



**Universidade do Minho**  
Instituto de Ciências Sociais

Luciana Nóbrega de Melo

**O princípio da dignidade da pessoa  
humana face à realidade precária da  
saúde do sistema prisional no estado  
de Pernambuco**



**Universidade do Minho**

Instituto de Ciências Sociais

Luciana Nóbrega de Melo

**O princípio da dignidade da pessoa humana face à realidade precária da saúde do sistema prisional no estado de Pernambuco**

Dissertação de Mestrado  
Crime, Diferença e Desigualdade

Trabalho efetuado sob a orientação do  
**Professor Doutor José Cunha Machado**

## **DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS**

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

### ***Licença concedida aos utilizadores deste trabalho***



**Atribuição  
CC BY**

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

## **AGRADECIMENTOS**

Inicio agradecendo a Deus, que me trouxe até aqui, tão longe geográfica e fisicamente, que por muitas vezes segurou as minhas mãos e enxugou minhas lágrimas nas horas de aflição que não foram poucas. A estrada até aqui foi longa e o caminho nada fácil, mas, aqui estou e sou grata!

Agradeço ao meu orientador, Professor Doutor José Cunha Machado que com sua bondade e paciência não me deixou desistir e me fez aprender e pensar com este estudo.

Ao meu marido Fernando Ferreira, não palavras para agradecer tamanha paciência, carinho, sem sua parceria esse sonho não se realizaria.

Aos meus filhos, Amanda e Alexandre, os maiores amores que tenho na vida, que me apoiaram nessa escolha tão saudosa, pois me tirou da companhia diária e dos melhores abraços do mundo. . Aos meus filhos de quatro patas: Zé, Dora, Paçoca, Thor e Gigi que atravessaram o atlântico comigo nessa jornada. Paçoca, meu amor, que se foi de forma tão inesperada no fim dessa jornada, obrigada por ficar comigo nas madrugadas de escrita. Tenho certeza que ai do céu dos gatinhos você está orgulhoso de sua mãe.

Aos meus irmãos, Ana Paula e Cláudio, que ouviram minhas queixas, me aguentaram, aconselharam e me ajudaram muito nessa jornada.

Ao meu genro Thiago e a minha nora Luana, que apoiaram meus filhos no momento de ausência e saudade.

Ao meu pai, obrigada por tudo, por entender minha ausência e por todo amor dedicado a meus filhos. A minha mãe (in memorian), que mesmo sem sua presença física está sempre comigo e que me ensinou que conhecimento é algo que ninguém pode nos tirar.

Aos meus tios, tias, sobrinhos, sobrinha, primos, primas e amigo que são parte da saudade que aperta o peito.

Por fim, agradeço a todos os professores do curso, aos colegas do Mestrado em Crime, Diferença e Desigualdade, pela troca de conhecimentos, e em especial a Aline, Amanda, Andrea, Layza e Mariana, que nunca soltaram minha mão.

## **DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE**

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

## **O princípio da dignidade da pessoa humana face à realidade precária da saúde do sistema prisional no estado de Pernambuco**

### **RESUMO**

O presente estudo, tenta, pois, nos limites do que dispõe, focar a discussão sobre a efetividade e aplicabilidade da jurisdição no sistema penitenciário dentro das dificuldades de assistência médica/psicossocial aos detentos, tendo por objeto os dispositivos legais vigentes. Passaremos a abordar objetivamente o tema referente à assistência à saúde do preso, especificamente no Estado de Pernambuco, evidenciando a discrepância entre o idealismo normativo e a realidade política assombrosa. Para tanto, busca o trabalho alicerçar o estudo com noções fundamentais a respeito da origem dos direitos humanos, pois antes de se atingir a problemática, faz-se necessário uma breve exposição do tema, para, a partir desse embasamento, adentrar o estudo ao problema. Também serão apresentadas as considerações acerca da Lei de Execução Penal.

A metodologia será qualitativa: recolha e análise de dados em fonte governamental, identificando a situação de saúde nos estabelecimentos prisionais com o respectivo enquadramento legal brasileiro. Superado o ponto inicial da investigação, as respectivas ilações serão adequadamente transpostas para o ambiente prisional. Pretende-se, especificamente: abordar as garantias do preso; a precária assistência à saúde ofertada; a incidência de moléstias agravadas em decorrência da superlotação carcerária em um ambiente insalubre que tornam as prisões ambientes propícios à promiscuidade social, ociosidade e violência.

Por fim, as informações que pretendemos abordar exercem um papel informativo importante, em um momento em que nossa sociedade vive uma eterna crise no sistema penitenciário. Assim, necessário se faz que sejam efetivadas medidas para que o Estado cumpra com o seu dever institucional e indelegável de atender a saúde dos presos. Como resultado, tenciona-se compreender as razões desse comportamento, bem como a necessidade de adoção de medidas para o cumprimento das políticas de saúde para a população encarcerada.

**Palavras-Chave:** Direitos humanos. Princípio da dignidade da pessoa humana. Saúde. Sistema penitenciário.

# **The principle of human dignity in the face of the precarious health reality of the prison system in the state of Pernambuco**

## **ABSTRACT**

The present study, therefore, tries, within the limits of what it has, to focus the discussion on the effectiveness and applicability of the jurisdiction in the penitentiary system within the difficulties of medical/psychosocial assistance to the detainees, having as object the current legal devices. We will now objectively address the issue related to prisoner health care, specifically in the State of Pernambuco, highlighting the discrepancy between normative idealism and the astonishing political reality. Therefore, the work seeks to base the study with fundamental notions about the origin of human rights, because before reaching the problem, it is necessary to briefly expose the theme, in order, from this foundation, to enter the study to the problem. Considerations about the Penal Execution Law will also be presented.

The methodology will be qualitative: collection and analysis of data from a government source, identifying the health situation in prisons with the respective Brazilian legal framework. After surpassing the starting point of the investigation, the respective conclusions will be properly transposed to the prison environment. It is specifically intended to: address the prisoner's guarantees; the precarious health care offered; the incidence of aggravated illnesses as a result of prison overcrowding in an unhealthy environment that make prisons environments conducive to social promiscuity, idleness and violence.

Finally, the information we intend to address plays an important informative role, at a time when our society is experiencing an eternal crisis in the penitentiary system. Thus, it is necessary that measures are implemented so that the State fulfills its institutional and non-delegable duty to care for the health of prisoners. As a result, it is intended to understand the reasons for this behavior, as well as the need to adopt measures to comply with health policies for the incarcerated population.

**Keywords:** Human rights. Principle of human dignity. Health. Penitentiary system.

## Índice

Introdução .....	12
1. Contextualização teórica .....	16
1.1. Das garantias jurídicas do preso .....	16
1.1.1. Das Cartas das Nações Unidas .....	16
1.1.2. Regras Mínimas para o Tratamento do Preso .....	18
1.1.3. Das garantias constitucionais.....	19
1.2. Da Lei da Execução Penal.....	22
1.2.1. Evolução histórica.....	22
1.2.2. Conceito, objeto e finalidade da execução penal.....	24
1.2.3. Natureza jurídica .....	27
1.2.4. Dos direitos, dos deveres e da disciplina prisional .....	28
2. Dignidade humana e realidade prisional.....	31
2.1. A assistência .....	31
2.1.1. A assistência à saúde .....	31
2.1.2. Assistência à saúde do preso à luz do ordenamento jurídico.....	32
2.2. O sistema carcerário no Brasil e a saúde do preso .....	35
2.3. Os problemas de saúde enfrentados pelos reclusos .....	39
2.4. Políticas públicas de promoção da saúde e a sua implementação .....	41
3. Sistema prisional de Pernambuco .....	44
3.1. Gestão e composição do sistema .....	44
3.2. A realidade prisional no estado de Pernambuco .....	46
3.3. A assistência à saúde do preso no contexto do estado de Pernambuco.....	49
3.4. As doenças e agravos .....	52
3.5. O acesso ao tratamento na prisão.....	54
Conclusão .....	57
Bibliografia .....	62
Legislação .....	66
Outra documentação .....	69



## **Abreviaturas e Siglas**

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida  
CEASP – Coordenação Estadual Atenção à Saúde Prisional  
CHSP – Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário  
CNJ – Conselho Nacional de Justiça  
COTEL – Centro de Observação Criminológico e Triagem Professor Everaldo Luna  
CPFAL – Colônia Penal Feminina de Abreu e Lima  
CPFB – Colônia Penal Feminina de Buíque  
CPFR – Colônia Penal Feminina do Recife  
CRA – Centro de Ressocialização do Agreste (Canhotinho)  
DEPEN – Departamento Penitenciário Nacional  
DST – Doenças sexualmente Transmissíveis  
DUDH – Declaração Universal dos Direitos Humanos  
EABP – Equipe de Atenção Básica Prisional  
HCTP – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico  
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana  
INFOPEN – Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias  
LEP – Lei de Execução Penal  
MS – Ministério da Saúde  
MJSP – Ministério da Justiça e Segurança Pública  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
ONU – Organização das Nações Unidas  
PABA – Presídio Advogado Brito Alves (Arcoverde)  
PAISJ – Penitenciária Agroindustrial de São João (Ilha de Itamaracá)  
PAMFA – Presídio Asp Marcelo Francisco de Araújo (Recife)  
PDAD – Presídio Desembargador Augusto Duque (Pesqueira)  
PDEG – Penitenciária Dr. Evaldo Gomes (Petrolina)  
PDEPG – Penitenciária Dr. Ênio Pessoa Guerra (Limoeiro)  
PCSS – Presídio Santa Cruz do Capibaribe  
PFDB – Presídio Frei Damião de Bozzano (Recife)  
PI – Presídio de Igarassu (Itapissuma)

PJALLB – Presídio Juiz Antônio Luiz Lins de Barros (Recife)  
PJPS – Penitenciária Juiz Plácido de Souza (Caruaru)  
PPBC – Penitenciária Professor Barreto Campelo (Ilha de Itamaracá)  
PRRL – Presídio Rorenildo da Rocha Leão (Palmares)  
PTAC – Presídio de Tacaimbó (Tacaimbó)  
PVSA – Presídio de Vitória de Santo Antão  
PES – Plano Estadual de Saúde  
PIDCP – Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos  
PNAISP – Política Nacional de Atenção Integral no Sistema Prisional  
PNSSP – Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário  
PPL – Pessoa Privada de Liberdade  
SAP – Superintendência de Atenção Primária à Saúde  
SEAP-HC/USP/SP – Serviço de Extensão ao Atendimento de Pacientes HIV/AIDS do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo  
SEAS – Secretaria Executiva de Atenção à Saúde  
SERES – Secretaria Executiva de Ressocialização  
SES/PE – Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCE – Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco  
UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS  
UNIS – Unidade de Internação Socioeducativa  
UP – Unidades Prisionais

## **Índice de figuras**

Figura 1. Mapa dos municípios do Estado de Pernambuco .....	44
---	----

## **Índice de gráficos**

Gráfico 1. Déficit de vagas do sistema prisional (Jul-Dez.2020).....	37
Gráfico 2. Taxa de incidência de tuberculose – Brasil, 2021 .....	40
Gráfico 3. Comparativo de superlotação: Brasil com destaque para o Estado de Pernambuco..	47
Gráfico 4. Número de presos vs. Número de vagas .....	47
Gráfico 5. Incidências de doenças no sistema prisional de Pernambuco – 2014.....	53

## **Índice de quadros**

Quadro 1. Presos no sistema penitenciário – Brasil, 2018-2019 .....	36
Quadro 2. Princípios, diretrizes e objetivos da PNAISP.....	42
Quadro 3. Unidades prisionais do Estado de Pernambuco .....	45
Quadro 4. Unidades prisionais vs. População carcerária.....	48
Quadro 5. Número de profissionais de saúde nos estabelecimentos prisionais de Pernambuco	51

## Introdução

Os Direitos Humanos centram seu conceito em reconhecer que o princípio da dignidade da pessoa humana possui função norteadora sobre a ordem jurídica, determinando o bom e o justo para o homem. Para Zaffaroni e Pierangeli (2015), a dignidade da pessoa humana está inerentemente associada à Declaração Universal dos Direitos do Homem de 1948. Segundo os autores, os aspectos mais importantes trazidos pelos Direitos Humanos estão elencados nos artigos I e II da Declaração Universal: “Todos os homens nascem livres e iguais em dignidade de direitos”.

As flagrantes violações aos direitos despertaram a necessidade de uma nova ordem jurídica: uma justiça globalizada, baseada na cooperação internacional. Surge então as Regras Mínimas para o Tratamento do Preso, documento oficial da ONU aprovado em 1955. Segundo Cesar Barros Leal:

as regras mínimas constituem um estado universal dos direitos do preso comum, como uma carta de princípios direcionados à proteção da dignidade, da integridade física e moral, da sua reintegração social, e a garantia de que o preso não será submetido as condutas abusivas, ilegais ou extraordinárias à sentença. (Leal, 1994, p.66).

O Brasil adotou grande parte das orientações das Regras Mínimas, recepcionadas no texto da Lei de Execução Penal - Lei 7.210/84. Com ela, estabeleceu-se um conjunto de direitos ao encarcerado relativos à sua integridade moral e física e, principalmente, à saúde. Passou-se a ter um olhar mais humanizado sobre o sistema penitenciário. Para Rodrigo Roig:

a responsabilidade em garantir saúde é do Estado, devendo os presos usufruírem dos mesmos serviços de saúde ofertados à comunidade, sem discriminação motivada pela sua situação jurídica (Regra 24 das novas Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de presos. (Roig, 2018, p. 79).

Contudo, a concepção do sistema carcerário no Brasil, desde sua criação, apresentou problemas no que tange ao seu funcionamento, com início na arquitetura das unidades prisionais, que possuem muro altos, portas, grades, trancas, baixa presença de luz. Sempre foi visto como o lugar onde os detentos teriam que passar algum tempo para cumprir sua pena e retornar

melhor ao convívio em sociedade (Vasconcelos, Queiroz & Calixto, 2011). Só que os presídios, à luz da sociedade, sempre foram vistos como uma masmorra, lugar de banimento do convívio social para os criminosos, muito embora a Constituição Brasileira de 1824, já contradizesse essa lógica banitiva do cárcere no Brasil, voltado inicialmente para castigar o indivíduo, pois aluzia que “as cadeias teriam que ser seguras, limpas, bem arejadas, com diversas casas para separação dos réus conforme suas circunstâncias e natureza dos seus crimes (Constituição Brasileira, 1824).

Como preleciona Dropa (2018), os direitos humanos tem como pressuposto garantir a dignidade do sujeito enquanto pessoa humana. Só que infelizmente não é isso que vislumbramos nos estabelecimentos prisionais do Brasil, pois há prisões que se encontram em condições sub-humanas, violando diretamente os direitos humanos e o art. 5º da Constituição Federal de 1988 (Dropa, 2018).

Para tanto, tentaremos, nos limites do que se dispõe enfocar a discussão sobre a efetividade e aplicabilidade da jurisdição no sistema penitenciário dentro das dificuldades de assistência médica/psicossocial aos detentos, tendo por objeto os dispositivos legais vigentes. Passaremos a abordar objetivamente o tema referente à assistência à saúde do preso, especificamente no Estado de Pernambuco, evidenciando a discrepância entre o idealismo normativo e a realidade política assombrosa. A pesquisa realizada, através do estudo da doutrina e recolha de dados, tem como desiderato apresentar, debatendo alguns temas relevantes, de maneira rápida e geral, sobre a assistência à saúde do preso no Estado de Pernambuco.

Assim, buscaremos no primeiro capítulo, alicerçar o estudo com noções fundamentais a respeito da origem dos direitos humanos, sobre a reclusão e dignidade humana, a constituição, as considerações preliminares acerca da evolução histórica da Lei de Execução Penal, seu conceito, objeto, finalidade e natureza jurídica, pois antes de se atingir a problemática, faz-se necessário uma breve exposição do tema, para, a partir desse embasamento, adentrar o estudo ao problema.

No capítulo seguinte, abordaremos a dignidade humana e realidade prisional, a assistência à saúde a luz do ordenamento jurídico, o sistema carcerário no Brasil, os problemas de saúde enfrentados pelos presos, bem como as políticas de promoção da saúde e sua implementação. As pessoas privadas de liberdade (PPL) são mais vulneráveis socialmente em decorrência da posição que ocupam na sociedade, com poucas oportunidades e restrição ao acesso a bens e serviços (Diuna et al., 20018), com destaque para o trabalho, educação e saúde (Valim, Daibem & Hossne, 2018). No que tange à saúde, as condições insalubres de confinamento, superlotação

das unidades prisionais (UP), potencializam o comprometimento da saúde física e mental, quando comparadas com a população em geral. A partir dos anos 1980, o debate em torno da garantia do acesso à saúde da pessoa privada de liberdade (PPL) passou a fazer parte da agenda governamental brasileira (Schultz et al., 2017), através dos três dispositivos legais, quais sejam: Lei de Execuções Penais (LEP), Plano Nacional de Assistência à Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). A Lei de Execução Penal (LEP), primeiro marco da saúde no sistema prisional, mesmo prevendo a assistência à saúde de forma preventiva e curativa, apenas contemplou atendimento médico, farmacêutico e odontológico (Brasil, 1984).

