baseado em evidências da política e prática prisional. É realizado pelo Institute for Criminal Policy Research (ICPR) e pela Birkbeck University of London. Está disponível em: <https://www.prisonstudies.org/>.
- 2 O Infopen (Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias) traz dados para a integração dos órgãos de administração penitenciária de todo Brasil. Possibilitou a criação dos bancos de dados federal e estaduais sobre os estabelecimentos penais e populações penitenciárias, e está disponível, com as publicações semestrais realizadas, em <http://dados.mj.gov.br/dataset/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias>. Está vinculado ao Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça e Segurança Pública (DEPEN/MJSP).
- 3 O SISDEPEN é uma ferramenta de uso gratuito, fornecida pelo Ministério da Justiça, que visa ao cumprimento da Lei nº 12.714, de 14 de setembro de 2012. A finalidade desta ferramenta é coletar informações padronizadas para um eficaz mapeamento do sistema penitenciário no País. As informações coletadas estarão à disposição dos usuários, para apoio à gestão prisional, formulação de políticas públicas e acompanhamento do cumprimento da pena privativa de liberdade, da prisão cautelar e da medida de segurança.



Os dados mostram que, nos anos 2000, o total da população prisional era de 232.755, o que indicava crescimento de mais de três vezes no período. Sobre a população geral que cumpre pena, mais de 44% tinha até 29 anos e a maioria tinha filhas(os/es). Aquelas em tratamento ambulatorial e cumprindo medida de segurança em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) representavam 0,58%. A publicação mais recente do Infopen⁽⁸⁾ não trazia dados sobre raça, cor e etnia da população prisional, mas, de acordo com a 14ª edição do Anuário de Segurança Pública, no mesmo período, 66,7% das pessoas do sistema prisional eram negras⁽⁹⁾.

Os dados sobre a escolaridade e o estado civil das pessoas encarceradas foram apresentados no Infopen de junho de 2016, apontando cerca de 50% com ensino fundamental incompleto e pouco mais de 54% pessoas solteiras. Nesse documento, há dados de que a autodeclaração como modo de coleta de informações acerca da raça, cor e etnia da população não estava incorporada e a coleta havia sido realizada por pessoas da gestão das unidades⁽¹⁰⁾.

A Lei de Execução Penal (LEP) indica a possibilidade de remição, que é um desconto de parte do tempo de execução da pena privativa de liberdade, pelo trabalho, estudo ou participação em práticas esportivas ou de leitura (BRASIL, 1984)⁽¹¹⁾. No Infopen 2019, o trabalho nas unidades prisionais é apresentado nos dados de laborterapia, sendo que 19,28% de pessoas estavam em programas laborais. Informações sobre remuneração estavam presentes para 66,95% da população, indicando que a maioria não recebia remuneração ou recebia $\frac{3}{4}$ do salário mínimo. Apenas 16,53% das pessoas estavam em atividades educacionais, e a maioria, em ensino fundamental. Pouco mais de 18 mil realizava concomitantemente atividades educacionais e laborais⁽⁸⁾.

Ainda que mais de 755 mil pessoas estivessem encarceradas, independente do regime, as vagas no sistema brasileiro eram de pouco mais de 442 mil, pelos dados mais recentes. A resposta e opção política dos governos estadual e federal, para o déficit de vagas, frequentemente está associada à projeção de construção e ampliação de vagas⁽⁸⁾. Como já defendido pela Agenda Nacional pelo Desencarceramento, “toma-se o problema como solução: para resolver os problemas das prisões, mais prisões”⁽¹²⁾. O documento indica a necessidade de cessação de políticas de construção de unidades, priorizando outras medidas, como alterações legislativas, para limitação de prisões preventivas, retomada da autonomia comunitária, para a resolução não violenta de conflitos, e posicionamento contrário à criminalização do uso e do comércio de drogas.

Considerando a incidência por tipo penal, o painel interativo do Infopen indicava que aproximadamente 20% da população prisional geral era sentenciada ou acusada por tráfico de drogas, e 50,96%, por crimes contra o patrimônio⁽⁸⁾. Importante notar que o aumento do número de pessoas presas por tráfico de drogas ocorre após a publicação da Lei nº 11.343/06⁽¹³⁾. A política brasileira, conhecida como de “guerra às drogas”, traz consideráveis impactos ao sistema prisional, sendo negativamente determinante nas trajetórias de vida de pessoas jovens e moradoras de periferias. A partir do governo Bolsonaro, houve maior endurecimento das políticas de repressão ao uso e tráfico de drogas, com a Lei nº 13.840. A chamada nova Política Nacional sobre Drogas prevê a abstinência como recurso terapêutico, e não à redução de danos, ao apoio a comunidades terapêuticas (muitas de cunho religioso) e ao estímulo à visão de que as circunstâncias do flagrante são determinantes para caracterizar pessoas como usuárias ou traficantes de drogas. O modelo privilegia a internação compulsória, não apresentando respostas eficazes para a reabilitação e distanciando a população do sistema de saúde⁽¹⁴⁾.

A situação é mais grave quando analisamos o endurecimento das políticas de repressão às drogas e população feminina⁴. Do número total de mulheres encarceradas no final de 2019, 50,94% delas estavam sentenciadas ou eram acusadas por crime de tráfico de drogas. O total de mulheres encarceradas nesse período era de 37,2 mil; comparativamente, no início do ano de 2000, o número não chegava a 6 mil⁽⁸⁾. Isso mostra que, apesar de o número de mulheres encarceradas ser menor em relação ao número de homens, o crescimento das taxas de aprisionamento foi exponencial.

4 Os termos unidade e/ou população “feminina”, “masculina” e “mista” são frequentemente utilizados nos nomes dos estabelecimentos e em publicações das secretarias estaduais e do DEPEN. Ressaltamos aqui que as pessoas que cumprem pena não necessariamente se identificam com identidades de gênero “femininas” e/ou “masculinas”. Os termos foram utilizados, neste capítulo, por se referirem às publicações oficiais.



Há informações de que 1.446 crianças permaneciam nas unidades com suas mães durante o cumprimento da pena⁽⁸⁾. O exercício da maternidade (e da parentalidade) no cárcere impõe desafios no contexto intra e extramuros, tanto durante a permanência ininterrupta com a criança durante o período de convivência permitida quanto no momento de ruptura do contato com filhas(os/es)⁽¹⁵⁾. Especialmente cruel, a pena privativa de liberdade para a mulher, não poucas vezes, extrapola a pessoa presa, alcançando familiares e dependentes. Braga⁽¹⁶⁾ destaca situações que ocupam lugares opostos no repertório de papéis designados às mulheres na sociedade: ser mulher encarcerada e ser mãe. A autora problematiza o exercício da maternidade e o lugar da “mãe criminosa” no sistema de justiça, para identificar necessidades e entraves na garantia dos direitos e discutir estratégias, problemáticas e consequências que envolvem a defesa de mulheres e a luta do movimento feminista em relação ao sistema de justiça criminal.

