



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS DE PALMAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL**

PLÍNIO AZEVEDO JACUNDÁ DE PAULA

**POLÍCIA PENAL E GESTÃO:
ASSISTÊNCIA À SAÚDE A MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE EM
TOCANTINS**

**Palmas, TO
2024**

Plínio Azevedo Jacundá de Paula

**Polícia penal e gestão:
assistência à saúde a mulheres privadas de liberdade em Tocantins**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação (Mestrado) em Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Tocantins, como requisito para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Professora Dra. Gessi Carvalho de Araújo Santos.

Co-orientadora: Professora Dra. Marta Azevedo dos Santos.

**Palmas, TO
2024**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

P324p Paula, Plínio Azevedo Jacundá de.
Polícia penal e gestão:: assistência à saúde a mulheres privadas de
liberdade em Tocantins. / Plínio Azevedo Jacundá de Paula. – Palmas, TO,
2025.
82 f.

Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal do Tocantins
– Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em
Ciências da Saúde, 2025.

Orientadora : Gessi Carvalho de Araújo Santos

Coorientadora : Marta Azevedo dos Santos

1. Política de saúde. 2. Pessoas Privadas de Liberdade. 3. Assistência à
Saúde. 4. Prisões. I. Título

CDD 610

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer
forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte.
A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184
do Código Penal.

**Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da
UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).**

Plínio Azevedo Jacundá de Paula

**Polícia penal e gestão:
assistência à saúde a mulheres privadas de liberdade em Tocantins**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em 04 de novembro de 2024. Foi avaliado para a obtenção do título de Mestre (a) em 12 de novembro de 2024 e aprovada (o) em sua forma final pelo Orientador e pela Banca Examinadora.

Data de aprovação: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Gessi Carvalho de Araújo Santos, Universidade Federal do Tocantins (orientadora)

Prof^a. Dr^o Tarsis Barreto Oliveira, Universidade Estadual do Tocantins

Prof^o. Dr^o João Aparecido Bazzoli - Universidade Federal do Tocantins

*Ao sobrinho João, que, ao vir ao mundo, fez
dele um lugar muito melhor.*

AGRADECIMENTOS

São infinitas dádivas para agradecer.

À Deus, esqueço-me de agradecer por tudo o que saiu melhor do que eu sonhei. Obrigado!

À minha família pelo apoio e incentivo; por desejarem sempre o melhor para mim. Amo vocês.

Aos meus colegas, em especial os parceiros do mestrado e amigos (as) Gabriela Gomes, Reyjane Campos, Najla Murad e Daniel Rodrigues; caminhar com vocês tornou tudo mais fácil.

Às orientadoras, professoras doutoras Gessi Carvalho de Araújo Santos e Marta Azevedo dos Santos, pela oportunidade e acolhimento docente que possibilitaram a partilha de conhecimentos e aprendizado.

Às Instituições e servidores participantes da pesquisa cuja colaboração tornaram possível a realização deste projeto. Muito obrigado.

À Universidade Federal do Tocantins e ao Programa Pós-Graduação em Ciências da Saúde PPGCS pela oportunidade de ter acessado e cursado o mestrado por meio de ações afirmativas, promovendo o equilíbrio de oportunidades, a equidade e a justiça social.

“Que o homem, voltado para si próprio, considere o que é diante do que existe; que se encare como um ser extraviado neste canto afastado da natureza, e que, da pequena cela onde se acha preso, isto é, do universo, aprenda a avaliar em seu valor exato a terra, os reinos, as cidades e ele próprio”

Pensamentos, de Blaise Pascal.

O poder deve ser legítimo e limitado; quem não pensa igual a mim não é meu inimigo, mas meu parceiro na construção de uma sociedade plural; as oportunidades devem ser iguais para todos; quem se perdeu pelo caminho precisa de ajuda, e não de desprezo; toda vida fracassada é uma perda para a humanidade. Por isso mesmo, o Estado, a sociedade e o Direito devem funcionar de modo a permitir que cada um seja o melhor que possa ser. Em um mundo que assistiu ao colapso das ideologias de emancipação e redenção, este é um bom projeto político. Ou, no mínimo, uma boa opção existencial.

Luís Roberto Barroso.

RESUMO

A Constituição Brasileira de 1988 é garantiu o direito à saúde às pessoas sem distinção, inclusive aos privados de liberdade ao considerá-los igualmente portadores de direitos humanos e sociais. Com o intuito de garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) A pesquisa teve por objetivo compreender o fluxo da assistência à saúde das pessoas privadas de liberdade residentes na Unidade Penal Feminina de Palmas e Unidade Penal Feminina de Miranorte. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo descritiva e exploratória. O objetivo principal foi compreender o fluxo da assistência à saúde das pessoas privadas de liberdade residentes; na perspectiva dos Gestores e Policiais Penais. Participaram da pesquisa Gestoras Penais (n=2), Gestoras da Atenção Básica (n=2), Gestoras Estaduais (n=2) e Policiais Penais (n=10). Como instrumento de coleta de dados utilizou-se a entrevista semiestruturada, que após transcrição foram analisadas e interpretadas pelo método da Análise Temática. Ao final, cinco categorias emergiram: a descrição da oferta de cuidado; Integralidade no cuidado; atendimento em Rede de Atenção à Saúde; principais agravos; e o conhecimento dos atores sobre a Política. O estudo demonstrou que as ações desenvolvidas nas Unidades Penais pesquisadas reproduzem o modelo biomédico-assistencialista, e ainda carência de ações de promoção a saúde; desconhecimento, ou mesmo conhecimento limitado por parte dos atores envolvidos acerca da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional; há de se conquistar a o diálogo entre a saúde e a justiça para a real operacionalização da Política.

PALAVRAS-CHAVE: Política de saúde. Pessoas Privadas de Liberdade. Assistência à Saúde. Prisões.

ABSTRACT

The Brazilian Constitution of 1988 guaranteed the right to health to all people without distinction, including those deprived of their liberty, considering them equally holders of human and social rights. In order to guarantee access to comprehensive care by people deprived of their liberty in the prison system in the Unified Health System (SUS), the National Policy for Comprehensive Health Care for People Deprived of Liberty in the Prison System (PNAISP) was established. The research aimed to understand the flow of health care for people deprived of their liberty residing in the Palmas Women's Penitentiary Unit and the Miranorte Women's Penitentiary Unit. This is a qualitative, descriptive and exploratory research. The main objective was to understand the flow of health care for people deprived of their liberty, from the perspective of Prison Managers and Police Officers. The following participants participated in the research: Prison Managers (n=2), Primary Care Managers (n=2), State Managers (n=2) and Prison Police Officers (n=10). Semi-structured interviews were used as a data collection instrument, which were then transcribed and analyzed and interpreted using the Thematic Analysis method. In the end, five categories emerged: description of the provision of care; comprehensive care; care in the Health Care Network; main problems; and the knowledge of the actors about the Policy. The study demonstrated that the actions developed in the Penal Units studied reproduce the biomedical-welfare model, and also a lack of health promotion actions; lack of knowledge, or even limited knowledge, on the part of the actors involved about the National Policy for Comprehensive Health Care for Persons Deprived of Liberty in the Prison System; dialogue between health and justice must be achieved for the actual operationalization of the Polic

KEY-WORDS: Health policy. Persons Deprived of Liberty. Health Care. Prisons.

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Tabela 1- População Feminina Privada de Liberdade no Brasil.....	26
Tabela 2 - População Feminina Privada de Liberdade no Brasil.....	30
Quadro 1 – Fluxo de referência estabelecidos nas Unidades Penais de Palmas e Miranorte ..	56

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Problema De Pesquisa	14
1.1.2 Hipótese nula (H0).....	14
1.1.3 Delimitação de Escopo	14
1.1.4 Justificativa	14
1.2 Objetivos	16
1.2.1 Objetivo Geral	16
1.2.2 Objetivos Específicos.....	16
1.3 Metodologia	16
1.3.1 Abordagem do Estudo	16
1.3.2 Locais do Estudo.....	17
1.3.3 Participantes do Estudo.....	18
1.3.4 Coleta e Análise de Dados	19
1.3.5 Aspectos Éticos.....	21
2 ESTADO E ORGANIZAÇÃO SOCIAL: CONSIDERAÇÕES SOBRE A PRIVAÇÃO DE LIBERDADE	23
2.1 Da selvageria ao cárcere: o Capitalismo e Prisões como mecanismo da manutenção dos consensos hegemônicos	23
2.2 Perfil e contornos de saúde do Sistema Penitenciário feminino brasileiro	26
2.3 Perfil do Sistema Penitenciário (feminino) tocantinense	29
3 NORMATIVAS E LEGISLAÇÕES: SOBRE A ASSISTÊNCIA A SAÚDE ÀS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE	32
3.1 A saúde às pessoas privadas de liberdade na perspectiva internacional	32
3.1.1 Declaração Universal dos Direitos Humanos	32
3.1.2 Regras mínimas para o tratamento de reclusos.....	33
3.2 A saúde às pessoas privadas de liberdade na perspectiva brasileira	36
3.2.1 Lei de Execução Penal nº 7210/84.....	36
3.2.2 A Constituição Federal de 1988.....	38
3.2.3 Lei nº 8.080 de 1990	41
3.2.4 Regras Mínimas para o Tratamento de Preso no Brasil (1994): a Resolução nº 14 de 1994	42
3.2.5 Portaria Interministerial nº 1.777/2003 - Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário	43
3.2.6 Portaria Interministerial nº 1 (2014) - Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de liberdade no Sistema Prisional	45
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	48
4.1 descrição da oferta de cuidado	48
4.1.1 Saúde da mulher na Prisão: sobre a Integralidade no cuidado.....	51
4.1.2 Saúde da mulher na prisão: sobre o atendimento em Rede de Atenção à Saúde.....	54
4.1.3 Saúde da mulher na Prisão: sobre os principais agravos	58
4.1.4 Saúde da mulher na Prisão: o conhecimento dos atores sobre a Política.....	61
6 RECOMENDAÇÕES	69
REFERÊNCIAS	70
APÊNDICE	75
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	75
APÊNDICE B – QUESTÕES NORTEADORAS	78
APÊNDICE C – FORMULÁRIO/ENTREVISTA	81

1 INTRODUÇÃO

Antes que a prisão se tornasse o foco central da execução penal, a principal forma de punição era o suplício, em que o condenado era flagelado até a morte em praças públicas. Ao longo do tempo, o processo de humanização das penas levou à substituição dessas torturas públicas por penas de restrição de liberdade. Assim, a pena de prisão é apresentada como uma alternativa supostamente mais humanizada, racional e moderna, representando uma reforma em relação ao sistema punitivo brutal que submetia os condenados a martírios físicos nos séculos anteriores (Foucault, 1999)

Na perspectiva da evolução dos direitos humanos no Brasil, a Constituição Brasileira de 1988 garantiu o direito à saúde às pessoas sem distinção, inclusive aos privados de liberdade ao considerá-los igualmente portadores de direitos individuais e sociais (Brasil, 1988). Todavia, no âmbito da sociedade a ideia da retirada desses direitos é aceitável, sobretudo o direito ao acesso à saúde. Ao negar direitos ou a aceitar o não cuidado de saúde a população encarcerada, acaba por naturalizar a dupla penalização pelo crime cometido, ou seja, a prisão em si com todas as suas mazelas e estigmas e a piora inevitável do estado de saúde que o apenado adquire durante a sua permanência no cárcere (Assis, 2008).

As legislações brasileiras, assim como os tratados internacionais dos quais o Brasil é signatário, asseguram que a saúde é um direito universal, aplicável a todos, incluindo aqueles que se encontram privados de liberdade. A Constituição Federal do Brasil e convenções internacionais reafirmam o dever do Estado de garantir acesso à saúde como um direito fundamental, independentemente da condição legal das pessoas. Essa perspectiva destaca a importância de assegurar que os privados de liberdade recebam cuidados de saúde apropriados, respeitando sua dignidade e direitos humanos, em consonância com os princípios de igualdade e justiça social.

Cabe destaque que o contorno sociodemográfico da população prisional reflete igualmente, a desigualdade social e econômica do povo brasileiro. Tópicos que abordam questões de gênero, classe social, escolaridade e raça intrínsecas à realidade histórica e cultural brasileira são transferidos para as prisões.

Com o objetivo de garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial n.º 1, de 2 de janeiro de 2014. A PNAISP prevê que os serviços de saúde no sistema prisional passem a ser ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS)

do SUS, qualificando também a Atenção Primária no âmbito prisional como porta de entrada do sistema e ordenadora das ações e serviços de saúde pela rede.

Neste sentido, o conhecimento dos Gestores e Servidores que compõem o Sistema de Justiça, sobre a garantia da saúde e sobre políticas públicas de saúde no Sistema Prisional são necessárias. A partir do exposto, o presente estudo buscou compreender o fluxo da assistência à saúde das pessoas privadas de liberdade residentes na Unidade Penal Feminina de Palmas e Unidade Penal de Feminina de Miranorte.

Há de se considerar que são vários os critérios envolvidos na escolha de um tema de pesquisa, tais como: familiaridade e intimidade pela temática, interesse pelo *locus*, se está em algum grau estar relacionado à carreira ou à área de especialização, entre outros. Isto quer dizer que no caso concreto a escolha pelo objeto da pesquisa não é aleatória, pelo contrário, pois o postulante ao grau de Mestre é servidor efetivo dos quadros da Secretaria de Cidadania e Justiça (Policial Penal), o que contribuiu fortemente para tal deliberação. Soma-se a este fato, as inquietudes e lacunas percebidas na atuação profissional no que diz respeito ao acesso a saúde de pessoas privadas de liberdade; e por fim, o desejo de contribuir de modo científico com o sistema prisional tocantinense.

O Estado do Tocantins, possui 04 (quatro) Unidades Penais Femininas em funcionamento, nas cidades de: Palmas (capital), Miranorte (a 109km da capital), Ananás (a 492 km da capital) e Xambioá (a 499km da capital). Nesta pesquisa optou-se pelo estudo das unidades prisionais pertencentes a região de saúde Capim dourado, que inclui a capital do Estado. Todas são geridas pela Secretaria de Estado de Cidadania e Justiça, destinadas a custodiadas do sexo feminino; com população carcerária flutuante. Em ambas, não se conta com equipes de saúde internas, portanto, toda assistência em saúde é realizada através da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Assim, compreender os discursos e práticas relacionadas à saúde das mulheres privadas de liberdade pode enriquecer a comunidade acadêmica e científica, conectando os campos de saúde coletiva, sistema prisional e gênero, e gerando subsídios para novas pesquisas e reflexões. Além disso, essa temática pode ser incorporada nas discussões das instituições de formação, possibilitando o aprimoramento de competências relevantes para aqueles que trabalham no ambiente prisional.

1.1 Problema de pesquisa

As mulheres privadas de liberdade possuem demandas, necessidades e peculiaridades bem específicas. Ao se debruçar sobre a temática no intento de compreender as nuances do encarceramento feminino, constata-se que o cárcere impõe uma série de condições, além de ferirem os direitos das mulheres encarceradas, contribuem substancialmente para que os agravos à saúde sejam potencializados nessa população.

A partir da análise da trajetória legislativa (perspectiva), inegavelmente houveram grandes avanços, no entanto, o principal desafio continua sendo o de assegurar de maneira efetiva o direito consagrado na Constituição Federal, nas normas legais e infralegais, em especial da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional.

1.1.1 Hipótese

Apesar de todo o conjunto de normas e regramentos que versam sobre a saúde de pessoas privadas de liberdade, especialmente da Política Pública específica (PNAISP); os atores envolvidos sobretudo os que integram o Sistema de Justiça (Policiais Penais) e envolvidos desconhecem ou mesmo relativizam a norma.

1.1.2 Hipótese nula (H0)

Na política pública (PNAISP), os atores envolvidos sobretudo os que integram o Sistema de Justiça (Policiais Penais) e integrantes conhecem ou mesmo cumprem a norma.

1.1.3 Delimitação de Escopo

A pesquisa busca respostas baseada em princípios metodológicos para qualificar os procedimentos normativos utilizados, para suprir as necessidades de acesso à saúde das mulheres privadas de liberdade na unidade prisional feminina de Palmas e Miranorte, na perspectiva dos gestores de saúde, policiais e gestores penais.

1.1.4 Justificativa

De acordo com Nota Técnica N° 17/2019-COPRIS/CGGAP/DESF/SAPS/MS - que versa sobre a atuação dos profissionais de saúde no sistema prisional, atinente à PNAISP, cabe à Administração Penitenciária a elaboração da logística de segurança e escolta para a viabilização da atenção à saúde da pessoa privada de liberdade. Para tanto, deve sempre observar e resguardar a autonomia do profissional de saúde no que tange à indicação de procedimentos terapêuticos e diagnósticos (Brasil, 2019).

Dito isto, infere-se, portanto, que são os profissionais que integram o Sistema de Justiça (Policiais Penais) aqueles que devem ser os primeiros profissionais a viabilizar e assegurar a atenção à saúde aos custodiados.

Apesar do aparato legal, ressalta-se que a assistência à saúde prisional no Brasil enfrenta dificuldades qualitativas e quantitativas, com baixo percentual de unidades prisionais com equipes de saúde implantadas e principalmente com profissionais não qualificados e rede de atenção fragmentada.

De modo geral, unidades prisionais de médio e grande porte são aquelas que gozam de equipes de saúde interna, na contramão das pequenas unidades prisionais - principalmente aquelas instaladas em cidades de pequeno porte - toda a assistência é realizada pela equipe de atenção básica.

Neste contexto, figuram-se a Unidade Penal Feminina de Palmas e Unidade Penal Feminina de Miranorte, a primeira Unidade conta com uma profissional de saúde interna (técnica em enfermagem) que labora em regime de expediente, onde toda a assistência em saúde é realizada por equipes de atenção básica dos municípios, devidamente habilitadas como Equipes de Atenção Primária Prisional (EAPP), bem como as demandas espontâneas de urgência/emergência são atendidas pela UPA Sul e UPA Miranorte e/ou Hospital Regional de Miracema e Hospital Geral de Palmas.

Em igual contexto, percebe-se o desconhecimento dos servidores que integram o sistema de justiça, acerca da política pública de atendimento de pessoas privadas de liberdade, faltam habilidades e competências para atender este público, bem como carece de sensibilidade e conhecimento dos servidores do sistema de justiça acerca do direito à atenção integral à saúde de pessoas custodiadas. De igual modo, estes atores são levados a atuarem na lógica da dupla penalização (Batista; Araújo e Nascimento, 2019).

Há de se registrar ainda aspectos inerentes ao cárcere, que potencializam o adoecimento, a saber: superlotação, condições sanitárias, alimentação inadequada, exposição ao estresse e à violência. Com frequência, é necessário atendimento hospitalar, uma vez que

as ações de promoção e proteção à saúde acabam por demonstrar pouca resolutividade, a esta população e relegada à ótica reducionista e curativista do cuidado de saúde.

Para entender este fluxo de atendimento à saúde das pessoas privadas de liberdade faz-se necessário o desenvolvimento de pesquisas que possam se debruçar e discutir a saúde prisional, pois podem gerar ações transformadoras para o contexto social. Na contramão, negar a importância do tema pode significar a aceleração do esgotamento do sistema e agravamento da situação.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

Compreender o fluxo da assistência à saúde das pessoas privadas de liberdade residentes na Unidade Penal Feminina de Palmas e Unidade Penal Feminina de Miranorte.

1.2.2 Objetivos Específicos

- a. Identificar o conhecimento dos profissionais envolvidos na gestão a nível de Atenção Básica, acerca da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional.
- b. Perceber o conhecimento dos profissionais servidores que integram o Sistema de Justiça (Policiais Penais), acerca da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional.
- c. Conhecer as estratégias tomadas pelos agentes responsáveis no sentido de garantir o direito à saúde das pessoas privadas de liberdade.
- d. Analisar as ações desenvolvidas para a garantia do direito à saúde aos indivíduos residentes nas Unidade Penal Feminina de Palmas e Unidade Penal Feminina de Miranorte.

1.3 Metodologia

1.3.1 Abordagem do Estudo

Para delimitar a trajetória metodológica, optou-se pela pesquisa de natureza qualitativa, descritiva (voltado para a descrição da situação), exploratória (voltado para o conhecimento em profundidade de questões pouco conhecidas); que configuram-se por apresentar possibilidades de análises mais densas e aprofundadas, visto que a temática a que

esse trabalho se debruçou apresentou a necessidade de mais estudos que a contemplem. É notório que a saúde e dignidade no sistema prisional brasileiro se exhibe como uma das expressões da questão social de conjuntura nacional, se destacando como um tema relevante para análise.

Assim, conforme Minayo (1992) a pesquisa qualitativa expressa sua melhor expressão com relação à análise dos fenômenos, a rigor ela se detém aos estudos históricos, voltados para compreensão dos produtos interpretados pelo homem. A autora completa, que a abordagem qualitativa além de se empenhar nos processos sociais de grupos específicos, possibilita a perspectiva de outras abordagens durante a investigação, levando a sistematizações e revisões e a construção de novas categorias e conceitos.

Para tanto, realizou-se inicialmente a revisão da literatura acerca de Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade, bem como da temática de Atenção em Saúde de Pessoas Privadas de Liberdade, de modo a subsidiar a compreensão dos fenômenos do estudo – ações dos indivíduos ou grupos em seu ambiente de trabalho e/ou organizacional, interpretando-os, segundo a perspectiva dos próprios sujeitos inseridos nos cenários pretendidos, sem se preocupar com representatividade numérica, generalizações estatísticas e relações lineares de causa e efeito.