À luz da Constituição Federal de 1988, em seu art. 196, a assistência à saúde é direito de todos os indivíduos, inclusive dos que se encontram privados de liberdade, quando afirma: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” Observados os princípios e diretrizes do SUS o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP), através da Portaria Interministerial nº 1.777/2003 aprovam o PNSSP, que tem como objetivo o acesso da população privada de liberdade ao SUS, sendo este o segundo marco legal. O terceiro marco, a PNAISP foi instituída pela portaria MS/MJ nº 1, de 2 de janeiro de 2014, com o objetivo de garantir o acesso dos presos ao cuidado integral no Sistema Único de Saúde - SUS.

Porém, o sistema carcerário do Brasil tem inúmeros desafios no que diz respeito a saúde dos condenados. O inchaço do contingente populacional nos últimos anos traz à baila o agravamento das condições insalubres de saúde dos presos, levando a transmissão de doenças infectocontagiosas como tuberculose, aids, infecções de pele, pneumonia e tantas outras que assombram esse ambiente (Minayo e Constantino, 2016).

O terceiro capítulo fala da saúde no sistema prisional de Pernambuco, bem como a precária assistência à saúde prestada. Nesta população, rege-se a incidência de doenças agravadas em decorrência da superlotação carcerária, bem como de um ambiente insalubre que tornam as prisões ambientes propícios à promiscuidade social, ociosidade e violência. Constata-se, pois, que o contexto geral nos quais os detidos estão inseridos é degradante. Violando e renegando o direito à saúde do encarcerado, o Estado acaba por contribuir para a deterioração da saúde no sistema prisional, podendo transformar uma simples pena de cárcere numa possível pena de morte, uma vez que ao iniciar o cumprimento de sua pena, esta população é excluída de todo e qualquer

direito constitucionalmente garantido. A saúde das pessoas privadas de liberdade indubitavelmente é questão de ordem pública. Infelizmente a realidade que vivenciamos quanto a assistência ofertada aos reclusos pelo Estado de Pernambuco praticamente inexistente, não há acesso ao SUS.

Assim, pretende-se analisar as condições de saúde da população condenada a pena privativa de liberdade, e o acesso dessa população ao Sistema Único de Saúde, para que sejam efetivadas medidas para que o Estado cumpra com o seu dever institucional e indelegável de atender a saúde dos presos, pois a dificuldade de acesso à saúde, preconceito para lidar com esses pacientes, a ausência de profissionais e tratamento inadequados são questões que tornam mais vulneráveis as pessoas em situação de cárcere. Violando o acesso à saúde, o Estado estaria contribuindo para exclusão de um direito constitucionalmente garantido.

Por fim, as informações que pretendemos abordar exercem um papel informativo importante em um momento em que nossa sociedade vive uma eterna crise no sistema penitenciário. Como resultado, tenciona-se compreender as razões desse comportamento, contribuindo para o debate acadêmico, bem como a necessidade de adoção de medidas para o cumprimento das políticas de saúde para a população encarcerada.

## **1. Contextualização teórica**

### **1.1. Das garantias jurídicas do preso**

O núcleo do conceito de direitos humanos se encontra no reconhecimento da dignidade da pessoa humana que se expressa no sistema de valores e exerce uma função orientadora sobre a ordem jurídica, porquanto estabelece o bom e o justo para o homem. É uma forma abreviada de mencionar os direitos fundamentais da pessoa humana, adquiridos em um processo histórico de civilização da humanidade. Sem eles a pessoa não é capaz de se desenvolver o suficiente para participar plenamente da vida em sociedade.

Historicamente, o princípio que invoca a dignidade da pessoa humana é tão antigo quanto a humanidade pois, inicialmente, os direitos humanos eram considerados afirmações morais sem qualquer base jurídica, esta, adquirida ao longo da evolução da sociedade.

No início da história do direito penal, não se sucedeu o reconhecimento das garantias jurídicas do preso, o que estimulou juízos desfavoráveis e desvalorativos sobre sua pessoa. Assim, não se limita, atualmente, à preservação da integridade física e psíquica das pessoas na medida em que devem preservar também, os direitos sociais, econômicos, culturais, ambientais e demais necessidades que possibilitem uma melhor qualidade de vida ao ser humano durante a sua existência. Apresenta, pois, características singulares, quais sejam: imprescritibilidade, pois os direitos humanos não se perdem pelo decurso do prazo; inalienabilidade, posto que não há possibilidade de transferência de direitos humanos; irrenunciabilidade, inviolabilidade, universalidade, efetividade e complementaridade.

#### **1.1.1. Das Cartas das Nações Unidas**

Embora a luta pelo reconhecimento de direitos humanos seja anterior à Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH de 10.12.1948)<sup>1</sup> não se pode negar que a mesma se tornou um marco institucional para efetivação e garantia desses direitos. Nos remete ao período pós-guerras mundiais a institucionalização da universalização dos Direitos Humanos através da promulgação

---

<sup>1</sup> A Declaração Universal dos Direitos Humanos é um dos documentos básicos das Nações Unidas e foi publicada em 1948. Nela são enumerados os direitos inerentes a todos.



da Declaração Universal de Direitos Humanos, conhecida como a Carta das Nações Unidas<sup>2</sup>, que estabeleceu princípios básicos de reconhecimento à proteção da dignidade da pessoa humana, como valor absoluto a qualquer indivíduo e em qualquer situação jurídica em que ele se encontre.

A Declaração Universal dos Direitos do Homem elevou tais direitos à esfera do Direito Internacional onde os países membros das Nações Unidas mantêm o compromisso de adotarem medidas para salvaguardá-los das violações generalizadas dos direitos e liberdades humanas, pois, nesse período, imperava a noção de que os Estados não tinham que prestar contas a nenhuma outra instância a respeito do tratamento ofertado aos seus nacionais.

Nessa perspectiva, em 1948, a Carta das Nações Unidas constituiu como um de seus princípios, o estímulo ao respeito aos direitos humanos e às liberdades fundamentais de todos, considerando que todos, sem exceção, são sujeitos de direitos, ainda que privados de sua liberdade. Neste período a ONU<sup>3</sup> adotou a Declaração Universal dos Direitos Humanos que dispõe em seus artigos I e II o que segue:

Artigo I. Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade.

Artigo II. Toda pessoa tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidos nesta Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição.

É importante referenciar que esta declaração constituiu um grande avanço dado pela comunidade internacional, devido ao seu caráter moral, persuasivo, decorrente do consenso de que se trata de uma declaração de regras internacionais de aceitação geral, que, vinculada ao

---

<sup>2</sup> A Carta das Nações Unidas ou Carta de São Francisco é o acordo que forma e estabelece a organização internacional alcunhada Nações Unidas, documento que, logo após a Segunda Guerra Mundial, criou a Organização das Nações Unidas em substituição à Liga das Nações como entidade máxima da discussão do direito internacional. Trata-se de um acordo constitutivo onde todos os Estados membros são sujeitos aos seus direitos.

<sup>3</sup> A Organização das Nações Unidas é uma instituição internacional formada por 193 Estados soberanos, fundada na 2ª Guerra Mundial para manter a paz e a segurança no mundo, fomentar relações cordiais entre as nações membros, promover progresso social, melhores padrões de vida e direitos humanos.

Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais e ao Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, formam a Carta Internacional dos Direitos Humanos.

A partir desse momento, diversos foram os congressos internacionais realizados pela ONU abordando o tema em análise, até que, em 1955, foram aprovadas as Regras Mínimas para Tratamento do Preso visando à implementação dos direitos fundamentais, criando uma estrutura de monitoramento e controle, retratada pelos sistemas global e regional. No plano global, evidencia-se o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos, por ter como principal mudança a criação de direitos significativos e específicos aos presos, bem como a Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes.

No que concerne ao plano regional, salienta-se a Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem, a Convenção Americana de Direitos Humanos, que pormenorizou e englobou os direitos e garantias ao preso, e a Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura. Todos esses mecanismos trazidos à baila têm o condão de responsabilizar o Estado pelas violações causadas aos direitos humanos, impondo sanções sem força jurídica.

No entanto, com as flagrantes violações a esses direitos, provocadas por indivíduos que agiam em nome do Estado, despertaram a necessidade de uma nova ordem jurídica: uma justiça globalizada que fosse irrestrita às fronteiras nacionais e baseada na cooperação internacional entre as nações. Daí decorreu a internacionalização da repressão penal como resposta à impunidade individual, concretizada pelo Tribunal Penal Internacional.

### **1.1.2. Regras Mínimas para o Tratamento do Preso**

Outro estatuto que exerce forte influência na produção legislativa e na execução material da pena são as Regras Mínimas para o Tratamento do Preso, documento oficial da ONU aprovado em 1955, sendo considerado como o 1.º Congresso da ONU para Prevenção do Delito e Tratamento do Delincente. O documento se baseia em conceitos gerais admitidos na maioria dos sistemas jurídicos e contemporâneos e tenta estabelecer princípios e regras de boa administração e tratamento dos reclusos, para estimular um constante esforço no aprimoramento e superação das dificuldades práticas da aplicação da pena. Trata-se de uma carta de recomendações mínimas a serem adotadas pelos Estados membros, conforme as peculiaridades de cada país. O Brasil adotou grande parte das orientações das Regras Mínimas, que transparecem no texto da Lei de Execução Penal.

Para Cesar Barros Leal (1994)<sup>4</sup>, as regras mínimas constituem um estado universal dos direitos do preso comum, como uma carta de princípios direcionados à proteção da dignidade, da integridade física e moral, da sua reintegração social, e a garantia de que o preso não será submetido a condutas abusivas, ilegais ou extraordinárias à sentença.

### **1.1.3. Das garantias constitucionais**

Os direitos humanos fundamentais, em sua concepção atualmente conhecida, surgiram como produto da fusão de várias fontes, desde tradições arraigadas nas diversas civilizações, até à conjugação dos pensamentos filosófico-jurídicos, das ideias surgidas com o Cristianismo e com o Direito Natural.

Todas essas ideias encontravam um ponto fundamental em comum, a necessidade de limitação e controle dos abusos de poder do próprio Estado e de suas autoridades constituídas e a consagração dos princípios básicos da igualdade e legalidade como regentes do Estado moderno e contemporâneo.

Desta feita, a noção de Direitos fundamentais é mais antiga que o surgimento da ideia de constitucionalismo, que tão-somente consagrou a necessidade de insculpir um rol mínimo de direitos humanos em um documento escrito, derivado diretamente da soberana vontade popular.

No Brasil, o que concerne aos presos e às prisões, essas sempre obtiveram um espaço nas constituições brasileiras. A carta de 1824 discorre sobre a segurança das cadeias e sua estrutura física que pudesse garantir aos réus a sua separação em relação à tipificação penal de sua conduta. A de 1969 procurou proibir as detenções arbitrárias e/ou perpétuas com fundamento nos princípios da personalidade e da individualidade. Já a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, assegura em seu artigo primeiro, inciso III, a dignidade da pessoa humana como maior princípio basilar para a interpretação de todos os direitos e garantias individuais. Considerando este preceito fundamental, todas as pessoas, indistintamente, constituem-se em um mínimo invulnerável que todo estatuto jurídico deve assegurar, de modo que, são iguais em dignidade, ainda que não se portem de maneira digna em suas relações com os seus semelhantes, inclusive com eles próprios.

Para Ramos (2017):

---

<sup>44</sup> Leal, C. B. (1994). O tratamento dos presos no Brasil e as Regras Mínimas da ONU, in: *Revista do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária*, v.1, (4), p. 66.

“todas as constituições anteriores, desde 1824, tinham um rol de direitos elencados, porém, foi com a constituição de 88 que as mudanças puderam ser observadas inclusive quanto às novas disposições internacionais de direitos humanos que foram surgindo” (Ramos, A.D.C. (2017). *Curso de direitos humanos*. 4.ed. São Paulo: Saraiva.

A consagração da dignidade implica em considerar o homem como centro do universo social e jurídico, e esse reconhecimento abrange todos os seres humanos considerados individualmente, de maneira que a projeção dos efeitos da ordem jurídica, não há de se manifestar, a princípio, ante a duas ou mais pessoas. Por este motivo depreende-se que a igualdade entre os homens representa obrigação imposta aos poderes públicos, tanto no que concerne a elaboração da regra de direito, quanto na sua aplicação.

Neste contexto, lembramos a opinião de Brenda (1996)<sup>5</sup> quando diz:

A dignidade humana, como parâmetro valorativo, evoca inicialmente, o condão de impedir a degradação do homem, em decorrência de sua conversão em mero objeto de ação estatal. Mas não é só. Igualmente, esgrime a afirmativa, de competir ao Estado a procura em propiciar ao indivíduo a garantia de sua existência material mínima.

A tutela deste princípio, portanto, no que tange ao respeito do indivíduo, é algo inerente, intrínseco a ele apenas por ser quem é, pessoa, humano; é um direito que a ele se assiste, independente de lugar ou classe, sendo dever do Estado promover a defesa e proteção dessa garantia fundamental, pois “*toda sociedade na qual a garantia de direitos não é assegurada, nem a separação dos poderes determinada, não possui constituição*”<sup>6</sup>.

Nesse mesmo sentido, Sarlet (2009)<sup>7</sup>:

*“O que se percebe, em última análise, é que onde não houver respeito pela vida e pela integridade física e moral do ser humano, onde as condições mínimas para uma existência digna não forem asseguradas,*

---

<sup>5</sup> Brenda, E. (1996). *Dignidad humana y derechos de la personalidad: Manual de derecho constitucional*. Madrid: Marcial Pons.

<sup>6</sup> Art.º 16 da Declaração Francesa dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 26 de agosto de 1789.

<sup>7</sup> Bonavides, P. (2009). *Curso de Direito Constitucional* (15a ed). São Paulo: Malheiros.

*onde não houver limitação do poder, enfim, onde a liberdade e a autonomia, a igualdade (em direitos e dignidade) e os direitos fundamentais não forem reconhecidos e minimamente assegurados, não haverá espaço para a dignidade da pessoa humana e esta (a pessoa), por sua vez, poderá não passar de mero objeto de arbítrio e injustiças.”* (Bonavides apud Sarlet, 2009)

Ou seja, toda atitude ou situação que vá de encontro ao respeito e à integridade moral ou física da pessoa humana, e que a coloque em uma posição de inferioridade, fere sua dignidade, ainda que este indivíduo tenha praticado qualquer fato típico, antijurídico e culpável, eis que se trata de um direito protegido a todos, pois “a dignidade de todas as pessoas, mesmo daquelas que cometem as ações mais indignas e infames, não poderá ser objeto de desconsideração”<sup>8</sup>.

E, é neste cenário das penas privativas de liberdade que merece importante destaque a adequação da Lei de Execução Penal (Lei 7.210/84) ao Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, pois, em consonância ao que se expressa na Constituição Federal de 1988, a Lei *supra* não só foi direcionada para o cumprimento da sentença condenatória, como também dispõe sobre os direitos dos presos, sejam eles de forma provisória ou definitiva, expressando-se, claramente, quanto às suas garantias, como um meio de assegurá-los a sua dignidade dentro do sistema carcerário brasileiro, bem como, dá-las condições de ressocialização após o cumprimento da pena.

É que *“punição não significa transformar o ser humano em objeto, logo, continua o condenado, ao cumprir sua pena, e o internado, cumprindo medida de segurança, com todos os direitos humanos fundamentais em pleno vigor”*<sup>9</sup>.

No entanto, muitos desses deveres que deveriam ser garantidos pelo Estado, seja na Constituição, seja na lei em comento, não se efetivam na realidade prisional, em razão da carência de recursos e políticas públicas.

Diante do fundamento constitucional e das fontes subsidiárias que serviram de norteadores para elaboração da Lei de Execução Penal, a ineficiência do Estado no âmbito prisional, sobretudo em relação à assistência à saúde dispensada à população carcerária do Estado de Pernambuco, onde se evidencia, no cumprimento da sentença, a usurpação de seus direitos fundamentais

---

<sup>8</sup>Sarlet, I. W. (2005). *Dimensões da dignidade: ensaios de Filosofia do Direito e Direito Constitucional*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, p. 52.

<sup>9</sup> Nucci, G. de S. (2007). *Leis penais e processuais penais comentadas*. São Paulo: RT, p. 405-406.

básicos, bem como a importância e necessidade do aumento de equipes destinadas ao atendimento ambulatorial.