A partir de 2014, houve publicação da versão específica do Infopen sobre mulheres e as unidades em que cumprem penas. As edições do Infopen Mulheres⁵ são um marco para o registro e mapeamento das questões específicas, historicamente minoritárias e invisibilizadas⁽¹⁰⁾. Segundo Davis (p.121)⁽¹⁷⁾, “o encarceramento está associado à radicalização daqueles que têm mais probabilidade de ser punidos. Está associado a sua classe e, como vimos, a seu gênero, que também estrutura o sistema penal”. A LEP prevê destinação de estabelecimentos prisionais conforme gênero, e, para isso, o cumprimento de pena ocorre em unidades femininas, masculinas ou mistas (nas quais existem espaços ou alas específicas entre gêneros). Entretanto, gênero é um conceito não estático, não correspondendo, necessariamente, com a cisheteronormatividade. As vivências, expressões e identidades existem para além do binarismo mulher - homem.

GRUPOS ESPECÍFICOS

Em 2019, as vagas exclusivas para os denominados grupos específicos em unidades do país totalizavam pouco mais de 12 mil e eram destinadas para pessoas idosas, com deficiência, de nacionalidades não brasileiras, indígenas e LGBT⁶. Tais vagas normalmente estão em alas ou pavilhões específicos para os grupos mencionados, não necessariamente atendendo às demandas das populações prisionais dos estados⁽⁸⁾.

Do número total de pessoas presas, foram contabilizadas 10.273 pessoas com mais de 60 anos, o que representa 1,37% da população prisional. Importante ressaltar que o Infopen indica ausência de informações sobre idade de quase 10% da população total. Eram 4.822 pessoas encarceradas com algum tipo de deficiência (auditiva, física, intelectual, visual e múltipla), sendo que, destas, 458 usavam cadeiras de rodas. Eram 368 pessoas vindas de diferentes países da África, 2.566, de países da América, 99, de países da Ásia, 165, de países da Europa, e 2, de países da Oceania. Foram contabilizadas 295 pessoas indígenas, população que também pode ter sido invisibilizada pelo método utilizado para sua identificação, o que pode contribuir para a negação de acesso a direitos específicos⁽⁸⁾.

Os dados oficiais referentes à população presa no Brasil, obtidos através de gestores das unidades prisionais, até 2020, não apresentavam informações específicas sobre diversidade sexual e de gênero. Um relatório inédito, “LGBT nas prisões do Brasil: diagnóstico dos procedimentos institucionais e experiências de encarceramento”, foi publicado no mesmo ano pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos sobre o tratamento a população LGBT+. O texto da publicação indica que, devido à natureza dos dados, não há garantias que todas as pessoas LGBT+ nas unidades prisionais respondentes foram consultadas e tampouco tiveram ampla liberdade para declarar sexualidade e identidade de gênero sem risco de sanções⁽¹⁸⁾.

5 Levantamento nacional de informações penitenciárias específicas das pessoas que estão em unidades denominadas de femininas ou mesmo mistas e que foram identificadas como mulheres. Está disponível em: <http://antigo.depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen-mulheres>.

6 As letras correspondem, respectivamente, a pessoas lésbicas, gays, bissexuais, transgênero (homens transexuais, mulheres transexuais, pessoas não binárias e travestis), e o “+” busca é para incluir outras identidades, não contempladas nas letras da sigla.



A Resolução Conjunta nº 1 de 2014 do extinto Conselho Nacional de Combate a Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CNCD/LGBT)⁷ estabeleceu novos parâmetros de acolhimento a membros da comunidade LGBT+ em unidades penitenciárias. O texto indica o uso do nome social, respeito às identidades e orientações sexuais, direito à visita íntima, atenção integral à saúde e acesso à educação, além de abordar o uso de roupas consideradas femininas ou masculinas e a manutenção de cabelo, conforme identidade de gênero, garantindo caracteres secundários desejáveis pela pessoa⁽¹⁹⁾.

MORBIMORTALIDADE

Os dados sobre mortalidade no sistema prisional indicam que 1.091 pessoas morreram no período de julho a dezembro de 2019. A maioria dos óbitos foi classificado como “naturais por motivos de saúde”, totalizando 67,55% para homens e 70,59% para mulheres. As demais causas são suicídios (6,81% e 23,53%, respectivamente), criminais (17,59% e ausentes, respectivamente), acidentais (1,61% e ausentes, respectivamente) e causas desconhecidas (6,24% e 5,88% respectivamente).⁽⁸⁾

Chies e Almeida⁽²⁰⁾ apresentam as mortes sob custódia prisional no Brasil e destacam as dificuldades epistemológicas no contexto sul-americano, devido a precariedades de dados quali e quantitativos, já apontadas por Gual⁽²¹⁾. Afirmam que a seletividade punitiva se dá através da criminalização das pessoas consideradas à margem da sociedade, como os dados sociodemográficos indicam, e da consequente marginalização das que foram criminalizadas. Esse padrão de seletividade, segundo os autores, deve ser compreendido como uma das linhas explicativas para “o *continuum* da prisão no Brasil como um local de morrer”, onde quem e quantas pessoas morrem parece pouco importar política e socialmente. Sobre suicídios, os cruzamentos de dados do Infopen de 2015, do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do mesmo ano mostram que, para cada 100 mil mulheres brasileiras, foram registrados 2,3 suicídios. Entre a população prisional feminina, o número de suicídios para cada 100 mil mulheres foi para 48,2 ocorrências. Comparativamente, o risco foi 20 vezes maior.⁽²²⁾

AS POLÍTICAS PÚBLICAS E CONDIÇÕES DE SAÚDE, DOENÇA E CUIDADO

O texto da Constituição da República, no Art. 196, afirma que a saúde é:

[...] “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação identificando-o como ser humano necessitado de cuidados à saúde”.⁽²⁾

Além de prevista pela Constituição Federal e pela Lei nº 8080, o acesso da população carcerária a ações e serviços de saúde está previsto pela LEP. A LEP dispõe que a atenção à saúde da pessoa presa é de caráter preventivo e curativo, compreende atendimento de equipe médica, farmacêutica e odontológica, e, quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover tal assistência, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção da instituição⁽¹¹⁾. Barsaglini⁽²³⁾ afirma que, antes da LEP, as ações de saúde para esta população eram pontuais e pouco estruturadas.

A Portaria Interministerial do Ministério da Saúde/Ministério da Justiça (MS/MJ) nº 1.777, de 2003, instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP)⁸, que define competências e regula as ações de saúde nas penitenciárias, respaldado em princípios básicos de ética, justiça, cidadania, direitos humanos,

7 Criado a partir de uma medida provisória em 2001, o CNCD/LGBT tinha como o objetivo formular, propor e monitorar as políticas públicas voltadas para o combate à discriminação e para a promoção e defesa dos direitos da população LGBT+. Em abril de 2019, com a publicação do Decreto nº 9.759, dezenas de órgãos de participação e controle social no âmbito da administração pública federal foram extintos, como o CNCD/LGBT.