O desenho metodológico selecionado foi análise de discurso, por considerarmos ser a metodologia adequada para investigação empírica de um fenômeno em seu contexto real. A linguagem analisada no discurso dos participantes é a expressão do seu pensamento, sendo este carregado de um efeito subjetivo conforme o seu entendimento dos fatos e o contexto cultural do seu território. Neste sentido, a língua expressada nos seus enunciados carrega também a ideologia social local.

A técnica de pesquisa escolhida foi a da entrevista, com utilização de questionário semiestruturado, com perguntas norteadoras em questões abertas. Observa-se aqui, que a entrevista, técnica privilegiada de comunicação, constitui-se na conversa entre dois ou mais interlocutores, realizada com o propósito de construir informações pertinentes para a pesquisa.

Ademais, foram observados na condução da pesquisa os itens recomendados Red Equator para artigos na abordagem qualitativa, especificamente aos itens previstos no COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative research) (Souza et al., 2021).

1.3.2 Locais do Estudo

A pesquisa foi realizada nos municípios de Palmas (323.625 habitantes) e Miranorte (12.701 habitantes) no Estado do Tocantins, conforme dados do Censo (Brasil, 2022); com recorte pontual ao sistema prisional feminino e seus locais de abrangência em assistência à saúde; estas comarcas pertencem a Região de Saúde Capim Dourado.

Fizeram parte dos cenários desta pesquisa as localidades a seguir:

1. Unidade Penal Feminina de Palmas, vinculada à Secretaria de Cidadania e Justiça; gerida por 01 (um) chefe de unidade e 01 (um) chefe de procedimentos de segurança, e ainda 21 (vinte e um) policiais penais subordinados.
2. Unidade Penal Feminina de Miranorte, vinculada à Secretaria de Cidadania e Justiça. gerida por 01 (um) chefe de unidade e 01 (um) chefe de procedimentos de segurança, e ainda 13 (treze) policiais penais subordinados.
3. Gerência de Assistência Educacional e Saúde ao Preso e Egresso, vinculada a estrutura da Secretaria de Cidadania e Justiça (SECIJU); gerida por 01 (um) gerente.
4. Núcleo de Saúde Prisional, vinculada a Gerência de Monitoramento e Avaliação da Atenção Primária da estrutura da Secretaria Estadual de Saúde (SES); gerido por 01 (um) servidor(a) incumbido.
5. Unidade Básica de Saúde da Família José Hermes (Palmas/TO), cuja área de abrangência localiza-se a Unidade Penal Feminina de Palmas; gerida por 01 (um) coordenador(a).
6. Unidade Básica de Saúde de Miranorte- Pedro Alcântara Alves Rodrigues, cuja área de abrangência localiza-se a Unidade Penal Feminina de Miranorte; gerida por 01 (um) coordenador(a).

1.3.3 Participantes do Estudo

Os participantes da pesquisa foram divididos em dois (02) grupos:

O Grupo I composto pelos profissionais ligados à gestão:

- a) Gestão de saúde em nível da atenção básica. Como critério de inclusão (1) atuar na gestão local/coordenação da atenção básica (coordenador da unidade e enfermeiro (a) da Estratégia Saúde da Família): Unidade Básica de Saúde da Família José Hermes (Palmas - TO), cuja área de abrangência localiza-se a Unidade Penal Feminina de Palmas ($n = 1$);

Unidade Básica de Saúde de Miranorte - TO, cuja área de abrangência localiza-se a Unidade Penal Feminina de Miranorte ($n = 1$).

b) Gestores da Unidade Penal Feminina de Palmas e Unidade Penal Feminina de Miranorte, chefes de unidade e chefes de segurança. Como critério de inclusão: (1) ser profissional efetivo atuando na gestão na Unidade Penal Feminina de Palmas ($n = 2$) e Unidade Penal Feminina de Miranorte ($n = 2$).

c) Servidores que atuam na gestão estadual da saúde de pessoas privadas de liberdade: como critério de inclusão teve-se: (1) atuar na gestão estadual de saúde de pessoas privadas de liberdade, ligados a SECIJU e SES ($n = 2$).

O Grupo II composto pelos servidores que integram o Sistema de Justiça:

a) Policiais Penais: como critério de inclusão tem-se: (1) ser profissional efetivo atuando diretamente na custódia de pessoas privadas de liberdade (Policiais Penais) na Unidade Penal Feminina de Palmas ($n = 21$) e Unidade Penal Feminina de Miranorte ($n = 13$).

b) Para ambos grupos foi observado como critério de exclusão: (1) estar gozando de licença de qualquer natureza do serviço; e (2) estar atuando como substituto ou “em exercício”.

Aqueles que se enquadraram nos critérios de inclusão foram abordados pessoalmente nos respectivos serviços pelo pesquisador responsável, os quais foram sensibilizados e convidados a participarem da pesquisa; salientando nesta abordagem os riscos, benefícios e direitos atinentes à pesquisa.

1.3.4 Coleta e Análise de Dados

O instrumento de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, gravadas em áudio, transcritas, analisadas e interpretadas através do método da Análise Temática semiestruturada para a aproximação do objeto. As entrevistas foram realizadas nas respectivas localidades do estudo, durante os serviços, entre os dias 14 de maio de 2024 a 02 de setembro de 2024. Foi estabelecido um diálogo antes do início do estudo com os responsáveis pelos serviços, sensibilizando-os a participarem do estudo (via telefone e pessoalmente) e informando-os que se tratava de pesquisa de postulante ao título de Mestre.

Para tanto, optou-se por um roteiro (APÊNDICE C – FORMULÁRIO/ENTREVISTA) contendo 19 (dezenove) questionamentos; para a identificação dos respondentes foram conferindo-lhes números, a fim de preservar-lhes o anonimato. As entrevistas foram realizadas/conduzidas pelo pesquisador (sexo masculino).

Cada participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) e, após esse procedimento, foi realizada a entrevista. As respostas foram gravadas (áudio), permitindo aos entrevistados expressarem-se livremente sobre os temas abordados, garantindo-lhes o sigilo.

As entrevistas foram realizadas individualmente, sem presença de não participantes ou outros, e tiveram duração de 10 a 25 minutos. Destaca-se que elas foram realizadas nos serviços mediante agendamento (data e hora indicada pelos entrevistados), respeitando para tanto a rotina administrativa e assistencial de cada uma delas.

A participação consistiu em responder perguntas de um roteiro de formulário/entrevista aos pesquisadores do projeto. Houve gravação somente quando autorização pelo entrevistado.

Não ocorreu repetição de nenhuma entrevista, e ainda, as transcrições não foram devolvidas aos participantes para comentários e/ou correção. Não foi utilizado nenhum Software para gerenciar os dados.

As questões norteadoras (APÊNDICE B) da entrevista abrangeram os seguintes questionamentos, a saber:

- 1) Estratégia(s) tomada(s) pelos profissionais no sentido de garantir o direito à saúde da população privada de liberdade;
- 2) De que maneira a população privada de liberdade é assistida quando necessita de atendimento de modo a suprir suas necessidades e/ou a resolução de um problema de saúde;
- 3) quais ações são desenvolvidas para a garantia do direito à saúde aos indivíduos residentes na unidade penal feminina de palmas e unidade penal feminina de Miranorte;
- 4) Conhecimento dos profissionais sobre a política nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional (PNAISP).

Seguindo as direções de Souza (2019) após concluídas as entrevistas, começou o processo de Análise Temática. Nesta etapa, o pesquisador procurou nos dados por padrões de significados e questões de possível interesse à pesquisa. Nada impede, que possam ser iniciadas ainda durante a coleta de dados, na condução de entrevista, o que ocorreu no caso concreto.

A análise envolveu um movimento constante entre o banco de dados, os trechos codificados e a análise dos dados produzido a partir destes trechos. Por fim, foi gestado o relatório dos padrões (temas) dos dados. Minayo (1992) destaca ainda, que esta estrutura está presente em boas técnicas de análise de dados qualitativos bastante comuns na literatura.

Realizou-se antes do início da coleta de dados 03 (três) entrevistas piloto, para fins de balizamento e ajustes nos procedimentos de coleta e registros dos dados; e ainda servindo de treinamento ao entrevistador: sendo estes 01 composto por profissionais ligados à gestão; e 02 (dois) policiais penais. Os sujeitos participantes do estudo piloto foram da Unidade Penal Regional de Palmas, não sendo estes sujeitos participante da pesquisa.

Evidencia-se aqui que o estudo piloto foi realizado em Unidade Penal não participante da pesquisa e teve como finalidade a validação do APÊNDICE C – FORMULÁRIO/ENTREVISTA no que diz respeito a compreensão e entendimento das questões enunciadas; a escolha da Unidade se deu por conveniência, uma vez que também está inserida em contexto de encarceramento e possui características semelhantes à unidade pesquisada.

Relativo ao Grupo I foram realizadas 06 (seis) entrevistas, e 02 (duas) não realizadas, sendo: 01 (uma) por critério de exclusão estar gozando de licença para tratamento de saúde e 01 (uma) por não responder aos chamados do entrevistador.

Atinente ao Grupo II houve o encerramento da coleta de dados por saturação de dados, após realizadas 10 (dez) entrevistas com Policiais Penais (Grupo II); sendo realizadas 05 (entrevistas) em cada Unidade Penal, respectivamente.

A coleta de dados é considerada saturada quando não surgem novos elementos e a inclusão de informações adicionais torna-se desnecessária, pois não modifica a compreensão do fenômeno investigado. Esse é um critério que contribui para a validação do conjunto de dados, indicando que o conhecimento obtido já é suficiente para compreender o tema em estudo (Thiry-Cherques et al., 2009).

1.3.5 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa número 6.707.665 (CEP/UFT) em data em 18 de março de 2024, seguindo todas as regulamentações éticas que envolvem pesquisas com seres humanos contidas na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Salientamos aqui que todas as entrevistas do estudo em questão foram realizadas após aprovação do CEP, incluindo as do teste piloto.

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), atestando sua participação voluntária e gratuita ao estudo.

Em atenção aos aspectos éticos, a fim de subsidiá-los, foram esclarecidos os benefícios indiretos da pesquisa em questão, a saber: fomentar a discussão e gerar dados sobre saúde prisional, possivelmente gerar ações transformadoras que podem estender seus reflexos nos

Sistema Único de Saúde e no Sistema Penitenciário. De igual modo, foram esclarecidos sobre os riscos indiretos da pesquisa, os quais: desconforto, constrangimento ou alterações de comportamento durante gravações de áudio e ainda; possibilidade de constrangimento ao responder o instrumento de coleta de dados; medo de não saber responder ou de ser identificado; estresse; cansaço ou vergonha ao responder às perguntas, e ainda trazer à memória experiências ou situações vivenciadas e quebra de sigilo e de anonimato

As entrevistas foram transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas o acesso é permitido somente ao pesquisador e às orientadoras; qualquer dado que possam identificá-los foram omitidos na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material foi armazenado em local seguro e em posse do pesquisador.

Destaca-se ainda, que foram orientados que a qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, o entrevistado poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados no TCLE.

2 ESTADO E ORGANIZAÇÃO SOCIAL: CONSIDERAÇÕES SOBRE A PRIVAÇÃO DE LIBERDADE

*“Cada país tem o número de presos que decide politicamente ter.”
Eugenio Raúl Zaffaroni.*

Este capítulo se propõe a discorrer sobre a evolução histórica, bem como a relação do Estado e do tecido social no que concerne às mediações que explicam o universo das pessoas privadas de liberdade. Está organizado em três (3) sessões, a saber: (01) Da selvageria ao cárcere: o capitalismo e prisões como mecanismo da manutenção dos consensos hegemônicos; (02) Perfil do Sistema Penitenciário (feminino) brasileiro; e (03) Perfil do Sistema Penitenciário (feminino) tocantinense.

2.1 Da selvageria ao cárcere: o Capitalismo e Prisões como mecanismo da manutenção dos consensos hegemônicos

Em linhas históricas que delineiam o aprisionamento de seres humanos, Foucault (1999) evidencia os cenários que influenciaram o nascimento das prisões, expressando os sofrimentos que os corpos de pessoas que eram consideradas criminosas, sofriam: torturas incomensuráveis, esquartejamentos, amputações, queimaduras e tantas outras tormentas utilizadas no intento de fazer o corpo sofrer das piores formas. Os castigos, as torturas, os calabouços, os condenados eram torturados em praça pública, aos gritos exaltados do público que parecia se divertir com as atrocidades.

O clássico autor menciona o cárcere como um modelo de instituição disciplinar, que vai adquirindo forma a partir do momento que as punições cruéis e degradantes passam a ser vista como selvageria, antes enaltecidas pelo público, adquirem cunho negativo, isso ocorre no final do século XVIII e na primeira metade do século XIX.

A execução pública é vista então como uma fornalha em que se acende a violência.

A punição vai-se tornando, pois, a parte mais velada do processo penal, provocando várias consequências: deixa o campo da percepção quase diária e entra no da consciência abstrata; sua eficácia é atribuída à sua fatalidade não à sua intensidade visível; a certeza de ser punido é que deve desviar o homem do crime e não mais o abominável teatro; a mecânica exemplar da punição muda as engrenagens. Por essa razão, a justiça não mais assume publicamente a parte de violência que está ligada a seu exercício (Foucault, 1999, p. 13).

É preciso considerar que na sociedade capitalista, a prisão é sem dúvida a forma de punição por excelência. A instituição prisão existe desde os tempos mais remotos, em geral, utilizada para o encarceramento e neutralização de indivíduos acusados, até eles serem

julgados. O cárcere, como conhecemos hoje, é um construto histórico e fruto de revoluções burguesas, de modo que a partir de transformações sociais, econômicas e políticas, as penas e castigos corporais foram sendo substituídos paulatinamente pela pena de privação de liberdade nos ordenamentos jurídicos das nações ocidentais, não excluindo o fato de que as punições corporais ainda continuam ocorrendo de forma tácita e extrajudicial (Simas, 2021).

Ao encontro do mencionado anteriormente, autores discorrem:

A existência da forma-prisão é anterior à sua utilização sistemática nas leis penais. Embora seja inegável que o encarceramento de criminosos existiu desde os tempos mais remotos, este não tinha o caráter de sanção penal. Até os fins do século XVIII, a prisão serviu apenas aos objetivos de contenção e guarda dos réus, para preservar sua integridade física até o momento de serem julgados e executados. Recorreu-se, durante longo período histórico, fundamentalmente, à pena de morte, às penas corporais (mutilações e açoites) e às infamantes. (Reishoffer; Bicalho, 2015, p. 1).

Destaca-se ainda que sistema punitivo possui uma determinada função na ordem jurídica capitalista, visando assegurar a propriedade privada e os termos do contrato. De igual maneira, a utilização do cárcere como forma predominante de punição também seria característica do modo de produção capitalista. Observe que na Idade Média as punições estavam a serviço da manutenção da ordem pública e da estrutura e hierarquia social, como não existia um aparelho estatal de punição, predominavam os métodos privados de arbitragem e solução de conflitos. Estabelecia-se o pagamento de fianças ou indenizações, que paulatinamente foram substituídas por castigos corporais e penas capitais (Andrade, 2018).

Costa (2017) destaca que as prisões operam no sentido da manutenção dos consensos hegemônicos, uma vez que na sociedade capitalista, o Estado acaba por realizar mediações no sentido de manter a ordem vigente, valendo-se das Políticas Sociais e de penas privativas de liberdade para tal.

A formulação e a implementação de políticas sociais e educacionais advindas do Estado tomam a forma e a expressão das relações e das forças sociais em disputa. As políticas sociais e educacionais não são benevolência social, mas a articulação e o jogo contraditório que exprime a luta de classe e as mediações econômico-sociais existentes numa determinada sociedade e contexto social (Deitos, 2010, p. 210).

De acordo com Machado (2008) a hegemonia é construída por uma rede de inúmeros aparelhos ideológicos, tais como a igreja, a escola e a família. Ou seja, todos os indivíduos, legisladores e especialmente os operadores das leis, são expostos constantemente aos inúmeros campos de formação da hegemonia, de modo que as normas jurídicas (leis), bem como a opções valorativas refletidas advindas destas, cumprem a função de declarar o pertencimento, ou não, do indivíduo à comunidade que materializa, cristaliza seus valores naquela norma:

O que se observa, no entanto, é que a única forma de uma ideologia prevalecer hegemônica é, justamente, através de uma ação sempre integrada e conjunta dos diversos atores responsáveis por sua estruturação. E, da mesma forma, uma contra ideologia só pode tornar-se consistente ao se fazer falar por meio desses diversos atores.

Isto porque a lei é lugar de luta pela hegemonia, que se constrói fazendo concessões a contra hegemônias que condizem aos anseios de classes e grupos que não ocupam posição privilegiada na sociedade (Machado, 2008, p. 50-51).

Ainda, em debate e considerações sobre as prisões e o Estado, Sousa (2020) apresenta apontamentos de autores, que estabelecem relação profunda entre a ideologia burguesa e o cárcere, como forma de manutenção e controle sobre a classe trabalhadora, portanto, não era a disciplina, o elemento central para modelar e adequar os indivíduos, mas sim, um cárcere com a função da utilização da força de trabalho adequando-os ao próprio trabalho.

Segundo Reishoffer e Bicalho (2015) ponderam, a partir das Revoluções Capitalistas Liberais (século XVIII) o aparelhamento da instituição-prisão para controle da criminalidade adquiriu contornos e características de necessidade e obviedade de forma veloz.

Inicialmente, o que se pensava do crime enquanto instituto foi modificado, não tendo mais relação com a falta moral, religiosa ou natural da sociedade medieval. O crime passa a ser considerado uma infração determinada por meio de lei estabelecida internamente pela sociedade através de seu poder constituído (Poder Legislativo). Para que haja um crime, é necessário haver uma lei que anteriormente o defina, ou seja antes da existência da lei, não há crime possível. E ainda, a lei não deverá mais retranscrever as leis naturais, religiosas ou morais, mas deverão representar aos anseios e utilidades da sociedade, tornando repreensível tudo aquilo que for julgado nocivo ao tecido social (um dano social, uma perturbação, um incômodo a toda vontade da sociedade). Pretensão, então, representada pela lei (Reishoffer; Bicalho, 2015).

Então, o aprisionamento se tornou óbvio e natural, e ainda, espaço privilegiado dos mecanismos disciplinares sobre o sujeito criminoso. Todavia, refinando a nossa crítica sobre “estratégia-prisão” percebemos que esta adquire uma função central dentro do modelo político-econômico implementado: a prisão nasce com o capitalismo e, a partir de então, empregada para administrar a pobreza, seja pelo lado punitivo, seja pela via da neutralização, e em grau considerável transformando as classes populares em classes perigosas. Com o aperfeiçoamento do capitalismo (multiplicação das riquezas e da propriedade para poucos e o desenvolvimento da produção), a população miserável cresce amplamente, tornando-se imprescindível o aperfeiçoamento dos instrumentos de controle social para manutenção da ordem pública. A partir daí, surgem os primeiros rudimentos da atividade policial (Polícia), e

estas passam a constituir-se aparelhos judiciários que, a serviço do capital e da burguesia, irão coibir, perseguir e punir as ilegalidades diretamente ligadas à propriedade e a produção, em detrimento aos crimes de sangue (homicídios e lesões corporais) e que, nos séculos anteriores, tinham prioridade de penalização (Reishoffer; Bicalho, 2015).

2.2 Perfil e contornos de saúde do Sistema Penitenciário feminino brasileiro

Esta seção apresenta o perfil do público feminino das pessoas privadas de liberdade e contornos de saúde no contexto brasileiro. Utilizamo-nos para tal, a exposição dos dados disponibilizados pela Secretaria Nacional de Políticas Penais (SENAPPEN), estes dados são resultado do preenchimento pelas Unidades da Federação, a partir de respostas ao Formulário de Informações Prisionais, dentro do Sistema Nacional de Informações Penais – SISDEPEN. Salienta-se que todos os dados coletados e aqui expostos, de forma eletrônica e semestralmente, referente ao período 01/01/2023 a 31/06/2023 (Brasil, 2023).

Nessa direção, aponta-se que a população carcerária no Brasil, conforme dados do Departamento Penitenciário Nacional, divulgados pelo RELATÓRIO DE INFORMAÇÕES PENASIS - RELIPEN 1º SEMESTRE 2023, consiste de 644.305 pessoas privadas de liberdade (em 30/06/2023), deste universo total a população feminina (em 30/06/2023) consiste em 27.375 pessoas (Brasil, 2023). Logo, a população feminina privada de liberdade corresponde a 4.2% da população total.

Tabela 1- População Feminina Privada de Liberdade no Brasil.

UF	População Feminina	UF	População Feminina	UF	População Feminina
AC	292	MA	354	RJ	1.537
AL	137	MG	2.694	RN	314
AM	160	MS	1.114	RO	461
AP	53	MT	570	RR	158
BA	305	PA	652	RS	1.643
CE	845	PB	534	SC	1.176
DF	559	PE	1.175	SE	183
ES	962	PI	184	SP	8.520
GO	958	PR	1.732	TO	109
TOTAL	27.375				

Fonte: Adaptado de RELATÓRIO DE INFORMAÇÕES PENASIS - RELIPEN 1º SEMESTRE 2023 (BRASIL, 2023).