## **1.2. Da Lei da Execução Penal**

### **1.2.1. Evolução histórica**

Ainda que brevemente, mister se faz uma incursão na história legislativa referente à execução penal. A Constituição de 1824, outorgada por Dom Pedro I, embora anterior à Declaração Universal dos Direitos Humanos, preconizava o respeito aos princípios da dignidade da pessoa humana visto que em seu artigo 176, inciso XXI, determinava que as cadeias deveriam ser limpas, seguras e arejadas, além de serem diversificadas quanto à separação dos réus de acordo com a natureza do delito.

Com o Código do Império de 1830 alguns institutos foram regulados, especificamente, mesmo após a Independência em 1822 vigoraram entre nós as normas penais estabelecidas no Livro V das Ordenações do Reino, quais sejam as penas de galés<sup>10</sup>, do banimento e do desterro, bem como da pena de multa. Abordou também o trabalho na prisão e a pena de morte, permitida àquela época, com a execução na forca. No que pertine à aplicação, atendia o requisito da individualização da pena, pois havia uma preocupação com a imposição de pena às mulheres, aos menores de 21 anos e aos maiores de 60, os quais poderiam ter suas penas de morte e galés comutadas pela prisão com trabalhos.

Após a Proclamação da República e com a edição do Decreto n.º 774 de 20 de setembro de 1890, permitiu-se o cômputo do tempo de prisão preventiva na execução da pena. Neste interim, a Constituição da República de 1891, se limitou a repetir os mandamentos das Constituições anteriores sem que fosse providenciada a melhor aplicabilidade dos textos legislativos. Em 1932 todos os textos foram coletados e sistematizados por Vicente Piragibe, dentre os quais o Decreto n.º 16.588 de 6 de setembro de 1924 que introduziu o *sursis* no Direito Brasileiro, e o Decreto n.º 16.665 de 6 de novembro de 1924, que estabeleceu regras para o livramento condicional.

No Brasil, a primeira tentativa a respeito das normas de execução penal remonta ao ano de 1933, com o projeto do Código Penitenciário da República publicado no Diário do Poder Legislativo somente em 1937, elaborado por Cândido Mendes, Lemos Brito e Heitor Carrilho. Mas, com a

---

<sup>10</sup> Individuos sentenciados à pena de trabalhos forçados.

edição do Código Penal de 1940, este projeto foi abandonado por possuir pontos controversos com o novo estatuto penal. Em seu lugar foi aprovado o Livro IV do Código de Processo Penal contendo artigos que dispuseram sobre a execução da pena<sup>11</sup>.

A preocupação com o regime penitenciário ressurgiu com a Constituição de 1946 (art.º 5.º, XV, “b”) e, em seguida, com o projeto n.º 636, apresentado pelo então Deputado Carvalho Neto, transformado na lei 3.274 de 2 de outubro de 1957. Porém, antes que fosse aprovado em 30 de julho de 1956, o então Ministro da Justiça Nereu Ramos constituiu uma comissão presidida pelo Vice-presidente Oscar Penteado Stevenson que elaborou um anteprojeto de Código Penitenciário que não foi contemplado com a aprovação.

Em 1963, Roberto Lyra elaborou um outro anteprojeto sobre a mesma matéria por ele batizado de Código das Execuções Penais, cujo texto coeso e renovador, caso fosse aprovado, preconizaria a humanização do tratamento prisional à altura das legislações mais modernas. Em 1970, uma comissão formada por Benjamin Moraes apresentou em 9 de novembro, um novo anteprojeto que também não logrou a conversão em texto legal.

A partir de 1970 intensificaram-se movimentos de reforma, onde fora aprovada a “Moção de Nova Friburgo” composta por Francisco Papaterra Limongi Neto, Antonio Carlos Penteado de Moraes e Divaldo de Azevedo Sampaio. Na referida Moção acusava-se o anacronismo da legislação penal e processual de serem os causadores das falhas do sistema penitenciário, principalmente pela conservação das ideias de que o único remédio para o tratamento do criminoso era a prisão, sem atenção à periculosidade do agente ou gravidade do delito.

Em 1973, realizou-se em Goiânia um Seminário de Direito Penal e Criminologia, em comemoração ao cinquentenário da morte de Rui Barbosa. A “Moção em Goiânia” preconizou, dentre outros assuntos, o caráter de defesa social e recuperador do delinquente que deve possuir o Direito Penal, bem como a humanização da pena voltada para a reinserção social do condenado e outras medidas substitutivas da pena de prisão.

Em 1977, a Lei 6.416 de 24 de maio alterou significativamente os Códigos Penal e Processual Penal, inclusive sobre o regime de execução da pena. Em suas exposições de motivos, Armando Falcão, então Ministro da Justiça, já apontava a superlotação do sistema prisional e o aumento da promiscuidade entre a população carcerária em razão da repressão penal.

---

<sup>11</sup> Mirabete, J. F. (2004). *Execução Penal ver. e atual.* Por Renato N. Fabbrini (11a ed). São Paulo: Atlas.

Foi através do Ministro da Justiça Ibrahim Abi-Ackel que, em 1981, formou-se uma comissão sob a coordenação de Francisco de Assis Toledo, para a elaboração de um anteprojeto da Lei de Execução Penal. Concluído no ano de 1982, o projeto de lei n.º 1.657 foi encaminhado ao Congresso Nacional em 29 de junho de 1983, sendo publicado no Diário do Congresso Nacional em 1 de julho do mesmo ano. Na Câmara dos Deputados, o projeto sofreu algumas alterações transformando-se na Lei 7.210 de 11 de julho de 1984, que passou vigorar a partir de 1 de janeiro de 1985, seis meses após sua publicação.

A Lei Federal n.º 7.210/84 e suas posteriores alterações é norma a ser completada por leis estaduais, pois a competência para legislar foi distribuída de forma concorrente entre a União e os Estados. Em uma análise geral de suas disposições, primou em construir um moderno sistema de execução penal, procurando colocar os principais avanços teóricos sobre a finalidade da lei, bem como sobre os pressupostos fáticos necessários para sua real concretização.

Para tanto, além de objetivar com clareza as finalidades a serem buscadas, adentrou pelo estabelecimento de normas definidas sobre a classificação dos condenados, a sua assistência, os órgãos encarregados da aplicação da lei, os estabelecimentos essenciais para o seu desenvolvimento, disciplinação dos regimes, benefícios a serem concedidos, o amparo ao egresso, o procedimento judicial e as adaptações e equipamentos dos estabelecimentos penais.

Apesar de algumas imperfeições, o avanço se afigura marcante na leitura das disposições contidas e, com a evolução doutrinária, adquiriu o status de ramo independente, uma vez que absorve normas de caráter administrativo, penal e processual penal.

### **1.2.2. Conceito, objeto e finalidade da execução penal**

Na definição de Guilherme Nucci (2014)<sup>12</sup>, execução penal é uma fase do processo penal em que se faz valer o comando contido na sentença condenatória penal, impondo-se efetivamente a pena privativa de liberdade, a pena restritiva de direitos ou a pecuniária. Trata-se, pois, de processo jurisdicional cuja finalidade é tornar efetiva a pretensão punitiva do Estado.

Para Fernando Capez (2005)<sup>13</sup>, a execução penal é a fase da persecução penal que tem por fim propiciar a satisfação efetiva e concreta da pretensão de punir do Estado, agora denominada pretensão executória, tendo em vista uma sentença judicial transitada em julgado, proferida

---

<sup>12</sup> Nucci, G. de S. (2014). *Manual de processo penal e execução penal* (11ª ed). Rio de Janeiro: Forense, p. 939.

<sup>13</sup> Capez, F. (2005). *Execução Penal*. (Vol. 3, 11a ed, p. 16-17). São Paulo: Damásio de Jesus.



mediante o devido processo legal, a qual impõe uma sanção penal ao autor de um fato típico e ilícito.

Na forma do artigo 1.º, a execução penal tem dupla finalidade, quais sejam, a correta efetivação dos mandamentos existentes na decisão criminal e o oferecimento de condições para a readaptação social do condenado.

Segundo Mirabete (2004), o direito de punir do Estado nasceu quando da prática do crime e proporcionou o surgimento de três correntes doutrinárias que tratam da natureza e dos fins da pena: as teorias absolutas, relativas e mistas.

Para as teorias chamadas absolutas, o fim da pena é o castigo, ou seja, o pagamento pelo mal praticado. O castigo compensa o mal e dá reparação à moral, sendo a pena imposta por uma exigência ética em que não se vislumbra qualquer conotação ideológica. Para esta teoria, o crime era considerado um ente jurídico, e a pena era nitidamente retributiva, não havendo qualquer preocupação com a pessoa do delinquente, uma vez que a sanção se destinava tão somente ao restabelecimento da ordem pública alterada pelo delito.

Para as teorias relativas ou utilitárias, dava-se à pena um fim exclusivamente prático, ou seja, de prevenção geral em relação à sociedade, ou especial, em relação ao condenado. Na Escola Positiva, em que o homem passava a ser o objeto central do Direito Penal, a pena já não era um castigo, mas uma oportunidade para ressocializar o criminoso, e sua segregação tornava-se um imperativo de proteção à sociedade, conforme o seu grau de periculosidade. Sendo o crime a violação do Direito, o Estado deve impedi-lo através da coação psíquica ou física.

Para as teorias mistas, a pena, por sua natureza, é retributiva, tem seu aspecto moral, mas sua finalidade não é simplesmente prevenção, mas um misto de educação e correção. A Lei de Execução Penal adota, com muita propriedade, a Teoria Mista ou Eclética da finalidade da pena, ao dizer que a execução penal tem como objetivo “efetivar as disposições da sentença ou decisão criminal” e “proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado ou internado”<sup>14</sup>. As modernas teorias consagram tal entendimento, pois enfatizam a natureza retributiva da pena, mas, simultaneamente, destacam também o seu caráter de recuperação, reeducação e reintegração do preso à sociedade. O aspecto moral da pena se evidencia pelo caráter de execução forçada das disposições da sentença ou decisão criminal, procedendo o juiz “*ex officio*” em relação ao condenado, devendo o mesmo sujeitar-se à sanção imposta.

---

<sup>14</sup> Art.º 3º da Lei de Execução Penal (Lei 7.210/84).

De outra banda, o aspecto humano da pena, ou seja, a sua finalidade educativa, visa recuperar o condenado e sua inserção reintegradora no meio social, procurando não somente com a aplicação da pena a defesa da sociedade, como também busca inseri-lo como elemento produtivo e reeducado. Por oportuno, vê-se que a natureza retributiva da pena não busca somente a prevenção, mas também a humanização. Punir e humanizar são os objetivos da execução. Assim, entende-se que a ideia central da ressocialização há de unir-se, necessariamente, ao postulado da progressiva humanização e liberação da execução penitenciária, de tal maneira que assegure que o cumprimento da pena tenha maior eficácia.

A Lei de Execução Penal tem por objeto a correta efetivação dos mandamentos existentes na sentença ou outra decisão criminal, destinadas a reprimir e prevenir os delitos, proporcionando ao condenado e internado, durante o cumprimento da pena, condições para a sua harmônica integração social. No entanto, não se pode pretender desvincular da pena o seu objetivo de castigar quem cometeu o crime, pois a função do Estado é chamar para si o monopólio da punição, impedindo a vingança privada e suas conseqüências. Por outro lado, promove a prevenção geral positiva, demonstrando a eficiência do Direito Penal, e geral negativa, pois intimida a quem pensa em delinquir.

Tem por objeto o cumprimento da pena, sendo esta personalíssima, não ultrapassando a pessoa do condenado; submete-se ao princípio da legalidade, não podendo ser aplicada sem prévia cominação legal; é inderrogável, porquanto, não pode deixar de ser aplicada quando houver condenação; é proporcional ao crime, devendo guardar equilíbrio entre a infração praticada e a sanção imposta.

Destarte, sua finalidade primordial não poderia ser outra senão a ressocialização do infrator. No entanto, o Estado tem dado pouca atenção ao sistema carcerário, deixando de lado a necessária humanização do cumprimento da pena, em especial no tocante à privativa de liberdade, permitindo que muitos presídios tenham se transformado em masmorras, bem distantes do respeito à integridade física e moral dos presos, direito constitucionalmente imposto. É cediço que não se pode alcançar esses objetivos na estrutura atualmente apresentada, com um contingente prisional muito além da capacidade nos estabelecimentos existentes, que, em sua grande maioria, encontram-se em situações de precariedade absoluta, não oferecendo as mínimas condições necessárias.

### 1.2.3. Natureza jurídica

Mesmo percorrendo 38 anos desde a vigência da Lei 7.210/84 – LEP, ainda há divergências na doutrina e na jurisprudência quanto a sua natureza jurídica.

Para Ada Pellegrini Grinover (1987)<sup>15</sup>:

*“Na verdade, não se nega que a execução penal é atividade complexa, que se desenvolve, entrosadamente, nos planos jurisdicional e administrativo. Nem se desconhece que dessa atividade participam dois poderes estaduais: o Judiciário e o Executivo, por intermédio, respectivamente, dos órgãos jurisdicionais e dos estabelecimentos penais.”*

Já para Mirabete<sup>16</sup>:

*“... afirma-se na exposição de motivos do projeto que se transformou na Lei de Execução Penal: ‘vencida a crença histórica de que o direito regulador da execução é de índole predominantemente administrativa, deve-se reconhecer, em nome de sua própria autonomia, a impossibilidade de sua inteira submissão aos domínios do Direito Penal e do Direito Processual Penal’.”*

Contudo, ao longo do tempo a execução penal vem adquirindo status de ramo independente, uma vez que absorve normas de caráter administrativo, penal e processual penal. A junção da atividade judicial e administrativa ocorre porque o Judiciário é o órgão encarregado de proferir os comandos pertinentes à execução da pena, muito embora o efetivo cumprimento se dê em estabelecimentos administrados e sob responsabilidade do Executivo.

Para Guilherme Nucci (2014)<sup>17</sup>, *“a natureza da execução da pena é processo jurisdicional, cuja finalidade é tornar efetiva a pretensão punitiva do estado, envolvendo, ainda, atividade administrativa.”* É nesta fase do processo que se faz valer a pretensão punitiva do Estado-Juiz, neste momento, desdobrada em pretensão executória.

---

<sup>15</sup> Apud Marcão, R. (2013). *Curso de execução penal* / Renato Marcão (11a ed). São Paulo: Saraiva, p. 32.

<sup>16</sup> Mirabete, J. F. (2004). *Execução Penal* (11ª ed.). São Paulo: Atlas, p. 61.

<sup>17</sup> Nucci, G. de S. (2014). *Manual de processo penal e execução penal* (11ª ed.). Rio de Janeiro: Forense, p. 940.

Segundo Paulo Lúcio Nogueira (1996)<sup>18</sup>, a execução penal é de natureza *mista e complexa e eclética*, no sentido de que certas normas da execução pertencem ao direito processual, como a solução de incidentes, enquanto outras regulam a execução propriamente dita, pertencem ao direito administrativo. (grifo do autor)

Para Fernando Capez (2005)<sup>19</sup>, o direito de execução penal constitui disciplina autônoma e específica com objeto, ciência, princípios e metodologia próprios, conforme disposto no art.º 24, I da Lei Maior. No entanto, o processo de execução não é autônomo em relação ao conhecimento, constituindo-se na última fase de satisfação do poder-dever de punir. As regras jurídicas relativas à execução penal formam, contudo, o direito de execução penal como uma disciplina independente e autônoma dentro do ordenamento jurídico, conforme ressalvado na exposição dos motivos da Lei de Execução Penal.

Sendo assim, entende-se que a natureza efetiva da Execução é jurisdicional, ainda que intensa a atividade administrativa que a envolve, pois o título em que se funda a execução decorre de sentença penal condenatória ou absolutória imprópria só poderá ser feita pelo Poder Judiciário.

#### **1.2.4. Dos direitos, dos deveres e da disciplina prisional**

Com o advento da Lei 7.210/84 – LEP, o detento, finalmente, sedimentou-se como um sujeito de direitos, uma conquista da própria dignidade humana. Com a LEP, restou-se expressamente estabelecido um conjunto de direitos em benefício do encarcerado, devendo ser imputado a todas as autoridades do Brasil o respeito à integridade moral e física aos seus reclusos.