8 O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário está, em sua 3ª edição, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/MS). Neste estudo, a 2ª edição está disponível para acesso *online* e é mais detalhada.



participação, transparência, equidade e qualidade.⁽²⁴⁾ Em 2014, a Portaria Ministerial nº 1 instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das PNAISP⁽⁶⁾. Nos países ocidentais, em geral, as leis e as normas consideram a atenção à população prisional como parte do sistema de saúde⁽²⁵⁾.

O PNSSP foi instituído após anos de discussões, com diretrizes estratégicas que previam: (i) assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade; (ii) controle e/ou redução dos agravos frequentes; (iii) desenvolvimento de ações intersetoriais; (iv) estímulo do exercício do controle social; (v) reconhecimento da saúde como direito; (vi) democratização do conhecimento do processo saúde-doença, dos serviços e da produção social da saúde e; (vii) implementar ações e serviços consoantes com princípios e diretrizes do SUS. Nele está enfatizada a necessidade de políticas públicas de saúde especializadas, assegurando a transferência de recursos e diretrizes estratégicas com bases na justiça, ética, cidadania, direitos humanos, equidade, participação no processo democrático e no controle social⁽²⁶⁾.

No PNSSP, foi estabelecido pelo governo brasileiro o quantitativo mínimo de procedimentos para promoção da saúde, prevenção de agravos e assistência em unidades de saúde do sistema prisional, com ações de controle de doenças, como tuberculose, hipertensão e diabetes. Estão somadas ações de média complexidade com terapias em grupo executadas por profissional de nível superior, terapias individuais e ações complementares com diagnóstico, aconselhamento e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), incluindo HIV/AIDS, atenção em saúde mental, ações de prevenção dos agravos psicossociais decorrentes do confinamento, atenção às situações de grave prejuízo à saúde, decorrente do uso de álcool e drogas, na perspectiva da redução de danos e protocolo mínimo, para o diagnóstico de saúde e o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos relacionados ao encarceramento⁽²⁷⁾. Damas⁽²⁸⁾ enfatiza que as elevadas taxas de prevalência de doenças infecciosas importantes, do ponto de vista epidemiológico nos cenários de encarceramento, tais como sífilis, hepatite B, tuberculose e pneumonia, imprimem ao sistema prisional o *status* de problema de saúde pública em potencial.

As unidades prisionais com menos de 100 pessoas encarceradas e que não tivessem equipes exclusivas de profissionais designados para atuação poderiam realizar o atendimento, de frequência semanal, na rede pública de saúde. A equipe técnica estava prevista para unidades prisionais com mais de 100 pessoas (com quantitativo de profissionais específico para cada grupo de 500 pessoas encarceradas), com jornada de trabalho de 20 horas semanais de profissionais da enfermagem, medicina, odontologia, psicologia, assistência social⁽²⁶⁾.

O termo PNAISP, por sua vez, nasceu da avaliação de uma década do PNSSP e é um marco para inserção formal da população prisional no SUS. O objetivo geral é garantir o acesso das pessoas ao cuidado integral, e os específicos são: (i) promover o acesso à Rede de Atenção à Saúde (RAS); (ii) garantir a autonomia dos profissionais de saúde para a realização do cuidado integral; (iii) qualificar e humanizar a atenção à saúde por meio de ações conjuntas das áreas da saúde e da justiça; (iv) promover as relações intersetoriais com políticas de direitos humanos, afirmativas e sociais básicas, bem como de justiça criminal; e (v) fomentar e fortalecer a participação e o controle social. As ações são ampliadas à comunidade prisional (familiares e profissionais das unidades) e está sujeita à adesão de estados e municípios, assumindo encargos e responsabilidades⁽⁶⁾.

Ainda assim, dados do Manual de Inspeção a Unidades Prisionais do Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) indicam que 31% das unidades não oferecem assistência médica internamente. O levantamento fez referência a 1.439 estabelecimentos e mostram o Nordeste com a pior situação, sem aparato para atendimento em 42,7% das unidades. Nas outras regiões, o percentual varia de 26% a 30%. Quando não há estrutura interna as pessoas presas recebem visitas eventuais de equipes de saúde e/ou precisam de serviços externos. A logística demanda escolta e traz riscos de transmissão de doenças por contato e/ou vias respiratórias no transporte, por vezes realizado sem condições favoráveis⁽²⁹⁾.

Os dados sobre a enfermagem, publicados no Infopen 2019, indicam 1.395 profissionais de nível superior e 2.473, entre auxiliares e profissionais de nível técnico, trabalhando em unidades prisionais. Os vínculos trabalhistas são efetivos, comissionados, temporário e terceirizados. A execução do sistema de saúde prisional



é apoiada pelo DEPEN, mas é responsabilidade dos estados, inclusive nas etapas de contratação. São contabilizados procedimentos, como intervenções cirúrgicas, vacinas, exames com materiais biológicos, vacinas, suturas e curativos, além de consultas com as diferentes categorias profissionais. Os consultórios médicos estavam presentes em 62% das unidades, e os odontológicos, em 52% (eventualmente, os espaços podem ser usados por outras categorias profissionais), e as farmácias ou salas de estoque e dispensação de medicamentos estavam em 54% das unidades. Verifica-se que cerca de um terço (37%) das unidades prisionais no Brasil tem “módulo de saúde”, espaços classificados como mínimos ou complementares que compõem a estrutura física interna às unidades, com atuação da equipe técnica⁽⁸⁾.

Foram registrados 9.113 casos de tuberculose, 8.523 casos de HIV, 6.920 casos de sífilis, além de 4.156 casos de outras comorbidades na população geral encarcerada. Outras doenças não foram especificadas, e, devido à estratégia de registro (por número de casos), é possível que uma mesma pessoa possa ter sido contada mais de uma vez, considerando mais de uma comorbidade⁽⁸⁾.

Em janeiro de 2014, foi instituída, conforme Portaria Interministerial nº 210, a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE)⁽⁶⁾. O objetivo foi garantir a humanização no cumprimento da pena, o direito à saúde, educação, alimentação, trabalho, segurança, proteção à maternidade, lazer, esporte, assistência jurídica e demais direitos humanos. Esses fatores têm como alvo melhorar a qualidade de vida e de saúde da população carcerária feminina, priorizando a atenção integral a partir de atividades de prevenção e promoção da saúde⁽³⁰⁾.

Em janeiro de 2014, uma outra Portaria (nº 94) instituiu o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, no âmbito do SUS. A Portaria previa a manutenção de equipes especializadas responsáveis por avaliações psiquiátricas e colaboração na reinserção social, tendo equipes formadas por profissionais enfermagem, serviço social, psicologia, medicina e terapia ocupacional. Os recursos para o programa foram encerrados após sua extinção no governo Bolsonaro⁽³¹⁾.

As populações privadas de liberdade vivem em situações refletidas, dentre outros fatores, nas práticas de violência, precariedade de espaço físico qualificado e carência do atendimento à saúde. As condições do confinamento são impeditivos para o acesso à saúde de forma integral e efetiva⁽⁶⁾. Gois et al.⁽³²⁾ destacam a preocupação em relação à situação em que se encontram as pessoas privadas de liberdade, apesar da existência de legislação específica e tratados nacionais e internacionais que objetivam garantir assistência à saúde de qualidade. A carência de operacionalização, refletida em práticas violentas e de descaso com a saúde física e psíquica, é fato.