O país conta com 137 Unidades Penais destinadas exclusivamente ao público do sexo feminino, sendo 4 destas no Estado do Tocantins, e ainda, 2020 estabelecimentos mistos

(destinado a ambos os sexos). Na sequência, o mesmo relatório indica a capacidade de vagas disponíveis (em 30/06/2023) no sistema penitenciário nacional (feminino), sendo 31.171 vagas destinadas ao sexo feminino nos diversos regimes: presos provisórios (7.561 vagas), fechado (17.344), semiaberto (5.345 vagas), aberto (379 vagas), Regime Disciplinar Diferenciado (44 vagas) medidas de segurança (262 vagas) e outros regimes (236 vagas) (Brasil, 2023).¹

A criação de estabelecimentos penais específicos para o encarceramento destinada ao público feminino no país ocorreu de forma tardia, quando em comparação com outros países. Por muitas décadas as mulheres foram recolhidas junto com os homens brasileiros e expostas a diferentes tipos de violência, principalmente a sexual (Andrade, 2011).

Desde o período colonial, no Brasil, as mulheres foram encarceradas em estabelecimentos onde prevaleciam prisioneiros do sexo masculino, sendo a elas raramente destinados espaços reservados. Prostitutas e escravas, em sua maioria, as mulheres eram confinadas junto aos homens, frequentemente dividindo a mesma cela. Narrativas de abandono, abusos sexuais, problemas com a guarda – na maioria das vezes masculina –, doenças, promiscuidade e outros, envolvendo as mulheres encarceradas, estavam sempre presentes nos trabalhos de penitenciários do século XX. A partir de meados do século XIX, quando a precariedade da situação prisional brasileira começou a ser explicitada e diferentes profissionais passaram a se dedicar a buscar soluções para resolvê-la, o tema das mulheres presas entrou em pauta (Andrade, 2011, p. 17).

A taxa de ocupação prisional brasileira feminina é de 27.375 (88%), em 30/06/2023. (Brasil, 2023). Ou seja, considerando-se todos os regimes não se verifica lotação superior ao disponibilizado ao público feminino. Salienta-se, no entanto, não poder a partir destes dados inferir sobre a qualidade e infraestrutura destas acomodações (Brasil, 2023).

Ainda em relação à população privada de liberdade feminina no território nacional (em 30/06/2023), o relatório indica: 185 gestantes, 100 lactantes, 102 filhos em estabelecimentos penais (0 a 6 meses = 87; mais de 6 meses a 1 ano = 14; e, mais de 1 ano a 2 anos = 1). No que tange a infraestrutura e serviços (em 30/06/2023), o relatório indica: 69 celas/dormitórios para gestantes, 50 berçários, 429 vagas/capacidade de bebês nos berçários; 09 creches, 152 capacidade de crianças das creches (Brasil, 2023).

¹ Conforme a Lei de Execução Penal (A Lei nº 7210, de 1984) existem várias modalidades de regime: fechado, semiaberto e aberto. No regime fechado a pessoa fica presa o dia inteiro numa Unidade Prisional e poderá sair para trabalhar em casos específicos. Em relação ao regime semiaberto, a pessoa deverá cumprir em colônia agrícola ou industrial para trabalhar durante o dia e dormir à noite na Instituição Prisional. E por fim, o regime aberto em que a pessoa poderá sair para trabalhar no meio exterior a unidade prisional e a noite recolher-se em casa de albergado ou na própria residência.

Dados especificados no parágrafo anterior, vão ao encontro do que nos traz Cruz e Aquino (2023), assim:

As mulheres em situação de prisão têm demandas, necessidades e peculiaridades que são específicas. Ao compreender as nuances do encarceramento feminino no Brasil, verifica-se que o cárcere impõe uma série de condições que, além de ferirem os direitos das mulheres encarceradas, contribuem para que os agravos à saúde sejam potencializados nesse grupo (Cruz; Aquino, 2023, p. 8).

Faz-se necessário destacar aqui que é consagrada (por meio de consistentes estudos científicos sobre o tema) a importância e necessidade do aleitamento materno, por sua influência multidimensional na saúde da mulher e da criança, por ser determinante no desenvolvimento humano e reconhecido como uma prática de relevante impacto social (Lutterbach; Serra; Souza, 2023).

Ainda ao encontro das especificidades do público feminino privado de liberdade, temos:

No que diz respeito à vivência da maternidade, pesquisas apontam para situações como: violação dos direitos sexuais e reprodutivos; piores condições da atenção à gestação e ao parto; assistência de pré-natal precária; atos arbitrários e uso da violência por parte da autoridade penitenciária, o que expõe as mulheres e seus filhos a sofrimentos psíquicos e morais; e discursos e práticas que tendem a deslegitimar a maternidade e os direitos reprodutivos das mulheres encarceradas (Cruz; Aquino, 2023, p. 8)

O documento especifica em quantitativo os procedimentos de saúde realizados nos estabelecimentos penais entre janeiro e junho de 2023, sendo: 11.890 consultas externas (fora da Unidade Penal), 72.827 consultas internas (dentro da Unidade Penal), 43.741 consultas psicológicas, 30.103 consultas odontológicas, 71.655 exames e testagens, 516 intervenções cirúrgicas, 41.583 vacinas, e 260.969 sutura, curativo e outros (Brasil, 2023).

Segundo Carvalho (2017), os agravos em saúde que acometem a população geral são potencializados devido as condições precárias na maior parte das unidades prisionais, somado ao fenômeno do super encarceramento. De maneira que é crucial que políticas públicas sejam interdisciplinares e transversais, de modo a atender a todos, quaisquer que sejam as suas especificidades.

Batista, Araújo e Nascimento (2019) apontam que profissionais da saúde, bem como profissionais que compõem o sistema de Justiça têm conhecimento limitado sobre o direito à saúde da população privada de liberdade.

Para os trabalhadores da saúde fica evidente a realização de ações de cuidado pontuais, de cunho curativista e focada na queixa clínica do paciente. Portanto, estas não apresentam impacto positivo no processo saúde-doença desse grupo populacional (Batista, Araújo; Nascimento, 2019).

Em estudo, pesquisadores identificaram, ainda, a carência estrutural, sobretudo no tocante à segurança em ambientes hospitalares, bem como a falta de capacitação dos profissionais para lidar com este público específico. Sugere ainda, a necessidade de incluir questões referentes à saúde prisional nos componentes curriculares de profissionais de enfermagem, com vistas a garantir treino de habilidades e competências para uma abordagem profissional integral e humana a pessoas privadas de liberdade. Por fim, salienta a importância de ações de educação permanente para os profissionais para o atendimento deste público (Silva, et al., 2020).

Salienta-se que no contexto da saúde prisional, torna-se desafiador o cuidado integral, muito embora toda a assistência seja executada a partir das necessidades desta população, há constantes encaminhamentos para intervenção em outros níveis de atenção clínica e sanitária. Desta forma, a efetiva reflexão sobre os entraves da rede de atenção à saúde colabora para superar a fragmentação da assistência e do reducionismo das ações. Contribuem ainda, destacando no que tange ações de promoção de saúde, ser de salutar relevância a implementação de parcerias institucionais para melhoria nos processos de trabalho (Barbosa et al., 2019).

Além disso, referente ao período 01/01/2023 a 31/06/2023, o relatório indica mulheres privadas de liberdade com agravos transmissíveis que mais acometem este público; verificou-se: 882 vivendo com HIV (vírus da imunodeficiência humana), 1.346 infectadas ou em tratamento para Sífilis, 168 infectadas e/ou em tratamento para Hepatites Virais, 109 infectadas e/ou em tratamento para Tuberculose e 109 infectadas e/ou em tratamento para Hanseníase (Brasil, 2023).

Bezerra (2015) em revisão sistemática concluiu no sentido de corroborar o entendimento de que a população prisional feminina possui e mantém risco superior para contrair de HIV/AIDS, bem como das demais IST. Indica ainda a constante alta prevalência dessas doenças nesta população, salienta a necessidade constante de modificação da atual forma de mobilização da saúde dessas mulheres.

As mulheres, historicamente, por seu gênero, são mais vulneráveis nos diversos campos da vida, com destaque para a saúde, em virtude de apresentarem necessidades particulares ao sexo feminino. Quando em situação de cárcere, expostas ao ambiente prisional, em geral insalubre e iníquo, expõem-se a um maior risco de adquirirem infecções, dentre elas o HIV/AIDS, entre outras IST (Bezerra, 2015, p. 19)

2.3 Perfil do Sistema Penitenciário (feminino) tocantinense

Esta seção apresenta o perfil do público feminino das Pessoas Privadas de Liberdade no Estado do Tocantins. Utilizamo-nos para tal exposição dos dados disponibilizados pela

Secretaria Nacional de Políticas Penais (SENAPPEN), estes dados são resultado do preenchimento pelas Unidades da Federação, a partir de respostas ao Formulário de Informações Prisionais, dentro do Sistema Nacional de Informações Penais – SISDEPEN. Salienta-se que todos os dados coletados e aqui expostos, de forma eletrônica e semestralmente, referente ao período 01/01/2023 a 31/06/2023 (Brasil, 2023).

Aponta-se que a população carcerária no Estado do Tocantins, conforme dados do Departamento Penitenciário Nacional, divulgados pelo RELATÓRIO DE INFORMAÇÕES PENAIAS - RELIPEN 1º SEMESTRE 2023, consiste em 3.512 Pessoas Privadas de Liberdade (em 30/06/2023), deste universo total a População Feminina (em 30/06/2023) consiste em 109 mulheres (Brasil, 2023). Logo, a população feminina privada de liberdade no Estado do Tocantins corresponde a 3,1% da população total.

Tabela 2 - População Feminina Privada de Liberdade no Brasil.

Município/ Unidade Penal Feminina	População	Porcentagem (%)
Palmas	30	27,5
Miranorte	29	26,5
Ananás	26	24
Talismã	24	22
TOTAL	109	100

Fonte: Adaptado de RELATÓRIO DE INFORMAÇÕES PENAIAS - RELIPEN 1º SEMESTRE 2023 (Brasil, 2023).

O Estado Tocantins conta com 04 (quatro) Unidades Penais destinadas exclusivamente ao público do sexo feminino. O mesmo relatório indica a capacidade de vagas disponíveis (em 30/06/2023) no sistema penitenciário tocantinense (feminino); sendo: 160 vagas no total (40 em Palmas, 58 em Miranorte, 26 em Ananás e 48 em Talismã).

Andrade et al., (2022) destacam que a população feminina privada de liberdade no Estado do Tocantins é em sua grande maioria alfabetizada, mulheres pardas correspondem a maioria das detentas e maior parte são mães. E ainda, apontam que os crimes mais cometidos por elas estão relacionados ao tráfico de drogas, correspondendo a um total de 74%: (sendo, 67% relativo ao tráfico de drogas, art. 33, da Lei nº 11.343/06; e 7% associação para o tráfico, art. 35, da Lei nº 11.343/06).

Ainda, no que se refere ao Estado do Tocantins, observa-se que o padrão acompanha as tendências nacionais. O perfil das mulheres em privação de liberdade apresenta dados relevantes, sobretudo por evidenciar que um terço das detentas mantém relações de parentesco

ou laços familiares com pessoas que também se encontram na mesma condição, ou seja, em situação de encarceramento.

No que diz respeito ao tempo de condenação Miranda et al. (2022) trazem que no Estado do Tocantins, a maior parte das mulheres foi condenada a penas superiores a oito anos, enquanto, no sistema penitenciário brasileiro, a maioria das detentas recebeu penas inferiores a esse período. Também, apresentam o perfil sociodemográfico da população feminina encarcerada no Tocantins em 2018, que era composto, em sua maioria, por mulheres jovens, negras, solteiras e que não completaram o ensino médio. Essa situação refletiu a realidade nacional, em que metade das privadas de liberdade também era jovens, majoritariamente negras, solteiras e sem acesso ao ensino médio.

No que diz respeito à infraestrutura e à garantia de direitos para as mulheres em privação de liberdade, observou-se que a maioria dos estabelecimentos penais femininos no Tocantins foi considerada de qualidade regular, com alguns presídios classificados em condições extremamente precárias. Apenas uma unidade prisional no Estado dispõe de espaço para visita íntima e de cela ou dormitório destinado a gestantes, e não há berçários ou centros de referência materno-infantil disponíveis (Miranda et al., 2022).

Por fim, no que se refere ao direito à saúde, os autores destacaram que menos da metade das mulheres em privação de liberdade no Tocantins, em 2018, estavam em unidades com estrutura de saúde, enquanto, no âmbito nacional, a maioria das reeducandas tinha acesso à infraestrutura prevista. O Tocantins apresentou uma média superior no número de consultas por reeducanda em comparação ao Sistema Penitenciário Brasileiro. Os principais problemas de saúde notificados foram HIV e sífilis, seguindo o mesmo padrão nacional (Miranda et al., 2022)

3 NORMATIVAS E LEGISLAÇÕES: SOBRE A ASSISTÊNCIA A SAÚDE ÀS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE

*“Democracia com fome, sem educação e saúde para a maioria, é uma concha vazia.”
Nelson Mandela.*

Este capítulo se propõe a discorrer sobre os marcos, regramentos e legislação de âmbito nacional e internacional a privação de liberdade. Está organizado em duas sessões, a saber: “A saúde às pessoas privadas de liberdade na perspectiva internacional” e “A saúde às Pessoas Privadas de Liberdade na perspectiva brasileira”.

3.1 A saúde às pessoas privadas de liberdade na perspectiva internacional

Nesta sessão abordamos as normativas internacionais, com o objetivo de identificar quais orientações delimitam e orientam a assistência em Saúde, em especial, às pessoas privadas de liberdade. Para cumprir tal finalidade, analisaremos a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948); e, as Regras Mínimas para o Tratamento de Reclusos (1955).

3.1.1 Declaração Universal dos Direitos Humanos

A Declaração Universal dos Direitos Humanos foi proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris, em 10 de dezembro de 1948, por meio da Resolução 217. Este documento representa um marco histórico no terreno dos direitos humanos. Este foi elaborado por representantes de diferentes vertentes jurídicas e culturais, e contemplou propositores de todo o planeta. Tal Declaração estabelece, pela primeira vez, a proteção universal dos direitos humanos, como regramento comum a ser observado e alcançado pela integralidade de povos e nações (Nações Unidas Brasil, 2020).

Em seu primeiro artigo, a Declaração Universal dos Direitos Humanos estabelece que “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade” (ONU, 1948, s/p). Na sequência, o artigo 2º muito embora não expresse explicitamente as pessoas privadas de liberdade, traz com clareza que não deve haver distinção de qualquer espécie ou em virtude de qualquer condição. Deste modo:

Todo ser humano tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidos nesta Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, *ou qualquer outra condição*. (ONU, 1948, s/p, grifo nosso).

Explicitamente, o termo saúde é posto no artigo nº 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) como direito de todos, abraçando a temáticas consagradas atualmente no conceito ampliado de saúde da Organização Mundial de Saúde, tais como: alimentação, vestuário, habitação e assistência médica e serviços sociais: “*Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, 63 inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis [...]*” (ONU, 1948, s/p, destaque nosso).

Dito isto, a saúde é um direito assegurado para todas as pessoas na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948); em análise comparativa entre a declaração e das Leis Orgânicas do SUS, Faria e Machado (2022) pontuam:

Na concepção desta análise comparativa, buscou-se entender as normas que servem como base para garantir os direitos humanos vinculados à saúde. Com base na leitura integral da DUDH e das Leis Orgânicas do SUS, foi possível alcançar tal objetivo devido às congruências entre os documentos. Ficou evidente a ênfase dada à universalidade de acesso à saúde, sem nenhum tipo de discriminação entre pessoas, independentemente de seus posicionamentos sexuais, religiosos e culturais; à importância dos condicionantes e determinantes de saúde; à necessidade da participação popular; e à disponibilização de assistência médica (Faria; Machado, 2022, p. 561).

Desde sua adoção, a Declaração Universal dos Direitos Humanos inspirou as constituições de muitos Estados e democracias recentes, sendo traduzida para mais de 500 idiomas. Sobre a influência da Declaração no ordenamento jurídico brasileira, especialmente sobre a Constituição de 1988, o autor contribui:

É notório a todo e qualquer estudante de Direito, o nível de sacralidade hoje dada aos direitos humanos convencionados pela Declaração Universal dos Direitos humanos (1948), assim como a sua influência no ordenamento jurídico dos mais diversos países, dentre os quais, o Brasil. (...), sobre a origem da DUDH (Declaração Universal dos Direitos Humanos), bem como a sua importância e influência na concretização do estado garantista, no campo dos direitos humanos, que o Brasil se tornou pós Constituição de 1988 (Barbosa, 2018, p. 57).

Na perspectiva do exposto, deduz-se e compreende-se que a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) é extensiva às pessoas privadas de liberdade, incluindo-as, em específico, ao descrever claramente que “*todos têm direitos iguais e que nenhuma condição altera estes direitos*”. Aqui também, compreende-se a saúde a partir do seu conceito ampliado, não apenas como ausência de doença, mas relacionada a condicionantes como alimentação, de vestuário e de habitação.

3.1.2 Regras mínimas para o tratamento de reclusos

As Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de reclusos (1955) - também conhecida como Regras de Mandela, visam proteger os direitos das pessoas privadas da sua liberdade pelos países signatários, buscando a melhoria das condições do sistema carcerário e a garantia do tratamento digno oferecido às pessoas em situação de privação de liberdade, considerando as normas internacionais vigentes no Brasil, como o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos e a Convenção contra Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (Brasil, 2016).

Tal documento foi organizado e elaborado no primeiro Congresso das Nações Unidas sobre a Prevenção do Crime e o Tratamento dos Delinquentes em Genebra no ano de 1955; sendo aprovado pelo Conselho Econômico e Social das Nações Unidas, de modo a recomendar aos Governos que ratificaram seus termos “[...], com base no consenso geral do pensamento contemporâneo e nos elementos essenciais dos mais adequados sistemas de hoje, estabelecer os bons princípios e práticas no tratamento de presos e na gestão prisional.”, bem como nos Princípios básicos – Regra 1 temos: “Todos os reclusos devem ser tratados com o respeito inerente ao valor e dignidade do ser humano. Nenhum recluso deverá ser submetido a tortura ou outras penas ou a tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes e deverá ser protegido de tais atos, [...]” (Organização das Nações Unidas, 1955).

Segundo Santos (2020), as Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de reclusos, versam sobre um conjunto de práticas indispensáveis e que devem ser adotadas no encarceramento de pessoas, isto é, representam o consenso geral (da atualidade) sobre os princípios básicos a serem utilizados nos estabelecimentos prisionais, com a finalidade de promover a dignidade humana.

Ainda, ao consultar as diretrizes constantes das Regras de Nelson Mandela, a regra 24 reconhece ainda o direito ao privado de liberdade o acesso aos serviços de saúde, entre outros. Segue o texto da norma internacional:

Regra 24

A prestação de serviços médicos aos reclusos é da responsabilidade do Estado. Os reclusos devem poder usufruir dos mesmos padrões de serviços de saúde disponíveis à comunidade e ter acesso gratuito aos serviços de saúde necessários, sem discriminação em razão da sua situação jurídica.

Os serviços médicos devem ser organizados em estreita ligação com a administração geral de saúde pública de forma a garantir a continuidade do tratamento e da assistência, incluindo os casos de VIH, tuberculose e de outras doenças infecciosas e da toxicod dependência. (Organização das Nações Unidas, 1955, p 8-9).

Em artigo, Leal (2015) sobre as “Regras de Mandela” e os desafios sobre a promoção dos direitos humanos dos privados de liberdade no Brasil, salienta a superlotação como sendo o grande entrave para promoção de melhores condições (incluindo os condicionantes de saúde) e observância do referido regramento, temos:

[...] a superlotação é um câncer, ou melhor dito, o talão de Aquiles do sistema penitenciário. A seu juízo, quanto mais reclusos são alojados em um cárcere, menor é sua dimensão humana e, portanto, maior a vulneração do valor supremo da dignidade humana. A sobrecarga da população traz consigo a aglomeração e conseqüentemente a promiscuidade, a proliferação de enfermidades (como escabiose, tuberculose, hepatite e HIV/AIDS), o aumento da corrupção e a multiplicação de conflitos e agressões, seja de reclusos entre si, seja de reclusos com o pessoal que trabalha intramuros. (Leal, 2015, p. 140).

O documento traz ainda no seu escopo regras atinentes exclusivamente ao público feminino privado de liberdade, no que tange período gestacional, parto e nascituros:

Regra 28

Nos estabelecimentos prisionais para mulheres devem existir instalações especiais para o tratamento das reclusas grávidas, das que tenham acabado de dar à luz e das convalescentes. Desde que seja possível, devem ser tomadas medidas para que o parto tenha lugar num hospital civil. Se a criança nascer num estabelecimento prisional, tal facto não deve constar do respetivo registo de nascimento.

Regra 29

1. A decisão que permite à criança ficar com o seu pai ou com a sua mãe no estabelecimento prisional deve ser baseada no melhor interesse da criança. Nos estabelecimentos prisionais que acolhem os filhos de reclusos, devem ser tomadas providências para garantir: (a) Um infantário interno ou externo, dotado de pessoal qualificado, onde as crianças possam permanecer quando não estejam ao cuidado dos pais; (b) Serviços de saúde pediátricos, incluindo triagem médica no ingresso e monitoração constante de seu desenvolvimento por especialistas.