Estabeleceu-se, portanto, obrigação devidamente constituída a ser assumida pelo Estado de “prover-se de alimentação, vestuário, trabalho remunerado, previdência social, descanso e recreação, gozo de atividades artísticas, profissionais, intelectuais e desportivas, assistência material, à saúde, educacional, social e religiosa, proteção contra qualquer forma de sensacionalismo, entrevista pessoal, e reservada com advogados, visitas periódicas de parentes e amigos, encontros íntimos, chamamento nominal, igualdade de tratamento, audiência especial com o diretor do presídio, acesso à justiça, contato com o mundo exterior e, finalmente, se condenado, receber anualmente o Juiz de Execução Penal, atestado sobre sua situação

---

<sup>18</sup> Nogueira, P. L. (1996). *Comentários à Lei de Execução Penal* (3a ed). São Paulo: Saraiva.

<sup>19</sup> Capez, F. (2005). *Execução Penal*. (Vol. 3, p. 1). São Paulo: Damásio de Jesus.

processual, nele constando o tempo de condenação e de cumprimento de pena, bem como sobre a data do efetivo cumprimento integral da pena”<sup>20</sup>.

Ainda, como forma de contribuir com a recuperação do criminoso, além desses direitos expressamente contidos na legislação pátria, há o direito à visitação íntima, que surgiu dos costumes sociais e vem sendo permitida nos presídios existentes no País, e podem ser realizadas tanto nos presídios masculinos, como nos femininos. Dado que não é um direito devidamente regulamentado, cada sistema prisional estabelece as regras para sua aplicação. No estado de Pernambuco, exige-se laços de afetividade entre o casal, através de um laudo social, além da necessidade de realização do exame de HIV, e a depender da situação de cada detento.

Quanto aos deveres, a LEP, o Código de Processo Penal e as Leis Estaduais estabelecem certas obrigações para o apenado no momento em que se expede o Auto de Prisão em Flagrante, seja de uma prisão temporária, na fase inquisitorial; seja na prisão preventiva, na fase de conhecimento; ou, seja na prisão com base numa sentença condenatória ou de pronúncia, tendo como finalidade a manutenção da disciplina prisional e do cumprimento da decisão ora imposta, sob pena de medida repressiva no âmbito administrativo ou até mesmo no âmbito judicial.

Para Adeildo Nunes (2012)<sup>21</sup> ocorre dessa forma pois “o preso deve obediência aos servidores prisionais” e ainda porque cabe-lhe “respeitar os demais prisioneiros, mantendo dentro do ambiente prisional uma conduta oposta aos movimentos individuais ou coletivos, que visem a realização de fugas ou atos indisciplinados, devendo preservar a higiene pessoal e asseio da cela ou alojamento, conservando seus objetos pessoais e submetendo-se às regras internas do presídio, mormente no que tange ao regulamento da prisão.”

No que tange a disciplina prisional, o art.º 44 da LEP aduz que a disciplina prisional consiste na colaboração com a ordem, na obediência às determinações das autoridades e seus agentes e no desempenho do trabalho. Estando todos os presos – provisórios ou condenados – sujeitos às mesmas regras.

Nesse ínterim, entende-se a disciplina prisional como a harmonia dos direitos e deveres dos presos, em que as autoridades respeitariam e assegurariam os princípios da igualdade, da dignidade da pessoa humana e da legalidade e, em contrapartida, os detentos cumpririam todos

---

<sup>20</sup> Nunes, A. (2012). *Da Execução Penal* (2a ed). Rio de Janeiro: Forense, pp. 85-86

<sup>21</sup> Nunes, A. (2012). *Da Execução Penal* (2a ed). Rio de Janeiro: Forense, p. 85.

os deveres imputados pelo Estado. Ao contrário do que se espera, no cenário do sistema prisional brasileiro impera-se a completa desarmonia entre o poder disciplinar e o preso.

## **2. Dignidade humana e realidade prisional**

### **2.1. A assistência**

Para Mirabete (2004)<sup>22</sup>, três são as espécies de assistência ao preso quais sejam a assistência religiosa ou moral, que era o único fim do internamento nos primeiros tempos da existência das penas privativas de liberdade. A segunda espécie de assistência está representada pela educação intelectual que proporcionava a instrução elementar necessária àqueles que dele carecem. Por último, senão a mais fundamental encontra-se a assistência social, tendência do atual tratamento penitenciário ao afirmar que o preso, por sua condenação, não deve ser marginalizado socialmente, devendo, pois, continuar a fazer parte da sociedade. Na socialização, portanto, há de se pretender do autor da infração que no futuro respeite essas normas de convivência e se reduza o distanciamento que se produziu como consequência da ação delitiva, entre preso e sociedade.

Na esteira do preceituado art. 5º, XLIX, da Constituição Federal, bem como o art. 38 do Código Penal e art. 3º da LEP, ao sentenciado deve ser conservado todos os direitos não englobados na sentença condenatória. Neste toar, Heleno Fragoso e Sussekind (1997)<sup>23</sup> afirma que “é preciso ultrapassar o entendimento desumano, que tem o estado mais ou menos implícito no sistema, de que a perda da liberdade para o preso acarreta necessariamente a supressão dos seus direitos fundamentais”.

Dos Direitos e Garantias Fundamentais. Art 5º. Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade; XLIX - é assegurado aos presos o respeito à integridade física e moral (Brasil, 1988, p.13).

#### **2.1.1. A assistência à saúde**

A questão da saúde pública no Brasil vem sendo discutida desde os anos 80, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que teve por tema “Democracia é Saúde”. Neste espaço, que reuniu governo, sociedade civil, trabalhadores da saúde, além do debate, se iniciou a construção

---

<sup>22</sup> Mirabete, J. F. (2004). *Execução Penal* (11a ed). São Paulo: Atlas, p. 61.

<sup>23</sup> Fragoso, H. C & Sussekind, E. (1997). *Direito dos presos*. Rio de Janeiro: Forense.

da luta em busca da defesa das pessoas e a garantia da saúde igual e equanime para todos (Dias et al.2016).

A partir da Constituição Federal de 1988, a assistência à saúde passou a figurar no ordenamento jurídico como um direito social, garantido a todos os brasileiros integral e igualitariamente, sem distinção de qualquer natureza, através de políticas públicas sociais e econômicas, que visem a redução de doenças e outros agravos que possam vir a colocar em risco a saúde da coletividade. Nesse desiderato, ao se falar que o direito à saúde deve ser garantido de forma igualitária aos cidadãos, a Constituição de 1988 se baliza no princípio da igualdade e estabelece que todos aqueles que residem no país, independente de religião, raça, origem e cor, tem direito ao acesso a saúde de forma integral, incluindo aquelas pessoas que se encontram privadas de liberdade no sistema prisional. No momento em que o Estado-Juiz determina a custódia de uma pessoa, surge a obrigação de fornecer a ela os elementos mínimos para a manutenção de suas necessidades diárias quanto à saúde, alimentação, vestuário, acomodação, ao ensino, à profissionalização, à religiosidade e quaisquer outra que não confrontem com a natureza da execução da pena. A reclusão somente poderá reeducar para a liberdade enquanto modo de vida do recluso esteja prudentemente disposto para essa finalidade.

### **2.1.2. Assistência à saúde do preso à luz do ordenamento jurídico**

A saúde do preso é versada em algumas Normas Internacionais e Tratados. As Regras Mínimas da ONU, preveem que para obter a reinserção do condenado, o regime penitenciário deve empegar, conforme as necessidades do tratamento individual, todos os meios curativos, educativos, morais, educacionais, espirituais e de outra natureza, e ainda, todas as formas de assistência de que puder dispor. A assistência à saúde, de responsabilidade do Estado, deve garantir aos presos os mesmos padrões de serviços de saúde oferecidos à comunidade, de forma gratuita, sem discriminação motivada pela sua condição jurídica (Regra 24 das novas Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de presos (Roig, 2018, p. 79).

No Brasil, a Lei que trata da Execução Penal - LEP, é a Lei nº 7.210/84. Ela traz alguns avanços, principalmente os que são relacionados ao caráter humanizador da pena.

A Lei de Execução Penal foi quem primeiro assegurou a saúde do preso, sendo o primeiro marco legal, até a Constituição de 1988 criar o Sistema Único de Saúde – SUS. O Sistema Único de Saúde foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na



assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão. Constitui um modelo oficial de assistência à saúde em todo o país, sendo um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e o único a garantir assistência integral e totalmente gratuita para a totalidade da população, sendo definido como:

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

A Carta Magna, em seu artigo 196, diz:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

Reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado, porquanto, toda pessoa tem garantido seu direito à saúde de forma universal, igualitária e integral. O acesso universal (princípio da universalidade), significa que ao SUS compete atender toda a população, seja através dos serviços estatais prestados pela União, Distrito Federal, Estados e Municípios, seja através dos serviços privados conveniados ou contratados com o poder público. O acesso igualitário (princípio da equidade) não significa que o SUS deva tratar a todos de forma igual, mas sim respeitar os direitos de cada um, segundo as suas diferenças, apoiando-se mais na convicção íntima da justiça natural do que na letra da lei.

Mas o atendimento insuficiente, muitas vezes precário, configura o não-cumprimento de ações governamentais que deveriam proporcionar cobertura assistencial gratuita à população brasileira. De acordo com o próprio Ministério da Saúde, grande parte dos 150 milhões<sup>24</sup> de brasileiros que dependem do SUS não contam com assistência básica. Enquanto típico direito

---

<sup>24</sup> <https://atarde.com.br/saude/ibge-aponta-que-715-da-populacao-brasileira-depende-do-sus-1127633>

social, o direito à saúde implica em prestações positivas do Estado. O condenado, como qualquer outra pessoa, é suscetível de contrair uma doença e pode ocorrer que, ao ser recolhido ao estabelecimento prisional, já apresente perturbação da saúde ou doença física ou mental. É possível também que uma doença esteja latente e venha a manifestar-se após a prisão, seja pela natural evolução, seja porque o ambiente prisional influi, no todo ou em parte, para sua eclosão<sup>25</sup>.

A Lei de Execução Penal (LEP) veio para humanizar e harmonizar a sanção penal, nos artigos 10 e 11; logo, em suas disposições gerais fica claro que é dever do Estado dar assistência ao preso e ao internado, bem como a prevenção do crime e orientação ao retorno da convivência em sociedade, indicando dentre outras a assistência à saúde no artigo 14, seção III (Conselho Nacional de Justiça [CNJ] (2017).

Art. 10. A assistência ao preso e ao internado é dever do Estado, objetivando prevenir o crime e orientar o retorno à convivência em sociedade. Parágrafo único. A assistência estende-se ao egresso.

Art. 11. A assistência será: I – (...); II - à saúde; III – (...); IV – (...); V – (...); VI – (...).

Com efeito, o artigo 10 da Lei de Execução Penal dispõe sobre a assistência como um dever do Estado, o que deverá ser estendido a todos aqueles que estejam sujeitos à execução penal quais sejam o condenado, o provisório, o internado, o egresso<sup>26</sup>, porquanto todos os seus direitos não atingidos pela sentença permanecem garantidos.

Os precisos termos do art. 14 *caput* e § 2º da Lei de Execução Penal, assim prelecionam:

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

§2º Quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover a assistência médica necessária, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento.

---

<sup>25</sup> Nunes, A.(2005). *A realidade das prisões brasileiras*. Nossa livraria: Recife.

<sup>26</sup> Preso é aquele que se encontra recolhido em estabelecimento prisional, cautelarmente ou em razão de sentença penal condenatória transitada em julgado, ou seja, provisório e definitivo. Internado é aquele submetido a medida de segurança consistente em internação em hospital de tratamento e custódia, em razão de decisão jurisdicional. De outro vértice egresso, nos termos do art. 26, é liberado definitivo, pelo prazo de um ano, a contar da data da saída do estabelecimento, e o liberado condicional, durante o período de prova.

A Lei de Execução Penal estabelece parâmetros bastante definidos em relação ao respeito e a dignidade do preso, estendendo a toda população carcerária os mesmos direitos sociais, econômicos e culturais, respeitadas as limitações da própria pena, defendendo, ainda, o entendimento de que a execução penal humanizada não põe em perigo a segurança e a ordem estatal, pelo contrário, é um suporte da ordem e da segurança estatal, enquanto a execução penal desumana atenta contra essa ordem.

Para o Conselho Nacional de Justiça - CNJ, o sistema penitenciário deve assegurar os direitos fundamentais dos presos, de forma a garantir o pleno exercício de todos os direitos não atingidos pela sentença ou pela Lei. Em contrapartida, deve o preso observar as normas do regimento interno do estabelecimento ao qual está vinculado (Brasil, 2017, p.17). Noutras palavras, nos termos da Lei de Execução Penal, é imperativo priorizar o código humanitário que se iniciou no mundo ocidental desde o fim do século XVIII e início do século XIX. Entretanto, apesar de haver um marco legal que prevê o acesso do preso à assistência à saúde, as condições precárias de confinamento se tornam entraves para a garantia dos direitos dos indivíduos.

A execução penal no Brasil buscou olhar para o recluso como um sujeito de direitos quais sejam: trabalho, educação e saúde. Porém, por ser anterior à Constituição de 1988, passou por algumas reformas para ajustar seu texto com a Constituição, objetivando sua melhor adequação à realidade, e mesmo assim, com toda regulamentação: Leis, Tratados, Normas e projetos intersetoriais relacionados à vida do preso; infelizmente, não se consegue alcançar um nível aceitável principalmente no que se refere a saúde (Minayo e Ribeiro, 2016), pois, como sabido, em um país de dimensões continentais essa missão torna-se mais que dificultosa (Ramos, 2016).

## **2.2. O sistema carcerário no Brasil e a saúde do preso**

Através da análise de dados constantes no Departamento Penitenciário Nacional - DEPEN, vislumbra-se a realidade prisional a que estão submetidas as pessoas condenadas por penas privativas de liberdade. Esta realidade caótica perfaz-se em antítese à dignidade da pessoa humana e sucursal de crimes. Conforme se depreende do relatório do Anuário de Segurança Pública 2020<sup>27</sup>, realizado pelo Fórum de Segurança Pública em 2019, no Brasil, 748.009 presos estavam custodiados em seus 1.424 estabelecimentos prisionais, e a disponibilidade de vagas é de 442.349, concluindo-se, portanto, um déficit de 305.660 vagas. Neste contexto estão

---

<sup>27</sup> <https://forumseguranca.org.br/anuario-brasileiro-seguranca-publica/>

compreendidas as Cadeias Públicas e Presídios, Casas de Albergados, Centros de Observação, Colônias Agrícolas e Industriais, Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, Penitenciárias e Delegacias de Polícia. De acordo com a estrutura penitenciária do País, as Cadeias Públicas e Presídios são destinados a acolher os presos provisórios, ou seja, aqueles cuja situação ainda não esteja definida. As Casas de Albergados recebem presos condenados em regime aberto. Os Centros de Observação são destinados à realização de exames criminológicos, enquanto as Colônias Agrícolas e Industriais são próprias para o acolhimento de detentos em regime semiaberto. Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico destinam-se ao acolhimento e recebimento dos réus para realização de exames mentais, ou aplicação da medida de segurança. No quadro a seguir, vislumbramos alguns números do sistema prisional brasileiro relativo ao número de presos e a desproporcionalidade de vagas.

**Quadro 1. Presos no sistema penitenciário – Brasil, 2018-2019**

Números absolutos		Número de vagas		Déficit de vagas	
2018	2019	2018	2019	2018	2019
725.332	748.009	454.333	442.349	270.449	305.660

Fonte: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2020/10/anuario-14-2020-v1-interativo.pdf>

## Gráfico 1. Déficit de vagas do sistema prisional (Jul-Dez.2020)



### Déficit de Vagas do Sistema Prisional e Outras Prisões\*

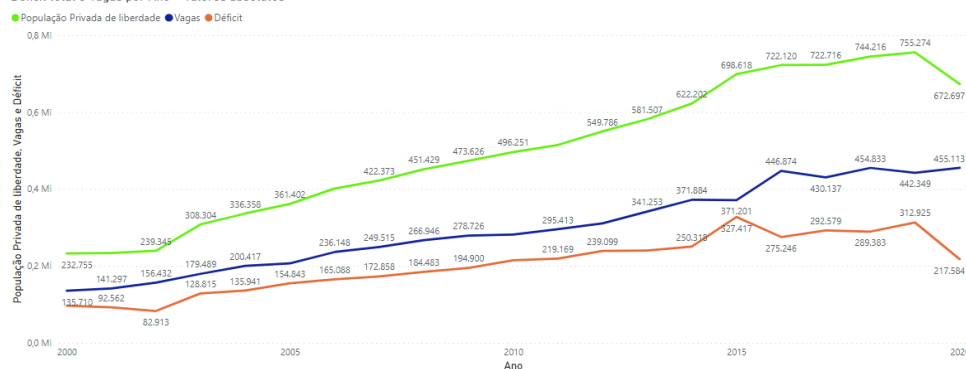
Período de Julho a Dezembro de 2020

Déficit total, não separado por regime

Exclui-se do cálculo presos em Prisão Domiciliar

(\*) Presos que estão sob custódia das Polícias Judiciárias, Batalhões de Polícias e Bombeiros Militares

Déficit total e Vagas por Ano - Valores absolutos



Fonte:

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojZTU2MzVhNWYtMzBkNi00NzJlTlIOWitZiYwY2ExZiBiMWNmliwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MWWyLTlRiOGRhNmJmZThlMSJ9&pageName=ReportSection4b496520b0be62963c5d>

Nos estabelecimentos prisionais brasileiros se acumulam sérios problemas estruturais, relacionais, ambientais e sanitários, problemas esses, reatualizados cotidianamente pela máquina de execução penal. Para Foucault, o sistema carcerário junta, numa mesma figura, discursos e arquitetos, regulamentos coercitivos e proposições científicas, efeitos sociais reais e utopias invencíveis, programas para corrigir a delinquência e mecanismos que solidificam a delinquência. (Foucault, 2009).

