



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

NATÁLIA ARAÚJO BRITO

**ENTRE GRADES E MURALHAS: ANALISANDO O PROCESSO DE
IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE PRISIONAL NO
BRASIL**

MOSSORÓ
2023

NATÁLIA ARAÚJO BRITO

**ENTRE GRADES E MURALHAS: ANALISANDO O PROCESSO DE
IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE PRISIONAL NO
BRASIL**

Monografia apresentada à Universidade Federal Rural do Semi-Árido como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Me. Lázaro Fabrício de França Souza

MOSSORÓ

2023

© Todos os direitos estão reservados a Universidade Federal Rural do Semi-Árido. O conteúdo desta obra é de inteira responsabilidade do (a) autor (a), sendo o mesmo, passível de sanções administrativas ou penais, caso sejam infringidas as leis que regulamentam a Propriedade Intelectual, respectivamente, Patentes: Lei nº 9.279/1996 e Direitos Autorais: Lei nº 9.610/1998. O conteúdo desta obra tomar-se-á de domínio público após a data de defesa e homologação da sua respectiva ata. A mesma poderá servir de base literária para novas pesquisas, desde que a obra e seu (a) respectivo (a) autor (a) sejam devidamente citados e mencionados os seus créditos bibliográficos.

B862e Brito, Natália Araújo.
ENTRE GRADES E MURALHAS: ANALISANDO O PROCESSO
DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE
PRISIONAL NO BRASIL / Natália Araújo Brito. -
2023.
32 f. : il.

Orientador: Lázaro Fabrício de França Souza.
Monografia (graduação) - Universidade Federal
Rural do Semi-árido, Curso de Medicina, 2023.

1. Pessoas privadas de liberdade. 2. Atenção
integral à saúde. 3. Sistema prisional. 4. Saúde
prisional. I. Souza, Lázaro Fabrício de França,
orient. II. Título.

Ficha catalográfica elaborada por sistema gerador automático em conformidade
com AACR2 e os dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Biblioteca Campus Mossoró / Setor de Informação e Referência
Bibliotecária: Keina Cristina Santos Sousa e Silva
CRB: 15/120

O serviço de Geração Automática de Ficha Catalográfica para Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC's) foi desenvolvido pelo Instituto de Ciências Matemáticas e de Computação da Universidade de São Paulo (USP) e gentilmente cedido para o Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal Rural do Semi-Árido (SISBI-UFERSA), sendo customizado pela Superintendência de Tecnologia da Informação e Comunicação (SUTIC) sob orientação dos bibliotecários da instituição para ser adaptado às necessidades dos alunos dos Cursos de Graduação e Programas de Pós-Graduação da Universidade.

NATÁLIA ARAÚJO BRITO

ENTRE GRADES E MURALHAS: ANALISANDO O PROCESSO DE
IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE PRISIONAL NO BRASIL

Monografia apresentada à Universidade
Federal Rural do Semi-Árido como requisito
para a obtenção do título de Bacharel em
Medicina.

Defendida em 25 de maio de 2023.

BANCA EXAMINADORA
Documento assinado digitalmente
 **LAZARO FABRICIO DE FRANCA SOUZA**
Data: 04/09/2024 01:13:55-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Lázaro Fabrício de França Souza, Prof. Me. (UFERSA)

Presidente
Documento assinado digitalmente
 **JENNIFER DO VALE E SILVA**
Data: 04/09/2024 20:28:30-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Jennifer do Vale e Silva, Prof. Dr. (UFERSA)

Membro Examinador
Documento assinado digitalmente
 **ANDREA TABORDA RIBAS DA CUNHA**
Data: 07/09/2024 10:27:42-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Andrea Taborda Ribas da Cunha, Prof^ª. Me. (UFERSA)

Membro Examinador

Em memória de Maria Gomes de Araújo

AGRADECIMENTOS

Agradeço, com primazia, a Deus, por ter me guiado até a Medicina e entre suas estradas tortuosas e gratificantes.

Agradeço, com grandioso reconhecimento, a Maria Edinete de Araújo Brito e a José Flávio de Brito, que, desde o início da minha vida, fizeram da educação herança, virtude e legado. Se não fosse pela teimosia de meus pais, que, oriundos da zona rural de uma cidade pacata, investiram todo o fruto de seu trabalho árduo para a formação dos filhos, eu não estaria aqui, usufruindo do único patrimônio indestrutível que há: o conhecimento.

Agradeço ao meu irmão, Murilo Augusto de Araújo Brito, que não mediu esforços para me proporcionar o que fosse necessário para a concretização desse momento. É meu exemplo de hombridade e lisura, assim como meu primo-irmão, Igor Araújo da Silva, a quem estendo minha gratidão.

Agradeço aos meus avós, principalmente a Maria das Graças Ramalho, e aos meus tios, sobretudo a Edinalva Araújo, mulheres fascinantes que contribuíram expressivamente para a minha realização pessoal e acadêmica.

Agradeço a Maria Santina Araújo e a Liraldo Pereira de Araújo, que me acolheram como filha em uma cidade inteiramente nova para mim. Agradeço à pequenina Elisa Araújo Pereira, cujos sorrisos alentam os hiatos entre rotinas exaustivas de aprendizado.

Agradeço a Camila Braga de Ávila e a Rafaella Dutra Souto, que, por tantos dias e noites, foram lar, literalmente, na minha estadia nesta cidade. São espelho e referência para todos à sua volta, e o serão como profissionais médicas. Já não me vejo neste caminhar sem a companhia inspiradora de vocês.

Agradeço aos meus amigos, espalhados em tantos endereços entre o Seridó, o Alto Oeste, o litoral e o Planalto da Borborema.

Agradeço ao meu orientador, Lázaro Fabrício de França Souza, que, com seu olhar inquieto, ajudou-me a enxergar as existências atravessadas pelas fraturas sociais. Para a vida, levarei a amizade e os memoráveis ensinamentos.

Agradeço à Banca Examinadora, constituída por educadores que, desde os primeiros dias de graduação, retêm minha admiração irrestrita.

Agradeço à Universidade Federal Rural do Semi-Árido pelo gentil acolhimento. A Universidade Pública transforma vidas e deve ser defendida como o patrimônio imenso que é.

A lista é vasta e expressa a humildade de quem reconhece que não estaria onde está sem o amparo de tantas e tantos personagens que transpassaram seu caminho.

“As leis não bastam. Os lírios não nascem da lei.”