2. As crianças que se encontrem nos estabelecimentos prisionais com os pais nunca devem ser tratadas como prisioneiras (Organização das Nações Unidas, 1955, P 8-9).

As Regras de Nelson Mandela sofreram alterações em 2015. Alterações feitas no intento de efetivamente garantir certos direitos aos presos, como podemos verificar “direito à saúde”, passando a ter parâmetros mínimos fixados no texto, prevendo a responsabilidade do Estado em garantir a prestação dos serviços médicos, trazendo um novo enfoque para a gestão do sistema penitenciário, reforçando ainda mais os direitos dos privados de liberdade e estabelecendo um padrão mínimo comum para o tratamento dessa população (Neves; Souza, 2020).

Neves e Souza (2020) ainda nos trazem destaque salientando que apesar do texto representar um avanço no que concerne ao tratamento destinando aos privados de liberdade,

carece de aprofundamento questões atinentes às mulheres privadas de liberdade e as especificidades do gênero. Em razão desta demanda, foram aprovadas em 2010 as Regras das Nações Unidas para o Tratamento de Mulheres Presas e Medidas Não Privativas de Liberdade para Mulheres Infratoras (Regras de Bangkok); o estudo destaca ser este um dos textos mais importantes sobre a matéria, voltado para o tratamento das mulheres privadas de liberdade. Temos que:

Complementando as Regras de Mandela, as Regras de Bangkok fornecem instruções para o tratamento das mulheres privadas de liberdade, tratando de maneira específica do encarceramento feminino e das distintas necessidades das mulheres presas. Entre inúmeros tópicos, o texto estabelece regras sobre a higiene pessoal e os serviços de cuidados à saúde, entre eles o atendimento médico específico para mulheres, cuidados com a saúde mental, prevenção do HIV, programas de tratamento do consumo de drogas, serviços preventivos de atenção à saúde e cuidados especiais com gestante e lactantes. Podemos dizer, que o texto coloca a igualdade de gêneros como uma meta a ser alcançada no encarceramento feminino, trazendo preceitos mais inclusivos, uma vez que são sensíveis às especificidades relacionadas ao sexo feminino (Neves; Souza, 2020, p. 126, destaque nosso).

Por fim, verifica-se na integralidade do documento a orientação acerca da garantia do direito à saúde às pessoas privadas de liberdade. Da análise do documento é possível compreender o conceito ampliado de saúde apresentado no documento, uma vez que contempla ações e providências que vão para além da doença; considerando para tal, inclusive: condições de higiene, de habitação, de alimentação, de atividades físicas, ou seja, percebemos aqui que o significado é para além da ausência de doença. Em contrapartida, o documento limita as ações e cuidados em saúde aos serviços médicos e odontológicos, não elencando os demais profissionais da saúde tão necessários ao contexto prisional (Costa, 2017).

3.2 A saúde às pessoas privadas de liberdade na perspectiva brasileira

Nesta sessão aborda-se as normativas nacionais, com o objetivo de identificar quais orientações delimitam e orientam a assistência em saúde, em especial, das pessoas privadas de liberdade. Para cumprir tal finalidade elencamos a Lei de Execução Penal de 1984, a Constituição Federal de 1988; a Lei 8.080 de 1990; as Regras Mínimas para o Tratamento de Preso no Brasil de 1994, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (2003) e, por fim, a Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de liberdade no Sistema Prisional de 2014.

3.2.1 Lei de Execução Penal nº 7210/84

A Lei de Execução Penal nº 7210 de 11 de julho de 1984, guia e orienta o processo punitivo e ressocializador a ser aplicado nas Unidades Penais, estabelecendo os órgãos responsáveis pela implementação, acompanhamento e execução das penas de privação de liberdade (Brasil, 1984).

Segundo a Lei de Execuções Penais (Lei nº 7.210 de 11 de julho de 1984), é dever do Estado a assistência ao custodiado, objetivando prevenir a reincidência no crime e efetivar seu retorno à sociedade. Com caráter preventivo e curativo, são previstas especialidades nas áreas da saúde, funcionando no próprio estabelecimento penal ou em outro previamente autorizado (Brasil, 1984).

A Secretaria Nacional de Políticas Penais (SENAPPEN) é o órgão responsável por organizar a política penal no Brasil, estando subordinado ao Ministério da Justiça e Segurança Pública, no entanto, a maior parcela da política de execução penal é responsabilidade dos governos estaduais (Brasil, 1984).

Tal lei inaugura no ordenamento jurídico o propósito de se obter a eficácia no cumprimento da pena, a qual ainda inexistia, não somente de punição, mas sobretudo de humanização e a preservação do respeito à dignidade e a condição da pessoa como ser humano, e sujeito dotado de direitos. Faz-se recordar que a Lei é anterior à Constituição Federal de 1988 e é recepcionada por esta (Maia, et al., 2021). Neste sentido temos:

Observa-se que quatro anos após a entrada em vigor da Lei de Execução Penal foi promulgada a Constituição Federal. Não obstante o espaço de tempo, ambas surgiam em uma época em que o Estado Brasileiro se via obrigado a uma reestruturação uma reorganização, em que o poder público tomando frente, auxiliaria na preservação e no crescimento do país, mas sem ferir os direitos de seu povo (Maia, et al., 2021, p. 24).

A Lei de Execução Penal (1984) garante, no artigo 3º, às pessoas privadas de liberdade, que “Ao condenado e ao internado *serão assegurados todos os direitos não atingidos pela sentença ou pela lei.*” (BRASIL, 1984, grifo nosso). Portanto, por dedução, o direito à saúde e ao acesso aos serviços de saúde restam assegurados aos privados de liberdade. Neste sentido autor nos traz:

Fica claro que a execução da pena somente pode tolher a liberdade de locomoção do apenado, nos estreitos limites da lei, sendo que esta conserva todos os demais direitos, obviamente não atingidos pela pena e que com esta não forem incompatíveis, não podendo de maneira nenhuma exacerbar esta baliza (Lopes Júnior, 2011, p. 53).

Em relação à assistência a pessoas privadas de liberdade a Lei nos traz no artigo 10: “A assistência ao preso e ao internado é dever do Estado [...], especificamente destacada no artigo 11, temos:

Art. 11. A assistência será:

I - material;

II - à saúde;

III - jurídica;

IV - educacional;

V - social;

VI - religiosa (BRASIL, 1984, s/p, grifo nosso).

Diante das especificidades da população feminina privada de liberdade, no intento de garantir-lhes tratamento mais humanitário foi incluído pela Lei nº 14.326, de 2022 dispositivo à Lei de Execuções Penais no seu Art. 14, na forma que segue:

§ 4º Será assegurado tratamento humanitário à mulher grávida durante os atos médico-hospitalares preparatórios para a realização do parto e durante o trabalho de parto, bem como à mulher no período de puerpério, cabendo ao poder público promover a assistência integral à sua saúde e à do recém-nascido (BRASIL, 2022 s/p).

Destaca-se que apesar do incremento do dispositivo legal, estudos evidenciam as precárias condições sociais das mães que pariram nas prisões. Destacam-se a precária assistência pré-natal, o uso de algemas durante o trabalho de parto, relatos de violência ginecológica, má avaliação do atendimento recebido, entre outros. Isto indica que o serviço de saúde não tem funcionado como barreira protetora e de garantia dos direitos dessa população contrariando o princípio imperioso de que as mulheres presas devam receber mesmo tratamento que a população livre (Leal, et al., 2016).

Cruz e Aquino (2023) destacam que a Lei de Execução Penal representou o primeiro marco para a garantia dos direitos da população privada de liberdade. Salientam ainda, avanços específicos para as mulheres, à medida que assegura a assistência médica, com atenção especial dispensada ao de pré-natal e no pós-parto, extensiva ao recém-nascido. No que tange ao modelo de atenção dispensado, os mesmos autores afirmam que a compreensão do conceito de saúde advindo da norma ainda é centrada na atenção médica hegemônica (pautado na dimensão biológica, reducionista e fragmentada da saúde). Por fim, destacam que, embora a lei indique a assistência à saúde, esse atendimento ficava sob responsabilidade da pasta da segurança pública e não da pasta da saúde, entrave que foi alterada somente em 2003, com a primeira política de saúde para a população prisional.

3.2.2 A Constituição Federal de 1988

Inicialmente, destaque-se que, as Constituições anteriores a promulgada no ano de 1988 não tratavam a saúde como um direito. Uma rápida abordagem das Constituições republicanas anteriores leva-se a admitir que a inserção do direito à saúde se deu de forma lenta no Brasil. O sistema de saúde público do Brasil, até a Constituição Federal de 1988, não

obteve um tratamento constitucional específico e dispensava atendimento somente aos indivíduos que contribuíssem com a Previdência Social (Barreto Júnior; Pavani, 2013).

No Brasil, a tese de que a Constituição de 1988, ao reconhecer a saúde como um direito fundamental, deu tratamento inovador à saúde no âmbito do constitucionalismo pátrio procede: matérias de saúde inexistem ou são marginais nos textos de nossas constituições anteriores (Pinheiro; Romero, 2012, p. 67).

A Constituição vigente inaugurou um novo sistema de proteção social, estruturada no primado do trabalho e guiada pelo princípio de realização do bem-estar e justiça sociais; de maneira que a proteção social é orientada pela concepção de Seguridade Social que universaliza os direitos sociais, concebendo a saúde, a assistência social e a previdência como questões públicas e de responsabilidade do Estado (Barreto Júnior; Pavani, 2013). Direito alicerçado em seus artigos que serão esmiuçados a seguir:

A Constituição Federal no artigo 1º, estabelece que o Brasil [...] constitui-se de um Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: I – a soberania; II – a cidadania; III – a dignidade da pessoa humana; IV – os valores do trabalho e da livre iniciativa; V – o pluralismo político (Brasil, 1988).

A respeito da dignidade da pessoa humana, a filosofia de Immanuel Kant (2007), em clássico, mostra que o ser humano (o homem) como ser racional, e existe como fim em si e não simplesmente como meio, enquanto os demais seres, desprovidos de razão, têm um valor relativo e condicionado, eis por que se lhes chamam coisas. Vemos:

Portanto, o valor de todos os objetos que possamos adquirir pelas nossas ações é sempre condicional. Os seres cuja existência depende, não em verdade da nossa vontade, mas da natureza, têm, contudo, se são seres irracionais, apenas um valor relativo como meios e por isso se chamam coisas, ao passo que os seres racionais se chamam pessoas, porque a sua natureza os distingue já como fins em si mesmos, quer dizer como algo que não pode ser empregado como simples meio e que, por conseguinte, limita nessa medida todo o arbítrio (1) (e é um objeto do respeito) (Kant, 2007, p. 68).

Em suma, quer dizer que só o homem, o ser racional, é pessoa. Todo ser humano, sem distinção, é pessoa, que é, ao mesmo tempo, fonte e imputação de todos os valores. A consciência de todo ser humano se reproduz no outro como seu correspondente e reflexo de sua essência, razão por que desconsiderar uma pessoa significa em última análise desconsiderar a si próprio (Silva, 1988). Nesse caminho temos:

Por isso é que a pessoa é um centro de imputação jurídica, porque o Direito existe em função dela e para propiciar seu desenvolvimento.

[...]

Portanto, a dignidade da pessoa humana não é uma criação constitucional, pois ela é um desses conceitos a priori, um dado preexistente a toda experiência especulativa, tal como a própria pessoa humana. A Constituição,

reconhecendo a sua existência e a sua eminência, transformou-a num valor supremo da ordem jurídica, quando a declara como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil constituída em Estado Democrático de Direito (Silva, 1998, p. 90-91).

Dito isto, verifica-se que o Brasil é país alicerçado na condição de Estado Democrático de Direito, e fundamentado, dentre outros aspectos, na dignidade da pessoa humana. Compreende-se, assim, que são extensivos a cidadãos todos os cidadãos, sem caber exceção aos privados de liberdade na preservação de sua dignidade.

A Constituição Federal prevê seu artigo 5º um rol de direitos e garantias fundamentais, onde enuncia que aos cidadãos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País deve ser garantida igualdade diante da lei, pois todos têm direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade. No que diz respeito ao direito dos privados de liberdade, o inciso XLIX estabelece que “é assegurado aos presos o respeito à integridade física e moral” (Brasil, 1988). Inference-se novamente aqui que as pessoas privadas de liberdade possuem esses direitos, de igual maneira aos demais, haja vista que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza.

Mesmo sem extinguir todos os problemas conhecidos, é possível admitir que nunca antes da Constituição Federal de 1988 existiu um aparato normativo e princípios de direitos e garantias fundamentais como na atualidade e que o Estado brasileiro tem melhorado sua atuação em prol dos diferentes e dos mais vulneráveis. No entanto, muitos padrões discriminatórios e excludentes, presentes na cultura e refletidos na atuação dos poderes estatais, ainda precisam ser superados (Veronese; Angelin, 2020).

Já o artigo 196 que nos diz que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção e recuperação” (Brasil, 1988). Através deste dispositivo legal o termo saúde se constituiu como um direito reconhecido igualmente a todo o povo, além de ser um meio de preservação e de qualidade de vida, sendo este o bem máximo da humanidade.

A Constituição Federal estabelece que é direito de todos os cidadãos o acesso à saúde de forma universal e integral. Para além de simples norma programática, as disposições determinam que a saúde é direito de todos e dever do Estado, prevendo acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988). Portanto, norma constitucional que representa um marco civilizatório para a construção democrática do país.

Decerto, o princípio constitucional da universalidade não prevê exceções, inclui-se, portanto, todas as populações em condições de vulnerabilidade. Não se encontra no escopo do ordenamento jurídico brasileiro nenhum dispositivo que exclua do âmbito de proteção à saúde aos homens e mulheres que se encontrem privados de liberdade. É clarividente, que a restrição do direito à liberdade não significa restrição do direito à saúde. Em tese, tais pessoas privadas de liberdade estão incluídas nos serviços da rede de atenção (Simas, et al., 2021).

No entanto, Cruz e Aquino (2023) destacam que o que se opera no plano jurídico não é observado na realidade da maior parte das unidades prisionais brasileiras; a respeito das condições das mulheres privadas de liberdade, lemos:

A baixa difusão das políticas pelos órgãos públicos, o desconhecimento destas pelos profissionais que atuam no sistema prisional, aliados aos problemas já instalados nos cárceres brasileiros — [...] estrutura precária, falta de recursos humanos e materiais, escassez de investimento estatal e a priorização da segurança sobre os demais serviços — são fatores que dificultam a implantação de políticas no sistema prisional e contribuem para que não seja assegurado a essas mulheres o direito universal à saúde (Cruz; Aquino, 2023, p. 9).

Em estudo sobre a temática, Valim, Daibem e Hossne (2018) destacam a responsabilidade do Estado brasileiro em proteger os direitos das pessoas privadas de liberdade, uma vez que se encontram impossibilitadas de exercê-los de todo. Ainda que existam normas jurídicas de alcance internacional ou regional, observa-se sustentação de dificuldades que impedem que populações vulneráveis exerçam plenamente seus direitos. Salientam que para indivíduos privados de liberdade, os obstáculos são ainda maiores relacionados à atenção à saúde.

Por fim, partindo da perspectiva de análise da trajetória legislativa, observa-se que houveram grandes avanços, mas que o principal desafio continua sendo o de assegurar de maneira efetiva o direito constitucional à saúde das pessoas privadas de liberdade. Cabe destaque à decisão do Supremo Tribunal Federal na ADPF nº 347, que reconheceu o sistema prisional brasileiro como “estado de coisas inconstitucional”, e ainda, decisão proferida no *Habeas Corpus* coletivo 143.641/SP, que concedeu direito às mulheres presas gestantes, em substituir a prisão preventiva pela prisão domiciliar, revelando a inoperância dos dispositivos normativos vigentes (Cruz; Aquino, 2023).

3.2.3 Lei nº 8.080 de 1990

A Lei 8.080 de 1990, também conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, é o marco regulatório que estabelece o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Um

de seus princípios fundamentais é a universalidade do acesso aos serviços de saúde, assegurando a todos os cidadãos brasileiros, sem discriminação, o direito à atenção à saúde (BRASIL, 1990).

O princípio da universalidade, estabelecido no artigo 196 da Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei 8.080, tem como objetivo garantir que "a saúde é um direito de todos e um dever do Estado" (Brasil, 1990). Esse princípio assegura que todos os indivíduos, independentemente de sua situação social, econômica ou jurídica, tenham acesso aos cuidados de saúde. A Lei 8.080 amplia esse direito ao garantir que o SUS deve prover assistência "em todos os níveis de complexidade do sistema, abrangendo desde a atenção básica até serviços de alta complexidade" (Paim et al., 2011).

No cenário brasileiro, a universalidade implica na disponibilização de serviços de saúde para todos os indivíduos em território nacional, abrangendo grupos historicamente marginalizados ou vulneráveis, como os privados de liberdade. Isso representa um desafio considerável para o sistema de saúde, especialmente no que se refere à acessibilidade, qualidade e adequação dos serviços destinados a esse público específico.

A assistência à saúde da população privada de liberdade é uma ampliação do princípio da universalidade e está em consonância com o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, implementado em 2003 (Brasil, 2004).

A inclusão das pessoas privadas de liberdade no SUS reflete o compromisso do Estado com a universalidade do direito à saúde, conforme previsto na Lei 8.080. No entanto, a realidade prática ainda enfrenta inúmeros desafios; há dificuldades estruturais, como a escassez de profissionais de saúde dentro das prisões e a falta de infraestrutura adequada para o atendimento a esta população. Ainda, a condição do cuidado integral está associada à qualidade do acesso à saúde; diretamente relacionado ao princípio da universalidade como direito de todo cidadão e dever do Estado (Schultz et al., 2020).

3.2.4 Regras Mínimas para o Tratamento de Preso no Brasil (1994): a Resolução nº 14 de 1994

Esta resolução do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP), definiu no Brasil diretrizes essenciais e básicas para o tratamento de indivíduos privados de liberdade, em conformidade com as Regras Mínimas para o Tratamento de Presos da Organização das Nações Unidas (ONU). Baseada em preceitos internacionais, essa resolução foi um marco para regulamentar os direitos das pessoas encarceradas no país, sobretudo no que diz respeito à saúde e à preservação da dignidade humana (Brasil, 1994).

A Resolução estabelece normas para garantir o respeito à dignidade dos presos e assegurar condições mínimas de habitabilidade, saúde, alimentação e educação nas instituições prisionais brasileiras. No tocante à saúde, a resolução define o dever do Estado de prover assistência médica e sanitária aos detentos, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Lei de Execução Penal que também assegura o direito à saúde integral da população privada de liberdade (Brasil, 1994).

Essa regulamentação objetiva assegurar que os encarcerados tenham acesso a serviços de saúde equivalentes aos disponíveis para a população em geral, abrangendo a prevenção, o tratamento e a recuperação da saúde física e mental. A meta é garantir que o atendimento de saúde adequado contribua para a reabilitação e reintegração social dos presos, em alinhamento com o princípio constitucional da dignidade humana. A assistência à saúde da população privada de liberdade, como preconizada pela Resolução nº 14, está diretamente relacionada ao princípio da universalidade do SUS, que assegura o direito à saúde a todos, sem discriminações.

A Resolução nº 14 sublinha a importância de medidas preventivas no contexto prisional, como campanhas de vacinação, exames periódicos e monitoramento de doenças infecciosas, além de assegurar o acesso contínuo a medicamentos e tratamentos (Brasil, 1994). As doenças transmissíveis, como tuberculose, HIV/AIDS e hepatites virais são muito mais frequentes entre a população encarcerada em comparação com a população geral, em grande parte devido às condições insalubres dos presídios e à falta de prevenção (Nicolau, et al., 2012).

Outro ponto crucial da Resolução nº 14 é o foco no cuidado com a saúde mental dos presos. Conforme a resolução, o tratamento de presos com transtornos mentais deve ser prioritário, incluindo acompanhamento psicossocial e psiquiátrico contínuo. Estima-se que uma porção significativa da população carcerária brasileira apresenta transtornos mentais, frequentemente agravados pelas condições de encarceramento, como isolamento, violência e falta de atividades educacionais ou de trabalho (Constantino, Assis, Pinto, 2016).

3.2.5 Portaria Interministerial nº 1.777/2003 - Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

A Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003, marca um avanço significativo na política de saúde no sistema penitenciário brasileiro. Ela institui o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), uma iniciativa crucial para a promoção da saúde e dos direitos humanos das pessoas privadas de liberdade (Brasil, 2003).

A Portaria Interministerial nº 1.777 foi elaborada em conjunto pelos Ministérios da Saúde e da Justiça, com o objetivo de implementar uma política nacional de saúde voltada especificamente para a população carcerária. Ela criou o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), integrando o sistema prisional ao Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2003).

A precariedade das condições de vida nas prisões brasileiras é um tema recorrente em estudos sobre direitos humanos e saúde pública. Diante dessa realidade, a saúde no sistema penitenciário tornou-se um tema central de debate nas esferas governamentais. A promulgação da Portaria Interministerial nº 1.777/2003 foi uma resposta do Estado brasileiro às recomendações de organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Comitê Internacional da Cruz Vermelha, que já alertavam para a grave situação da saúde nas prisões, tanto no Brasil quanto em outros países de baixa e média renda (World Health Organization, 2007).