No Brasil, o sistema prisional tem sido nos últimos anos, retrato do caos em seu contexto jurídico e social. É fato incontroverso que o cárcere é um dos principais precursores da criminalidade, tendo em vista a ociosidade, a superlotação e a desistência do preso, fatores que impossibilitam a execução de qualquer orientação com caráter reeducador. Neste bojo, a mitigação da ressocialização é inconteste, o que resulta em um processo de violência institucionalizada pelo próprio Estado, onde a pena é a paga do mal com um mal ainda maior, cujos reflexos são a exacerbação da criminalidade e as constantes violações aos direitos e garantias fundamentais da pessoa humana.

Nesta mesma baila, Julião (2014) nos traz que a superlotação, o ócio, pouca quantidade de profissionais destinados à saúde, à educação, ao serviço social, além do ambiente insalubre, não só alimentam um poderoso estigma, como também servem de potencializadores das mais diferentes iniquidades e enfermidades nesse ambiente fechado. Desta feita,

em decorrência dos estudos feitos na área de políticas públicas e gestão da segurança pública, acredita-se que não é por ausência de recursos financeiros que o sistema penitenciário e o sistema socioeducativo estejam degradados, mas pela falta de institucionalização e regulamentação de procedimentos e concepções políticas que melhorem a utilização desses recursos, que valorizem a atuação técnica desburocratizada e humana, e que, principalmente, privilegiem a condição humana sobre todas as coisas (Julião, 2014, p.16).

O cárcere traz inúmeros riscos aos direitos das pessoas encarceradas, com destaque para o direito à vida, maior bem do ordenamento jurídico brasileiro. As populações carcerárias depreendem mais assistência médica do que o resto da população, pois o ambiente prisional contribui para a disseminação de doenças. Dentre os fatores que auxiliam a alta incidência de problemas de saúde entre os detentos está a superlotação das celas e condições insalubres dos estabelecimentos prisionais. Para Gois et al., (2012) esse panorama reforça a realidade precária das condições de confinamento, uma vez que a superlotação pode favorecer o surgimento de diversas doenças.

O ambiente prisional potencializa o risco de morte dos encarcerados. Conforme dados do INFOPEN, a taxa de óbitos por causas externas por 100 mil habitantes é significativamente mais elevada na população encarcerada (95,2) do que na população geral (29,1). O perfil da população prisional é preponderantemente jovem se comparar apenas as taxas entre as pessoas presas e os grupos populacionais mais jovens. A taxa que mais se aproxima daquela observada no sistema prisional é a da população de jovens (15 a 29 anos) negros e ainda assim a taxa no sistema prisional é de quase 13 pessoas mortas a mais para cada 100 mil pessoas<sup>28</sup>. Para Sabadell (2009) a prisão vem ocupando um espaço que propicia a exclusão social de uma parcela significativa de pessoas pobres.

A superlotação das celas, sua precariedade, deterioração da infraestrutura carcerária, a insalubridade, o tráfico de drogas, a promiscuidade e a falta de apoio de autoridades governamentais, tornam as prisões em um ambiente propício à proliferação de epidemias e ao contágio de doenças. Todos esses fatores aliados à má alimentação dos presos, seu sedentarismo, o uso de drogas e a falta de higiene, fazem com que o preso saia da prisão acometido por uma

---

<sup>28</sup> [https://dspace.mj.gov.br/bitstream/1/2680/1/24levantamento\\_nacional\\_info\\_penitenciaras.pdf](https://dspace.mj.gov.br/bitstream/1/2680/1/24levantamento_nacional_info_penitenciaras.pdf)

doença ou com sua resistência física e saúde fragilizadas. A assistência à saúde dentro dos presídios praticamente inexistente. Quando um detento tem necessidade de atendimento médico, é comum remetê-lo a um hospital da rede pública fora da prisão, porque a assistência médica entregue ao preso é insignificante, sem contar com a falta de medicamento necessário ao atendimento de todos, muitos deles com tuberculose e outras doenças graves e intransmissíveis<sup>29</sup>.

### **2.3. Os problemas de saúde enfrentados pelos reclusos**

O ambiente prisional é rotineiramente insalubre e dentro dele há elementos que corroboram para a proliferação de doenças. A falta de assistência médica no sistema carcerário contribui para a disseminação de doenças praticamente controladas no país, como hanseníase e tuberculose, frequentes nas penitenciárias, assim como doenças sexualmente transmissíveis (DST) e HIV. Desta forma, os inseridos no sistema carcerário têm de cumprir duas penas: a perda da liberdade e a exclusão do sistema de saúde.

A tuberculose dentro dos estabelecimentos prisionais tem taxa de incidência 33 vezes maior que na população extramuros e tem relação inerente com as condições da reclusão. Segundo o Ministério da Saúde, em 2015, a incidência da doença na população brasileira em geral era de 33 casos por 100 mil habitantes, enquanto entre detentos era de 932 por 100 mil<sup>30</sup>. A população privada de liberdade representa aproximadamente 0,3% da população brasileira, e contribui com 11,1% dos casos novos de tuberculose notificados no país: 8.637 casos novos só em 2019<sup>31</sup>. Assim, para Sanchez e colaboradores (2007, p. 550): “A gravidade da situação da tuberculose nas prisões implica na melhoria das condições de encarceramento e a definição de estratégias coerentes e eficazes que devem ser adaptadas para a população carcerária em função das especificidades de cada unidade prisional.”

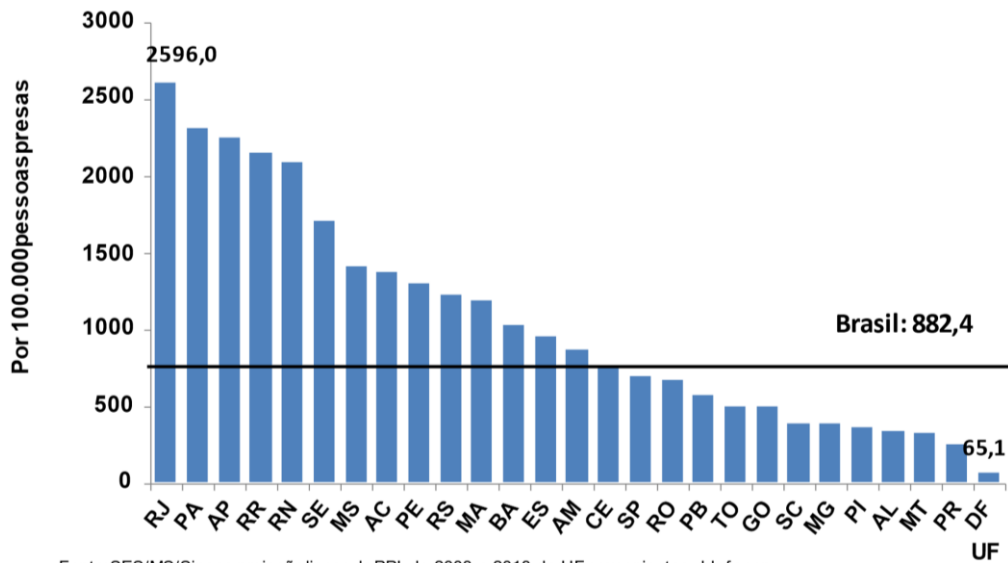
---

<sup>29</sup> Nunes, A. (2005). *A realidade das prisões brasileiras*. Editora Nossa Livraria. Recife, p. 145.

<sup>30</sup> ONUBR, 2017. Tuberculose é problema de saúde nas Américas; incidência é alta nos presídios brasileiros. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/tuberculose-e-problema-de-saude-nas-americas-incidencia-e-alta-nos-presidios-brasileiros/>.

<sup>31</sup> <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/t/tuberculose/tuberculose>

**Gráfico 2. Taxa de incidência de tuberculose – Brasil, 2021**



Fonte: SES/MS/Sinane projeção linear da PPL de 2003 a 2018 das UF provenientes de dados abertos.  
\* Dados preliminares sujeitos a revisão

Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt/assuntos/saude-de-a-a-z/t/tuberculose/situacao-epidemiologica/apresentacao-dados-epidemiologicos-da-tuberculose-no-brasil-maio-de-2022.pdf/view>

Entretanto, não só a tuberculose impinge o ambiente cruel e hostil do cárcere, mas uma série de mazelas, como o HIV e outras doenças com alta taxa de transmissibilidade, chamadas doenças negligenciadas, ligadas a falta de higiene, como micoses, escabiose, leptospirose, parasitoses e infecções bacterianas.

De acordo com os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), 40% a 50% dos novos casos de infecção por HIV ocorre entre indivíduos adultos da população chave, que inclui as pessoas privadas de liberdade. No Brasil, a situação é extremamente preocupante no contexto prisional. Segundo dados apresentados pela Dra. Camila Rodrigues no 20.º Congresso Brasileiro de Infectologia, a taxa de transmissibilidade do HIV nos estabelecimentos prisionais do Brasil é 60 vezes maior do que na população geral. A estimativa elevada, de acordo com a médica do Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário (CHSP) e do Serviço de Extensão ao Atendimento de Pacientes HIV/AIDS do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (SEAP-HC/USP/SP), é resultado do estudo realizado pelo Ministério da Justiça e foi baseado nos registros nacionais até junho de 2014. De acordo com o levantamento do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), foi identificada a taxa de incidência de HIV de 1.215,5 por 100 mil no sistema carcerário brasileiro. No mesmo período, a taxa nacional da população geral era de 20,4 por 100 mil, o que significa



uma taxa de contaminação 60 vezes maior nas prisões<sup>32</sup>. Ainda, segundo o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) aponta que globalmente há mais casos de HIV na população carcerária do que na população geral<sup>33</sup>. Como afirma Diuana (2008), o sujo e o tóxico aparecem como algo imposto, interiorizado, contaminando não apenas o ambiente em que vivem, mas também as identidades dos presos e dos agentes.

É sabido que o direito à saúde é legítimo a todos que se encontram encarcerados. Contudo, tendo o Estado a responsabilidade de promover a gestão da saúde no sistema penitenciário, o contexto encontrado dentro das unidades prisionais não contribui com a efetivação de padrões humanizantes, tornando-se uma realidade cada vez mais dura para as equipes de saúde, que buscam diariamente contribuir com a melhoria da saúde dos detentos, pois são com esses profissionais de saúde que as pessoas privadas de liberdade contam para a prevenção e tratamento de saúde. Os últimos dados oficiais, até o final de 2019, apontaram que o sistema prisional contava com 127.208 trabalhadores e na sua equipe de saúde havia 1.151 médicos, 1.359 enfermeiros, 2.473 auxiliares e técnicos de enfermagem e 1.244 psicólogos, além de terapeutas ocupacionais, dentistas e auxiliares, assistentes sociais, entre outros<sup>34</sup>.

## **2.4. Políticas públicas de promoção da saúde e a sua implementação**

A prestação dos serviços de saúde nos estabelecimentos prisionais do Brasil é de flagrante descumprimento do que preconiza a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).

Precedida pela portaria interministerial nº 1.777/MS/MJ, de 9 de setembro de 2003, que aprovou o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), a PNAISP foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) pela portaria interministerial nº 1 de 2 de janeiro de 2014, com o objetivo de garantir o acesso ao cuidado integral por parte das pessoas privadas de liberdade, inseridas no sistema prisional.

No quadro a seguir, temos os princípios, diretrizes e objetivos da PNAISP, destinada a todas as pessoas custodiadas pelo Estado em seus diferentes regimes de cumprimento de pena.

---

<sup>32</sup> DEPEN, Ministério da Justiça. *Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias. INFOPEN - junho 2014*. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/noticias/mj-divulgara-novo-relatorio-do-infopen-nesta-terca-feira/relatorio-depen-versao-web.pdf>

<sup>33</sup> World Health Organization. *Effectiveness of interventions to address HIV in prisons, 2007*. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43806/1/9789241596190\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43806/1/9789241596190_eng.pdf)

<sup>34</sup> *Revista Brasileira de Execução Penal*, Brasília, v. 2, n. 1, p. 19-39, jan/jun 2021. Disponível em: [http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao\\_e\\_divulgacao/doc\\_biblioteca/bibli\\_servicos\\_produtos/bibli\\_informativo/2021\\_Periodicos/Rev-Bras-Exec-Penal\\_v.2\\_n.1.pdf](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_informativo/2021_Periodicos/Rev-Bras-Exec-Penal_v.2_n.1.pdf)

## Quadro 2. Princípios, diretrizes e objetivos da PNAISP

Princípios	Diretrizes	Objetivos
<p>I. Respeito aos direitos humanos e à justiça social;</p> <p>II. Integralidade da atenção à saúde da população privada de liberdade no conjunto de ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, recuperação e vigilância em saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção;</p> <p>III. Equidade, levando-se em conta diferenças e singularidades dos presos;</p> <p>IV. Promoção de iniciativas de ambiência humanizada e saudável com vistas à garantia da proteção dos direitos dessas pessoas;</p> <p>V. Corresponsabilidade interfederativa na organização dos serviços, segundo a complexidade das ações desenvolvidas; e</p> <p>VI. Valorização de mecanismos de participação popular e controle social nos processos de formulação e gestão de políticas para atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade.</p>	<p>I. Promoção da cidadania e inclusão das pessoas privadas de liberdade por meio da educação, trabalho e segurança;</p> <p>II. Atenção integral resolutiva, contínua e de qualidade às necessidades de saúde dessa população, tanto em atividades preventivas como de serviços assistenciais;</p> <p>III. Controle e redução dos agravos mais frequentes que acometem os presos;</p> <p>IV. Respeito à diversidade étnico-racial, às limitações e às necessidades físicas e mentais especiais, às condições socioeconômicas, às práticas e concepções culturais e religiosas, ao gênero, à orientação sexual e à identidade de gênero; e intersetorialidade para se realizar uma gestão integrada, racional e humanizada, como garantia do direito à saúde.</p>	<p>I. Promover o acesso dos presos à Rede de Atenção à saúde;</p> <p>II. Assegurar autonomia dos profissionais da saúde para a realização do cuidado integral dos detentos;</p> <p>III. Qualificar e humanizar a atenção à saúde por meio de ações conjuntas com o setor de justiça;</p> <p>IV. Promover as relações intersetoriais com as políticas de direitos humanos afirmativas e sociais básicas e com justiça criminal.</p>

A criação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) traz a baila a atenção à saúde do encarcerado e define o Estado como responsável pelo acesso à saúde para a população privada de liberdade, trazendo como objetivo atender as necessidades dessas pessoas e garantindo que estes também tenham acesso a esse direito social.

Para que esses princípios, objetivos e diretrizes sejam alcançados se faz necessário a adesão pelos Estados, Municípios e pelo Distrito Federal, a fim de que as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, no âmbito da atenção básica, em todas as unidades prisionais sejam executadas e, ainda, que um plano de acompanhamento da situação de saúde dos detentos seja elaborado.

Contudo, perante esse cenário desolador, vê-se em todo o país uma enorme e perversa desestrutura estatal, em especial quanto a saúde no Sistema Prisional.

### 3. Sistema prisional de Pernambuco

#### 3.1. Gestão e composição do sistema

Compete à Secretaria de Justiça e Direitos Humanos a gestão do Sistema Penitenciário no Estado de Pernambuco. Dentre suas atribuições, estão controlar e manter em funcionamento o Sistema Penitenciário do Estado, mediante a guarda e administração dos estabelecimentos prisionais, buscando a ressocialização; prestar assistência jurídica e social aos apenados e egressos do sistema prisional, assim como aos seus familiares; fiscalizar o cumprimento de regras impostas como condição à liberdade vigiada, ao livramento condicional e ao regime aberto de egressos dos estabelecimentos prisionais e desenvolver política pública estadual de medidas e penas alternativas, conforme o regulamento da secretaria (art. 1º do Anexo I do Decreto nº 42.633/16).