Carlos Drummond de Andrade (1945)

RESUMO

Introdução As pessoas privadas de liberdade constituem um estrato social vulnerabilizado no que tange à garantia de direitos constitucionais, cite-se o acesso à saúde. No Brasil, as normativas que tratam dessa temática surgem em 1984, com a Lei de Execução Penal, e, de maneira exclusiva, com o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário, de 2003, e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, de 2014. **Objetivo** À vista disso, este trabalho objetiva delinear historicamente as políticas públicas de atenção à saúde prisional no Brasil, com subsequente análise de sua implementação. O estudo utiliza como plano de fundo de análise parâmetros internacionais orientados pela Organização Mundial de Saúde para averiguar a saúde prisional entre seus Estados-Membros e focaliza a redação e averiguação da PNAISP, com atenção à conjuntura do Rio Grande do Norte. **Métodos** É uma pesquisa exploratória, explicativa, documental e bibliográfica, realizada nas bases de dados Scielo, LILACS, Medline e Google Acadêmico, bem como em livros de estudiosos do sistema prisional brasileiro. **Resultados** A partir da pesquisa, visualiza-se que as normativas institucionais sinalizam o acesso à saúde integral, universal e com participação social, como apregoado pelo Sistema Único de Saúde e pelas diretrizes internacionais. No entanto, os ambientes prisionais são alvejados pela superlotação das celas, a inadequação dos produtos alimentícios, a ausência de programas efetivos de rastreio de doenças e imunizações, a escassez de espaços físicos e infraestrutura adequados, a precariedade de atendimentos e a prática de maus-tratos. **Considerações finais** Portanto, o que é visualizado na prática do ecossistema prisional não condiz com as redações preconizadas nas normativas institucionais e, desse modo, urge a otimização de melhorias na implementação das políticas públicas relacionadas à saúde prisional, com a elaboração de estratégias pelos governos responsáveis.

Palavras-Chave: Pessoas privadas de liberdade; atenção integral à saúde; sistema prisional; saúde prisional.

ABSTRACT

Introduction Persons deprived of liberty constitute a vulnerable social stratum with regard to the guarantee of constitutional rights, namely access to health. In Brazil, regulations dealing with this issue emerged in 1984, with the Penal Execution Law, and, exclusively, with the National Health Plan for the Penitentiary System, of 2003, and the National Policy for Integral Attention to People's Health Deprived of Liberty in the Prison System, 2014.

Objective In view of this, this work aims to historically delineate public policies for prison health care in Brazil, with subsequent analysis of their implementation. The study uses as background analysis international parameters guided by the World Health Organization to investigate prison health among its Member States and focuses on the writing and verification of the PNAISP, with attention to the situation of Rio Grande do Norte.

Methodology It is an exploratory, explanatory, documentary and bibliographic research, carried out in the Scielo, LILACS, Medline and Google Scholar databases, as well as in books by scholars of the Brazilian prison system.

Results Based on the research, it can be seen that institutional regulations signal access to comprehensive, universal health care with social participation, as proclaimed by the Unified Health System and international guidelines. However, prison environments are targeted by the overcrowding of cells, the inadequacy of food products, the absence of effective programs for screening for diseases and immunizations, the scarcity of physical spaces and adequate infrastructure, the precariousness of care and the practice of ill-treatment. **Final considerations** Therefore, what is seen in the practice of the prison ecosystem does not match the wording recommended in institutional regulations and, therefore, it is urgent to optimize improvements in the implementation of public policies related to prison health, with the elaboration of strategies by the responsible governments.

Keywords: Persons deprived of liberty; comprehensive health care; prison system; prison health

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Exemplo de indicadores para os domínios e blocos de construção do Quadro de Saúde Prisional da OMS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CERENA Comunidade Terapêutica Projeto Novo Amanhecer

CNS Conferência Nacional de Saúde

CPCM Cadeia Pública Dinorá Simas Lima Deodato

DUDH Declaração Universal de Direitos Humanos

Depen Departamento Penitenciário Nacional

DSS Determinantes Sociais de Saúde

eAPP Equipe de Atenção Primária Prisional

HIPED Health in Prisons European Database

HPPSL Hospital Psiquiátrico Severino Lopes

LEP Lei de Execução Penal

MNPCT Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura

OMS Organização Mundial de Saúde

PEA Penitenciária Estadual Dr. Francisco Nogueira Fernandes

PNAISP Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional

PNSSP Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

PPL Pessoas Privadas de Liberdade

SUS Sistema Único de Saúde

UPCT Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	
2. METODOLOGIA	
3. RESULTADOS	
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	
REFERÊNCIAS ..	

1 INTRODUÇÃO

O apelo ao crescente encarceramento com o desígnio de resolver problemáticas sociais têm constituído o *modus operandi* de governos em todo o mundo. É o que demonstra o *Global Prison Trends 2022*, relatório segundo o qual 121 países estão operando acima de sua capacidade prisional (THE LANCET, 2023), entre os quais o Brasil.

Trata-se de um crescimento em espiral, “uma tendência insustentável e perigosa que terá efeitos adversos e repercussões para a sociedade em geral, incorporando ainda mais disparidades que ameaçam a vida.” (THE LANCET, 2023, p. 573, tradução livre). É um cenário de alta carga de doenças transmissíveis e doenças não transmissíveis, problemas relacionados à saúde mental e uso de substâncias, em um sistema repleto de indivíduos oriundos de populações marginalizadas e de baixo status socioeconômico (id. ibid.).

No Brasil, as políticas de saúde direcionadas às pessoas privadas de liberdade (PPL) foram introduzidas, de modo singelo, pela Lei de Execução Penal (LEP), em 1984, segundo a qual “a assistência à saúde do *preso* e do *internado* de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico” (BRASIL, 1984, grifo nosso). A lei apregoa, também, que a assistência médica necessária será prestada em outro local, se o estabelecimento penal não estiver aparelhado para provê-la.

Embora incipiente, a LEP representou um marco institucional no que tange às políticas de saúde prisional, constituindo o primeiro instrumento normativo nessa orientação. Vale frisar o contexto histórico e social em que a lei foi apresentada, de redemocratização e abertura política após duas décadas de supressão de garantias sociais e espoliação de direitos humanos no regime ditatorial.

Nessa conjuntura de participação popular pós-ditadura militar, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que apresentou o conceito ampliado de saúde, a partir do qual a saúde é “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 1986, p. 04).

Outra formulação que estruturou a 8ª CNS foi a do sistema de saúde público, universal, gratuito e com participação popular, gerando o arcabouço político e social do qual emergiu o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio das Leis Orgânicas da Saúde e da Constituição Federal de 1988.

Trata-se, portanto, de uma ideia abrangente de saúde, registrada legalmente como:

(...) 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 (BRASIL, 1988).

Convém lembrar que a concepção ampliada de saúde comunga fortemente com a teoria dos determinantes sociais de saúde (DSS), segundo a qual condições socioeconômicas, culturais, ambientais, de vida e trabalho, moradia, renda, redes comunitárias e serviços sociais de saúde, entre outros fatores, influenciam diretamente na ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco relacionados na população (BUSS e FILHO, 2007).