Entre seus objetivos principais temos: a) favorecer a melhoria das condições de saúde da população carcerária por meio da disponibilização de serviços de saúde de excelência, alinhados aos princípios do SUS; b) assegurar o acesso amplo e equitativo aos serviços de saúde, considerando as necessidades específicas dessa população vulnerável; c) reforçar a vigilância epidemiológica nas instituições prisionais, com ênfase em doenças infectocontagiosas, como tuberculose, HIV/AIDS e hepatites virais, que apresentam maior prevalência nesse ambiente; e, d) incentivar a formação e capacitação de profissionais de saúde para atuar no cenário prisional, com o objetivo de proporcionar uma atenção mais qualificada e humanizada (Brasil, 2003).

A portaria em questão também previu a criação de equipes de saúde multidisciplinares em cada estabelecimento penitenciário, compostas por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário, nestes termos: nas unidades prisionais com mais de 100 presos, a equipe técnica mínima, para atenção a até 500 pessoas presas, obedecerá a uma jornada de trabalho de 20 horas semanais, já nas com menos de 100 reclusos não terão equipes exclusivas. De maneira que os profissionais designados para atuarem nestes estabelecimentos, com pelo menos um atendimento semanal, podem atendê-los na rede pública de saúde (Brasil, 2003).

De modo pormenorizado, o plano trata da organização da assistência à saúde no sistema penitenciário, estabelecendo diretrizes para garantir o atendimento adequado aos presos, levando em consideração as singularidades das unidades prisionais. Nas penitenciárias com menos de 100 presos, a portaria destaca que a assistência em saúde pode ser oferecida

por meio de parcerias com a rede local de saúde pública, visto que a demanda é menor e pode ser atendida de forma mais integrada aos serviços já existentes no município. A estrutura de saúde dentro dessas unidades tende a ser mais limitada, com visitas regulares de equipes de saúde externa, além de atendimentos de emergência, quando necessário. Já nas penitenciárias com mais de 100 presos, a portaria prevê a necessidade de uma estrutura de saúde mais robusta, incluindo a presença de uma equipe multidisciplinar (Brasil, 2003).

Essas unidades, devido ao maior número de detentos, demandam instalações internas adequadas para o atendimento contínuo, incluindo ambulatórios e áreas específicas para cuidados médicos. A complexidade do cuidado de saúde aumenta, pois as doenças transmissíveis e as condições crônicas são mais prevalentes, exigindo um planejamento mais detalhado para garantir o controle de surtos e a manutenção da saúde dos presos em longo prazo.

Embora a principal responsabilidade das equipes seja a atenção básica, o PNSSP também prevê o acesso da população carcerária a serviços especializados, como cardiologia, pneumologia, psiquiatria, e exames laboratoriais, a depender da necessidade. Esses serviços especializados geralmente são ofertados fora das unidades prisionais, por meio da Rede de Atenção à Saúde do SUS (Brasil, 2003).

3.2.6 Portaria Interministerial nº 1 (2014) - Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de liberdade no Sistema Prisional

A Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Essa política representa um marco no reconhecimento do direito à saúde da população carcerária, um grupo que historicamente tem enfrentado graves problemas de acesso aos serviços de saúde. O principal objetivo da PNAISP é assegurar a inclusão dos presos no Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo atenção integral à saúde por meio de uma abordagem que respeite a dignidade humana e os direitos fundamentais dessas pessoas, em conformidade com a Constituição Federal de 1988 e os tratados internacionais ratificados pelo Brasil (Brasil, 2014).

No intento de garantir o direito à saúde da população encarcerada e de ampliar as ações de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) a política alvitrou integrar as unidades de

saúde prisional no âmbito da atenção básica à Rede de Atenção à Saúde² (BRASIL, 2014). A PNAISP foi idealizada após o esgotamento do modelo anterior de assistência à saúde prisional preconizada pelo Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP), transcorridos 10 anos de execução se mostrou como uma estratégia insuficiente para suprir as complexidades do processo saúde-doença no contexto do sistema carcerário brasileiro (Batista; Araújo; Nascimento, 2019).

Sobre os Princípios e Diretrizes da PNAISP visam integrar o sistema prisional à rede pública de saúde, garantindo que os privados de liberdade tenham acesso aos mesmos serviços de saúde disponíveis à população geral. Entre esses princípios, destacam-se a universalidade, que assegura que todos os custodiados têm direito a receber atendimento de saúde, e a equidade, que reconhece as condições específicas da população carcerária e a necessidade de adaptações nos serviços oferecidos para atender suas particularidades (Brasil, 2014).

Outro princípio relevante é o da integração à Rede de Atenção à Saúde SUS, que prevê a articulação entre os estabelecimentos penais e as unidades de saúde locais, possibilitando o encaminhamento de casos que demandem serviços especializados (Brasil, 2014). A PNAISP busca superar a lógica do isolamento em que tradicionalmente se encontra o sistema prisional, promovendo um fluxo contínuo de atendimento de saúde dentro e fora das unidades prisionais. Essa integração visa garantir a assistência em todos os níveis de atenção à saúde³, seguindo o modelo do cuidado integral proposto pelo SUS⁴.

² A Rede de Atenção à Saúde (RAS) no Sistema Único de Saúde (SUS) tem como objetivo organizar os serviços de saúde de forma articulada, garantindo o acesso e a integralidade do cuidado aos usuários. A RAS é composta por diversas unidades e serviços que atuam de forma interligada, desde a Atenção Primária até a Atenção de complexidade, promovendo um fluxo contínuo e eficiente para o atendimento das necessidades de saúde da população. Esse modelo permite a coordenação do cuidado, a centralidade no paciente e a melhoria da eficiência e qualidade dos serviços prestados. A RAS é regulamentada pela Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece suas diretrizes e define os componentes para a sua implantação no âmbito do SUS.

³ A Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010 estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Os níveis de atenção à saúde se referem à organização dos serviços de saúde em diferentes complexidades, visando à garantia de cuidado integral e contínuo ao paciente. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) divide-se em três níveis principais: Atenção Primária, que é a porta de entrada do sistema, voltada à promoção da saúde, prevenção de doenças e tratamento de condições comuns; Atenção Secundária, que compreende atendimentos especializados e exames complementares para diagnósticos mais complexos; e Atenção Terciária, que envolve serviços de alta complexidade, como cirurgias especializadas e internações prolongadas. Cada nível de atenção é fundamental para garantir o acesso adequado e escalonado aos serviços de saúde, de acordo com as necessidades dos indivíduos.

⁴ O modelo de cuidado integral proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) busca promover uma atenção à saúde que considere o indivíduo em sua totalidade, garantindo não apenas o tratamento de doenças, mas também a promoção, prevenção e reabilitação da saúde. Esse modelo visa integrar os diferentes níveis de atenção à saúde — primária, secundária e terciária — para oferecer uma continuidade no cuidado, respeitando as especificidades

A operacionalização da PNAISP envolve a criação de Equipes de Atenção Básica Prisional (EABP), compostas por profissionais de diversas áreas da saúde, como médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e dentistas. Essas equipes instituídas são responsáveis por promover ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação dentro das unidades prisionais. Além disso, elas desempenham um papel essencial na identificação de casos que necessitam de acompanhamento especializado, facilitando o encaminhamento dos presos para outras unidades do SUS, conforme a gravidade e a especificidade da condição de saúde apresentada (Brasil, 2014).

A atuação das EABP é orientada por um modelo de atenção integral à saúde, que abrange desde cuidados básicos, como vacinação e controle de doenças crônicas, até ações de promoção da saúde mental e reabilitação psicossocial. (Brasil, 2014).

Os objetivos da política estão voltados para a promoção, prevenção e recuperação da saúde da população carcerária, com base nos princípios do SUS. Entre os principais objetivos da política, destacam-se a universalização do acesso à saúde⁵ dentro do sistema prisional, garantindo que todos os privados de liberdade tenham direito a serviços de saúde, e a redução das iniquidades no atendimento de saúde para essa população específica, que historicamente enfrenta maiores dificuldades de acesso. Outro objetivo elencado é a melhoria das condições de saúde mental e física dos presos, com foco em ações preventivas, como campanhas de vacinação e programas de controle de doenças infectocontagiosas. A PNAISP também propõe promover a reintegração social por meio da saúde, entendendo que o acesso contínuo e qualificado ao atendimento médico é uma forma de contribuir para a recuperação da dignidade e cidadania dessas pessoas (Brasil, 2014).

e particularidades de cada pessoa. A integralidade no SUS envolve também uma abordagem intersetorial, em que diferentes áreas (como saúde, educação e assistência social) atuam de forma articulada para melhorar as condições de vida da população.

⁵ O princípio da universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS) garante que todos os cidadãos brasileiros tenham acesso aos serviços de saúde, sem qualquer tipo de discriminação.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo serão apresentados os resultados do estudo, e ainda as discussões atinentes aos resultados percebidos na pesquisa. Para tanto o capítulo foi estruturado em 5 (cinco) partes. Para cumprir tal finalidade, os dados foram codificados/categorizados na forma que segue: A descrição da oferta de cuidado; Saúde da mulher na Prisão: Sobre a Integralidade no cuidado; Saúde da mulher na Prisão: sobre o atendimento em Rede de Atenção à Saúde; Saúde da mulher na Prisão: sobre os principais agravos; e Saúde da mulher na Prisão: o conhecimento dos atores sobre a política.

4.1 DESCRIÇÃO DA OFERTA DE CUIDADO

A Unidade Penal Feminina de Palmas e Miranorte, como já descrito, figuram como unidades femininas na região de saúde⁶ “Capim Dourado⁷”. O serviço de saúde interna destas unidades possui estrutura para atendimento limitada, contemplando apenas um profissional (técnico de enfermagem) lotado nas unidades, respectivamente. Isto posto, cabe ressaltar que quase a totalidade do cuidado em saúde dispensado às privadas de liberdade é por meio Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A partir da análise das entrevistas foi possível notar como funcionava a rotina de oferta de cuidado das unidades, estas se mostraram altamente centrada em consultas médicas, reproduzindo, portanto, o modelo biomédico-assistencialista⁸. Ficou evidenciado também que

⁶ A regionalização no Sistema Único de Saúde (SUS) é uma estratégia de organização dos serviços de saúde que visa descentralizar e distribuir as ações e serviços de acordo com as necessidades de saúde de cada região. Esse processo busca garantir a integralidade e equidade do cuidado, fortalecendo a cooperação entre municípios e estados. A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, regulamenta a regionalização ao estabelecer diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde, promovendo a articulação dos serviços em uma lógica regionalizada e hierarquizada para melhor atender a população em diferentes níveis de complexidade.

⁷ No Estado do Tocantins, a regionalização dos serviços de saúde segue os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), organizando os atendimentos de forma descentralizada para garantir acesso equitativo e integral à população. A Portaria nº 569, de 29 de março de 2017, oficializa a constituição das Regiões de Saúde no estado, incluindo a Região de Saúde Capim Dourado, que abrange municípios como Palmas, Miranorte, Aparecida do Rio Negro, Lajeado e outros. Essa região se destaca pela organização dos serviços de média e alta complexidade, estruturando a rede de atenção com foco na integração e eficiência das ações de saúde, conforme as necessidades regionais.

⁸ O modelo biomédico-assistencialista é caracterizado por uma abordagem centrada na doença, com foco no diagnóstico e tratamento, muitas vezes priorizando intervenções curativas e tecnológicas. Esse modelo historicamente desconsidera os determinantes sociais da saúde e tende a fragmentar o cuidado, limitando a integralidade da assistência. A crítica a esse paradigma no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) impulsionou a busca por modelos que valorizam a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a atenção integral ao paciente, como preconizado nas políticas de atenção básica e nas Redes de Atenção à Saúde.

o cuidado era majoritariamente dispensado aos casos de demanda espontânea⁹, com pouco quantitativo de ações planejadas, focadas em prevenção de doenças (exceto vacina, que ocorrem de acordo com o calendário Programa Nacional de Imunizações¹⁰ – Vacinação), promoção à saúde, atividades educativas.

O atendimento funciona de forma não sistematizada, cabendo ora aos policiais penais, ora a técnica de enfermagem a forma de acolher as internas que necessitem de atendimento. As demandas surgem sobretudo das queixas de saúde relatados pelas privadas de liberdade, figurando, portanto, processo de triagem informal realizado pelos policiais penais, na medida em que estes coletam as demandas de saúde seja por meio verbal ou por meio de bilhetes.

Deste modo, há de se ponderar que informações que deveriam ser consideradas restritas pelo corpo técnico de saúde, tornaram-se nestes contextos um elemento importante de identificação de demanda, e ainda, uma fonte pouco refinada de identificação de casos relevantes, incorrendo-se no risco de atendimento basicamente de demandas de casos agudos, deixando de fora casos com sintomatologia pouco expressiva, mas potencialmente graves.

Destaca-se que são os policiais penais, os profissionais com contato regular com as privadas de liberdade, e acabam por se tornar porta-vozes destas, e que por não possuírem formação adequada para tal, resulta em contexto no qual os atendimentos seguissem a lógica do modelo biomédico, e ainda invariavelmente comprometem a atuação condizente com a estratégia de saúde da família, na medida em que impossibilita contexto relevante para ações ou processo de educação em saúde, promoção da saúde e prevenção de doenças.

Essa concepção está alinhada à ausência de práticas assistenciais que vão além do paradigma curativista, pois predominantemente a abordagem para as demandas de saúde era biomédica, resultando em uma lacuna diante da incapacidade de intervenção médica. No entanto, profissionais como odontólogos e psicólogos, que não dependem necessariamente da

⁹ A demanda espontânea no Sistema Único de Saúde (SUS) refere-se ao atendimento de usuários que procuram os serviços de saúde sem agendamento prévio, geralmente em busca de cuidados imediatos ou urgentes. Esse tipo de demanda é comum nas unidades de atenção básica, que têm o papel de acolher e classificar os casos conforme a gravidade, buscando garantir o acesso e a resolutividade. A Política Nacional de Atenção Básica, regulamentada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, estabelece diretrizes para o acolhimento e a organização do fluxo de atendimento de demanda espontânea nas unidades de saúde, priorizando a equidade e a integralidade no cuidado.

¹⁰ O Programa Nacional de Imunizações (PNI) foi criado em 1973 e é uma das principais estratégias de saúde pública do Brasil, visando a prevenção de doenças por meio da vacinação. O PNI é regulamentado pela Lei nº 6.259/1975 e é constantemente atualizado por meio de normas e recomendações do Ministério da Saúde. O programa inclui vacinas essenciais para a população, com ênfase na imunização de crianças, gestantes e grupos de risco, e tem contribuído significativamente para a redução da morbidade e mortalidade por doenças imunopreveníveis no país.

medicina direta, também adotavam principalmente o modelo hegemônico de saúde, que enfatiza o cuidado baseado no tratamento dos sinais e sintomas relatados pelos pacientes. Enfatizamos aqui que os atendimentos em odontologia são realizados extramuros, nas Unidades Básicas de Saúde de referência.

A partir da análise das entrevistas, resta evidenciado que há pouca comunicação entre as diferentes categorias profissionais em relação aos casos. Não sendo percebido um tempo designado para a discussão de casos e os encaminhamentos das privadas de liberdade.

A maioria dos atendimentos realizados nas Unidades Penais pesquisadas eram de caráter individual, centrando-se no processo saúde-doença, com raros momentos ou ações dedicadas à educação e orientação em saúde; seja por condução de grupos educativos ou palestras observadas sobretudo em campanhas anuais como “Outubro Rosa”, “Setembro Amarelo e outros; que ocasionalmente conduziam grupos ou palestras, embora de forma não sistemática ou regular.

Os cenários do presente estudo (Unidades Penais) podem ser caracterizados como territórios de saúde, compostos por uma população com características sociodemográficas semelhantes, exposta a riscos ambientais e sanitários semelhantes, e com possibilidade de intervenção específica para o gênero feminino.

Outro elemento que se mostrou relevante, e que pode ser gerador de baixo quantitativo de atendimentos foi a institucionalização de dias fixos para a realização dos atendimentos de saúde intramuros. Casos considerados graves ou agudos fora dos dias de atendimento interno, constatados por vezes por meio de processo de triagem informal, são direcionado a Rede de Atenção à Saúde (RAS), através dos Hospitais de Referência, Unidades de Pronto Atendimento e SAMU. Exceções a essa regra, aqueles onde o procedimento de enfermagem – realizados por técnico de enfermagem - eram imprescindíveis (como curativos ou administração de medicamento).

Verificou-se ainda a atividade do Núcleo de Saúde Prisional, vinculado à Diretoria de Atenção Primária da Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins (SES-TO) e à Gerência de Assistência Educacional e Saúde ao Preso e Egresso (SECIJU), estas responsáveis por acompanhar e formular estratégias no contexto da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), desempenhando

papel na implementação de ações voltadas à promoção da saúde e à assistência médica dentro nas Unidades Penais pesquisadas.

4.1.1 Saúde da mulher na Prisão: sobre a Integralidade¹¹ no cuidado

O processo de trabalho em saúde mostrou-se predominantemente biomédico, curativista, centrado na figura do médico e com baixo nível de planejamento estratégico em saúde, ainda assim deficitário, salientamos sobretudo o processo de triagem informal realizado pelos policiais penais, que por ausência de formação técnica adequada pode resultar na limitação do cuidado a casos agudos, desamparando casos com sintomatologia pouco significativas. Ainda, por hora realizado por técnico de enfermagem nas respectivas Unidades. Vemos:

Policial Penal 3: A gente faz um julgamento de acordo com o que está com o caso mais grave. Receba queixas recorrentes de dores ou de algum acometimento. Coloca elas como prioridade na consulta que tem toda semana.

Policial Penal 6: Se alguma presa passa mal, a gente chama o SAMU, aí o SAMU vem e a gente leva pra UPA.

Policial Penal 8: A técnica de saúde, ela conversa com as internas, escolhe que está mais precisando com urgência.

No que diz respeito a ações de prevenção e promoção da saúde, restou percebido grande parte dos atendimentos realizados eram de caráter individual, centrando-se no processo saúde-doença^{12 13}, com raros pouco momentos ou ações dedicadas à educação e

¹¹ A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial MS/MJ nº 1, de 2 de janeiro de 2014, estabelece diretrizes para a atenção à saúde dessa população. O Art. 3º, inciso II, destaca o princípio da integralidade, que se refere à oferta de ações e serviços que contemplam todas as dimensões do cuidado, incluindo promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, visando garantir o acesso a um cuidado contínuo e integral para as pessoas privadas de liberdade, de modo a respeitar suas necessidades específicas de saúde e reduzir as iniquidades no sistema prisional.

¹² No modelo biomédico-assistencialista, o conceito de saúde e doença é fundamentado em uma abordagem reducionista, centrada principalmente nos aspectos biológicos do corpo humano. Nesse modelo, a saúde é vista como a ausência de doenças ou anomalias físicas, enquanto a doença é considerada uma disfunção ou anormalidade no organismo que pode ser identificada, diagnosticada e tratada através de intervenções médicas. O foco está nas causas biológicas e fisiológicas das doenças, como agentes patogênicos ou distúrbios genéticos, com pouca ênfase em fatores psicossociais ou ambientais.

¹³ Já pelo conceito ampliado e moderno da saúde, o processo "saúde-doença" está relacionado à visão dinâmica e contínua das condições de saúde de um indivíduo, indo além da dicotomia entre estar saudável ou doente. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde não é apenas a ausência de doenças, mas um estado completo de bem-estar físico, mental e social. Nessa perspectiva, o processo de saúde-doença envolve múltiplos

orientação em saúde; seja por condução de grupos educativos ou palestras observadas sobretudo em campanhas; que ocasionalmente conduziam grupos ou palestras, embora de forma não sistemática ou regular. Percebemos através das falas:

Gestora Penal 1: Temos campanhas já específicas. A gente tenta fazer um acordo com o calendário: Dia Internacional da Mulher, Outubro Rosa, para fazer a campanha de acordo com as do calendário nacional. A gente faz a nossa ação aqui dentro da unidade.

Policia Penal 2: Mas agora, de caráter preventivo, como se fossem palestras, alguma coisa, às vezes algum profissional se disponibiliza e vem.

Entrevistador: Você sabe se são ações desenvolvidas com ênfase à atividade preventiva?

Gestora Penal 2: Sim, sim. Tem através da gestão da Secretaria da Saúde. É promovido, não com frequência, mas sempre tem. Tem ações também multidisciplinares de entidades, como o Judiciário, às vezes vem, trazem uma equipe aqui. Nós temos hoje na Unidade, uma equipe de profissionais da faculdade da ULBRA, psicólogos, né? Que também vem, faz um levantamento, conversa com as presas.

Entrevistador: Você sabe se são executadas ações de caráter preventivo aqui na unidade, para as mulheres privadas de liberdade?

Policia Penal 2: Você fala em que sentido? Atividade de prevenção... Palestras? Pode ser palestra? Às vezes tem, sim.

Entrevistador: Você sabe quem promove?

Policia Penal 2: Não, não sei. Aqui a técnica vai saber informar melhor.