Subordinada à Secretaria de Justiça e Direitos Humanos encontra-se a Secretaria Executiva de Ressocialização (SERES), que segundo o Código Penitenciário do Estado de Pernambuco, arts. 11 e 12, é o órgão executivo da Política Penitenciária Estadual, a quem compete controlar e manter em funcionamento o sistema penitenciário do Estado de Pernambuco, mediante a guarda e a administração dos estabelecimentos prisionais, buscando a ressocialização do apenado e visando à sua proteção e garantia de seus direitos fundamentais.

O Sistema Prisional de Pernambuco possui 58 cadeias públicas e 22 unidades prisionais assim distribuídas:

**Figura 1. Mapa dos municípios do Estado de Pernambuco**



Fonte: <http://portal.saude.pe.gov.br/programa/secretaria-executiva-de-atencao-saude/coordenacao-estadual-de-atencao-saude-no-sistema>

**Quadro 3. Unidades prisionais do Estado de Pernambuco**

<b>UNIDADES PRISIONAIS</b>	<b>MUNICÍPIOS</b>
Centro de Observação Ccriminológica e Triagem Professor Everardo Luna - COTEL	Abreu e Lima
Centro de Ressocialização do Agreste - CRA	Canhotinho
Colônia Penal Feminina de Abreu e Lima - CPFAL	Abreu e Lima
Colônia Penal Feminina de Buíque - CPFB	Buíque
Colônia Penal Feminina do Recife - CPFR	Recife
Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - HCTP	Itamaracá
Penitenciária Agro-Industrial São João - PAISJ	Itamaracá
Penitenciária Dr. Ênio Pessoa Guerra - PDEPG	Limoeiro
Penitenciária Dr. Edvaldo Gomes - PDEG	Petrolina
Penitenciária Juiz Plácido de Souza - PJPS	Caruaru
Penitenciária Prof. Barreto Campelo -PPBC	Itamaracá
Presídio Advogado Brito Alves - PABA	Arcoverde
Presídio Asp Marcelo Francisco Araújo – PAMFA (Complexo do Curado)	Recife
Presídio de Igarassu - PI	Igarassu
Presídio de Salgueiro - PSAL	Salgueiro
Penitenciária de Tacaimbó - PTAC	Tacaimbó
Presídio de Vitória de Santo Antão - PVSA	Vitória de Santo Antão
Presídio des. Augusto duque - pdad	Pesqueira
Presídio Frei Damião de Bozano – PFDB (Complexo do Curado)	Recife
Presídio Juiz Antônio Luiz Lins de Barros – PJALLB (Complexo do Curado)	Recife
Presídio Rorinildo da Rocha Jeão - PRRL	Palmares
Presídio de Santa Cruz do Capibaribe - PSCC	Sta. Cruz do Capibaribe

Fonte: <http://portal.saude.pe.gov.br/programa/secretaria-executiva-de-atencao-saude/coordenacao-estadual-de-atencao-saude-no-sistema>

Essas unidades prisionais possuem suas especificidades no que tange ao cumprimento da pena. O Centro de Observação Criminológica e Triagem (Cotel) é a unidade prisional onde os reeducandos são encaminhados para a realização de exames gerais e criminológicos, conforme preconiza a Lei de Execuções Penais, para posteriormente serem encaminhados para o estabelecimento prisional onde cumprirão pena.

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) é para onde são destinados os inimputáveis e semi-imputáveis, conforme artigo 99 da LEP, em cumprimento de medida de segurança. Existem internos homens e mulheres no HCTP.

O Complexo do Curado corresponde ao antigo Presídio Aníbal Bruno, o qual foi dividido em três unidades prisionais (Presídio Juiz Antônio Luiz Lins de Barros – PJALLB, Presídio Frei Damião de Bozano – PFDB e Presídio ASP Marcelo Francisco Araújo – PAMFA).

Quanto ao regime de cumprimento da pena, as unidades prisionais que abrigam somente presos em regime fechado são o Cotel, a Colônia Penal Feminina do Recife, a Penitenciária Dr. Ênio Pessoa Guerra, a Penitenciária Professor Barreto Campelo, o Presídio Adv. Brito Alves, o Presídio ASP Marcelo Francisco Araújo, o Presídio de Igarassu, a Penitenciária de Tacaimbó, o Presídio de Vitória de Santo Antão, o Presídio Frei Damião de Bozano, o Presídio Juiz Antônio Luiz Lins de Barros, o Presídio Rorinildo da Rocha Leão, Presídio de Santa Cruz do Capibaribe, Presídio Desembargador Augusto Duque e Penitenciária Juiz Plácido de Souza.

As que abrigam unicamente detentos em cumprimento de pena no regime semiaberto são o Centro de Ressocialização do Agreste e a Penitenciária Agro-Industrial São João. Já as que abrigam presos em cumprimento de pena tanto no regime fechado quanto no semiaberto são Colônia Penal Feminina de Abreu e Lima, Colônia Penal Feminina de Buíque, Penitenciária Dr. Edvaldo Gomes e Presídio de Salgueiro.

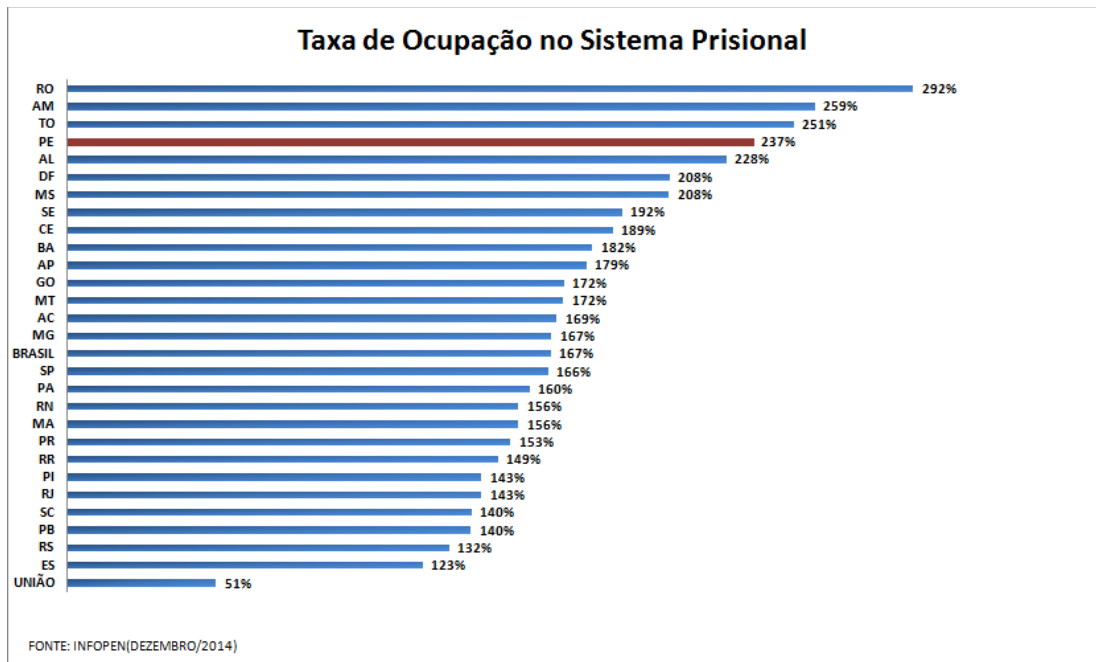
### **3.2. A realidade prisional no estado de Pernambuco**

A superlotação nos estabelecimentos prisionais é um dos problemas mais graves no sistema prisional do Brasil. Não menos preocupante é a situação da população carcerária do Estado de Pernambuco, visto que a situação é pior que a média nacional. Conforme dados do Infopen<sup>35</sup> de dezembro de 2014, Pernambuco ocupava a quarta pior posição no ranking nacional, ficando abaixo apenas de Rondônia, Amazonas e Tocantins, de acordo com gráfico a seguir:

---

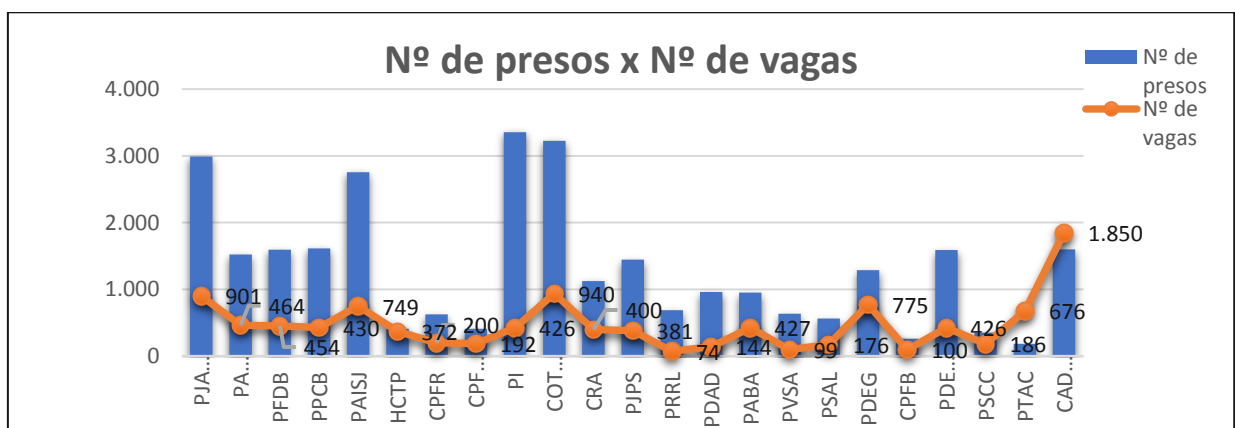
<sup>35</sup> O Infopen é um sistema de informações estatísticas do sistema penitenciário brasileiro atualizado pelos gestores dos estabelecimentos desde 2004, que sintetiza informações sobre os estabelecimentos penais e a população prisional. Ele é gerido pelo Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), que integra o Ministério da Justiça. O Infopen foi descontinuado em 2014 e substituído pelo Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional (SisDePEN).

**Gráfico 3. Comparativo de superlotação: Brasil com destaque para o Estado de Pernambuco**



De acordo com os dados fornecidos pela Secretaria Executiva de Ressocialização – SERES, órgão responsável pelo sistema prisional no Estado e pelo Tribunal de Contas do Estado - TCE, em setembro de 2017, a população carcerária pernambucana contava com 30.171 presos, mas possui apenas 10.824 vagas, apresentando uma taxa de inflação de 278%, sendo assim distribuídos:

**Gráfico 4. Número de presos vs. Número de vagas**



Fonte: SERES (Mapa da totalidade) e Relatório TCE/2017 - <https://www.tce.pe.gov.br/internet/images/4814/relatconsolaopsistemaprisional.pdf>

**Quadro 4. Unidades prisionais vs. População carcerária**

UNIDADES PRISIONAIS (UP)	POPULAÇÃO CARCERÁRIA		
	SETEMBRO DE 2017		DÉFICIT/SUPERÁVIT
Área do Gráfico	PRESOS	VAGAS	DE VAGAS
<b>PJALLB</b>	2.991	901	-2.090
<b>PAMFA</b>	1.525	464	-1.061
<b>PFDB</b>	1.597	454	-1.143
<b>PPCB</b>	1.616	430	-1.186
<b>PAISJ</b>	2.757	749	-2.008
<b>HCTP</b>	411	372	-39
<b>CPFR</b>	625	200	-425
<b>CPFAL</b>	411	192	-219
<b>PI</b>	3.356	426	-2.930
<b>COTEL</b>	3.225	940	-2.285
<b>CRA</b>	1.127	400	-727
<b>PJPS</b>	1.448	381	-1.067
<b>PRRL</b>	688	74	-614
<b>PDAD</b>	964	144	-820
<b>PABA</b>	950	427	-523
<b>PVSA</b>	634	99	-535
<b>PSAL</b>	564	176	-388
<b>PDEG</b>	1.289	775	-514
<b>CPFB</b>	264	100	-164
<b>PDEPG</b>	1.590	426	-1.164
<b>PSCC</b>	355	186	-169
<b>PTAC</b>	186	676	490
<b>CADEIAS</b>	1.598	1.850	252
<b>TOTAL</b>	30.171	10.842	-19.329

Fonte: SERES (Mapa da totalidade) e Relatório TCE/2017 -  
<https://www.tce.pe.gov.br/internet/images/4814/relatconsolaopsistemaprisional.pdf>

Em análise do quadro acima, há uma carência de 19.329 vagas no sistema prisional de Pernambuco em face da disponibilidade de apenas 10.824 vagas. Merece destaque, dentre outras, a superlotação carcerária do Presídio de Igarassu – PI, em Itapissuma, cuja capacidade carcerária ultrapassa em 787% da permitida, evidenciando, desta feita, as condições insalubres que concorrem com a falta de assistência à saúde prestada a população carcerária do Estado de Pernambuco – que humanamente pelas condições fornecidas pelo Estado não poderia ser diferente.

É cediço que prisões superlotadas trazem efeitos como: fragilização da segurança (tensões entre presos, rebeliões, tentativas de fuga); precarização das condições sanitárias e de acomodação dentro dos presídios, sujeitando os detentos a condições degradantes e subumanas;



e, ainda, trazendo impacto negativo nas diversas assistências quais sejam: material, à saúde, jurídica, educacional, social.

Tanto é assim que a Corte Interamericana de Direitos Humanos, em fevereiro de 2015, emitiu uma resolução que cobra do Brasil medidas efetivas em relação ao cárcere, pautada na necessidade do Estado brasileiro investir mais no sistema penitenciário, sobretudo para enfrentar as violações aos direitos humanos, quais sejam, a superlotação das unidades prisionais, a precariedade no sistema de saúde, ausência de audiências de custódia, entre outras soluções. A referida resolução baseia-se em quatro casos graves existentes no Brasil presentes na Corte. São eles: Complexo Penitenciário de Curado, em Pernambuco; Complexo Penitenciário de Pedrinhas, no Maranhão; Instituto Penal Plácido de Sá Carvalho, no Rio de Janeiro; e Unidade de Internação Socioeducativa (UNIS), no Espírito Santo.

Durante visitas às prisões de Pernambuco em 2015, um pesquisador da Human Rights Watch relatou:

“Me deparei com uma cela sem camas ou janelas, onde 37 homens dormiam sobre lençóis no chão. Em outra cela, que possuía seis leitos de cimento para 60 homens, até mesmo o espaço no chão era insuficiente. Um emaranhado de redes de dormir tornava difícil a tarefa de andar pela cela e um dos presos chegava a dormir sentado, amarrando-se às grades da porta para evitar cair sobre os companheiros de cela. Ali, o cheiro de suor, fezes e mofo era insuportável. As péssimas condições sanitárias e de ventilação, aliadas à superlotação e à falta de cuidados médicos adequados, fazem com que doenças se espalhem entre os presos”. (Relatório “O Estado Deixou o Mal Tomar Conta” A Crise do Sistema Prisional do Estado de Pernambuco, Human Rights Watch – 2015).

### **3.3. A assistência à saúde do preso no contexto do estado de Pernambuco**

O Estado de Pernambuco, particularmente, já há alguns anos enfrenta forte crise financeira. A SERES – Secretaria Executiva de Ressocialização aderiu a PNAISP em 2014, mas ainda não

conseguiu garantir o mínimo de saúde e dignidade aos detentos. É nesse triste contexto que destacamos,

“O quadro atual é de total ineficiência do modelo de atenção à saúde desenvolvido pela Governo do Estado. Nas unidades prisionais, os ambulatorios funcionam de forma precária, apenas algumas unidades contam com médicos e, na maior parte do tempo há apenas técnicos de enfermagem nesses ambulatorios e ainda, faltam, medicações e insumos. O acesso dos presos, até mesmo a esses serviços que funcionam dentro das unidades, não é fácil e, devido à precariedade de seu funcionamento, esses ambulatorios têm baixíssima resolutividade”.  
(Relatório “O Estado Deixou o Mal Tomar Conta” A Crise do Sistema Prisional do Estado de Pernambuco, Human Rights Watch – 2015)

O panorama que mais se encontra dentro do ambiente prisional de Pernambuco é: instalações malconservadas; falta de higiene e insalubridade; escassez de material de higiene pessoal; colchões e vestuário sujos e higienicamente inadequados; ambiente sem aeração suficiente; refeições nutricionalmente desbalanceadas; déficit de vagas para estudo e trabalho; falta de projetos voltados para a qualificação profissional dos presos; insuficiência de acesso às unidades de saúde; atraso no recolhimento de resíduos, inclusive dos hospitalares; e precária assistência social e psicológica ao recluso e a seus familiares. No que tange às enfermarias e consultórios dentários das unidades prisionais, assim como as unidades de saúde em geral, constata-se insuficiência de profissionais, ausência de medicamentos. Desta feita, com as condições de vida e ambiência retratadas e com o tratamento de seus problemas de saúde preteridos ou até mesmo negados, os reclusos podem adquirir patologias ou, se já estiverem doentes, ter piora no seu estado de saúde.