Nessa perspectiva, pode-se compreender por que determinados grupos e pessoas estão subordinados a condições discrepantes de vulnerabilidade que impactam seus processos de saúde e adoecimento. É o caso das pessoas privadas de liberdade, público sobre o qual este trabalho irá se debruçar.

Conceitualmente, entende-se por pessoa privada de liberdade todo indivíduo maior de 18 anos custodiado em unidade prisional, assim considerado desde o momento de sua detenção e condução para um estabelecimento policial até a finalização do cumprimento da pena prevista em lei.

Até 2003, a única normativa existente direcionada para a saúde das PPL era a LEP, a qual, como já citado, trouxe considerações incipientes nesse sentido. O segundo marco foi instituído pela Portaria Interministerial nº 1777, de 09 de setembro de 2003, quando a população carcerária no país era de aproximadamente 210.150 pessoas (BRASIL, 2004, p. 12). Trata-se do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), que foi implementada no mesmo ano em que ocorreu a 12ª CNS, cuja mensagem central foi “Saúde: um direito de todos e dever do Estado, a Saúde que temos, o SUS que queremos” (id. *ibid.*).

O PNSSP foi produzido em colaboração entre o Ministério da Justiça e o Ministério da Saúde e apresentado sob a justificativa de que “as pessoas estão privadas de liberdade e não dos direitos humanos inerentes à sua cidadania” (BRASIL, 2004, p. 12). Apesar de representar um avanço apreciável no que tange à garantia do direito à saúde das PPL, a política não incluiu custodiados dos regimes aberto e provisório, recolhidos em cadeias públicas e distritos policiais, tornando-se, nesse quesito, excludente.

Entre as linhas de ação propostas pelo PNSSP, estavam o controle e/ou redução dos agravos mais frequentes à saúde da população penitenciária, tais como o controle da tuberculose, o controle da hipertensão e do diabetes, a abordagem da hanseníase, os atendimentos em saúde bucal, saúde da mulher e saúde mental, bem como o diagnóstico, aconselhamento e tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Após dez anos de sua implementação, constatou-se o esgotamento do modelo, pois, como citado anteriormente, não atendia a totalidade do público em privação de liberdade. Outro vetor que merece atenção é o alarmante crescimento do encarceramento que houve nesse período. Em 2013, a população carcerária passou de 600.000 pessoas, o que demonstrou a urgência de pensar em um modelo que “tivesse potência para dialogar com esse inédito cenário de superlotação” (BRASIL, 2014, p. 06). Ao final do mesmo ano, havia 235 equipes de saúde ativas no PNSSP, o que representava cobertura de apenas 30% da população penitenciária do momento (id. *ibid.*).

Nesse cenário, nasceu em 2014 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), com o objetivo de incluir definitivamente toda a população privada de liberdade no SUS, cujos princípios são amplamente abordados pela política, tais como a universalidade do acesso e a integralidade da atenção, bem como diretrizes normativas de participação da comunidade e descentralização político-administrativa. Considerando o ecossistema prisional, a PNAISP incluiu, além de todas as PPL, profissionais do serviço penal, familiares de custodiados e outras pessoas relacionadas à organização, como voluntários. Trata-se de um avanço notório em relação à abrangência do PNSSP, que vigorava até então.

À vista disso, este trabalho propõe, como objetivo geral, analisar a implementação das políticas de atenção à saúde das PPL no Brasil, com ênfase na Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional e nas suas principais diretrizes e normativas. Trata-se de uma pesquisa exploratória, explicativa, documental e bibliográfica, realizada, inclusive, com o supedâneo de ampla revisão de literatura sobre a temática, em bases de dados, tais como Scielo, LILACS, Medline e Google Acadêmico.

Os objetivos específicos do trabalho são: a) analisar a composição da PNAISP e congêneres à luz dos parâmetros estabelecidos pela OMS em Costa *et al.*, 2022 para avaliar o sistema de saúde prisional nos Estados-Membros da Organização; b) averiguar a implementação da PNAISP a partir de aparato bibliográfico acerca da efetivação das políticas de saúde prisional no país; c) explorar a conjuntura atual do Rio Grande do Norte no que tange à efetivação do direito à saúde pelas PPL no Estado.

Entre as justificativas inerentes ao desenvolvimento do trabalho, está a escassez de dados publicados sobre o panorama de saúde prisional no país, após quase uma década de aprovação da última normativa legal, a PNAISP, a despeito da persistência do crescimento geométrico do encarceramento no território. O último levantamento realizado pelo Departamento Penitenciário Nacional (Depen), entre janeiro e junho de 2022, mostrou que há

837.443 pessoas em privação de liberdade, sendo 661.915 em celas físicas e 175.528 em prisão domiciliar. Desse total, 482 pessoas estão sob custódia de instituições federais (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA, 2023).

Sob esse prisma, considerando a carência de estudos publicados sobre a temática no Brasil, seja pela dificuldade legal de acesso ao sistema penitenciário, seja pela apatia social à necessidade de garantia de direitos constitucionais a essas pessoas, entende-se a relevância deste trabalho, que pretende dialogar, sobretudo, com o âmbito acadêmico, contribuindo para a formação de discentes das grandes áreas da Saúde, com foco na Medicina.

Assim, entende-se a necessidade de disseminar esse conhecimento nos ambientes que abrigam e formam os futuros profissionais que serão responsáveis por responder às demandas comunitárias que se impõem nos contextos de vulnerabilidade, tendo em vista que “(...) historicamente, concebeu-se no imaginário popular que as pessoas que cometem delitos devem padecer, inclusive fisicamente, destituídas de seus direitos fundamentais básicos, dentre eles a assistência à saúde” (BARBOSA *et al.*, 2022, p. 521). Essa conjuntura, somada “(...) à realidade brasileira, permeada por racismo estrutural e baixa eficiência de políticas públicas inclusivas potencializa as fragilidades da assistência à saúde ofertada às PPL, tanto intra quanto extramuros” (id. *ibid.*, p. 521)

Para o *Health in Prisons European Database* (HIPED), estrutura da OMS para avaliar o desempenho do sistema de saúde prisional em todo o mundo, as pessoas na prisão vêm da comunidade e a ela retornam, sendo o período de encarceramento uma oportunidade para abordar as desigualdades em saúde e realizar intervenções. De acordo com o mesmo trabalho, “o ambiente em que vivem as pessoas na prisão é um importante determinante de saúde” (COSTA *et al.*, 2022, tradução livre).