Tal constatação diverge daquilo estabelecido na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), que encontra na estratégia da Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente nos moldes da Estratégia Saúde da Família (ESF), sua diretriz de dispensações do cuidado. Assim exposto, isto significa que ao contrário do identificado nesta pesquisa, o cuidado oferecido nas unidades penais pesquisadas deveria ser pautado pelo conhecimento epidemiológico do território, promoção de vínculo, práticas de educação em saúde “promover o acesso das pessoas privadas de liberdade à Rede de Atenção à Saúde, visando ao cuidado integral” (Brasil, 2014).

fatores biológicos, psicológicos e sociais, sendo influenciado por aspectos ambientais, comportamentais e sociais. Esse conceito destaca que a saúde e a doença não são estados fixos, mas condições que podem variar ao longo da vida, em função de uma complexa interação de fatores, um conceito ampliado de saúde.

A promoção da saúde, em sua conformação teórica moderna, pode ser definida como a intervenção sobre as condições de vida da população; que devem extrapolar os limites da prestação de serviços clínico-assistenciais, para além disso preconiza ações intersetoriais que envolvem a educação, o saneamento básico, a habitação, a renda, o trabalho, a alimentação, o meio ambiente, o acesso a bens e serviços essenciais, o lazer, dentre outros determinantes socioambientais que incidem na produção da saúde e da doença (Sicoli; Nascimento, 2003).

Em estudo autores destacam que é imperativo investir na proposição de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças do âmbito do sistema prisional, direcionadas à mudança hábitos de vida, visando à redução desses fatores e à instalação de doenças crônicas não transmissíveis, que poderão vir a sobrecarregar os serviços de saúde prisionais, onerar o Estado e imputar maior carga de sofrimento ou mesmo morte a população privada de liberdade (Serra, et al., 2022).

Destacamos que um dos objetivos primordiais do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) é justamente contribuir para o controle e/ou a redução dos agravos de saúde mais frequentes, trabalhando na lógica da prevenção e da promoção em saúde. Sendo esta uma estratégia para fazer chegar o acesso às políticas de saúde a esta população, contemplando diversas ações no âmbito da atenção básica contidas, por exemplo nas políticas nacionais: saúde bucal, saúde da mulher, doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS, saúde mental, hepatites, tuberculose, hipertensão, diabetes e hanseníase. O Plano ainda prevê a assistência farmacêutica básica, a prevenção através das imunizações e a coleta de exames laboratoriais (Brasil, 2003).

A partir das entrevistas foi possível notar, externado de modo unânime, a vacinação das mulheres privadas de liberdade, que ocorrem de acordo com calendário nacional de vacinação em concordância com a Programa Nacional de Imunizações (PNI), depreendemos a partir dos discursos:

Gestora Penal 1: Sim, todas as vacinas das presas estão em dia, a gente faz as campanhas de H1N1. Agora quando tem a da COVID, as atualizações da COVID a gente faz; e as carteiras de vacina das presas quando elas chegam aqui, os cartões de vacina são atualizados. Se a gente não tiver esses cartões, não conseguir, a gente faz a dosagem novamente das vacinas.

Policial Penal 5: [...] relativo à vacinação, obedecendo ao calendário nacional, eles vêm aqui, marcam e vacinam todos. Servidores e as mulheres presas.

Cabe destacar que o nível de conscientização positiva percebido na pesquisa sobre a importância da vacinação como uma medida crucial para a promoção da saúde pública dentro das Unidades Penais pesquisadas; ou seja, são promovidas ações de vacinação regulares e abrangentes nas unidades prisionais é, portanto, uma medida de justiça social, que visa garantir o direito à saúde para todas as privadas de liberdade residentes.

Lopes e Pinheiro (2016) salientam o fato que mesmo na situação de encarceramento, demandam o reconhecimento e a construção de cuidados específicos compartilhados pelos trabalhadores e gestores junto às mulheres privadas de liberdade. Evidencia-se que o sistema prisional é o espaço onde a mulher não tem autonomia para fazer suas escolhas e cuja trajetória de cuidado é definida antes pela lógica do sistema.

Cabe destacar que a imunização é amplamente reconhecida como uma medida profilática que impede enfermidades com significativo potencial de provocar alta morbidade e mortalidade em larga escala. Além de conferir proteção direta aos indivíduos imunizados, essa intervenção proporciona uma defesa indireta aos não imunizados, sendo capaz de erradicar a circulação de patógenos no ambiente e, por conseguinte, assegurar proteção a indivíduos suscetíveis (Barbieri, et al., 2017).

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) tem como objetivo principal a vacinação de indivíduos residentes no território brasileiro em todas as etapas da vida, ou seja, não prevê exceções, logo estão inclusas as pessoas privadas de liberdade.

Nesse sentido, evidencia-se que as pessoas privadas de liberdade têm risco elevado para determinadas infecções, como exemplo pelo SARS-CoV-2, visto que, na maioria, vivem em celas coletivas, insalubres, pouco ventiladas, superlotadas e, não raro, com acesso limitado a água. Dito isto infere-se que essa população deve ser incluída entre os grupos prioritários (Simas, et al., 2021).

Além disso a imunização em massa, promove, por meio de planejamento em saúde, estratégias de prevenção, controle e promoção da saúde que impactam significativamente na redução de internações, morbidades associadas a enfermidades e, conseqüentemente, na ampliação da expectativa de vida (Lima; Pinto, 2017).

4.1.2 Saúde da mulher na prisão: sobre o atendimento em Rede de Atenção à Saúde¹⁴.

¹⁴ O Art. 3º, inciso V da PNAISP ressalta que a atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade deve ser garantida através da integração com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) do território, promovendo a continuidade

Sobre o atendimento em Rede de Atenção ao Saúde das mulheres privadas de liberdade, a partir da análise das entrevistas, restou percebido a inclusão da população carcerária das unidades pesquisadas nas redes de atenção hierarquizadas do SUS; inclusive no que diz respeito a observação dos fluxos Referência e a Contrarreferência na Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁵, desse modo favorecendo a troca de informações na rede de atenção, o trânsito das pessoas privadas de liberdade no sistema e a continuidade do cuidado.

Segundo o Decreto 7.508/11, a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) em Regiões de Saúde, instituídas pelo Estado em articulação com seus municípios, fomentando a gestão compartilhada da rede de ações e serviços de saúde. Os objetivos incluem: garantir o acesso resolutivo e de qualidade à rede de saúde, constituída por ações e serviços de atenção primária, vigilância à saúde, atenção psicossocial, urgência e emergência, e atenção ambulatorial especializada e hospitalar; efetivar o processo de descentralização com responsabilização compartilhada, favorecendo a ação solidária e cooperativa entre os entes federados; e reduzir as desigualdades loco-regionais (Brasil, 2011).

Dados da Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins indicam que o Estado tem Plano Diretor de Regionalização – PDR, constituído em 8 regiões de saúde; dentre estas a região de saúde Capim Dourado que concentra 14 municípios: Aparecida do Rio Negro, Lagoa do Tocantins, Lajeado, Lizarda, Miracema do Tocantins, Miranorte, Novo Acordo, Palmas, Rio dos Bois, Rio Sono, Santa Tereza do Tocantins, São Félix do Tocantins, Tabocão e Tocantínia (Tocantins, 2022).

A partir da análise das entrevistas foi entendido que as Unidades Penais pesquisadas observavam corretamente os fluxos de atendimento elaborado pela Secretaria de Saúde do Estado (Tocantins, 2022); na medida em que obedecem aos fluxos de referência

do cuidado entre o sistema prisional e o sistema de saúde público. O Art. 6º elenca objetivos específicos da PNAISP, como: I - assegurar o acesso das pessoas privadas de liberdade à RAS, visando garantir um cuidado integral e contínuo, e II - prever e pactuar a oferta de ações e serviços de saúde na RAS, buscando alinhar as necessidades específicas dessa população com os recursos disponíveis na rede pública, promovendo equidade e eficiência no cuidado à saúde no contexto prisional.

¹⁵ No Sistema Único de Saúde (SUS), os fluxos de referência e contrarreferência são mecanismos essenciais para garantir a integralidade e continuidade do cuidado. A referência consiste no encaminhamento de usuários da atenção básica para serviços de maior complexidade, enquanto a contrarreferência é o processo inverso, permitindo que informações sobre o atendimento especializado retornem à unidade de origem, assegurando a continuidade do tratamento. A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no SUS, destacando a importância de fluxos de referência e contrarreferência bem estruturados para a integração dos serviços de saúde.

estabelecidos, no que tange a referências e contrarreferências, porta de entrada e regulação, como apontado no quadro 1:

Quadro 2 – Fluxo de referência estabelecidos nas Unidades Penais de Palmas e Miranorte.

Unidade Penal:	Atenção Básica	Urgência e Emergência	Média Complexidade/Especialidades	Alta Complexidade
UP Palmas	UBS José Hermes	1 SAMU 2 UPA Sul Palmas	1 Hospital Geral de Palmas	1 Hospital Geral de Palmas
UP Miranorte	UBS Pedro Alcântara Alves Rodrigues	1 SAMU 2 UPA Miranorte	1 Hospital Regional de Miracema 2 Hospital Geral de Palmas	1 Hospital Geral de Palmas

Observados nos relatos:

Gestora Penal 1: Quando tem uma demanda, acionamos o sistema de saúde do município e eles de pronto nos atendem, a gente chega, pega a presa aqui dentro, leva lá na Unidade de Saúde ou no hospital onde estiver o médico atendendo no momento e eles priorizam o atendimento pra gente [...] Se for um caso mais grave, a gente aciona o SAMU, que vem e leva a detenta pra Unidade de Saúde.

Gestora Penal 2: Quando temos uma detenta que passa mal, que é situação de emergência, nosso protocolo de segurança é acionar o SAMU imediatamente. A gente aciona o SAMU, o SAMU vem, faz os primeiros socorros, os primeiros atendimentos, e quando é necessário é levado para a Unidade de Saúde, Aí vai uma equipe nosso escoltando, uma dentro da viatura, outra escoltando.

Entrevistador: E geralmente é direcionado para qual unidade, você sabe?

Gestora Penal 2: A unidade mais próxima aqui da unidade, que é a UPA. A UPA Sul. [...] quando há uma emergência, logo vai pra UPA, né? E há uma necessidade de internar pra alguma intervenção cirúrgica ou algum procedimento que precisa ser feito, é encaminhado pro HGP. Aí no HGP é montado toda uma estrutura escolta pra acompanhar lá o atendimento da interna.

Policial Penal 5: O município só oferece saúde básica, né? Aí o mais urgente é encaminhamento pra fora, né? O município faz a regulação e a gente leva, né?

Entrevistador: Você sabe me dizer pra onde, pra quais unidades é referenciado?

Policial Penal 5: É o Hospital de Miracema, que é o mais próximo, né? O município aqui também tem hospital, mas é só o básico. Só o básico. Então é referenciado pro Hospital Regional do Miracema.

De acordo com Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), cada equipe de saúde é responsável por até 500 pessoas privadas de liberdade. Nas unidades prisionais com até 100 pessoas, como é o caso das Unidades Penais pesquisadas, o

atendimento deve ser realizado pela Unidade Básica de Saúde do território, respeitando para tanto a composição das equipes previamente estabelecidas nos municípios. Portanto, em instituições penais com menor população, não há necessidade de manter uma Unidade de Saúde com equipe permanente nas próprias unidades, desta forma o acesso à saúde deve ser garantido pela rede de serviços de saúde do município onde a prisão está localizada (Brasil, 2004).

Sobre o atendimento em Rede, autores salientam que A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) é orientada pelo princípio da corresponsabilidade interfederativa, no que diz respeito à organização dos serviços de saúde conforme a complexidade das ações desenvolvidas, estruturadas por meio da Rede de Atenção à Saúde no território¹⁶, conforme os parâmetros do Sistema Único de Saúde (SUS). A territorialização, nesse contexto, constitui um dos pilares fundamentais do sistema, vinculando o atendimento do usuário, em primeira instância, ao local de residência, diferentemente do Plano Nacional de 2002, que se baseava na gestão em nível estadual. No caso da população privada de liberdade, o conceito de residência refere-se ao local do estabelecimento penal, tornando os entes federativos responsáveis por essa população, uma vez que é originalmente contabilizada como parte daquele território (Simas et al., 2021)

Segundo Schultz e colaboradores (2020), a organização das redes visa superar o modelo tecnoassistencial focado em serviços e procedimentos, promovendo a organização da atenção integral, tendo como ação estratégica a implantação das Linhas de Cuidado¹⁷. A Linha de Cuidado é concebida para representar fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, com o objetivo de atender às suas necessidades de saúde em diferentes fases do ciclo

¹⁶ No Sistema Único de Saúde (SUS), o conceito de território e territorialização refere-se à organização e planejamento das ações de saúde com base nas características geográficas e sociais de uma área específica, visando a garantia de acesso e a integralidade do cuidado. A territorialização é essencial para a implementação de políticas de saúde que atendam às necessidades da população de forma equitativa e eficiente. A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelece a territorialização como uma diretriz fundamental para a organização dos serviços de saúde, promovendo a responsabilidade sanitária por parte das equipes de saúde em relação às áreas que atendem.

¹⁷ As Linhas de Cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS) são instrumentos que organizam o percurso assistencial do usuário, garantindo a continuidade e integralidade do cuidado em diferentes níveis de atenção. Elas visam atender às necessidades de saúde de maneira coordenada e resolutiva, sendo regulamentadas pela Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no SUS. Essa normativa reforça a importância das Linhas de Cuidado como estratégia para a integração de ações e serviços, garantindo o acesso e a equidade na assistência.

de vida, tendo como princípio orientador a busca pela integralidade e equidade. Ela delinea o percurso que o usuário realiza dentro de uma Rede de Atenção à Saúde, incluindo ações e serviços que, embora não estejam necessariamente inseridos no sistema de saúde, participam de alguma forma da rede de cuidados. Neste sentido, temos:

O modelo de atenção proposto busca reorganizar o sistema nas práticas da gestão e coordenação do cuidado em saúde. O sentido atribuído à coordenação do cuidado exprime a ideia de “anything that bridges gaps” (preencher lacunas ou vazios assistenciais). Logo, coordenar significa estabelecer conexões e alcançar o objetivo de prover/atender às necessidades e preferências dos usuários na oferta de cuidados, com elevado valor e qualidade. O ato de coordenar implica a organização deliberada de atividades que envolvem duas ou mais pessoas (incluindo o usuário do serviço/ sistema de saúde) e o manejo de recursos, de modo a produzir uma oferta adequada do cuidado necessário (Schultz, et al., 2020 p. 3-4).

As Equipes de Atenção Básica Prisional foram incumbidas de realizar a atenção primária à saúde nas instituições prisionais, integrando este serviço à Atenção Primária à Saúde do município, que tem a obrigatoriedade de utilizar os sistemas de informação, promover o acesso à educação permanente e garantir o acesso regulado às Redes de Atenção à Saúde. Estas redes são caracterizadas pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo como eixo central de comunicação a Atenção Primária à Saúde. Elas se baseiam na compreensão da Atenção Primária como o primeiro nível de atenção, destacando sua função resolutiva em relação aos problemas de saúde mais comuns. O objetivo é promover a integração sistêmica das ações e serviços de saúde, com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, além de melhorar o desempenho do sistema de saúde em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, e eficiência econômica (Mendes, 2019).

4.1.3 Saúde da mulher na Prisão: sobre os principais agravos¹⁸

A análise das entrevistas com policiais penais e gestores evidenciou uma preocupação constante em relação ao rastreamento e testagem de doenças que afetam frequentemente a população privada de liberdade no sistema prisional. Foram relatados esforços para garantir

¹⁸ A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial MS/MJ nº 1, de 2 de janeiro de 2014, buscando o controle e a redução dos agravos mais frequentes que acometem a população privada de liberdade, por meio de ações voltadas à prevenção, detecção precoce, tratamento e seguimento dos problemas de saúde prevalentes nesse grupo. Para alcançar esses objetivos, a política propõe a implantação e implementação de protocolos de acesso e acolhimento, que atuam como ferramentas para a detecção precoce e o acompanhamento dos agravos diagnosticados

atendimentos que visam o controle e/ou a redução de agravos prevalentes nesse contexto, como tuberculose, hanseníase, infecções sexualmente transmissíveis (HIV/AIDS), além de doenças bacterianas, fúngicas e parasitárias. Esses profissionais destacaram a importância das ações de saúde voltadas à detecção precoce e tratamento dessas enfermidades, reconhecendo que o ambiente prisional exige uma vigilância contínua e medidas preventivas robustas para minimizar a propagação dessas condições de saúde. Percebidos através dos discursos:

Entrevistador: Você sabe se são garantidos atendimentos para controle e/ou redução dos agravos mais frequentes que acometem a população privada de liberdade no sistema prisional, tais como: tuberculose, hanseníase, infecções sexualmente transmissíveis (HIV/AIDS), enfermidades bacterianas, fúngicas e parasitárias?

Gestora Penal 1: Sim, toda e qualquer suspeita que a gente tem se investiga, de início, quando a reeducanda dá entrada na unidade, a gente já faz todos esses exames de entrada, tá? E qualquer suspeita, alteração alguma, a gente vai e refaz novamente o exame mediante solicitação do médico.

Policial Penal 2: Sim, são feitos testes regularmente, principalmente quando elas dão entrada, tem a triagem e são feitos os testes rápidos. Na entrada e depois, no decorrer, se houver suspeita faz.

Policial Penal 3: Sim, inclusive quando elas chegam na unidade já fazem toda essa bateria de exames para poder fazer a triagem e no caso de um positivo já iniciar o tratamento.

Policial Penal 5: [...] se surgem, eles encaminharam para um especialista.

Gestora Atenção Básica 1: Sim, a gente faz o que pode. Todo ano eu faço uma pesquisa de sintomático, avalio as queixas de tosse pra ver se a gente tem que separar algumas delas pra fazer o exame de tuberculose.

Gestora Penal 2: Sim, isso aí é acompanhado, sim. Nós temos o cronograma, o assistente de saúde tem o cronograma certo para fazer esse acompanhamento. Todas as internas que entram aqui, é feito um “check-up” nelas, é feito uma avaliação, uma triagem pra ver o que ela tem, se ela tiver suspeitas, imediatamente já é feita a coleta.

A realização de testagem, rastreamento e tratamento dos principais agravos à saúde no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) é essencial para promover a saúde e prevenir doenças nessa população vulnerável. A identificação precoce de condições como tuberculose, HIV, sífilis, entre outras doenças transmissíveis e crônicas, é crucial para interromper a cadeia de transmissão, melhorar a qualidade de vida das pessoas encarceradas e diminuir a pressão

sobre o sistema de saúde. Essas ações também desempenham um papel importante na promoção da equidade no acesso aos cuidados de saúde, na redução das desigualdades sociais e na facilitação da reintegração social das pessoas privadas de liberdade após o término de suas penas.

No contexto prisional, as condições de confinamento exercem um papel crucial no processo saúde-doença e influenciam diretamente a relação entre os problemas e as necessidades de saúde das pessoas em privação de liberdade. Considerando a precariedade do sistema carcerário, diversos fatores podem agravar a saúde das mulheres encarceradas, as quais, muitas vezes, já apresentavam hábitos de vida pouco saudáveis antes da reclusão, o que contribui para o aumento das doenças nesse ambiente (Santos, et al., 2017).

Esse cenário eleva o risco tanto de doenças transmissíveis, como tuberculose, hanseníase, sífilis e HIV, quanto de doenças não transmissíveis, como patologias respiratórias, comprometimento da saúde mental, diabetes e hipertensão. Ao se considerar a saúde como uma produção social complexa, é necessário também reconhecer as vulnerabilidades sociais e os estigmas associados ao encarceramento, que podem impactar negativamente a vida dessas mulheres após o cumprimento da pena (Cruz; Aquino, 2023).

Sobre a tuberculose, um estudo revelou que o estado de reclusão e a infraestrutura precária dos serviços oferecem condições propícias para a disseminação de diversos agravos, de maneira que uma assistência que seja sensível à realidade e às necessidades desses ambientes pode contribuir significativamente para o controle dessas enfermidades. Essa efetividade pode ser alcançada por meio de educação permanente e contínua entre os profissionais de saúde, promovendo um cuidado mais qualificado e alinhado às demandas específicas do sistema prisional (Mesquita, et al., 2019).

Outro estudo em uma unidade prisional feminina do Nordeste brasileiro, mostrou que a prevalência de sífilis adquirida foi elevada entre as mulheres encarceradas, especialmente entre gestantes, o que ressalta a necessidade de medidas urgentes para reduzir a propagação da doença e sua transmissão nos sistemas prisionais. Dessa forma, recomenda-se o desenvolvimento de políticas públicas mais eficazes voltadas à prevenção e ao tratamento da sífilis, garantindo o diagnóstico precoce das mulheres assim que ingressam na unidade prisional, além de promover atividades que aumentem a conscientização. Isso contribuiria para a melhoria da qualidade de vida da população carcerária e, indiretamente, para a redução da carga e incidência nacional da sífilis (Batista, et al., 2020).

Foi observado ainda sobre a prevalência de HIV, papilomavírus humano (HPV) e sífilis na Penitenciária Feminina da Capital (PFC), São Paulo, concluiu-se que: a alta

prevalência de IST-HIV/AIDS reforça a importância do diagnóstico precoce, da avaliação médica individual e da criação de um programa de educação e prevenção; a elevada taxa de infecção por HPV destaca a necessidade de uma atenção ginecológica mais eficaz nas unidades prisionais; as condições socioeconômicas desfavoráveis mostraram ser importantes fatores de risco para IST-HIV/AIDS, refletindo as desigualdades presentes fora das prisões e confirmando a urgência de programas de atenção primária à saúde adaptados às diferentes realidades; o perfil das mulheres da PFC, suas condições de saúde e necessidades são semelhantes às de mulheres encarceradas em outras regiões do mundo, o que torna viável a implementação de estratégias de saúde já testadas anteriormente (Lopes, et al., 2001).