No estado de Pernambuco há apenas 161 profissionais de saúde para cuidar de 31.700 presos, incluindo um único ginecologista para uma população de 1.870 presas, de acordo com o Departamento Penitenciário Nacional<sup>36</sup>. São 21 equipes multidisciplinar de saúde para atender os 22 estabelecimentos prisionais existentes no Estado, equivalendo a 0,0062 profissional/detento, inviabilizando desta forma, toda e qualquer política de assistência à saúde a ser desenvolvida.

---

\* [Relatorio Depen versao Web.pdf](#)

### **Quadro 5. Número de profissionais de saúde nos estabelecimentos prisionais de Pernambuco**

Enfermeiros	Auxiliar e técnico de enfermagem	Dentistas	Técnico/ auxiliar odontológico	Médicos clínicos gerais	Médicos ginecologistas	Médicos psiquiatras	Médicos outras especialidades	Total de profissionais da área de saúde
<b>30</b>	<b>56</b>	<b>20</b>	<b>17</b>	<b>23</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>161</b>

Cada equipe de saúde é formada de acordo com a população prisional e o funcionamento dos serviços, classificando-se em três faixas: EABP Tipo I: apresenta uma composição mínima, que contempla um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem, um cirurgião dentista e um técnico ou auxiliar de saúde bucal, e que funcionaria para unidades prisionais de até 100 custodiados; EABP Tipo II: cuja composição mínima inclui um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem, um cirurgião dentista, um técnico ou auxiliar de saúde bucal, um psicólogo, um assistente social e um profissional de nível superior dentre as seguintes ocupações: fisioterapia, psicologia, assistência social, farmácia, terapia ocupacional, nutrição ou enfermagem, para unidades prisionais superior a 101 custodiados, mas inferior a 500; e EABP Tipo III: que terá o mesmo perfil da EABP II acrescida, necessariamente, da equipe de saúde mental, para unidades prisionais entre 500 e 1.200 detentos<sup>37</sup>.

Segundo a Coordenação de Saúde do Sistema Carcerário da Secretaria Estadual de Saúde – SES/PE, em seu Plano Estadual de Saúde – PES 2013/2017<sup>38</sup>, as metas voltadas para a saúde da população carcerária resumem-se apenas às ações de monitoramento e treinamento de equipes destinadas ao atendimento ambulatorial dentro das unidades prisionais. Segundo este mesmo Plano Estadual, há um déficit na implantação destas equipes de saúde, sendo necessário, no mínimo, a existência de 32 equipes de saúde nas unidades prisionais do Estado, contendo em média oito profissionais em cada uma, para que seja possível a prestação mínima de assistência a este contingente populacional, obedecendo, assim, os precisos termos dos artigos 40 e 41, VII da Lei de execução Penal, que diz:

Art. 40 Impõe-se a todas as autoridades o respeito à integridade física e moral dos condenados e dos presos provisórios.

<sup>37</sup> <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pnaisp/>

<sup>38</sup> <http://portal.saude.pe.gov.br/search/node/Sistema%20prisional?page=2>

Art. 41 Constituem direitos do preso:

VII assistência material, à saúde, jurídica, educacional, social e religiosa.

Contudo, a realidade prisional no Estado de Pernambuco perpassa, em grande proporção, o número dos detentos em cada unidade prisional, mas permanece o mesmo o número de equipes e funcionários de assistência à saúde, não se podendo sobrevir outra consequência senão a ineficácia de qualquer tentativa governamental.

### **3.4. As doenças e agravos**

Notória consequência do encarceramento é a incidência de doenças respiratórias como a tuberculose, dadas as precárias condições de confinamento de um grande número de pessoas nesses estabelecimentos que não possuem condições de infraestrutura adequada e facilitam a disseminação da doença. Os presídios de Pernambuco registraram só em 2014, 2.260 casos de tuberculose por 100.000 presos, taxa quase 100 vezes maior que a média na população brasileira<sup>39</sup>. Segundo relatório da Human Rights Watch (outubro 2015):

“Na Penitenciária Professor Barreto Campelo, em Itamaracá, a equipe de saúde não consegue submeter os novos presos, que chegam em grande quantidade, a exames de tuberculose. Os detentos são examinados apenas depois que os sintomas aparecem, quando outros presos – que com eles compartilham os espaços confinados e mal ventilados – já foram infectados. A superlotação impede acabar com o foco”.

Ainda no censo realizado pelo DEPEN em 2014, até o segundo semestre houve o agravo de 243,95% dentro dos estabelecimentos prisionais.

O mesmo ocorre, com as doenças sexualmente transmissíveis, quais sejam o HIV, com agravo de 95,12%, onde prevalência de infecções pelo vírus HIV entre os presos de Pernambuco é mais de 42 vezes maior que a verificada na população brasileira em geral, chegando a 870 casos por 100.000 presos; Sífiis com agravo 46,25% e Hepatite com agravo 19,77%. Essa alta taxa de prevalência explica-se pela falta de procedimentos de controle e diagnósticos por parte do Estado dentro dos estabelecimentos prisionais, conforme se verifica no gráfico abaixo:

---

<sup>39</sup> [Relatorio Depen versao Web.pdf](#)

### Gráfico 5. Incidências de doenças no sistema prisional de Pernambuco – 2014



Fonte: Relatório Depen versão Web.pdf e Human Rights Watch - <https://www.hrw.org/pt/report/2015/10/19/281914>

A sarna ou escabiose, doença de pele causada por ácaros e ligada a falta de higiene, também é comum. No Presídio Juiz Antônio Luiz Lins de Barros – PJALLB, segundo relatório da Human Rights Watch os detentos sofriam com a doenças cutâneas em seus pés há três anos, recebendo apenas pomadas anti-inflamatórias como tratamento<sup>40</sup>.

Ainda no que concerne à saúde, segundo as informações prestadas pela SERES, o número de detentos mortos nas unidades prisionais de Pernambuco desde janeiro/2017 a setembro/2017 ultrapassa 403 casos. Desses casos, 381 deles foram por tuberculose (possuindo um aumento desse número semanalmente, podendo chegar em mais de 8 quadros a cada semana) e 22 dos casos por hanseníase<sup>41</sup>. Esse cenário evidencia – ainda mais – a crítica situação presente nas unidades prisionais que, pelo déficit no número profissionais da saúde e, por conseguinte, pela ausência de um controle preventivo, auxilia na proliferação das doenças, em especial da tuberculose, pois, nos 15 primeiros dias as pessoas por ela contaminadas são bacilíferos<sup>42</sup>.

Em Pernambuco, havia, no ano de 2014, aproximadamente 247<sup>43</sup> pessoas portadoras de deficiências física e intelectual, cumprindo pena em estabelecimento sem nenhuma

<sup>40</sup> Human Rights Watch - <https://www.hrw.org/pt/report/2015/10/19/281914>

<sup>41</sup> <https://www.tce.pe.gov.br/internet/images/4814/relatconsolaopsistemaprisional.pdf>

<sup>42</sup> Possui no organismo bacilos infectantes e os espalha sem apresentar sintomas mórbidos, são transmissores da doença.

<sup>43</sup> [https://forumseguranca.org.br/storage/publicacoes/FBSP\\_Elaboracao\\_relatorios\\_semestrais\\_descritivos\\_2016.pdf](https://forumseguranca.org.br/storage/publicacoes/FBSP_Elaboracao_relatorios_semestrais_descritivos_2016.pdf)

acessibilidade. Existem ainda os presos portadores de doenças e deficiências mentais em local inadequado dentro dos presídios aguardando diagnóstico de insanidade mental para cumprimento de medida de segurança. Segundo relatório do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate a Tortura (2016):

foi possível observar várias pessoas em transtorno psíquico. Em geral, elas ficam em celas situadas nas enfermarias, fechadas durante todo o dia, sem receber qualquer tipo de tratamento adequado. Em contrapartida, a Lei 10.216/2001 é clara ao prescrever que as pessoas com transtorno mental devem receber o melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo com suas necessidades (Art. 2º, Parágrafo Único, I). E a referida Lei ainda veda a internação em instituições com caráter asilar. Em outras palavras, as pessoas em transtorno psíquico não deveriam estar no Complexo do Curado, já que teriam de receber um tratamento terapêutico individualizado na rede de saúde mental comunitária<sup>44</sup>.

O saneamento, premissa básica de saúde, também é inadequado em muitas prisões do Estado. Nos pavilhões da Penitenciária Agroindustrial São João - PAISJ<sup>45</sup>, localizada em Itamaracá, não há água corrente, de sorte que os presos precisam recolher água em baldes para beber, tomar banho e fazer a limpeza, que só é disponibilizada apenas três vezes ao dia.

### **3.5. O acesso ao tratamento na prisão**

Depreende-se por oportuno, que a saúde no sistema prisional está em crise, e ela ocorre quando determinadas formas de expressão da realidade estão em descompasso com as exigências sociais que evidentemente procuram uma determinada justificação para certas atitudes e procuram, também, uma perfeita adequação entre o que está escrito em determinada norma e o que efetivamente se pratica na realidade.

Seria ideal, por razões de celeridade, que o estabelecimento penal possuísse locais apropriados para os atendimentos, evitando-se que a demora na prestação de socorro agrave a situação do enfermo ou até mesmo a causa de sua morte.

---

<sup>44</sup> <https://mnpctbrasil.files.wordpress.com/2019/09/relatoriope2016.pdf>

<sup>45</sup> Relatório Depen versão Web.pdf e Human Rights Watch

Vê-se, pois, que na prática, nenhum dos benefícios contidos no artigo 41 da LEP é oferecido na extensão contemplada pela lei, eis que sequer a assistência médica – o mais básico e necessário dos três serviços – é oferecida em níveis mínimos para a maior parte dos presos, evidenciando-se o total descumprimento da finalidade da Lei de Execução Penal, qual seja, a humanização da pena.

Ainda que longe de receber tratamento adequado e ainda longe de viver de forma digna no sistema penitenciário, o Estado de Pernambuco não aplica, mesmo que minimamente a norma do § 2º do artigo 14 da Lei Infraconstitucional (Lei 7.210/81) que diz:

Art.14: § 2º Quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover a assistência médica necessária, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento.

Cumpra-se salientar que, com certa frequência, os presos necessitam de atendimento em hospitais locais para tratamento, mas é comum que o deslocamento não seja feito por falta de escolta policial.

Por outro lado, o Centro de Observação Criminológica e Triagem Professor Everardo Luna – COTEL possui, desde 2014, uma enfermaria estruturada, com consultório de dentista, médicos, enfermeiras e técnicos, possui um setor de isolamento para os pacientes de tuberculose, laboratório para diagnóstico de tuberculose próprio e um setor de cultura, inaugurado em 2017. Porém, em virtude da superlotação, essa unidade possui um déficit de profissionais. Também, na Colônia Penal Feminina do Recife, segundo a SERES, há um quadro de profissionais mais completo, que atende à necessidade das detentas, que são submetidas a exames preventivos, como hemogramas.

Contudo, apesar de estarmos diante de tais fatos, a falta de assistência à saúde, a inobservância dos preceitos constitucionais e infraconstitucionais é regra patente. Assim, necessário se faz sejam efetivadas medidas no sentido de que o Estado cumpra com seu dever institucional e indelegável de atender a saúde dos presos com o intuito de desenvolver um atendimento adequado a todos, e não apenas a casos específicos, que respeite a dignidade da pessoa.

As condições de vida nas prisões pernambucanas violam as obrigações internacionais do qual o Brasil é signatário, como as previstas no Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos – PIDCP, adotado pela Resolução n. 2.200 A (XXI) da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 16

de dezembro de 1966 e ratificado pelo Brasil em 24 de janeiro de 1992, que em seu artigo 10, § 1º no traz:

Toda pessoa privada de sua liberdade deverá ser tratada com humanidade e respeito à dignidade inerente à pessoa humana, exigindo que os governos ofereçam aos presos "cuidados médicos adequados durante a prisão"<sup>46</sup>.

De acordo com o Comitê das Nações Unidas para os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais "os Estados têm a obrigação de respeitar o direito à saúde e, de modo semelhante, a obrigação de não negar ou limitar o acesso igualitário de todos, incluindo presos ou pessoas detidas, (...) aos serviços de saúde preventivos, curativos e paliativos"<sup>47</sup>.

A Comissão das Nações Unidas sobre Prevenção ao Crime e Justiça Criminal, em 2015, adotou preceitos revisados e atualizados sobre as condições nas prisões, preceitos agora conhecidos como Regras de Mandela. Estas regras têm como base o princípio de que os presos devem ter sua dignidade humana respeitada. Eles têm direito à segurança e à não-discriminação, e a ter atendidas suas necessidades de saúde. Eles devem receber espaços apropriados para viver, que tenham ventilação e iluminação adequadas, saneamento, água limpa, alimentação balanceada e nutritiva e um ambiente limpo, o que em nada se vislumbra dentro do sistema penitenciário do Estado de Pernambuco.

Como preleciona Alexandre de Moraes, os Direitos Humanos, proclamados pela nossa Carta Magna e em regras internacionais de proteção aos direitos dos reclusos, defendem normas mínimas de tratamento digno aos presos, como uma boa organização e administração dos estabelecimentos penitenciários e principalmente o respeito aos direitos fundamentais (Moraes, 2017).

---

<sup>46</sup> <https://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20Direitos%20Civis%20e%20Pol%C3%ADticos.pdf>

<sup>47</sup> Comitê das Nações Unidas para os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, Comentário Geral No. 14, *The right to the highest attainable standard of health*, E/C.12/2000/4 (2000), par. 34, <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/escgencom14.htm> (acessado em setembro 21 de 2022).



## **Conclusão**

A dignidade da pessoa humana situa-se na base de todos os direitos constitucionais, consagrados aos seres humanos livres ou aprisionados por decisão condenatória. Este princípio passou a ser fundamento constitucional a partir de 1988, constituindo a viga mestra do arcabouço jurídico, pois confere unidade de sentido ao conjunto de preceitos relativos aos direitos fundamentais.

A Constituição Federal prevê os direitos e garantias fundamentais para todo e qualquer cidadão, voltados para a dignidade da pessoa humana. Dentre estes, estão os direitos individuais, coletivos, que buscam assegurar a vida, a saúde, a igualdade, a honra e a liberdade. Eles continuam a ser garantidos no caso de detenção, com exceção feita à liberdade. Dessa maneira, é direito do preso ter o respeito à sua integridade física e moral, recebendo, assim, um tratamento humano.

A Lei de Execução Penal dispõe sobre todos os aspectos da condenação. Ela afirma que é dever do Estado dar assistência ao internado, com o objetivo de prevenção do crime e retorno à sociedade. Além disso, coloca a assistência à saúde como dever social e condição de dignidade humana, tendo finalidade preventiva e curativa. Sendo assim, deve também, o Estado, prestar ao encarcerado assistência material, jurídica, educacional, social e religiosa. Importa destacar que o estado de saúde, não significa apenas não estar acometido por algum agravo, mas sim, ter acesso a tudo aquilo que possa ser considerado essencial para a satisfação da saúde física, mental, psicológica, moral e social.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde – SUS, implementado pela Lei Federal 8.080 de 19 de setembro de 1990 preconiza que a saúde é dever do Estado e engloba vários instrumentos jurídicos, administrativos, institucionais e financeiros, necessários para que qualquer cidadão tenha acesso de forma integral aos serviços de saúde oferecidos pelo Estado.

Considerando que a saúde é um direito e sua efetividade se garante através do acesso integral e de qualidade aos serviços de saúde, deve o estado promover o direito à saúde para os que se encontram custodiados através da implementação de políticas públicas efetivas destinadas a população carcerária. Importa ressaltar que o estado de saúde, não representa o fato de não está acometido por algum agravo, mas sim, ter acesso a tudo aquilo que venha a ser visto como essencial para a satisfação da saúde física, mental, psicológica, moral e social.

Desta feita, para amparar as pessoas que se encontram encarceradas, o Estado, através da Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, implementou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), política direcionada para ampliar as ações de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) visando assistência integral para a população privada de liberdade.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional busca proporcionar maior qualidade de vida e dignidade das pessoas inseridas no sistema prisional, promovendo e reestabelecendo à saúde e evitando possíveis agravos, através da inserção formal da população carcerária no Sistema Único de Saúde, assegurando que cada unidade prisional seja ponto integrante da Rede de Atenção à Saúde. A criação de uma política de saúde voltada para as pessoas privadas de liberdade, constitui, uma tentativa de promover de fato a atenção aos direitos sociais da população carcerária, é uma experiência de humanização e reconhece a garantia ao acesso a saúde previsto pela Constituição Federal.