Nessa análise, ambientes carentes de espaço, luz, ar fresco, higiene, instalações sanitárias e vestimentas adequadas, como os propiciados pelo cenário de superlotação, impactam diretamente nos desfechos de saúde. Outro destaque é dado pela OMS às necessidades de populações especiais, incluindo jovens, idosos, pessoas com deficiência, usuários de drogas, pessoas LGBTQIA+, estrangeiros, falantes não nativos e, principalmente, mulheres, públicos aos quais as intervenções devem ser adaptadas para garantir uma boa prestação de serviços (COSTA *et al.*, 2022).

Em conformidade com o Depen (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA, 2023), somando custodiados em celas físicas e em prisão domiciliar, há 28.699 mulheres em privação de liberdade no país, com 66 filhos, 94 lactantes e 164 gestantes ou

parturientes. Em relação aos demais grupos específicos, há 1.529 indígenas, 7.015 pessoas com deficiência, dos quais 396 são cadeirantes, 11.829 idosos e 2.133 estrangeiros.

Em relação à saúde da mulher, dois tópicos foram acrescentados à LEP, pelas leis 11.942, de 2009, e 14.326, de 2022, para assegurar, respectivamente, “acompanhamento médico à mulher, principalmente no pré-natal e no pós-parto, extensivo ao recém-nascido” (BRASIL, 2009) e “tratamento humanitário (...) durante os atos médico-hospitalares preparatórios para a realização do parto e durante o trabalho de parto, bem como (...) no período de puerpério” (id. *ibid.*). Ambos os documentos destacam o papel do Estado em promover a assistência integral à saúde dos recém-nascidos.

Um ponto que merece destaque na redação da Lei nº 11.942 é a compreensão de que estabelecimentos destinados a mulheres “serão dotados de berçário, onde as condenadas possam cuidar de seus filhos, inclusive amamentá-los, no mínimo, até 6 (seis) meses de idade” (BRASIL, 2009), de modo que exista atendimento qualificado e horário de funcionamento que garanta a melhor assistência à criança e à responsável (id. *ibid.*).

Apesar de modestos, nota-se que os acréscimos realizados à legislação vão ao encontro da garantia da dignidade humana às gestantes, parturientes e recém-nascidos, de modo a traduzir, pelo menos *oficialmente*, a proteção do país para com esses grupos populacionais.

2 MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória, explicativa, documental e bibliográfica, a qual apresenta, como objetivo geral, analisar a implementação das políticas de atenção à saúde das PPL no Brasil, com ênfase na Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional e nas suas principais diretrizes e normativas.

Os objetivos específicos do trabalho são: a) analisar a composição da PNAISP e congêneres à luz dos parâmetros estabelecidos pela OMS em Costa et al., 2022 para avaliar o sistema de saúde prisional nos Estados-Membros da Organização; b) averiguar a implementação da PNAISP a partir de aparato bibliográfico acerca da efetivação das políticas de saúde prisional no país; c) explorar a conjuntura atual do Rio Grande do Norte no que tange à efetivação do direito à saúde pelas PPL.

A pesquisa foi realizada em bases de dados, abarcando Scielo, LILACS, Medline e Google Acadêmico, e em livros de autoridades bibliográficas em estudos relacionados ao sistema prisional brasileiro.

3 RESULTADOS

A análise realizada neste trabalho é dividida em partes. Os tópicos 3.1, 3.2, 3.3 e 3.4 são fundamentados nos blocos de construção do Quadro de Saúde Prisional da OMS, que padroniza o monitoramento da prestação de serviços em saúde nos sistemas carcerários entre os Estados-Membros. O estudo da PNAISP é realizado à luz dos parâmetros estabelecidos pela OMS (COSTA *et al.*, 2022) por entender que o Brasil, enquanto Estado-Membro da Organização, deve se nortear pelas orientações internacionais. Por fim, o tópico 3.5 explora a conjuntura do Rio Grande do Norte em relação à garantia do direito à saúde nas instituições prisionais do estado.

Tabela 1: Exemplo de indicadores para os domínios e blocos de construção do Quadro de Saúde Prisional da OMS

Bloco de construção	Domínio
Sistema de saúde	Organização
	Financiamento
	Visão e estratégia
	Informação de saúde
Prestação de serviços de saúde	Serviços preventivos: prevenção de doenças
	Serviços preventivos: proteção da saúde
	Serviços preventivos: promoção da saúde
	Reabilitação
	Assistência médica: prestação de cuidados primários
	Cuidados médicos: arranjos para cuidados secundários e terciários
	Assistência médica: continuidade dos cuidados
	Desempenho do sistema de saúde: disponibilidade
	Desempenho do sistema de saúde: acessibilidade
	Desempenho do sistema de saúde:

	aceitabilidade
	Desempenho do sistema de saúde: qualidade do cuidado
Fatores de influência	Ambiente prisional
	Comportamentos de saúde
Princípios transversais	Aderência aos padrões internacionais de direitos humanos e boa saúde prisional
	Reduzir as desigualdades em saúde e atender às necessidades de populações especiais

Fonte: Autoria própria a partir de COSTA *et al.*, 2022

3.1 Sistema de saúde

O primeiro ponto de análise abarca os insumos necessários para o desenvolvimento do sistema de saúde prisional, a saber: organização do sistema a partir de arranjos governamentais, financiamento e recursos necessários, atores e instituições envolvidos, visão e estratégia de políticas públicas.

No que tange à organização, é imprescindível citar o 5º tópico da PNAISP (BRASIL, 2014), que elenca, de maneira detalhada e abrangente, as responsabilidades da União, por meio dos Ministérios da Saúde e da Justiça, dos Estados e do Distrito Federal, bem como dos Municípios.

Ainda em relação à organização, a PNAISP impõe a criação de um “Grupo Condutor” (BRASIL, 2014), cujo objetivo é mobilizar os dirigentes do SUS e dos sistemas prisionais nas fases de implementação da política, apoiar a organização dos processos de trabalho direcionados à efetivação da política, bem como monitorar o processo de implementação, identificando e corrigindo pontos críticos em cada fase. A composição básica do “Grupo Condutor” é feita pela Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Estadual de Justiça, Administração Penitenciária ou congênere e Conselho de Secretários Municipais, com apoio do Ministério da Saúde.

Em se tratando de financiamento, a PNAISP pontuou um tópico à parte, segundo o qual os Estados e Municípios que aderissem à política, cadastrando suas equipes de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), estariam aptos a receber o incentivo financeiro de custeio mensal, cuja transferência seria realizada do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde (BRASIL, 2014).

Em conformidade com a política, o valor do incentivo será calculado mediante o porte da unidade prisional e o número de serviços e equipes habilitados. Também consta na publicação uma complementação de valores aos estados e aos municípios em que estiver localizada a Equipe de Atenção Básica Prisional habilitada à política, calculada a partir da taxa da população privada de liberdade - em relação à população total do município - e do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) municipal. Um último acréscimo se daria mediante o financiamento participativo estadual (BRASIL, 2014).