Com a COVID-19, o CNJ publicou, no âmbito dos sistemas de justiça penal e socioeducativo, medidas preventivas à propagação da infecção (Recomendação nº 62, de 17/03/2020)⁽³³⁾. No mesmo dia, um levantamento inédito da agência pública, com informações do Ministério da Saúde (MS), foi publicado, indicando que, ainda que houvesse o alerta pelo coronavírus, as prisões já enfrentam epidemia de tuberculose há anos. Para cada dez casos confirmados da doença, um ocorreu em penitenciárias e, com isso, a tuberculose atingiu 35 vezes mais as pessoas presas do que a população em liberdade. Os dados indicam que a maioria das pessoas presas que tiveram tuberculose no período eram negras (66,5%), o dobro dos casos entre brancas (25,2%)⁽³⁴⁾.

Um texto publicado no *Le Monde Diplomatique Brasil* indica o uso de cerca de R\$20 milhões para aquisição de artefatos, como granadas, para uso em ambientes internos, para enfrentamento de “possíveis tumultos” nas unidades durante a pandemia do coronavírus, após decisão de suspensão de visitas. A proibição de visitas foi a principal medida (além de atendimentos jurídicos, atividades educacionais, de trabalho, assistência religiosa e algumas transferências) para prevenção à disseminação da doença nas unidades, que seguem lotadas e com fluxos de pessoas servidoras. Para os autores, as políticas protagonizadas pelo DEPEN são de ocultação, negação e dissimulação da gravidade da crise sanitária nas prisões, combinadas com as políticas de fechamento do cárcere, como se assim fosse possível impedir a chegada do vírus. Ignora-se, portanto,



os “múltiplos vasos comunicantes que conectam os mundos de dentro e de fora dos muros”, notando-se “tecnologias de gestão da vida e da morte”⁽³⁵⁾.

Achille Mbembe⁽³⁶⁾ parte dos conceitos de biopolítica e biopoder de Foucault⁽³⁷⁻³⁸⁾ para desenvolver o conceito de necropolítica, na qual a morte e a violência são regras, e o Estado decide quem vive e, principalmente, quem morre. As principais medidas de prevenção da propagação da COVID-19 são relativamente simples: higienização das mãos e ambiente de forma adequada e frequente; utilização de sabão e/ou álcool em gel; uso de máscaras e outros equipamentos de proteção; e medidas de isolamento e distanciamento. Mas também são práticas que envolvem utilização da burocracia da administração pública para compra de insumos, demandando recursos materiais sabidamente escassos, talvez o mais básico deles: a água. Para Silva et al.⁽³⁹⁾, as condições limites de vida e saúde da população encarcerada nos lembra que, embora a legislação vigente reitere a prisão como parte de uma estrutura que previne crimes e garanta o retorno à convivência social, as precárias condições de confinamento se tornam empecilhos e impossibilitam o acesso das pessoas presas à saúde de forma integral e efetiva.

No Brasil e nos países da América Latina, programas destinados a pessoas egressas do sistema prisional estão relacionados ao apoio psicossocial e jurídico e ações de qualificação profissional e de inserção laboral. A função seria “reintegrar socialmente” quem passou pela experiência prisional, mas, na prática, as ações são pontuais, tardias, limitadas e fragmentadas⁽⁴⁰⁾. Além do sofrimento experimentado por essas pessoas, o abandono social e institucional é diário e se concretiza na falta de acesso a direitos básicos, como saúde, moradia, trabalho, lazer e alimentação. O encarceramento é reconhecidamente ineficaz para a ressocialização e enfrentamento da violência.

OUTROS DOCUMENTOS IMPORTANTES

No primeiro Congresso das Nações Unidas para a Prevenção do Crime e o Tratamento dos Delinquentes, foram criadas as Regras Mínimas para o Tratamento de Presos⁽⁴¹⁾. Este documento estabelece princípios e práticas para tratamento das pessoas presas e da gestão nos estabelecimentos. As normas foram revisadas em 2015, com ampliação do respeito à dignidade das pessoas presas, garantia de acesso à saúde e direito de defesa, bem como regulação de punições disciplinares. O documento é conhecido como “Regras de Mandela” (*Mandela’s Rules*) e buscou amparo nas diversas resoluções existentes, para chegar a um consenso sobre as regras mínimas e humanas para tratamento de pessoas presas. Houve revisão de pontos já discutidos anteriormente, como o respeito à dignidade e valor inerentes aos seres humanos, serviços de saúde, medidas disciplinares e sanções, rigor na investigação de óbitos em custódia e atenção para sinais de tortura, tratamento desumano ou degradante, além da inclusão de trechos que indicam a necessidade de proteção de grupos mais vulnerabilizados e direito à assistência jurídica. O Brasil participou ativamente das negociações para a elaboração e aprovação das Regras, mas as repercussões em políticas públicas ainda são poucas. A publicação e a tradução do material foram realizadas pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), compondo uma série de publicações denominadas de Tratados Internacionais de Direitos Humanos⁹. As Regras de Mandela indicam, entre outras, a necessidade de fornecimento de água e itens de higiene pessoal, vestuário próprio e leitos com roupas de cama, tempo específico para exercício ao ar livre e acesso a serviços e profissionais de saúde.

O Mecanismo Nacional de Combate e Prevenção à Tortura (MNCPT) faz parte do Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, de acordo com a Lei nº 12.847⁽⁴²⁾, sancionada em 2013. O órgão é composto por especialistas independentes que têm acesso às instalações prisionais e elaboram relatórios indicando irregularidades, com recomendações aos órgãos competentes. O Estado brasileiro assumiu, em 2007, o compromisso internacional com a ratificação do Protocolo Facultativo à Convenção Contra Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes⁽⁴³⁾ da Organização das Nações Unidas (ONU).

9 Os materiais referentes aos Tratados Internacionais de Direitos Humanos estão disponíveis em: <https://www.cnj.jus.br/tratados-internacionais-de-direitos-humanos/>.



Atualmente, o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MDH) é acusado pela sociedade civil e pela ONU de tentativas de esvaziamento do MNCPT, retirando o apoio administrativo.

A situação específica de crianças, adolescentes e mulheres em conflito com a Lei, especialmente em situação de privação de liberdade, é abordada em outras resoluções de diferentes órgãos da ONU como: Regras Mínimas das Nações Unidas para a Administração da Justiça, da Infância e da Juventude (Regras de Pequim); Diretrizes das Nações Unidas para a Prevenção da Delinquência Juvenil (Diretrizes de Riad); Regras das Nações Unidas para a Proteção de Jovens Privados de Liberdade; Regras das Nações Unidas para o Tratamento de Mulheres Presas; e Medidas Não Privativas de Liberdade para as Mulheres Infratoras (Regras de Bangkok)⁽⁴⁴⁾.