Recomenda-se que as autoridades penitenciárias se esforcem para disponibilizar testes sorológicos às mulheres ao ingressarem no sistema prisional. Essa medida contribuiria para a melhoria da qualidade de vida dentro do ambiente prisional, além de promover a segurança e preservação da saúde daqueles com quem essas mulheres possam se relacionar no futuro. Ademais, ajudaria a reduzir os custos diretos e indiretos relacionados à sua manutenção durante o período de encarceramento (Lopes, et al., 2001).

4.1.4 Saúde da mulher na Prisão: o conhecimento dos atores sobre a Política

Nesta categoria foi discutido o conhecimento dos participantes (atores envolvidos) sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional.

A partir da análise das entrevistas transcritas dos policiais penais foi possível identificar que os entrevistados sabem que é garantido o direito à saúde no ordenamento, todavia, a partir da análise das entrevistas transcritas foi possível identificar o desconhecimento, ou mesmo conhecimento limitado dos policiais penais acerca da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), uma vez que na integralidade das entrevistas analisadas ao serem questionados sobre trouxeram afirmações negativas ou mesmo quando diziam conhecer não trouxeram elementos básicos, os quais a caracteriza; temos:

Entrevistador: Você conhece a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)? Se conhece, quais os pontos mais relevantes da PNAISP que você destacaria?

Policial Penal 3: Não, não sei. Não sei, tá?

Entrevistador: Se pudesse mudar algo na aplicação da PNAISP, o que mudaria?

Policial Penal 3: Como você muda algo que você não conhece?

Entrevistador: Você conhece a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)? Se conhece, quais os pontos mais relevantes da PNAISP que você destacaria?

Policial Penal 2: Ah, eu li por alto.

Entrevistador: Você conhece a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)? Se conhece, quais os pontos mais relevantes da PNAISP que você destacaria?

Policial Penal 10: Sim, um pouco. O básico dela.

Entrevistador: Você conhece a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)? Se conhece, quais os pontos mais relevantes da PNAISP que você destacaria?

Policial Penal 9: Eu nem posso dizer que eu sei. [...] Então, tem que ter mais acesso pra saber.

Neste sentido, Batista, Araújo e Nascimento (2019) destacam que os profissionais da justiça que atuam diariamente com a população prisional reconhecem que o direito à saúde deve ser assegurado a todos, independentemente do regime de reclusão. No entanto, esses trabalhadores frequentemente enfrentam barreiras decorrentes de preconceitos e estigmas enraizados na sociedade, que tendem a negar a esse grupo o acesso pleno a direitos sociais. Além disso, a assistência à saúde disponibilizada no âmbito prisional muitas vezes não é implementada de forma eficaz, em conformidade com as diretrizes operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Embora as normas assegurem o acesso à atenção primária à saúde para indivíduos em prisão privação de liberdade, as ações implementadas pelo setor da saúde ainda são insuficientes no que tange ao cuidado integral. Não se pode desconsiderar o conhecimento dos profissionais de saúde e do sistema de justiça sobre essa temática, especialmente considerando a escassez de estudos realizados no Brasil sobre o assunto. O que prevalece é uma lacuna no entendimento do cenário real das prisões brasileiras, caracterizadas por exclusão, preconceito e uma busca punitivista pela justiça a qualquer custo (Barsaglini, 2016).

Na formação de recursos humanos recomenda cuidar em não reproduzir assimetrias, mas considerar a pertinência de agentes de segurança pública serem sensibilizados em relação aos temas de saúde como, igualmente, os profissionais de saúde necessitam de noções de segurança pública e justiça para atuar no sistema prisional. Seriam lógicas distintas (saúde, segurança, justiça), mas que convivem e “precisam ser negociadas no cotidiano carcerário,

respeitando as competências exclusivas de cada setor e mantendo uma direção única: a garantia do direito à saúde e proteção dos direitos humanos das pessoas privadas de liberdade” (Barsaglini, 2016).

Ao analisar os depoimentos dos trabalhadores da justiça em relação às medidas adotadas quando o detento necessita de atendimento de saúde, percebe-se que, na maioria das situações, os princípios legais são respeitados. Isso ocorre porque, em muitos casos, é necessário retirar a pessoa privada de liberdade da unidade prisional para que o atendimento seja realizado, uma vez que a instituição frequentemente não dispõe de equipes de saúde no local para prestar o cuidado necessário. Conforme a legislação vigente, quando o estabelecimento penal não estiver equipado para fornecer a assistência médica adequada, esta deve ser realizada em outro local, com autorização da direção da unidade (Batista; Araújo; Nascimento, 2019).

Sobre a formação de recursos humanos, autor destaca que é fundamental evitar a reprodução de assimetrias, promovendo a sensibilização dos agentes de segurança pública sobre questões de saúde. Da mesma forma, os profissionais de saúde que atuam no sistema prisional necessitam de conhecimento básico sobre segurança pública e justiça. Embora as lógicas de saúde, segurança e justiça sejam distintas, elas coexistem e precisam ser articuladas no cotidiano carcerário. Esse diálogo deve respeitar as competências específicas de cada setor, mas manter uma direção comum: a garantia do direito à saúde e a proteção dos direitos humanos das pessoas privadas de liberdade (Barsaglini, 2016). Sobre os atores envolvidos (justiça e saúde) e dicotomia percebida, autor nos traz:

[...] no bojo dessas considerações, houve oposições entre agentes penitenciários e de saúde, polarizando o tom das propostas pela visão de “paciente” e “preso”, respectivamente, em que “não parece ser apenas a condição objetiva da privação de liberdade que ‘explica’ essa tensão, mas a própria representação que os agentes de segurança fazem de seu trabalho em função de um conjunto de ideologias sobre crime e criminoso” (Barsaglini, 2016, p. 1435).

Na perspectiva do Estado do Tocantins, Borges e Sousa (2021) destacam que a atuação dos profissionais de segurança e especialistas, denominados no Estado do Tocantins como agentes de execução penal¹⁹ ²⁰ e agentes analistas em execução penal, desempenha um

¹⁹ A Lei nº 3.879, de 7 de janeiro de 2022, publicada no Diário Oficial do Estado (DOE) nº 6003, de 7 de janeiro de 2022, altera a nomenclatura dos cargos de Agentes de Execução Penal para Policial Penal no âmbito do Estado. Essa mudança ocorre em conformidade com a Emenda Constitucional nº 104/2019, que instituiu a Polícia Penal como órgão de segurança pública, profissionalizando e formalizando as atribuições dos antigos

papel crucial no cumprimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP). Esses profissionais contribuem significativamente para a implementação das ações de saúde no sistema prisional por meio da cooperação intersetorial. Eles asseguram o transporte sanitário e a escolta das pessoas privadas de liberdade aos serviços de saúde internos e externos, em tempo oportuno, de acordo com a gravidade de cada caso.

Dessa forma, os agentes de execução penal, os agentes analistas em execução penal e os demais servidores que atuam nas unidades prisionais são fundamentais para a consolidação dos objetivos da PNAISP, que é caracterizada por uma execução colaborativa. Sem o comprometimento desses profissionais na manutenção de registros, na distribuição de medicamentos, no acompanhamento contínuo e na garantia da segurança para que as equipes de saúde primária prisional possam atuar nas unidades penais, o direito fundamental à saúde das pessoas privadas de liberdade não é efetivado, e os espaços de saúde tornam-se locais ineficazes e mal geridos (Borges; Sousa, 2021).

A análise das entrevistas transcritas dos gestores penais revelou que os entrevistados têm consciência de que o direito à saúde é garantido no ordenamento jurídico. Foi possível identificar o conhecimento deles sobre a obrigação de assegurar que população privada de liberdade tenha acesso a um atendimento de saúde abrangente, conforme preconiza o Sistema Único de Saúde, promovendo a saúde como um direito fundamental, mesmo no contexto do sistema prisional; e ainda destacando o repasse financeiro feito aos municípios é um aspecto crucial nesse processo, pois possibilita a descentralização das ações e a execução local, permitindo que as secretarias municipais de saúde atuem diretamente na efetivação do direito a saúde a estas populações. Temos:

Agentes de Execução Penal. A alteração busca reconhecer e valorizar esses profissionais, que agora possuem atribuições específicas de segurança penitenciária, reforçando seu papel na manutenção da ordem e na segurança dos estabelecimentos penais.

²⁰ A Polícia Penal foi instituída pela Emenda Constitucional nº 104, de 4 de dezembro de 2019. Essa emenda altera o Art. 144 da Constituição Federal, incluindo a Polícia Penal como órgão responsável pela segurança dos estabelecimentos penais, equiparando-a às demais polícias (federal, rodoviária federal, ferroviária federal, civis e militares). A criação da Polícia Penal tem como objetivo reorganizar a segurança penitenciária, profissionalizando e valorizando os agentes penitenciários, que passam a ser reconhecidos constitucionalmente como policiais penais, com atribuições específicas voltadas à segurança interna e externa dos presídios e à escolta de presos, promovendo uma atuação mais especializada e integrada no sistema de justiça criminal.

Entrevistador: Você conhece a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)? Se conhece, quais os pontos mais relevantes da PNAISP que você destacaria?

Gestora Penal 1: Tenho conhecimento da política; é ela é o que eu uso de fundamento pra fazer essa parceria com o município. Pra cobrar o município quando há necessidade. Então, eu destaco realmente essa questão dessa ação colaborativa junto ao município. Porque o sistema (penitenciário) em si não tem esse quadro de profissionais pra todas as unidades, principalmente nas unidades menores. Então, é o município que supre. Através da política é possível a gente cobrar o município, em razão dos repasses (financeiros) feitos ao município.

Gestora Penal 2: Conheço, sim. Eu sei que a presa precisa ter assistência à saúde precisa ter um acompanhamento, precisa ter um atendimento para todas suas necessidades.

A partir da análise das entrevistas transcritas das Gestoras da Atenção Básica, também foi possível identificar que as entrevistadas reconhecem a garantia do direito à saúde no ordenamento jurídico. No entanto, também se constatou um desconhecimento, ou conhecimento limitado, por parte das gestoras em relação à Política. Na primeira entrevista analisada, ao ser questionada sobre o tema, a mesma assentiu não conhecer o regramento profundamente; já a segunda não trouxe ponto de destaque ou elementos que caracterizam a política. Como vemos:

Entrevistador: Você conhece a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)? Se conhece, quais os pontos mais relevantes da PNAISP que você destacaria?

Gestora Atenção Básica 1: Eu já li um pouco, mas profundamente não sei, assim, para detalhar algum ponto.

Gestora Atenção Básica 2: Sim.

Em estudo sobre a temática, Batista, Araújo e Nascimento (2019) salientam que a formação generalista dos profissionais de saúde, por si só, pode não ser suficiente para garantir uma atuação eficaz em equipe na atenção primária dentro do sistema prisional. O cuidado à saúde das pessoas privadas de liberdade exige a implementação de uma política de educação permanente para esses profissionais, com enfoque interdisciplinar, visando capacitá-los de forma adequada para atuar nas unidades prisionais. Essa qualificação contínua é fundamental para que possam intervir com eficácia no processo saúde/doença nesse contexto específico.

Por fim, a partir da análise das entrevistas das Gestoras de Saúde a nível estadual (SES e SECIJU), foi possível identificar que as Gestoras Estaduais reconhecem a garantia do direito à saúde nos regramentos e conhecem de fato a política ao trazerem elementos ao serem questionadas, bem como no teor de toda entrevista, inclusive ao reconhecerem o subfinanciamento e a insuficiência dos recursos de financiamento:

Gestora Estadual 1: [...] até 300 privados de liberdade a equipe compartilhada com a equipe do território; só recebe 4 mil reais. 4 mil reais! O que você faz com 4 mil reais? Você não paga nem o enfermeiro. Mas sabemos que é uma equipe compartilhada com o território, então supomos que o enfermeiro já é pago pela atenção primária, todos os profissionais já pagos são pagos pela atenção primária. Mas é preciso comprar os insumos que for gasto dentro da unidade penal. [...]Se você for fazer promoção e prevenção, realmente é bem pouco. Aí quando você vai fazer alguma campanha, você gasta mais. Então é um dinheiro que é pouco nesse sentido.

Entrevistador: Você conhece a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)? Se conhece, quais os pontos mais relevantes da PNAISP que você destacaria?

Gestora Estadual 2: Sim, conheço. O ponto relevante é a possibilidade, o direito dessa pessoa usufruir da saúde, uma vez que ela está privada da liberdade, porém ela não perde esse direito. [...] Os recursos não são suficientes, alguns municípios reclamam com relação a esse repasse.

A análise das entrevistas evidenciou um descompasso entre os atores envolvidos na implementação da PNAISP. Enquanto os gestores estaduais demonstram um conhecimento sólido sobre a política e suas diretrizes, os policiais penais e gestores da Atenção Básica apresentam um entendimento parcial ou limitado a respeito do tema. Essa discrepância de conhecimento compromete a efetividade das ações, uma vez que a execução da política depende da cooperação integrada entre a gestão e os profissionais operacionais no ambiente prisional. A falta de alinhamento no entendimento da PNAISP pode criar obstáculos à realização das práticas de saúde, limitando o acesso da população privada de liberdade aos cuidados necessários e dificultando a plena execução dos objetivos de saúde integral previstos pela política.

É fundamental que todos os atores envolvidos na implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), incluindo policiais penais e gestores, conheçam profundamente os princípios e diretrizes dessa política para garantir sua efetividade. O papel dos policiais penais é crucial, pois estão em contato direto com a população privada de liberdade e podem facilitar ou

dificultar o acesso aos serviços de saúde. Já os gestores são responsáveis pela integração das ações da PNAISP no Sistema Único de Saúde (SUS), organizando recursos, equipes e fluxos de atendimento. O conhecimento pleno da política por ambos os grupos é necessário para garantir que as ações de saúde sejam realizadas de forma coordenada, equitativa e eficaz, promovendo o cuidado integral e o respeito aos direitos humanos dentro do sistema prisional. A falta de conhecimento pode resultar em falhas na implementação, comprometendo a qualidade dos serviços e o alcance dos objetivos da política.

Batista, Araújo e Nascimento (2019) destacam que profissionais do sistema de justiça que atuam cotidianamente com a população privada de liberdade reconhecem que o direito à saúde deve ser assegurado independentemente da condição de encarceramento. No entanto, esses trabalhadores enfrentam dificuldades em superar preconceitos e estigmas sociais que frequentemente marginalizam essa população, negando-lhes a titularidade plena de direitos sociais. Além disso, a oferta de assistência à saúde no contexto local apresenta lacunas em sua implementação, não atendendo integralmente às diretrizes operacionais preconizadas pelo Sistema Único de Saúde. Acrescentam:

Os resultados da pesquisa apontam que os profissionais da saúde e da justiça têm conhecimento limitado sobre o direito à saúde dessa população. Há dificuldades para que ocorra um diálogo efetivo da gestão dos serviços de saúde local e com os agentes da justiça para efetivação plena da saúde prisional (Batista; Araújo; Nascimento, 2019, p. 78).

Por fim, o estudo supracitado revelou ainda a significativa carência de assistência em saúde para privados de liberdade em situação de detenção provisória, evidenciando a urgência de implementar, na prática, os princípios do SUS. Somente dessa forma seria possível alcançar o desafiador objetivo de promover o diálogo efetivo entre saúde e justiça, permitindo a verdadeira operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Prisional e, conseqüentemente, a melhoria das condições de saúde no sistema prisional. (Batista; Araújo; Nascimento, 2019).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cenário descrito evidencia, acima de tudo, que os direitos humanos das mulheres privadas de liberdade residentes nas Unidades Penais de Palmas e Miranorte não estão plenamente garantidos, especialmente no que diz respeito ao acesso a oferta do cuidado em saúde, constatou-se centralidade das ações em consultas médicas, reproduzindo, portanto, o modelo biomédico-assistencialista, e ainda a carência de ações da promoção a saúde.

Essa situação requer a atenção dos órgãos públicos responsáveis, incluindo os que compõem o Sistema de Justiça, a Secretaria de Estado da Cidadania e Justiça, a Defensoria Pública, o Ministério Público, a Secretaria de Estado da Saúde do Estado, a Secretarias Municipais de Saúde de Palmas e Miranorte e instituições acadêmicas.

Também merece destaque processo de triagem informal realizado pelos Policiais Penais, na medida em que estes coletam as demandas de saúde seja por meio verbal ou por meio de bilhetes, sendo que estes não possuem formação técnica adequada para tal, incorrendo no risco de privilegiar as demandas de casos agudos, deixando de fora casos com sintomatologia pouco expressiva, mas potencialmente graves.

Foi possível notar que é realizada ações regulares de vacinação das mulheres privadas de liberdade, que ocorrem de acordo com o calendário nacional de vacinação em concordância com a Programa Nacional de Imunizações.

Restou percebido ainda a inclusão da população carcerária das unidades pesquisadas nas redes de atenção hierarquizadas do SUS no que diz respeito à observação dos fluxos Referência e a Contrarreferência no Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, incluídas na Rede de Atenção ao Saúde nos termos do Decreto 7.508/11.

A análise das entrevistas com policiais penais e gestores evidenciou preocupação em relação ao rastreamento e testagem de doenças que afetam frequentemente a população privada de liberdade no sistema prisional, ainda foram relatados esforços para garantir atendimentos que visam o controle e/ou a redução dos agravos mais prevalentes.

Ficou claro que há desconhecimento, ou mesmo conhecimento limitado dos policiais penais e das gestoras da Atenção Básica acerca da na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional; e ainda o conhecimento das gestoras estaduais sobre a política. Depreende-se destes fatos que a falta de conhecimento pode resultar em falhas na implementação, comprometendo a qualidade dos serviços e o alcance dos objetivos da política.

6 RECOMENDAÇÕES

Aconselha-se promover iniciativas de educação permanente direcionadas a policiais penais e gestores, visando aprofundar o entendimento sobre os princípios da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP). Essas iniciativas devem englobar treinamentos sobre direitos humanos, saúde mental, prevenção de doenças e cuidados integrais à saúde no contexto prisional, aprimorando as competências dos profissionais, mas também contribuindo para a construção de um ambiente mais respeitoso e humanizado nas instituições prisionais, o que favorece a recuperação e reintegração social dos apenados.

Ainda, recomenda-se que os cursos de formação profissional para policiais penais incluam o ensino sobre os aspectos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP) e demais regramentos pertinentes.

Por fim, é recomendável a elaboração de um protocolo comum a ser seguido por todas as Unidades Penais do Estado do Tocantins, que assegure a oferta adequada de cuidados à saúde dos(as) privadas de liberdade. Este protocolo deve incluir diretrizes claras sobre a dispensação de serviços de saúde, abrangendo a colaboração de instituições acadêmicas e demais atores envolvidos no processo. A padronização das práticas de atendimento permitirá uma abordagem mais eficaz e integrada, garantindo que todos os apenados recebam os cuidados necessários, além de promover um ambiente mais seguro e humano dentro das unidades prisionais. Essa iniciativa contribuirá para a melhoria da qualidade de vida dos detentos e para a efetivação dos direitos previstos na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade.

REFERÊNCIAS

- LIMA, Adeânio Almeida; PINTO, Edenise dos Santos. O contexto histórico da implantação do Programa Nacional de Imunização (PNI) e sua importância para o Sistema Único de Saúde (SUS). **Scire Salutis**, v. 7, n. 1, 2017.
- ANDRADE, Leonardo Carneiro de et al. A população carcerária feminina no estado do Tocantins: uma análise da interseccionalidade de raça, gênero e classe. **Humanidades & Inovação**, v. 9, n. 15, p. 199-209, 2022.
- ANDRADE, Bruna Soares Angotti Batista de. **Entre as leis da Ciência, do Estado e de Deus. O surgimento dos presídios femininos no Brasil**. 2011. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
- ANDRADE, LUANA REIS. As prisões no Capitalismo: punição e produção. **Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**, v. 1, n. 1, 2018.
- AQUINO, Lidiane Castro Duarte de; CRUZ, Danielle Teles da. Encarceramento feminino e bases legais da atenção à saúde da mulher privada de liberdade no Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 31, p. e31040071, 2023.
- ASSIS, Rafael Damaceno de. A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro. **Revista CEJ**, p. 74-78, 2008.
- BARBIERI, Cla et al. A (não) vacinação infantil entre a cultura e a lei: os significados atribuídos por casais de camadas médias de São Paulo, **Brasil. Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 1-11, 2017.
- BARBOSA, Luiz Carlos Silva. Reflexos da Declaração Universal dos Direitos Humanos no ordenamento jurídico brasileiro. **Revista de Direito Internacional e Globalização Econômica**, v. 3, n. 03, p. 57-64, 2018.
- BARBOSA, Mayara Lima et al. Ações de enfermagem para as pessoas privadas de liberdade: uma scoping review. **Escola Anna Nery**, v. 23, 2019.
- BARRETO JUNIOR, Irineu Francisco; PAVANI, Miriam. O direito à saúde na Ordem Constitucional Brasileira. **Revista de Direitos e Garantias Fundamentais**, v. 14, n. 2, p. 71-100, 2013.
- BARSAGLINI, R. Do Plano à Política de saúde no sistema prisional: diferenciais, avanços, limites e desafios. **Physis**, v. 26, n. 4, p. 1429-1439, 2016
- BATISTA, Mara Ilka Holanda de Medeiros et al. Alta prevalência de sífilis em unidade prisional feminina do Nordeste brasileiro. **Einstein (São Paulo)**, v. 18, p. eAO4978, 2020.
- BEZERRA, Alice Taciana Alves Ferreira. **HIV/AIDS endemias infecções sexualmente transmissíveis em população carcerária brasileira: uma revisão sistemática**. Dissertação (Mestrado) –Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Teresina 2015.
- BORGES, Dórkas Pereira; SOUSA, Bárbara Risomar. A Execução de Convênios para a Política Pública de Saúde no Sistema Prisional do Estado do Tocantins: Execution of

Agreements for Public Health Policy in the Prison System of the State of Tocantins. **Revista Brasileira de Execução Penal**, v. 2, n. 1, p. 149-165, 2021.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

BRASIL. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica, a vacinação e outras medidas de prevenção.

BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210.htm

BRASIL. Lei nº 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.

BRASIL. Lei nº 14.326, de 10 de abril de 2022. Altera a Lei nº 7.210, de 1984, para dispor sobre a atenção à saúde no sistema penitenciário.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003. Institui o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica.

BRASIL. Relatório de Informações Penais – RELIPEN, 1º semestre de 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/servicos/sisdepen/relatorios/relipen/relipen-1-semester-de-2023.pdf>

BRASIL. Resolução nº 14, de 11 de novembro de 1994. Estabelece as Regras Mínimas para o Tratamento de Presos no Brasil.

CARVALHO, Nathália Gomes Oliveira. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional: uma análise sobre a evolução normativa. **Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.**, Brasília, 6(4):112-129, out./dez, 2017.

CONSTANTINO, Patricia; ASSIS, Simone Gonçalves de; PINTO, Liana Wernersbach. O impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2089-2100, 2016.

COSTA, Marta Cossetin et al. Políticas de educação e saúde para o atendimento às pessoas privadas de liberdade no Estado do Paraná: o necessário enunciado das assistências ressocializadoras. 2017.

BATISTA, Mignum de Andrade; DE ARAÚJO, Janieiry Lima; DO NASCIMENTO, Ellany Gurgel Cosme. Assistência à saúde das pessoas privadas de liberdade provisória: análise da efetividade do plano nacional de saúde do sistema penitenciário. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 23, n. 2, 2019.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Regras de Mandela: regras mínimas das Nações Unidas para o tratamento de presos. Coordenação: Luís Geraldo Sant'Ana Lanfredi. Brasília: CNJ, 2016. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/09/a9426e51735a4d0d8501f06a4ba8b4de.pdf>. Acesso em: 5 de maio de 2024.

SOUSA, Maria Lucilma Freitas de. **Trajetórias marcadas pela prisão: monitoramento eletrônico, liberdade ou aprisionamento?** 2020. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Direitos Sociais) – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Mossoró, 2020.

DEITOS, Roberto Antonio. Políticas públicas e educação: aspectos teórico-ideológicos e socioeconômicos. **Acta Scientiarum. Education**, v. 32, n. 02, p. 209-218, 2010.

FARIA, Carolina Dourado de; MACHADO, Yuri de Jesus. Análise comparativa: direitos humanos e as leis orgânicas da saúde. **Revista Bioética**, v. 30, p. 558-563, 2022.

FOUCAULT, Michel. Vigiar e punir: nascimento da prisão. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 291-291.

KANT, Immanuel. Fundamentação da metafísica dos costumes. Tradução de Paulo Quintela. São Paulo: Edição 70, 2007. p. 291.

LEAL, César Barros. Regras de Mandela: o desafio da promoção dos direitos humanos dos privados de liberdade no Brasil. **Revista do Instituto Brasileiro de Direitos Humanos**, n. 15, p. 139-150, 2015.

LEAL, Maria do Carmo et al. Nascer na prisão: gestação e parto atrás das grades no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2061-2070, 2016.

LOPES JÚNIOR, Francisco Xavier. **O acesso à saúde no sistema prisional brasileiro pós 1988: a experiência da Penitenciária José de Deus Barros em Picos, Piauí, Brasil**. 2011.

LOPES, Fernanda et al. Prevalência de HIV, papilomavírus humano e sífilis na Penitenciária Feminina da Capital, São Paulo, 1997-1998. **Cadernos de saúde Pública**, v. 17, p. 1473-1480, 2001.

LOPES, Tatiana Coelho; PINHEIRO, Roseni. Trajetórias de mulheres privadas de liberdade: práticas de cuidado no reconhecimento do direito à saúde no Centro de Referência de Gestantes de Minas Gerais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. 2016.

LUTTERBACH, Flavia Gama Corrêa; SERRA, Giane Moliari Amaral; SOUZA, Thais Salema Nogueira de. Amamentação como um direito humano: construção de material

educativo pela voz das mulheres. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 27, p. e220093, 2023.

MACHADO, Igor Suzano. Pensamento hegemônico e norma jurídica: o caso do princípio da isonomia no Brasil e a prisão especial para os portadores de diploma de curso superior. **PANOPTICA (em reformulação)**, v. 3, n. 2, p. 47-61, 2008.

MAIA, Roque Alexandre Soares et al. Sistema prisional brasileiro e o cumprimento da lei de execução penal frente aos direitos e deveres do preso - revisão 2021. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, p. 10-55, 2021.

MENDES, Eugênio Vilaça et al. **A construção social da atenção primária à saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde--CONASS, 2019.

MESQUITA, Deisiane da Silva et al. Agravos e assistência à saúde em um sistema prisional. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 7, p. e606-e606, 2019

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. In: **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 1992. p. 269-269.

MIRANDA, Wellington Gomes et al. A Situação carcerária das reeducandas gestantes e mães com filhos menores de 12 anos no Tocantins: sob a perspectiva do princípio da dignidade da pessoa humana e à luz das Leis 13.257/2016 e 13.769/2018. **Revista Jurídica do Ministério Público do Estado do Tocantins**, v. 1, n. 20, p. 23-23, 2022.

NEVES, Flávia Soares de Sá; DE SOUZA, Igor Daniel Lima. A efetividade do direito à saúde para as mulheres encarceradas. In: **IV Congresso Internacional de Direitos Humanos de Coimbra: uma visão transdisciplinar**. p. 122, 2020.

NICOLAU, Ana Izabel Oliveira et al. Retrato da realidade socioeconômica e sexual de mulheres presidiárias. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, p. 386-392, 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 1948.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1955 Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Reclusos (Regras de Nelson Mandela) https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-P-ebook.pdf

PAIM, Jairnilson Silva et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. 2011.

PINHEIRO, Maria do Carmo Gomes; ROMERO, Luiz Carlos. Saúde como matéria de Direito Constitucional no Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 1, n. 2, p. 47-71, 2012.

REISHOFFER, Jefferson Cruz; BICALHO, Pedro Paulo Gastalho de. A circunscrição histórica das prisões e a crítica criminológica. **Punição e prisão: Ensaios críticos**, p. 13-26, 2015.

SANTOS, Márcia Vieira dos et al. A saúde física de mulheres privadas de liberdade em uma penitenciária do estado do Rio de Janeiro. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 2, p. e20170033, 2017.

SCHULTZ, Águida Luana Veriato et al. Limites e desafios para o acesso das mulheres privadas de liberdade e egressas do sistema prisional nas Redes de Atenção à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, p. e300325, 2020.

SERRA, Renata Moreira et al. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis no sistema prisional: um desafio para a saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 4475-4484, 2022.

SÍCOLI, Juliana Lordello; NASCIMENTO, Paulo Roberto do. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 7, p. 101-122, 2003.

SILVA, José Afonso da. A dignidade da pessoa humana com valor supremo da democracia. **Revista de direito administrativo**, v. 212, p. 89-94, 1998.

SILVA, Polyanna Bezerra Alves da et al. Assistência de enfermagem prestada às pessoas privadas de liberdade no ambiente hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

SIMAS, Luciana et al. Análise crítica do modelo de atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade no Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 10, n. 1, p. 39-55, 2021.

SOUZA, Luciana Karine de. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. **Arquivos brasileiros de psicologia**. Rio de Janeiro. Vol. 71, n. 2 (maio/ago. 2019), p. 51-67, 2019.

SOUZA, Virginia Ramos dos Santos et al. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, p. eAPE02631, 2021.

THIRY-CHERQUES, Hermano Roberto et al. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **Revista PMKT**, v. 3, n. 2, p. 20-27, 2009.

TOCANTINS. Lei nº 3.879, de 7 de janeiro de 2022, publicada no Diário Oficial do Estado (DOE) nº 6003, de 7 de janeiro de 2022

TOCANTINS. Portaria nº 569, de 29 de março de 2017

VALIM, Edna Maria Alves; DAIBEM, Ana Maria Lombardi; HOSSNE, William Saad. Atención de la salud de personas privadas de libertad. **Revista Bioética**, v. 26, p. 282-290, 2018.

WHO (World Health Organization). *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2007.

APÊNDICE

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).

Convidamos o (a) Sr (a) _____ a participar da pesquisa: **ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE: ANÁLISE DA EFETIVIDADE DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE EM UNIDADES PENAIS FEMININAS DO ESTADO DO TOCANTINS**, sob a responsabilidade da pesquisadora Prof^ª Dr^ª Marta Azevedo dos Santos (UFT) e Plínio Azevedo Jacundá de Paula (UFT).

A pesquisa objetiva compreender a assistência à saúde das pessoas privadas de liberdade residentes na Unidade Penal Feminina de Palmas e Unidade Penal Feminina de Miranorte, sob a ótica e perspectiva dos gestores, e trabalhadores que integram o Sistema de Justiça (Policiais Penais), no contexto da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional.

Sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou ônus, mas contribuirá para o conhecimento, reflexão, fomentar a discussão e gerar dados sobre a saúde prisional. Possivelmente pode vir a gerar ações transformadoras que podem entender seus reflexos nos Sistema Único de Saúde e no Sistema Penitenciário.

Se depois de consentir sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo.

O (a) Sr (a) ressarcido (compensação material) de quaisquer despesas decorrente da pesquisa, bem como seus acompanhantes, quando necessário, tais como transporte e alimentação. Tal compensação se dará em moeda em espécie, ficando a cargo dos pesquisadores responsáveis.

Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados de forma coletiva, sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo.

Sua participação se dará por meio de respostas a questionários que utilizará a entrevista semiestruturada, registrados em equipamentos de gravação de áudio para posterior análise dos dados pelos pesquisadores. É garantida a privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases. As informações poderão ser divulgadas de forma coletiva e anônimas. Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento, você não precisa realizá-lo.

Os riscos decorrentes da sua participação na pesquisa são as possíveis situações desconforto, constrangimento ou alterações de comportamento durante gravações de áudio e

ainda; possibilidade de constrangimento ao responder o instrumento de coleta de dados; medo de não saber responder ou de ser identificado; estresse; quebra de sigilo; cansaço ou vergonha ao responder às perguntas; dano; quebra de anonimato, e ainda trazendo à memória experiências ou situações vivenciadas.

O (a) Sr (a) receberá assistência integral e imediata, de forma gratuita, à custas dos pesquisadores, pelo tempo que for necessário em caso de danos decorrentes da pesquisa.

A(o) Sr (a) será garantido(a) pelos pesquisadores responsáveis, nas diferentes fases da pesquisa, assistência imediata, em decorrência de quaisquer complicações e danos decorrentes da pesquisa.

A pesquisadora Prof.^a Dr.^a Marta Azevedo dos Santos ficará à disposição dos participantes da pesquisa para as orientações psicológicas individuais que se fizerem necessárias.

A(o) Sr (a) tem direito à indenização, a custas dos pesquisadores responsáveis, em caso de danos decorrentes da pesquisa, nas suas diferentes fases, seja agravo imediato ou posterior, direto ou indireto, previstos ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para obtenção de qualquer tipo de informação sobre os seus dados, esclarecimentos, ou críticas, em qualquer fase do estudo, o(a) Sr.(a) poderá entrar em contato com a coordenadora da pesquisa: Prof.^a Dr.^a Marta Azevedo dos Santos (Endereço: Universidade Federal do Tocantins Quadra 109 Norte, Av. NS 15, ALCNO-14, Plano Diretor Norte, CEP: 77001-090, Palmas/TO, Bloco Bala II, sala 10 A, e-mail: mar-azevedo@hotmail.com, ou pelo telefone (63) 3229-4700/ (63) 99971-6233) e Plínio Azevedo Jacundá de Paula (Endereço: Quadra 704 Sul, Alameda 17, Lote 26, Plano Diretor Sul, CEP: 77022-362, Palmas/TO, e-mail: plinioazevedodepaula@gmail.com, ou pelo telefone (63) (63) 98459-6432.

Para sanar quaisquer dúvidas quanto aos aspectos éticos da pesquisa o(a) Sr.(a) poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Tocantins – CEP/UFT, localizado no endereço 109 Norte, Av. NS 15, ALCNO 14, Plano Diretor Norte, Campus Universitário de Palmas - UFT, Prédio da Reitoria – Sala 2 , e-mail: cep_uft@uft.edu.br, telefone (63) 3229-4023 de segunda a sexta no horário comercial (exceto feriados).

Eu, _____, fui informado (a) pela (o) pesquisador (a) em como proceder e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não receberei nenhum tipo de compensação financeira pela minha participação neste estudo e que posso sair a qualquer momento, independente da etapa do projeto. Este documento é emitido em duas vias, que serão ambas assinadas por mim e pela pesquisadora responsável, ficando uma via com cada um de nós.

Reclamações e/ou insatisfações relacionadas à sua participação na pesquisa poderão ser comunicadas por escrito à Secretaria do CEP/UFT e sendo que o seu nome será mantido em anonimato.

Eu, _____,

() Autorizo ; () Não autorizo: a gravação da minha entrevista através de equipamentos de gravação de áudio (gravador).

_____, ____ de _____ de 2023.

Assinatura do (a) participante do projeto

Assinatura da pesquisadora responsável

Prof^ª Dr^ª Marta Azevedo dos Santos

Matrícula 2569748

APÊNDICE B – QUESTÕES NORTEADORAS

1. *Quais as Estratégias tomadas pelos profissionais no sentido de garantir o direito à saúde da população privada de liberdade?*

- 1.1 São garantidas ações integrais de atenção à saúde da pessoa privada de liberdade, no conjunto de ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, recuperação e vigilância em saúde? Quais? Você sabe se são realizadas ações de atenção à saúde da pessoa privada de liberdade? Quais?
- 1.2 Diferente da igualdade, que defende que todos os seres humanos são iguais, a equidade propõe reconhecer as diferenças dos indivíduos e entender que grupos específicos partem de lugares diferentes na sociedade. Neste sentido, os atendimentos reconhecem as diferenças e singularidades das pessoas privadas de liberdade (como possuidoras de direito)?
- 1.3 São promovidas iniciativas de ambiência humanizada e saudável com vistas à garantia da proteção dos direitos dessas pessoas?
- 1.4 São garantidos atendimentos em todos os níveis de complexidade, assegurada por meio da Rede Atenção à Saúde no território? São claros e observados os fluxos de atendimento, referências e contra referências?
- 1.5 A participação popular e o controle social em saúde, dentre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) pois se constituem na garantia de que a população participará do processo de formulação e controle das políticas públicas de saúde. Neste contexto, os Conselhos de Saúde participam efetivamente nos processos de formulação e gestão de políticas para atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade?

2. *De que maneira a população privada de liberdade é assistida quando necessita de atendimento de modo a suprir suas necessidades e/ou a resolução de um problema de saúde?*

- 1.1. Estes atendimentos promovem cidadania e inclusão das pessoas privadas de liberdade por meio da articulação com os diversos setores de desenvolvimento social, como educação, trabalho e segurança?
- 1.2. Estes atendimentos garantem atenção integral resolutiva, contínua e de qualidade às necessidades de saúde população privada de liberdade no sistema prisional, com ênfase em atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais?

- 1.3. São garantidos atendimentos controle e/ou redução dos agravos mais frequentes que acometem a população privada de liberdade no sistema prisional, tais como: tuberculose, hanseníase, infecções sexualmente transmissíveis (HIV/AIDS), enfermidades bacterianas, fúngicas e parasitárias?
- 1.4. Nos atendimentos são observados respeito à diversidade étnico-racial, às limitações e às necessidades físicas e mentais especiais, às condições econômicosociais, às práticas e concepções culturais e religiosas, ao gênero, à orientação sexual e à identidade de gênero?

2. *Quais ações são desenvolvidas para a garantia do direito à saúde aos indivíduos residentes na UP?*

- 3.1 É garantida a autonomia dos profissionais de saúde para a realização do atendimento das pessoas privadas de liberdade?
- 3.2 São realizadas ações conjuntas das áreas da saúde e da justiça, no sentido de qualificar e humanizar a atenção à saúde no sistema prisional por meio de ações conjuntas?
- 3.3 Os trabalhadores em serviços penais (Policiais Penais e outros), os familiares e demais pessoas que se relacionam com as pessoas privadas de liberdade são envolvidos em ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos no âmbito da PNAISP.

3. *O Sr.(a) conhece a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída PORTARIA INTERMINISTERIAL nº 1, DE 2 DE JANEIRO DE 2014 que Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)?*

- 6.1 Se conhece, quais os pontos mais relevantes da PNAISP que você destacaria?
- 6.2 Os recursos (oriundos da PNAISP) que compõem o financiamento de programas e ações na rede de atenção à saúde transferidos de forma regular e automática são suficientes?
- 6.3 É prestada assessoria técnica e apoio institucional no processo de gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações da PNAISP? Se sim, por quem ou órgão?

6.4 É prestado apoio, técnico e financeiramente, a construção, a ampliação, a adaptação e o aparelhamento das unidades básicas de saúde no estabelecimento prisional ?

6.5 Se pudesse mudar algo na aplicação da PNAISP, o que mudaria?

APÊNDICE C – FORMULÁRIO/ENTREVISTA

No Contexto das Unidades Penais Femininas de Palmas e Miranorte:

1. Você sabe se são realizadas ações de atenção à saúde da pessoa privada de liberdade? Quais?
2. Existe algum fluxo ou protocolo de atendimento para atendimento das mulheres privadas de liberdade na(s) Unidade Penal (ais)?
3. Existe algum cronograma ou agenda de atendimento para assistência à saúde das mulheres privadas de liberdade na(s) Unidade Penal (ais)?
4. De que maneira se dá atendimento para atendimento das demandas espontâneas de urgência e emergência das mulheres privadas de liberdade na(s) Unidade Penal (ais)?
5. Em situações de agravamento de condições de saúde, em que exigem atendimento especializado, internação e tratamentos mais complexos, como e onde eles se dão?
6. Você sabe se são desenvolvidas ações com ênfase em atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais?
7. Estes atendimentos garantem atenção integral resolutiva, contínua e de qualidade?
8. Você sabe se são realizadas ações, tais como: Processo contínuo e sistemático de coleta dados de saúde na Unidade Penal? Consolidação, análise de dados e disseminação de informações? Eventos relacionados à saúde visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública?
9. Você sabe se os atendimentos de saúde reconhecem as diferenças e singularidades das pessoas privadas de liberdade, tais como: idade, orientação sexual e identidade de gênero, raça, etnia? (envolve compromisso e uma valorização do ser humano como um todo como e por reconhecer as apenadas como possuidoras de direito).
10. Você sabe se os atendimentos de saúde reconhecem as diferenças e singularidades das pessoas privadas de liberdade, tais como: às limitações e às necessidades físicas e mentais especiais, às condições econômicosociais, às práticas e concepções culturais, religiosas, etc?

11. Você avalia o tratamento humanizado no que diz respeito a atenção à saúde das mulheres privadas de liberdade na(s) Unidade Penal(ais)?
12. Há participação da comunidade e de instituições nas ações, formulação e controle das políticas públicas de saúde das mulheres privadas de liberdade na(s) Unidade Penal(ais)? Se sim, por quem ou órgão?
13. Você sabe se o Conselho de Saúde e Conselho da Comunidade participam efetivamente nos processos de formulação e gestão de políticas para atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade? Quais? Você sabe se são realizadas ações da articulação com outras áreas/setores: desenvolvimento social, como educação, trabalho e segurança?
14. Você sabe se são garantidos atendimentos controle e/ou redução dos agravos mais frequentes que acometem a população privada de liberdade no sistema prisional, tais como: tuberculose, hanseníase, infecções sexualmente transmissíveis (HIV/AIDS), enfermidades bacterianas, fúngicas e parasitárias?
15. É garantida a autonomia dos profissionais de saúde para a realização do atendimento das pessoas privadas de liberdade?
16. Os trabalhadores em serviços penais (Policiais Penais e outros), os familiares e demais pessoas que se relacionam com as pessoas privadas de liberdade são envolvidos em ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos?
17. Você conhece a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)? Se conhece, quais os pontos mais relevantes da PNAISP que você destacaria?
18. Você sabe se os recursos (oriundos da PNAISP) que compõem o financiamento de programas e ações na rede de atenção à saúde transferidos de forma regular e automática são suficientes?
19. Se pudesse mudar algo na aplicação da PNAISP, o que mudaria?