Para compreender a relevância dada à saúde no sistema prisional pelos governos, o HIPED (COSTA *et al.*, 2022) destaca a importância da inserção da temática em documentos oficiais norteadores de políticas públicas. No Brasil, a PNAISP traduz essa missão a partir de suas diretrizes gerais - integralidade, intersetorialidade, descentralização, hierarquização e humanização - e de seus objetivos: geral e específicos. O objetivo geral da política consiste em “garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS” (BRASIL, 2014, p. 13) e reflete, com notoriedade, a visão e estratégia *oficial* do país em relação às PPL.

Atualmente, as normas para a operacionalização da PNAISP estão descritas na Portaria GM/MS nº 2.298, de 9 de setembro de 2021 (BRASIL, 2021), que versa sobre a carga horária de funcionamento de unidades de saúde prisionais, a composição mínima das equipes multiprofissionais e os incentivos financeiros realizados mediante o cadastramento das equipes e alimentação dos sistemas de informação solicitados.

Conforme a Portaria, o serviço de saúde deverá ter funcionamento de 06 horas semanais se abarcar até 300 custodiados; 20 horas semanais se de 101 a 1.700 custodiados; e 30 horas semanais se de 1.201 a 2.700 custodiados (BRASIL, 2021).

As equipes são divididas em: Equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP), composta por 01 médico, 01 enfermeiro, 01 cirurgião-dentista, 01 técnico ou auxiliar de enfermagem e 01 técnico ou auxiliar de saúde bucal; Equipe de Atenção Primária Prisional Ampliada, com a composição da eAPP mais um dos profissionais a seguir: 01 enfermeiro, 01 médico, 01 psicólogo, 01 assistente social, 01 farmacêutico, 01 nutricionista, 01 fisioterapeuta ou 01 terapeuta ocupacional; e, por fim, Equipe Complementar Psicossocial de Atenção Primária Prisional, que abarca: 01 médico psiquiatra ou 01 médico com experiência em saúde mental mais 01 profissional psicólogo ou assistente social; ou, 01 enfermeiro mais 02 profissionais psicólogos e/ou assistentes sociais (BRASIL, 2021).

De acordo com dados do Depen (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA, 2023a), atualmente há no sistema de saúde prisional 1.124 consultórios médicos,

786 celas de enfermagem com solário, 43 salas de raio-x, 820 consultórios odontológicos, 551 salas de procedimentos, 324 salas de esterilização, 292 salas de lavagem e descontaminação, 23 laboratórios de diagnóstico, 1.675 sanitários para pacientes, 369 centrais de material esterilizado, 483 celas de espera, 919 salas de curativos, suturas, vacinas e postos de enfermagem, 1.120 celas de observação, 885 farmácias ou salas de estoque, 280 solários para pacientes, 632 depósitos de material de limpeza, 935 salas de atendimento clínico multiprofissional, 557 salas de coleta de material para laboratório e 1.249 sanitários para a equipe de saúde.

Sobre o quadro de profissionais, há 850 dentistas, 1.683 enfermeiros, 2.583 auxiliares e técnicos de enfermagem, 1.296 psicólogos, 83 terapeutas ocupacionais, 500 técnicos odontólogos, 997 médicos generalistas, 314 médicos psiquiatras e 73 médicos de outras especialidades. Em relação às equipes e à estrutura física para a maternidade, há 01 equipe própria de pediatria, 07 equipes próprias de ginecologia, 06 equipes próprias de nutrição, 12 creches, com capacidade para 181 crianças, 51 berçários ou centros de referência materno-infantil, com capacidade para 487 bebês, 01 equipe própria de cuidadores, 67 dormitórios ou celas adequadas para gestantes (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA, 2023a).

A despeito da estrutura prevista em lei, o que se visualiza na prática do ecossistema prisional é a ausência de espaços físicos e equipes adequadas para o atendimento, como averiguado por Silva e Gomes, 2020, p. 67: “(...) ao que se refere à saúde, a citada instituição não possui consultório médico para atender às presas, apenas um consultório odontológico que não funciona por falta de insumos.”. É notável, portanto, o desrespeito às normativas institucionais em se tratando da estrutura do sistema de saúde legalmente garantido.

3.2 Prestação de serviços de saúde

Tal população está sujeita a ambientes altamente precários e insalubres, celas superlotadas, além de má alimentação, sedentarismo, uso de drogas e falta de higiene. Tais condições são propícias à proliferação de epidemias e desenvolvimento de doenças, ocorrendo a dupla penalização do condenado: a privação da liberdade e o precário estado de saúde que ele adquire durante a sua permanência no cárcere. (SOUZA *et al.*, p. 05)

Neste ponto, merecem atenção os programas de rastreio e imunização, o atendimento especializado quando necessário, a continuidade do cuidado, além da abordagem de fatores de

risco relacionados a desfechos negativos em saúde, como o consumo de álcool e drogas . Já os programas de reabilitação objetivam reduzir a reincidência e propiciar a adaptação à vida social após o cumprimento da pena, incluindo ações de educação, treinamento profissional e desenvolvimento de relações sociais. Por fim, o desempenho diz respeito à análise da implementação dos serviços, aferindo a capacidade de resposta dos sistemas às demandas prisionais impostas (COSTA *et al.*, 2022).

Na PNAISP, a análise do desempenho se insere no tópico de “Monitoramento & Avaliação”, o qual versa sobre a elaboração de indicadores de processo, metas, resultados e impactos aguardados, além da inserção de formas de coleta e sistematização das informações nos Planos de Ação estaduais ou municipais. Conforme a Política, o monitoramento deve ser realizado pelos Ministérios da Saúde e da Justiça, por meio da anexação de dados nos sistemas de informação da atenção à saúde, bem como pela análise do Relatório Anual de Gestão.

Conforme o último relatório do Depen, de janeiro a junho de 2022, 169.025 atividades laborais e 475.782 atividades educacionais foram realizadas em celas físicas e domiciliares de custódia estadual, com 1.033 atividades educacionais e nenhuma atividade laboral em presídios federais (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA, 2023b). Trata-se de 24.63% de população em laborterapia em relação à população prisional total para aprisionados em celas físicas, um número significativamente pequeno, o que não traduz o objetivo *oficial* da PNAISP. Para aprisionados em domicílio, o dado é ainda mais alarmante, tendo em vista que apenas 6,27% dos que são eletronicamente monitorados estão em laborterapia, e que, entre os não monitorados, esse número cai para 2,61% (id. *ibid*).