O relatório da inspeção feita pelo Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas⁽⁴⁵⁾ evidenciou tortura endêmica nas instituições brasileiras, que ocorrem frequente e constantemente. Também foram relatadas poucas denúncias oficializadas em órgãos públicos, após relatos de maus-tratos das pessoas presas, além de menção específica da violência contra a população LGBT+. Concomitantemente, o Supremo Tribunal Federal (STF) reconheceu o estado de calamidade das prisões, a partir da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 347⁽⁴⁶⁾, que caracterizou o cárcere como um Estado de Coisas Inconstitucional, constatando a sistemática violação de direitos fundamentais. Com diversos documentos e publicações para garantia dos direitos humanos, vale lembrar Eduardo Galeano, quando escreve que “os violadores que mais ferozmente violam a natureza e os direitos humanos jamais são presos. Eles têm as chaves das prisões”⁽⁴⁷⁾.

Em 2019, o ICPR publicou um documento a partir da análise de dez países, dentre eles o Brasil, abordando a questão de saúde nas prisões. O relatório destaca o crescimento expressivo da população prisional nos últimos anos, sem que houvesse estrutura e recursos necessários para garantia de condições mínimas de dignidade. As prisões são apresentadas como locais de condições precárias e insalubres, responsáveis também pelo agravamento de doenças preexistentes e o surgimento de novas. As trajetórias de vida da população carcerária, marcadas, muitas vezes, pela pobreza e violência, bem como o estresse e maus-tratos aos quais as pessoas estão sujeitas nas unidades, são fatores relacionados ao adoecimento. No relatório, a superlotação das prisões ao redor do mundo aparece como contribuição para a deterioração de padrões sanitários, de cuidados com a saúde, do bem-estar e da segurança. A análise, em diversos países, mostra condições prisionais que incluem acesso reduzido à luz natural e circulação de ar, dietas com baixo valor nutricional, escassas oportunidades para exercícios físicos e acesso precário a profissionais de saúde. As prisões são colocadas como uma das principais causas para desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como diabetes⁽⁴⁸⁾.

A ENFERMAGEM NO CONTEXTO PRISIONAL

Na 72ª Assembleia Geral, a Organização Mundial de Saúde (OMS) elegeu 2020 como Ano Internacional da Enfermagem, para homenagear profissionais (incluindo pessoas parteiras) de diferentes países do mundo. A escolha do ano se deu também pelas homenagens do segundo centenário de Florence Nightingale, uma das precursoras da enfermagem moderna. Destacamos as enfermeiras Mary Seacole e Maria Soldado como representantes de legados importantes para a enfermagem contemporânea; elas, assim como outras mulheres negras, têm suas histórias invisibilizadas pelo racismo estrutural. O ano comemorativo reforçava as evidências fundamentais da categoria no cuidado da saúde e do bem-estar das populações. Com a colaboração do *International Council of Nurses* (ICN) e do grupo da campanha *Nursing Now*, a OMS publicou o primeiro importante Relatório do Estado da Enfermagem no Mundo⁽⁴⁹⁾, indicando a enfermagem como maior grupo profissional no setor de saúde (cerca de 59%) e, portanto, imprescindível para cobertura universal de saúde. A síntese do relatório de pesquisa Perfil de Enfermagem do Brasil 2010-2015, realizado por convênio entre Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), indica uma proporção ainda mais elevada (62%) do corpo de enfermagem em relação às demais categorias da saúde⁽⁵⁰⁾.

Um dos objetivos das práticas de assistência em saúde realizadas por profissionais de enfermagem é a produção de mudanças e efeitos na vida da coletividade, fundamentadas no saber científico e sobre os alicerces



das necessidades sociais, o que coaduna com a percepção das demandas que emergem das pessoas que utilizam os serviços de saúde, em consonância com as políticas públicas vigentes⁽⁵¹⁾. Para além da também imprescindível atividade técnica, a contribuição da enfermagem pode ocorrer segundo padrões éticos de trabalho, fundados na dignidade das pessoas e contrários à condutas que infrinjam os direitos humanos⁽⁵²⁾.

Rita Barradas Barata traz em seu livro *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*⁽⁵³⁾ que, além do sistema nacional de saúde com acesso universal, é preciso distribuição adequada de serviços e equipamentos no território, para que possam ser utilizados independentemente de condições socioeconômicas, gênero, etnia, etc. Profissionais de saúde precisam de habilitação adequada para garantir a qualidade técnica e humana do atendimento, e os serviços devem ser organizados, para responder às necessidades de saúde. O trabalho na área da saúde possibilita um papel socialmente diferenciado nos embates empreendidos em prol dos direitos humanos, considerando que quem trabalha, de alguma forma, testemunha agravos sofridos por vítimas dos mais variados tipos de violências.

O conjunto de instituições que compõem o sistema prisional é um dos muitos campos de atuação para profissionais da categoria. O trabalho pode ocorrer nas unidades prisionais, quando estrutura física e de recursos humanos estão presentes e, após o período de cumprimento de pena, pessoas egressas do sistema prisional continuam acessando serviços da RAS e saúde suplementar. É possível que a população prisional acesse serviços que compõem a RAS (e são externos à prisão), ainda durante o cumprimento da pena, seja pela inexistência de módulos de saúde internos ou mesmo por ocorrências de doenças e agravos que demandam serviços de média e alta complexidade com disponibilidade de densidades tecnológicas diversas. O trabalho de profissionais da enfermagem pode ocorrer desde os momentos de entrada das pessoas em unidades prisionais, em transferências para outras instalações e nos momentos da saída, após finalização da pena privativa de liberdade. As responsabilidades específicas da categoria dependem do tamanho da instituição prisional e das características da população⁽⁵⁴⁾. Autoras apontam para o esforço de equipes de enfermagem para atingir as dimensões holísticas e humanas do cuidado e da promoção de saúde. Ainda assim, é necessário superar questões de estrutura e processo, bem como melhorar condições de trabalho⁽⁵⁵⁾.

É necessário que profissionais da enfermagem estejam próximos das pessoas e de suas demandas e façam o planejamento de ações de prevenção, promoção e tratamento, em nível individual e coletivo. Maynard et al.⁽⁵⁶⁾ explicam que a triagem e a escuta, frequentemente tidas como ações realizadas pela enfermagem, são vistas como ferramentas essenciais e inovadoras que atuam através do diálogo, vínculo e acolhimento, a partir do uso de tecnologias leves e que valorizam as experiências e as necessidades das pessoas em seu cotidiano. Santos e Nardi⁽⁵⁷⁾ defendem que sejam desenvolvidas, pela equipe de enfermagem, atividades relacionadas a cuidados paliativos. Por isso, destacam a importância de profissionais da enfermagem e demais áreas da saúde que atuam em unidades prisionais, para articular ações de identificação precoce, classificação e intervenção sobre a dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual que se encontram fora de possibilidades terapêuticas de cura.