Quando são observadas as ocupações educacionais, o cenário é mais alentador. Considerando o período de janeiro a junho de 2022, 72,37% dos aprisionados em celas físicas sob custódia estadual participaram de atividades, número que chegou a 100% entre os aprisionados de custódia federal. Apesar disso, apenas 1,12% dos que estavam em prisão domiciliar no período se envolveram nessas tarefas.

3.3 Resultados de saúde

O terceiro bloco da OMS diz respeito aos indicadores de morbidade e mortalidade, abordando as doenças transmissíveis e não transmissíveis, com destaque para os transtornos

de saúde mental e uso de substâncias no contexto prisional, de modo a entender a predominância desses indicadores em relação à comunidade externa.

Na PNAISP, a inserção de informações epidemiológicas nos sistemas de informação, com avaliação e monitoração das metas de acordo com as especificidades regionais é responsabilidade da União, dos Estados e Municípios, por meio, respectivamente, do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. A política cita, ainda, onze dos principais sistemas de informação que devem ser utilizados pelos profissionais de saúde atuantes no ambiente.

Em conformidade com Ferreira *et al.*, 2022, p. 4452:

O sistema prisional é um importante marcador das desigualdades e iniquidades sociais em um contexto histórico, em que aspectos culturais, financeiros e organizativos se associam com a marginalização reproduzida na relação cidadão *versus* Estado, com seu caráter punitivista.

Nessa perspectiva, “(...) sabe-se que a população privada de liberdade (PPL) apresenta risco 35 vezes maior de desenvolver TB quando comparada à população geral” (Ferreira *et al.*, 2022, p. 4452), o que se insere como um importante marcador de morbidade entre essas populações.

3.4 Fatores de influência

Uma das questões mais levantadas na literatura sobre saúde no cárcere é o ambiente hostil em que vivem as pessoas privadas de liberdade. No Brasil, apesar de a Lei de Execução Penal assegurar “instalações e serviços que atendam aos presos nas suas necessidades pessoais” (BRASIL, 1984), a realidade quase quatro décadas depois é de “superlotação, insalubridade e inadequação de infraestrutura, ventilação, iluminação e alimentação” (FERREIRA *et al.*, 2022), como averiguado em estudo publicado por Ferreira *et al.*, que analisou o desfecho desfavorável do tratamento da tuberculose (TB) entre as PPL à luz dos DSS nos estados de Rondônia e São Paulo. No estudo, os autores averiguaram altas taxas de abandono do tratamento e óbito por TB, doença que se apresentou majoritariamente em homens, de pele preta ou parda, jovens e com baixa escolaridade.

Um vetor que se destaca nos comportamentos de saúde de PPL é o uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas, configurando-se como fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis. Um estudo realizado para avaliar o tabagismo e fatores relacionados entre mulheres privadas de liberdade em Cuiabá, Mato Grosso, encontrou

prevalência de 86,9% para o uso de tabaco, uma estatística semelhante aos estudos nacionais e internacionais em penitenciárias, mas discrepante se comparada aos 7,6% de tabagismo no público feminino das capitais brasileiras (MONTANHA, 2022).

3.4 Princípios transversais

As prisões foram construídas para homens, suas paredes, muros e grades, foram pensados para conter homens e sua violência [...]. Todas as práticas prisionais, o ritual do encarceramento, assim como uniformes, algemas, camburões, desconhecem gênero e são igualados em um nível de violência que *agride qualquer coisa que se imagine como feminino* (VALOIS, 2019, p. 627-628, grifo nosso).

Em relação aos princípios transversais, o HIPED pontua que os princípios acordados internacionalmente sobre o tratamento de PPL desempenham um papel importante na saúde. O destaque é feito às Regras de Mandela, que institui “Regras Mínimas para o Tratamento de Presos”, com foco no respeito à dignidade humana e aos direitos humanos fundamentais. Ademais, o documento salienta o tratamento das desigualdades e das necessidades de populações vulnerabilizadas, sobretudo as mulheres (COSTA *et al.*, 2022).

Entre as vulnerabilidades encontradas no sistema prisional feminino, estão a dificuldade de acesso a cuidados de higiene adequados, à atenção ginecológica e obstétrica, à prevenção e diagnóstico de câncer de colo de útero e mamário, à identificação e ao tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, além dos agravos psicossociais (DELZIOVO, 2015).

Para a PNAISP, “as práticas em saúde deverão nortear-se pelo princípio da humanização.” (BRASIL, 2014, p. 12). No entanto, o estabelecimento de vínculos solidários, a identificação das necessidades subjetivas de saúde e a melhoria das condições de atendimento apregoadas pela política não são visualizados na prática prisional. De acordo com um vasto estudo realizado no Complexo Penitenciário do Serrotão, em Campina Grande/PB, “a vida das mulheres em situação de cárcere no que tange à assistência social e à saúde é algo aterrorizante e que merece destaque. São, por vezes, doenças curáveis que se tornam fatais pela falta de atendimento médico.” (SILVA; GOMES, 2020, p. 81).

Assim, sob a concepção do gênero enquanto um determinante de saúde, entende-se que o encarceramento da pessoa de sexo e/ou gênero feminino amplia a condição de vulnerabilidade, em especial das gestantes e puérperas, devido à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, maximizada pelo cumprimento de pena em locais inapropriados e carentes de infraestrutura e aparelhamento adequados para prover a assistência necessária.

3.5 Rio Grande do Norte

Em conformidade com o Depen, no Estado do Rio Grande do Norte, há 7.170 custodiados em celas físicas estaduais, 4.694 custodiados em prisão domiciliar e 104 na penitenciária federal, localizada em Mossoró/RN, totalizando 11.968 pessoas em privação de liberdade. No que tange à estrutura física, existem 17 consultórios médicos, 14 consultórios odontológicos, 11 salas de atendimento clínico multiprofissional, 14 farmácias ou salas de estoque e 12 salas de curativos, suturas, vacinas ou postos de enfermagem. Ainda de acordo com o relatório, não há, no Estado, creches, equipes próprias de pediatria, ginecologia e nutrição, mas há um dormitório ou cela para gestantes e um berçário ou centro de referência materno-infantil, com capacidade para 04 bebês (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA, 2023a).

Em relação às equipes de saúde, existem 16 dentistas, 14 técnicos odontólogos, 28 enfermeiros, 43 auxiliares e técnicos de enfermagem, 12 psicólogos, 01 terapeuta ocupacional, 16 médicos generalistas, 05 médicos psiquiatras e nenhum médico de outra especialidade. Ainda de acordo com o Depen, as doenças que mais acometem a população prisional são, em ordem decrescente, sífilis e HIV no público feminino; tuberculose, sífilis e HIV no público masculino (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA, 2023a).