Alguns artigos internacionais indicam que a equipe de enfermagem que atua em prisões deve possuir “habilidades excepcionais de comunicação, trabalho em equipe e avaliação”⁽⁵⁸⁾ e citam o perigo e o estresse que podem estar associados a estes trabalhos.⁽⁵⁹⁾ Lazzaretto-Green et al.⁽⁶⁰⁾ destacam, por exemplo, a relação com profissionais da segurança, considerando que nas instituições existe um viés e prioridades desiguais entre a atuação de cada profissão. Na relação com a pessoa que cumpre pena, os possíveis conflitos entre as equipes de saúde e segurança derivam da tensão inerente entre os dois papéis, tanto por abordagens, responsabilidades e atitudes quando por terminologias diferentes em relação à população prisional⁽⁶¹⁾. Doyle⁽⁶²⁾, ao retratar uma dessas experiências, afirma que a saúde não é o objetivo principal dos ambientes prisionais, chamados em muitos contextos de “correcionais”, e que as equipes de saúde devem atuar de forma imparcial. Weiskopf⁽⁶³⁾ situa o ato de cuidar como cerne da enfermagem para além de diretrizes e objetivos de políticas específicas, definindo que o trabalho é desafiador em ambientes prisionais devido ao constante



controle, coerção, segurança, ordem e disciplina. Doyle⁽⁶²⁾ também reforça que, no campo da saúde mental, a arquitetura prisional e “o artifício de vigilância e controle” são dominantes e constituem “ambientes físicos caracterizados por perímetros e tecnologia seguros”, desenvolvidos para isolar, segregar e confinar. No livro *Vigiar e Punir*, Foucault⁽³⁸⁾ afirmava que, para controle minucioso nas prisões, utiliza-se um aparato que rodeia e, dessa forma, vigia, visibiliza e expõe pessoas. O olhar, na penitenciária, “está alerta em toda parte”, o que pode e pretende colocar pessoas em uma situação de maior fragilidade⁽³⁸⁾.

Para a equipe de enfermagem, quando há substituição de prioridades, no caso as de segurança sobrepondo as de saúde, pode haver sensação de desvalorização profissional. Weiskopf⁽⁶³⁾ associa este momento àquele em que o acesso aos serviços de saúde pode se tornar um privilégio, não um direito.

Brito et al.⁽⁶⁴⁾ evidenciam o trabalho em saúde em unidades federais. Entre profissionais havia desconhecimento de especificidades das atividades internas e necessidade de improviso na práxis laboral. Em outro estudo, no sistema prisional do Rio Grande do Sul, autoras defendem espaços de escuta para profissionais (de saúde e segurança), familiares e pessoas encarceradas; assim anseios, limites e processos de resistências poderão ser valorizados.⁽⁶¹⁾

ALGUMAS CONCLUSÕES

O acesso à saúde da população prisional é fragmentado, e, por isso, analisar a atuação da equipe de enfermagem e a sua relação com as pessoas durante o cumprimento da pena pode apontar para nuances e entraves relacionados à (não) garantia do direito à saúde nesse contexto. O espaço prisional possui especificidades que estabelecem relação profunda com o processo saúde-doença, potencializando o sofrimento e trazendo novas demandas para o cuidado. Algumas publicações recentes indicam: a dificuldade de acesso a água e indisponibilidade de água quente; a proximidade com animais sinantrópicos; a estrutura insuficiente de saneamento; as situações de violência com aplicação de castigos; as frequentes vistorias em celas e pavilhões; os períodos sem convívio com outras pessoas; a má alimentação; a atuação das facções; o uso de substâncias psicoativas; a impossibilidade ou dificuldade de manutenção de vínculos e de visita íntima; o trabalho alheio às leis trabalhistas vigentes, entre outros⁽⁶⁵⁻⁶⁷⁾.

Os conhecimentos, habilidades e competências de profissionais da enfermagem no contexto extramuros são potenciais para o exercício profissional internamente. O dimensionamento de equipes de saúde, as adequações das instalações e nos processos de trabalho são desafios para atuação da enfermagem com a população que está presa. Mas, para além das questões estruturais, técnicas e materiais, há necessidade de investimentos para qualificação e formação qualificada.

Considerando as recomendações nacionais e internacionais para tratamento das pessoas presas, é possível afirmar que os dilemas na interface entre saúde e segurança parecem ser determinantes para a experiência do processo saúde-doença durante o cumprimento da pena. A prática do cuidado, seja ele específico da enfermagem ou não, é confrontada com limitações do cotidiano prisional. Abordagens e rotinas de segurança prevalecem em relação à promoção de saúde, prevenção e tratamento de doenças e agravos.

As noções de necropolítica e necropoder, apresentadas por Mbembe⁽³⁶⁾, explicam a criação de “mundos de morte”, com formas novas e únicas da existência social, nas quais pessoas, nesse caso, encarceradas, são submetidas a condições de vida como “mortos-vivos”. Retomando Davis⁽¹⁷⁾,

A prisão funciona ideologicamente como um local abstrato no qual os indesejáveis são depositados, livrando-nos da responsabilidade de pensar sobre as verdadeiras questões que afligem essas comunidades das quais os prisioneiros são oriundos em números tão desproporcionais. (p. 16).

Retratar os modos de vida e a sobrevivência nas prisões é necessário, mas ainda mais é imprescindível que pessoas egressas do sistema prisional ou mesmo aquelas que cumprem pena compartilhem narrativas



próprias de suas trajetórias de vida. Como colocado por Braga⁽¹⁶⁾, estamos longe “(...) de sentir na pele o drama da prisão”, mas não podemos nos “eximir de retratá-lo como produção concreta da (in)justiça, desde um possível lugar de encontro”. A construção do cuidado deve ser encarada como prática emancipatória. Retomando o conceito de saúde defendido pela OMS⁽⁶⁸⁾, questionamos: é possível garantir o direito à saúde em espaços que têm lógica avessa ao “completo bem-estar físico, mental e social”?

REFERÊNCIAS

1. Organização das Nações Unidas (ONU). Declaração Universal dos Direitos Humanos. In: Universidade de São Paulo (USP), Biblioteca Virtual de Direitos Humanos [Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1948 [cited 2020 Oct 11]. Available from: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Declara%C3%A7%C3%A3o-Universal-dos-Direitos-Humanos/declaracao-universal-dos-direitos-humanos.html>
2. Congresso Nacional (BR). Assembleia Nacional Constituinte. Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União [Internet]. 1988 [cited 2020 Oct. 1];191A(1):1-32. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/douconstituicao88.pdf
3. Presidência da República (BR). Lei 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[Internet]. Diário Oficial da União. 1990 [cited 2018 Oct 20];182(1):18055-59. Available from: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=20/09/1990&jornal=1&pagina=1&totalArquivos=176>
4. Silva JCC. O Sistema Penal enquanto instrumento de perpetuação da prática autoritária. In: Boiteux L, Magno PC, Benevides L, organizadoras. Gênero, feminismo e sistemas de Justiça: discussões interseccionais de gênero, raça e classe. Rio de Janeiro: Freitas Bastos; 2018. p. 619-636.
5. Soares BM, Ilgenfritz I. Prisioneiras: vida e violência atrás das grades. Rio de Janeiro: Garamond; 2002. 152 p.
6. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2020 Oct 2]. Available from: <https://bit.ly/3jCagJ>
7. Melillo KD. Caring for incarcerated older adults. Aging, mental health, and incarceration. J Gerontol Nurs. 2009 [cited 2020 oct. 06];35(7): 3–6. <https://doi.org/10.3928/00989134-20090527-06>
8. Ministério da Justiça e Segurança Pública (BR). Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Infopen) [Internet]. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública; 2020 [cited 2021 Feb 8]. Available from: <https://bit.ly/3d2ZDS0>
9. Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP). Anuário Brasileiro de Segurança Pública [Internet]. Ano 14. São Paulo: [s.n.]; 2020 [cited 2021 Ago. 26]. Available from: <https://forumseguranca.org.br/anuario-14/>
10. Ministério da Justiça e Segurança Pública (BR). Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Infopen) [Internet]. Brasília: Ministério de Justiça e Segurança Pública; 2017 [cited 2021 Feb. 8]. Available from: <https://bit.ly/3nSoT3d>
11. Presidência da República (BR). Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Diário Oficial da União [Internet]. 1984 [cited 2014 Oct 10];(1):10227. Available from: <https://bit.ly/3d37wao>
12. Pastoral Carcerária. Agenda Nacional pelo Desencarceramento [Internet]. [São Paulo]: [s.n.]; 2014 [cited 2020 Oct. 30]. Available from: <https://bit.ly/3aaXTVC>
13. Presidência da República (BR). Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 2006 [cited 2018 Oct 20];163(1):2-6. Available from: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=2&data=24/08/2006>
14. Presidência da República (BR). Lei 13.840, de 5 de junho de 2019. Altera as Leis nºs 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nos 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre



- Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas [Internet]. Diário Oficial da União. 2019 [cited 2018 Oct 20];108(1):2-4. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm
15. Braga AGM, Angotti B. Da hipermaternidade à hipomaternidade no cárcere feminino brasileiro. Rev Int Direitos Hum [Internet]. 2015 [cited 2020 Sep 27];12(22):229-39. Available from: https://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2015/12/16_SUR-22_PORTUGUES_ANA-GABRIELA-MENDES-BRAGA_BRUNA-ANGOTTI.pdf
 16. Braga AGM. Entre a soberania da lei e o chão da prisão: a maternidade encarcerada. Rev Direito GV. 2015;11(2):523-46. <https://doi.org/10.1590/1808-2432201523>
 17. Davis A. Estarão as prisões obsoletas? Vargas M, tradutora. Rio de Janeiro: Difel; 2018. 144 p.
 18. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (BR). Secretaria Nacional de Proteção Global, Departamento de Promoção dos Direitos de LGBT. LGBT nas prisões do Brasil: Diagnóstico dos procedimentos institucionais e experiências de encarceramento [Internet]. Brasília: Departamento de Promoção dos Direitos de LGBT; 2020 [cited 2020 Nov 5]. 147 p. Available from: <https://bit.ly/2OoguEZ>
 19. Ministério da Justiça e Segurança Pública (BR). Departamento Penitenciário Nacional. Resolução Conjunta nº 1, de 15 de abril de 2014. Estabelecer os parâmetros de acolhimento de LGBT em privação de liberdade no Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Justiça; 2014 [cited 2020 Oct. 2]. Available from: <https://bit.ly/3rJjWbA>
 20. Bogo Chies LA, Rotta Almeida B. Mortes sob custódia prisional no Brasil: prisões que matam; mortes que pouco importam. Rev Cien Soc. 2019;32(45):67-90. <https://doi.org/10.26489/rvs.v32i45.3>
 21. Gual R. La muerte bajo custodia penal como objeto de investigación social: una perspectiva regional. Rev Electrôn Fac Direito Pelotas [Internet]. 2019 [cited 2021 Aug 29];2(2):29-48. Dossiê Punição e Controle Social: degradações carcerárias em América Latina e Europa. Available from: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/revistadireito/article/view/11442/7227>
 22. Ministério da Justiça e Segurança Pública (BR). Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Infopen) – dezembro de 2016 [Internet]. Brasília: Ministério da Justiça; 2018 [cited 2021 Feb. 8]. 48 p. Available from: <https://bit.ly/3rAtzJM>
 23. Barsaglini R. Do Plano à Política de saúde no sistema prisional: diferenciais, avanços, limites e desafios. Physis. 2016;26(4):1429-39. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000300019>
 24. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário [Internet]. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005 [cited 2020 Oct. 2]. Available from: <https://bit.ly/3zsW5jY>
 25. Minayo MCS, Ribeiro AP. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. Ciênc Saúde Colet. 2016;21(7):2031-40. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.08552016>
 26. Ministério da Saúde (BR). Portaria Interministerial n.º 1.777, de 09 de setembro de 2003. Diário Oficial da União [Internet]. 2003 [cited 2020 Nov. 5]; 176(1): 39-43. Available from: https://dspace.mj.gov.br/bitstream/1/379/3/PRI_GM_2003_1777.pdf
 27. Souza MO, Passos JPA. A prática de Enfermagem no sistema penal: limites e possibilidades. Esc Anna Nery. 2008;12(3):417-23. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000300004>
 28. Damas FB. Assistência e condições de saúde nas prisões de Santa Catarina, Brasil. Rev Saúde Públ Santa Cat [Internet]. 2012 [cited 2020 Oct 5];5(3):6-22. Available from: <https://bit.ly/372FnN3>
 29. Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP). Manual de inspeção a unidades prisionais [Internet]. Brasília: CNMP; 2019 [cited 2020 Nov 5]. 78 p. Available from: https://www.cnmp.mp.br/portal/images/Publicacoes/documentos/2019/MANUAL_DE_INSPE%C3%87%C3%83O_A_UNIDADES_PRISIONAIS_4.pdf
 30. França MHO. Criminalidade e prisão feminina: uma análise da questão de gênero. Rev Ártemis [Internet]. 2015 [cited 2020 Oct. 5];18(1):212-27. Available from: <https://10.15668/1807-8214/artemis.v18n1p212-227>
 31. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 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) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2020 Nov 5]. Available from: <https://bit.ly/2Z6tFwu>
 32. Gois SM, Santos Júnior HPO, Silveira MFA, Gaudêncio MMP. Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. Ciên Saúde Colet. 2012;17(5):1235-46. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000500017>
 33. Conselho Nacional de Justiça. Recomendação nº 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 [Internet]. Brasília: Conselho Nacional de Justiça; 2020 [cited 2020 Nov. 5]. Available from: <https://bit.ly/3paU4Uu>
34. Muniz B, Fonseca B. Em alerta por coronavírus, prisões já enfrentam epidemia de tuberculose. Pública – Agência de Jornalismo Investigativo [Internet]. São Paulo: [s.n.]; 2020 [cited 2020 Oct. 17]. Available from: <https://apublica.org/2020/03/em-alerta-por-coronavirus-prisoas-ja-enfrentam-epidemia-de-tuberculose/>
 35. Campello R, Godoi R. Presídios: em vez de proteção, solitárias e granadas. Le Monde Diplomatique Brasil. In: OutrasMídias [Internet]. São Paulo: [s.n.]; 2020 [cited 2020 Nov. 6]. Available from: <https://outraspalavras.net/outrasmidias/presidios-em-vez-de-protecao-solitaria-e-granadas/>
 36. Mbembe A. Necropolítica. São Paulo: n-1 edições; 2018. 80 p.
 37. Foucault M. Microfísica do poder. 18ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 2003. 295 p.
 38. Foucault M. Vigiar e punir: histórias da violência nas prisões. 37ª ed. Petrópolis: Vozes; 2009. 348 p.
 39. Silva AAS, Araújo TME, Teles SA, Magalhães RLB, Andrade ELR. Prevalência de hepatite B e fatores associados em internos de sistema prisional. Acta Paul Enferm. 2017;30(1):66-72. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700010>
 40. Souza RL, Silveira AM. Mito da ressocialização: programas destinados a egressos do sistema prisional. SER Social. 2017;17(36):163. https://doi.org/10.26512/ser_social.v17i36.13421
 41. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Regras de Mandela: regras mínimas das Nações Unidas para o tratamento de presos [Internet]. Brasília: CNJ, 2016 [cited 2020 Oct 11]. 88 p. Série Tratados Nacionais de Direitos Humanos. Available from: <https://bit.ly/3nKl2nP>
 42. Presidência da República (BR). Lei 12.847, de 2 de agosto de 2013. Institui o Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; cria o Comitê Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. 2013 [cited 2020 Oct 10]; 149(ed. extra):1-2. Available from: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1000&pagina=1&data=05/08/2013>
 43. Presidência da República (BR). Decreto nº 6.085, de 19 de abril de 2007. Promulga o Protocolo Facultativo à Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes, adotado em 18 de dezembro de 2002 [Internet]. Diário Oficial da União. 2007 [cited 2020 Oct 2]; 76(1):6-8. Available from: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=6&data=20/04/2007>
 44. Conselho Nacional de Justiça (BR). Regras de Bangkok. Regras das Nações Unidas para o tratamento de mulheres presas e medidas não privativas de liberdade para mulheres infratoras [Internet]. Brasília: Conselho Nacional de Justiça; 2016 [cited 2020 Oct 10]. Série Tratados Internacionais de Direitos Humanos. Available from: <https://bit.ly/2NeBXzG>
 45. UN General Assembly. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment on his mission to Brazil [Internet]. [New York (US)]: United Nations; 2016 [cited 2020 Oct 12]. Report n°: A/HRC/31/57/Add.4. Available from: <https://cutt.ly/pkP5tjE>
 46. Supremo Tribunal Federal (BR). ADPF 347 - Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental. Brasília: Supremo Tribunal Federal; 2015 [cited 2020 Nov. 5]. Available from: <https://bit.ly/2NI3hMw>
 47. Galeano E. De pernas para o ar. Porto Alegre: L&PM. 1999. 370 p.
 48. Institute for Criminal Policy Research (ICPR). Towards a health-informed approach to penal reform? Evidence from ten countries. Londres: Birkbeck, University of London; 2019 [cited 2020 Sep. 27]. Available from: <https://bit.ly/3rlNqqd>
 49. World Health Organization (WHO). States of the World' Nursing 2020, investing in education, jobs and leadership. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2020 Oct. 12]. Available from: <https://cutt.ly/xkP5RQX>
 50. Machado MH, coordenadora. Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil. Relatório final. Brasília: Cofen/Fiocruz; 2015 [cited 2020 Oct 5]. Available from: <https://bit.ly/3qcavBj>
 51. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp Júnior H. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes [Internet]. Rio de Janeiro: Hexis; 2016 [cited 2021 Sep 22]. p. 59-72. Políticas e cuidados em saúde, v. 1. Available from: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2021/05/Livro-Políticas-e-Cuidados-em-Saude-Livro-1-%E2%80%93-Avaliacao-Compartilhada-do-Cuidado-em-Saude-Surpreendendo-o-Instituicao-nas-Redes.pdf>
 52. Ventura CAA, Mello DF, Andrade RD, Mendes IAC. Aliança da enfermagem com o usuário na defesa do SUS. Rev Bras Enferm. 2012;65(6):893-8. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000600002>



53. Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde [Internet]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2009 [cited 2020 Oct 17]. Coleção Temas em Saúde. 120 p. Available from: <https://cutt.ly/akP6E8N>
54. Flanagan NA, Flanagan TJ. Correctional nurses' perceptions of their role, training requirements, and prisoner healthcare needs. *J Correct Health Care*. 2001;8(67–85). <https://doi.org/10.1177/107834580100800105>
55. Soares AM, Castro GMO, Almeida IEM, Monteiro LAS, Torres LM. Vivências da equipe de enfermagem no cotidiano do sistema penal. *Rev Baiana Enferm*. 2020;34:e34815. <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.34815>
56. Maynard WHC, Albuquerque MCS, Brêda MZ, Jorge JS. Qualified listening and embracement in psychosocial care. *Acta Paul Enferm*. 2014;27(4):300-4. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400051>
57. Santos HB, Nardi HC. Masculinidades entre matar e morrer: o que a saúde tem a ver com isso? *Physis: Rev Saúde Coletiva* 2014;24(3):931-49. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000300014>
58. Hunt D. Caring for prisoners' mental health. *Nurs N Z* [Internet]. 2004 [cited 2020 Sep 27];10(8):16–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15508966/>
59. Redgewell S. Patient or prisoner caring in a secure environment. *Crim Justice Matters*. 2010;81:6–7. <https://doi.org/10.1080/09627251.2010.505393>
60. Lazzaretto-Green D, Austin W, Goble E, et al Ethical principles for correctional nursing. In: Schoenly L, Knox CM, eds. *Essentials of Correctional Nursing*. New York, NY: Springer Publishing Company; 2012: p. 19-37.
61. 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* [Internet]. 2013 [cited 2021 Feb 11];41:39-52. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n41/n41a04.pdf>
62. Doyle J. Custody and caring: Innovations in Australian correctional mental health nursing practice. *Contemp Nurse*. 2003;14(3):305–11. <https://doi.org/10.5172/conu.14.3.305>
63. Weiskopf CS. Nurses' experience of caring for inmate patients. *J Adv Nurs*. 2005;49(4):336–43. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03297.x>
64. Brito LJS, Henriques SH, Bragança C, Leal LA. Training in service: perception of health workers in assistance in federal prison units. *Esc Anna Nery*. 2020;24(1):e20190158. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0158>
65. Rangel FM, Bicalho PPG. Superlotação das prisões brasileiras: operador político da racionalidade contemporânea. *Estud Psicol*. 2016;21(4):415-23. <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20160040>
66. Dourado JLG, Alves RSF. Panorama da saúde do homem preso: dificuldades de acesso ao atendimento de saúde. *Bol Acad Paul Psicol* [Internet]. 2019 [cited 2020 Oct 5];39(96):47-57. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bapp/v39n96/v39n96a06.pdf>
67. Freixo M. Desintegração do sistema prisional, segurança pública e exclusão social. *Ciêns Saúde Colet*. 2016;21(7):2171-8. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.11752016>
68. Organização Mundial da Saúde (OMS). Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946. In: *Biblioteca Virtual de Direitos Humanos*. Universidade de São Paulo – USP [Internet]. São Paulo: USP; 1946 [cited 2020 Oct 5]. Available from: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>