No ano de 2023, foi realizado um Relatório de Inspeções realizadas no Rio Grande do Norte pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC). A divulgação do Relatório teria culminado em onda de ataques violentos no Estado como resposta aos maus-tratos e à tortura física e psicológica averiguados no documento (ANDRADE, 2023).

O Relatório do MNPCT se debruçou sobre duas penitenciárias e três unidades psiquiátricas do Estado, a saber: Cadeia Pública Dinorá Simas Lima Deodato (CPCM), em Ceará-Mirim/RN, Penitenciária Estadual Dr. Francisco Nogueira Fernandes - Alcaçuz (PEA), em Nísia Floresta/RN, Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamento (UPCT), em Natal/RN, Hospital Psiquiátrico Severino Lopes (HPPSL), em Natal/RN e Comunidade Terapêutica Projeto Novo Amanhecer (CERENA), também em Natal/RN (MDHC, 2023).

Em entrevistas com profissionais da equipe técnica e custodiados da Cadeia Pública Dinorá Simas Lima Deodato (CPCM), constatou-se “(...) surtos de escabiose e diarreia em quase 70% da população carcerária e não recebem medicação para tal há mais de um ano” (MDHC, 2023. p. 50) e que “(...) as demandas em relação à falta de medicamentos foram

unânicos, mesmo em relação a remédios de uso contínuo” (id. *ibid.*, p. 50), os quais são “(...) entregues sem identificação dos nomes e os comprimidos ficam misturados.” (op. cit., p. 51).

Trata-se de um espaço físico com situação estarrecedora, que, em conformidade com o MNPCT, “(...) possui um sistemático cenário de prática de maus tratos, tratamentos cruéis, desumanos, degradantes e tortura física e psicológica como *modus operandi* e condição para o seu funcionamento.” (MDHC, 2023, p. 56).

De acordo com a autoria do Relatório:

Este cenário de desassistência à saúde foi alarmante na unidade inspecionada pois coloca em risco a vida dos custodiados. Somada à falta de alimentação adequada, insalubridade, privação de acesso à água, configura-se um cenário desumano, extremamente degradante e torturante para as pessoas encarceradas no cumprimento de sua pena (MDHC, 2023, p. 52)

Na Penitenciária de Alcaçuz, não foi constatada situação diferente. Para o Relatório, os principais vetores identificados foram: baixo efetivo de profissionais da área da saúde, “sendo comum o relato de que uma pessoa privada de liberdade só é atendida em caso de emergências com graves riscos à vida e integridade física” (MDHC, 2023, p. 74); disponibilização irregular de medicamentos, inclusive com suspensão do fornecimento de tratamento para a tuberculose (TB), cujas pessoas infectadas e sem tratamento dividem celas com pessoas não infectadas; agravos diversos em saúde, como ulcerações em pele sem tratamento, estomas intestinais sem a troca adequada de bolsas de ostomia, pessoas com sintomas de TB sem testagem; má qualidade e insuficiência da alimentação; não distribuição de preservativos, entre outros agravos (id. *ibid.*).

Merecem atenção os relatos de pacientes com crises convulsivas que “(...) raramente recebem medicação (...)” e dos castigos impetrados pelos policiais quando os custodiados solicitam atendimento médico. Foi relatado também que “(...) diante de situações como essas, o que geralmente eles recebem como resposta dos policiais é: ‘deixa morrer’, quando insistem que o caso é grave.” (MDHC, 2023, p. 76). Entre outros registros fotográficos, o MNPCT flagrou internos com TB expectorando sangue e sem atendimento médico, apesar de várias solicitações (id. *ibid.*).

Em conformidade com o MNPCT, “a precária alimentação somada à ausência de banho de sol, o não fornecimento de kits de higiene pelo Estado e a desassistência na área de saúde são capazes de transformar os vetores de tortura em vetores de morte para as pessoas custodiadas na unidade.” (MDHC, 2023, p. 80). É o caso da constatação de que pessoas com

TB, ainda em fase de contágio, foram colocadas com pessoas não infectadas “(...) com o intuito de transmitir a doença aos demais.” (ib. ibid., 2023, p. 83).

Já em relação às instituições psiquiátricas, a análise foi realizada em três categorias de privação de liberdade - Hospital de Custódia, Hospital Psiquiátrico e Comunidade Terapêutica - e os resultados encontrados foram semelhantes:

(...) a ausência parcial ou total das equipes multidisciplinares; a inexistência de um projeto de desinstitucionalização dos pacientes; a ocorrência de contenção mecânica sem prescrição médica; o acesso a medicação sem receita; a parca oferta de atividades e contato com a família (MDHC, 2023, p. 34)

À vista disso, é possível denunciar a ausência estatal no que tange à garantia de prerrogativas constitucionais às PPL no Rio Grande do Norte, em especial o direito inalienável à saúde, o qual integra o cerne das sociedades fundamentadas em direitos humanos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa mostrou que a abordagem da temática da saúde prisional é relativamente recente no Brasil, com a primeira normativa geral, a Lei de Execução Penal, sancionada em

1984, e a primeira normativa específica, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, elaborada apenas em 2003. Foi demonstrado, a partir disso, que o acesso à saúde por determinadas populações vulnerabilizadas, como as pessoas privadas de liberdade, só foi questionado enquanto direito constitucional a partir da abertura política que se estabeleceu após a ditadura militar e os governos subsequentes à redemocratização, de cunho social-democrata.

O avanço social obtido pelo PNSSP não incluiu toda a população privada de liberdade, pois não abarcou custodiados dos regimes aberto e provisório, recolhidos em cadeias públicas e distritos policiais. Outro vetor que merece atenção no que tange às limitações do plano é o alarmante crescimento do encarceramento que se sobressaiu após sua implementação, de modo que o PNSSP, além de excluir determinadas populações, não conseguiu atender à demanda social imposta pela superlotação dos cárceres brasileiros.

Nessa perspectiva, com o desígnio de responder ao cenário de superlotação nunca antes visto no país, surgiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, com a prerrogativa de incorporar toda a população privada de liberdade no SUS, incluindo familiares de custodiados e profissionais atuantes no sistema prisional, representando um avanço significativo em relação à abrangência da política.

Nesse sentido, é possível atestar que a estratégia *oficial* do país para com a população prisional, a partir de normativas que atendem aos parâmetros internacionais de garantia da dignidade humana, como as Regras de Mandela, a OMS e a Declaração Universal de Direitos Humanos (DUDH), é de atendimento aos direitos inerentes à existência humana, tais como o direito à saúde, aos cuidados médicos, à alimentação, ao trabalho, à instrução gratuita, a não ser submetido à tortura ou a tratamento cruel ou degradante (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948).

No entanto, o que é visualizado na prática do ecossistema prisional não condiz com as redações preconizadas nas normativas institucionais, tendo em vista a execução de maus-tratos, a constatação de tortura, a ausência de atendimento e infraestrutura adequados, a insalubridade das celas, a alimentação imprópria, a não execução de programas efetivos de rastreio de doenças infectocontagiosas e não transmissíveis e de imunização, o tratamento hostil direcionado a grupos vulnerabilizados, sobretudo mulheres encarceradas.

No Rio Grande do Norte, estado sobre o qual este trabalho mais se debruçou, a situação é de ausência de ações governamentais orientadas a mitigar as iniquidades em saúde,

o que demonstra a inobservância dos governos em relação à garantia de direitos constitucionais à população privada de liberdade.

Urge, nesse sentido, mais enfoque para essa temática, com maior número de estudos nos ambientes prisionais, os quais se mostraram demasiadamente escassos durante a pesquisa nas bases de dados utilizadas, de modo que a análise da implementação das políticas públicas e o seu aprimoramento se tornam limitados, inclusive, para a formulação de estratégias pelos governos.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Tainá. **Relatório sobre sistema prisional do RN aponta tortura física e psicológica**. Brasília: Correio Braziliense, 23 mar. 2023. Disponível em:

<https://www.correiobraziliense.com.br/brasil/2023/03/5082462-relatorio-sobre-sistema-prisional-do-rn-aponta-tortura-fisica-e-psicologica.html>. Acesso em: 19 maio 2023.

BARBOSA, Mayara Lima *et al.* Política nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade: O desafio da integralidade. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, ed. 4, p. 517-524, 5 dez. 2022. DOI <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230040603>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/NbFdnvfx5vk9Sd4cXn7Kwgp/?lang=pt>. Acesso em: 20 maio 2023.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 2016. 496 p.

BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 jul. 1984.

BRASIL. Lei nº 11.942, de 28 de maio de 2009. Dá nova redação aos arts. 14, 83 e 89 da Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984 – Lei de Execução Penal, para assegurar às mães presas e aos recém-nascidos condições mínimas de assistência. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 maio de 2009.

BRASIL. Lei nº 14.326, de 12 de abril de 2022. Altera a Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984 (Lei de Execução Penal), para assegurar à mulher presa gestante ou puérpera tratamento humanitário antes e durante o trabalho de parto e no período de puerpério, bem como assistência integral à sua saúde e à do recém-nascido. **Diário Oficial da União**, Brasília, 12 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 2.298. 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). **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 105-107, 10 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. 21 p.

BUSS, Paulo Marchiori; FILHO, Alberto Pellegrini. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, ed. 1, 21 ago. 2007. DOI <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmGf74RqZsbpKYXxNKhm/?lang=pt>. Acesso em: 30 abr. 2023.

COSTA, Filipa Alves da *et al.* The WHO Prison Health Framework: a framework for assessment of prison health system performance. **European Journal of Public Health**, [s. l.], v. 32, ed. 4, p. 565–570, Agosto 2022. DOI <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac020>. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurpub/article/32/4/565/6563078?login=false>. Acesso em: 30 abr. 2023.

DELZIOVO, Carmem Regina *et al.*, (org.). **Atenção à saúde da mulher privada de liberdade**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2015.

FERREIRA, Melisane Regina Lima *et al.* Determinantes sociais da saúde e resultados desfavoráveis do tratamento da tuberculose no sistema prisional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27,

ed. 12, p. 4451-4459, 14 nov. 2022. DOI 10.1590/1413-812320222712.08632022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/RfL6bRQwZj3X8rVjdpS47Sm/?lang=pt>. Acesso em: 20 maio 2023.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA (Brasil). Departamento Penitenciário Nacional. **Presos em Unidades Prisionais no Brasil**: Período de Janeiro a Junho de 2022. Brasília, 10 maio 2023. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNWQ0ODM1OTQtMmQ2Ny00M2IyLTk4YmUtMTdhYzI4N2ExMWM3IiwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MWYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9>. Acesso em: 19 maio 2023.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA (Brasil). Departamento Penitenciário Nacional. **Atividades Educacionais e Trabalho no sistema prisional**: Período de Janeiro a Junho de 2022. Brasília, 10 maio 2023. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNTVIMWI0YzQtNDNmYy00YTc5LThjOWUtNGNiNTRIMjdkNDhhIiwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MWYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9>. Acesso em: 17 maio 2023.

MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS E DA CIDADANIA - MDHC (Brasil). Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT). **Relatório De Inspeções Regulares no Estado Do Rio Grande Do Norte**, Brasília, p. 1-154, 2023. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpegclefindmkaj/https://mnpctbrasil.files.wordpress.com/2023/03/relatorio-rio-grande-do-norte.pdf>. Acesso em: 19 maio 2023.

MONTANHA, Solange de Moraes *et al.* Prevalência e fatores associados ao tabagismo em mulheres privadas de liberdade, numa prisão, Centro-Oeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 27, ed. 12, p. 4511-4520, Dezembro 2022. DOI 10.1590/1413-812320222712.09242022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9MgWTDyV5GpsBhRPmbLM4gn/?lang=pt>. Acesso em: 30 abr. 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 1948. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>>. Acesso em: 17 jan. 2023.

RANGEL, Flavio Medeiros; BICALHO, Pedro Paulo Gastalho de. Superlotação das prisões brasileiras: Operador político da racionalidade contemporânea. **Estudos de Psicologia (Natal)**, Natal, v. 21, p. 415-423, 2016.

SILVA, Vanderlan Francisco da; GOMES, Valdeci Feliciano (org.). **Nas tramas da prisão: Corporalidades, drogas, trabalho e resistências no Complexo Penitenciário do Serrotão**. Campina Grande: EDUEPB, 2020. 228 p. ISBN 978-65-89402-18-3.

SOUZA, Antônio Tiago da Silva *et al.* Prevalência de sífilis e fatores de risco associados em internos do sistema prisional do Piauí. **Enferm Foco**, Brasília, 23 dez. 2022. DOI 10.21675/2357-707X.2022.v13.e-202243. Disponível em: <https://enfermfoco.org/article/prevalencia-de-sifilis-e-fatores-de-risco-associados-em-internos-do-sistema-prisional-do-piaui/>. Acesso em: 20 maio 2023.

THE LANCET. Promoting health beyond prison walls. **The Lancet Public Health**, Reino Unido, v. 7, 1 jul. 2022. 7, p. 573. DOI [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00141-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00141-4). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(22\)00141-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(22)00141-4/fulltext). Acesso em: 20 maio 2023.

VALOIS, Luís Carlos. **O direito penal da guerra às drogas**. 3. ed. Belo Horizonte: Editora D'Plácido, 2019. 701 p. ISBN 978-85-8425-738-6.