Embora todos os dispositivos legais pareçam assegurar as condições humanas de sobrevivência ao recluso, no entanto, o que se vê é bem diferente da realidade com a qual nos deparamos nos estabelecimentos prisionais do Brasil e em particular do Estado de Pernambuco. De acordo com os dados apresentados através de pesquisa bibliográfica e análise de dados, destaca-se como ponto principal da situação penitenciária brasileira: a sobrecarga. Devido a isso, as condições subumanas às quais os presos são submetidos agravam-se consideravelmente. Na maioria das vezes, as condições de encarceramento são piores do que se imagina. As celas, além de superlotadas, são mal conservadas, mal ventiladas e insalubres. A consequência dessa situação é o alto índice de doenças ocasionando um número elevado de mortalidade dentro dos estabelecimentos prisionais. Portanto, a realidade carcerária se contradiz violentamente com os artigos dispostos na Lei de Execução Penal, na PNAISP, na Constituição Federal e na Lei 8.080/90, a lei de criação do SUS.

Verifica-se que a progressiva degradação da pessoa humana se manifesta quase que concomitantemente à da estrutura física, refletindo-se na promiscuidade da convivência de presos provisórios e sentenciados. A finalidade primordial da pena não pode ser outra senão a ressocialização do transgressor. Evidente que não se alcança estes objetivos na estrutura atualmente apresentada, com um contingente prisional muito além da capacidade dos estabelecimentos existentes no Estado, sem contar que estes, em sua grande maioria, estão em

situação de precariedade absoluta, não oferecendo condições mínimas necessárias à saúde da população carcerária pernambucana.

A realidade prisional em nosso Estado não oferece condições satisfatórias de assistência à saúde da população carcerária. O problema da falta de remédios, equipamentos e profissionais de saúde, é comum em boa parte dos hospitais em Pernambuco, mas chega a ser maior ainda nos presídios. Pernambuco é um dos Estados que aderiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) pela portaria interministerial nº 1 de 2 de janeiro de 2014, que garante atenção integral à saúde da população prisional no SUS, objetivando que a garantia do direito à cidadania se efetive na perspectiva dos direitos humanos. Tem como metas gerais a realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e assistência, através de programas de saúde bucal, saúde da mulher, saúde mental, DST/HIV/AIDS, hepatite, tuberculose, hanseníase, hipertensão arterial, diabetes, aquisição de medicamentos, imunização e exames laboratoriais.

Esta política de Assistência à Saúde é bem planejada, mas, na prática, falta adequação para ser aplicada nas unidades prisionais. Desta forma, tal política não vem atingindo a finalidade para qual foi criada, visto que as 21 equipes de atenção básica prisional (EABP) formadas são insuficientes para atender a saúde de toda a população carcerária do Estado de Pernambuco, ficando boa parte dos reclusos sem receber assistência à saúde adequada na forma estabelecida pela Lei de Execução Penal. Vimos que há apenas 161 profissionais de saúde para atender a toda população privada de liberdade, equivalendo a 0,0062 profissional/detento; há apenas um médico ginecologista para atender um contingente de mais de 1.800 presas. As prisões se revelam um microcosmo do que acontece do lado de fora. Os problemas da falta de assistência são potencializados dentro dos muros das prisões.

Mesmo com os avanços obtidos pela PNAISP, simples objetivos como aperfeiçoamento da qualidade da saúde ao tratar os reclusos se quer foram alcançados, mesmo com políticas específicas para tratamento de doenças mais graves como HIV e tuberculose. Enquanto isso tais moléstias continuam se proliferando, e os óbitos crescendo, os direitos fundamentais continuam a ser violados. Ainda se está muito longe do mínimo suficiente.

Apesar do esforço legislativo e doutrinário, na realidade, o que ocorre nos estabelecimentos prisionais do Estado de Pernambuco são multidões de amontoados, excluídos sociais, miseráveis condenados também ao desrespeito a todos os seus direitos. Dignidade do homem e direitos

humanos são contrapontos de sistema penitenciário. Não há vontade política para que o Estado possa concretizar tudo a que se propõe.

Ademais, a falta de assistência à saúde do preso agrava-se, muitas vezes, por problemas administrativos e operacionais por parte dos órgãos do Estado, que tem como missão cumprir a Lei de Execução Penal proporcionando aos reclusos todas as condições necessárias para o cumprimento de sua pena, inclusive assistência à saúde com qualidade, atentando para o respeito ao princípio da dignidade da pessoa humana. Tal situação demonstra o descaso, por parte do poder público, relativo ao tratamento digno dos condenados.

Dessa forma, fica evidente que políticas públicas voltadas para a minimização da desigualdade constituem a verdadeira resolução do problema.

Contudo, a realidade prisional no Estado de Pernambuco perpassa, em grande proporção, o número dos detentos em cada unidade prisional, mas permanece o mesmo o número de equipes e funcionários de assistência à saúde, não se podendo sobrevir outra consequência senão a ineficácia de qualquer tentativa governamental.

A saúde das pessoas encarceradas indubitavelmente é questão de saúde pública; essas pessoas se quer conseguem ser visíveis para a sociedade tampouco inseridas no SUS; a insuficiência de recursos humanos aliadas a falta de políticas públicas e sanitárias que realmente promovam a resolução dos problemas, com trabalhos voltados para a prevenção e capacitação dos agentes envolvidos na temática, influenciam e refletem diretamente na saúde dessa população (Filho & Bueno, 2016).

Assim, necessário se faz que sejam efetivadas as medidas no sentido de que o Estado cumpra com o seu dever institucional e indelegável de atender a saúde dos presos, propondo medidas que visem dirimir a desassistência à saúde, preconceito para lidar com esses pacientes, a escassez de profissionais e tratamento adequado para todos, bem como a falta de transporte ou de escolta para conduzir o preso até a instituição de saúde, são questões que vulneram sobremaneira estas pessoas encarceradas. Como medida mais imediata para que a prestação de mínima de assistência à saúde seja assegurada nos termos dos artigos 40 e 41 da Lei de Execução Penal, seria, de acordo com as metas estabelecidas pelo Plano Estadual de Saúde, a implantação de 32 equipes de atenção básica prisional, para se atender o contingente populacional de 31.700 pessoas privadas de liberdade no Estado de Pernambuco.

Violando e renegando o direito à saúde do encarcerado, o Estado estaria contribuindo para a pena de morte, haja vista que a partir do início do cumprimento de sua pena esta população é completamente excluída de todo e qualquer direito constitucionalmente garantido.

Fazer uma análise sobre a temática do sistema prisional, em particular sobre o estado de Pernambuco, é adentrar em questões de grande importância social como a segurança pública e a garantia dos direitos humanos dos que estão sob a custódia do Estado. Sujeitos que hoje se encontram dentro das prisões estarão amanhã de volta ao convívio em sociedade. Por essa razão, é essencial que neste período de encarceramento seja oferecido subsídios de ordem material, religiosa, educacional e saúde ao reeducando, para que, ao retornar à sociedade, o recluso possa ter oportunidade de guiar sua vida fora da criminalidade. Como afirma Dostoiévski (1866) em seu livro Crime e Castigo, “a garantia da dignidade dos que se encontram encarcerados nada mais é do que o reflexo do grau de desenvolvimento da sociedade em que se encontra inserido, pois é possível julgar o grau de civilização de uma sociedade visitando suas prisões”.

## Bibliografia

- Albergaria, J. (1993). *Manual de direito penitenciário*. Rio de Janeiro: Aide.
- Almeida, B. R. & Massaú, G. C (2015). A normalidade do desumano: a banalidade do mal no sistema penitenciário brasileiro. *Derecho y Cambio Social*, 41, pp. 1-16. Recuperado em 16/03/2022 de [https://www.derechoycambiosocial.com/revista041/A\\_NORMALIDADE\\_DO\\_DESUMANO.pdf](https://www.derechoycambiosocial.com/revista041/A_NORMALIDADE_DO_DESUMANO.pdf).
- Almeida, B. R. & G. C. Massaú (2017). A arte de governar o mal e a gramática do desumano no sistema penitenciário brasileiro. *Revista Crítica Penal y Poder*, 13, pp. 167-184. Recuperado em 16/05/2023 de <https://revistes.ub.edu/index.php/CriticaPenalPoder/article/view/18482>.
- Alvarez, M. C. (2003). *Bacharéis, criminologistas e juristas: saber jurídico e a nova escola penal no Brasil*. São Paulo: Método/IBCCrim.
- Andrade, U. S. & Ferreira, F.F.F. (2015). Crise no Sistema Penitenciário Brasileiro: Capitalismo, desigualdade social e prisão. Salvador. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 3(1), pp.7-12. DOI: <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpd.v3i1.471>
- Arruda, A. J. C. G. de et al. (2013). Direito à saúde no sistema prisional: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem*. Recife, v. 7, n. esp., pp. 6646-6654. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v7i11a12320p6646-6654-2013>
- Batista, M. de A.; Araújo, J. L. de & Nascimento, E. G. C. do. (2019). Assistência à saúde das pessoas privadas de liberdade provisória: análise da efetividade do plano nacional de saúde do sistema penitenciário. *Revista Arq. Ciencias. Saúde UNIPAR*, Umuarama, v. 23, n. 1, pp. 71-80.
- Beccaria, C. 1738-1793 (2014). *Dos delitos e das penas*. São Paulo, Edição eletrônica: Ed. Ridendo Castigat Mores.
- Brenda, E. (1996). *Dignidad humana y derechos de la personalidad: Manual de derecho constitucional*. Madrid: Marcial Pons.
- Brito Filho, J. C. M. de (2018). *Direitos Humanos* (2a ed.). São Paulo: LTr.
- Bonavides, P. (2009). *Curso de Direito Constitucional* (15a ed.) São Paulo: Malheiros.
- Capez, F. (2005). *Execução Penal*. Vol. 3. São Paulo: Damásio de Jesus.

- Cavalcanti, Murilo. (2021). *Conexão Recife Medellín COMPAZ*. Recife: Companhia Editora de Pernambuco.
- Chies, L. A. B. (2013). A questão penitenciária. *Tempo Social*, 25(1), pp. 15-36.
- Coelho, E. C. (2005). *A oficina do diabo e outros estudos sobre criminalidade*. Rio de Janeiro: Record.
- Cunha, M. P. (2002). *Entre o bairro e a prisão: Tráfico e trajectos*. Lisboa: Fim de Século.
- Cunha, M. P. (2015) (Org.) *Do crime e do castigo: Temas e debates contemporâneos*. Lisboa: Mundos Sociais
- Cunha, M. P. (2019). *Criminalidade e e Segurança [Crime and Security]*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos
- Davis, A. (2018). *Estarão as prisões obsoletas?* (1a ed.) Rio de Janeiro: Difel. ISBN 978-85-7432-150-9
- Domingues, B. (2012). Uma política para garantir o direito à saúde no sistema prisional. *Revista Radis*, Rio de Janeiro, n. 118, p. 20-21.
- Dostoiévski, F. (1866). *Crime e castigo*. Tradução de Nina Guerr e Felipe Guerra, (7a ed). (2021). Presença. ISBN 9789722367554.
- Dropa, R. F. (2018). Direitos Humanos no Brasil: a exclusão dos detentos. *Revista Âmbito Jurídico*. Recuperado em 18/03/2022 de <https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-17/direitos-humanos-no-brasil-a-exclusao-dos-detentos/>.
- Engbruch, W. & Santis, B.M.D. (2012). A evolução histórica do sistema prisional e a Penitenciária do Estado de São Paulo. *Revista Liberdades*. Recuperado em 18/03/2022 de <https://www.ibccrim.org.br/publicacoes/visualizar-pdf/453/1>, pp. 143-160.
- Fragoso, H. C., Catão, Y. & Sussekind, E. (1997). *Direito dos presos*. Rio de Janeiro: Forense.
- Figueiredo D. J. & Costa A. M. (1984). *Criminologia - O homem delinquente e a sociedade criminógena*. Coimbra: Coimbra Editora.
- Foucault, M. (2014). *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Tradução de Raquel Ramallete, (42a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.

Gois, S. M. et al (2012). Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. *Revista de Saúde Coletiva*, (15)5, 1235 – 1246. Recuperado em 02/05/2021 de <https://core.ac.uk/download/pdf/37517588.pdf>,

Gual, R. (2016). La muerte bajo custodia penal como objeto de investigación social: una perspectiva regional. *Revista Eletrônica da Faculdade de Direito de Pelotas*, 2(2), pp. 29-48. Recuperado em 18/06/2022 de <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/revistadireito/article/view/11442/7227>

Julião, E. F., (2012). *Sistema Penitenciário Brasileiro: A Educação e o Trabalho na Política de Execução Penal*, (1a ed.) Rio de Janeiro: Editora de Petrus.

Leal, C. B. (1994). O tratamento dos presos no Brasil e as Regras Mínimas da ONU. *Revista do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária*, (1)4.

Machado, H. (2008). *Manual de Sociologia do Crime*. Porto: Afrontamento

Marcão, R. (2013). *Curso de execução penal*, (11a ed.) rev. ampl. e atual. São Paulo: Saraiva.

Marques, O. H. D. (2016). *Fundamentos da pena*,. (3a ed.) São Paulo: WMF Martins Fontes.

Mirabete, J. F. (2004). *Execução Penal*, (11a ed.). São Paulo: Atlas. ISBN 9788522438549.

Moraes, A. (2017). *Direitos Humanos Fundamentais: Teoria Geral, comentários aos arts. 1º ao 5º da Constituição da República Federativa do Brasil, doutrina e jurisprudência*, (11ª ed.). São Paulo: Atlas.

Nogueira, P. L. (1996). *Comentários à Lei de Execução Penal*, (3a ed.). São Paulo: Saraiva. ISBN 978-8502017115.

Nucci, G. de S. (2007). *Leis penais e processuais penais comentadas*. (pp. 405-406) São Paulo: RT.

Nucci, G. de S. (2014). *Manual de processo penal e execução penal*, (11a. ed.). Rio de Janeiro: Forense.

Nucci, G.de.S. (2016). *Direitos humanos versus segurança pública*. Rio de Janeiro:Forense.

Nunes, A. (2005). *A realidade das prisões brasileiras*. Recife: Nossa Livraria. ISBN 8588144530.

Nunes, A. (2012). *Da Execução Penal*, (2a ed.). Rio de Janeiro: Forense.



- Nogueira, P. L. (1996). *Comentários à Lei de Execução Pena, (3a ed.)*. São Paulo: Saraiva. ISBN 978-8502017115.
- Pedroso, R. C. (2002). *Os signos da opressão: história e violência nas prisões brasileiras*. São Paulo: Imprensa Oficial.
- Ramos, A.D.C. (2017). *Curso de direitos humanos, (4ª ed.)*. São Paulo: Saraiva.
- Roig, R.D.E. (2018) *Execução penal: teoria crítica, (4a ed.)*. São Paulo: Saraiva Educação.
- Sales, M. A. *O desenvolvimento da política de saúde prisional no Brasil e os reflexos no déficit de acesso da população prisional aos serviços de saúde*. Recuperado em 03/08/2022 de <http://www.pt.congressoalacip2017.org>.
- Sampaio, F. *Considerações sobre a segurança pública em Pernambuco, 2018-2021*. Anuário de Segurança Pública 2018 – 2021 – Especial 2022 – Fórum Brasileiro de Segurança Pública, pp. 158 a 167. Recuperado em 22/09/2022 de <https://forumseguranca.org.br/anuario-brasileiro-seguranca-publica/>
- Santos, L. (2010). *Direito da Saúde no Brasil*. Campinas, SP: Saberes Editora. ISBN 8562844020
- Sarlet, I. W. (2005). *Dimensões da dignidade: ensaios de Filosofia do Direito e Direito Constitucional*. Porto Alegre: Livraria do Advogado.
- Sarlet, I. W. (2006). *Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988, (4a Ed.)*. Porto Alegre: Livraria do Advogado.
- Sarlet, I.W. (2015). *A Eficácia dos Direitos Fundamentais: Uma Teoria Geral dos Direitos Fundamentais na Perspectiva Constitucional, (13a Ed.)*. Porto Alegre: Livraria do Advogado.
- Shecaira, S. S. (2004). *Criminologia*. São Paulo: Revista dos Tribunais.
- Schultz, Á. L. V.; dias, M. T. G.; Lewgoy, A. M. B. & Dotta, R. M. (2017). *A Saúde no Sistema Prisional: um estudo sobre a legislação brasileira, (v. 9, n. 2, p. 92-107)*. Argumnetum: Vitória
- Silva, L. A. M. (2004). Sociabilidade violenta: por uma interpretação da criminalidade contemporânea no Brasil urbano. *Sociedade e Estado*, 19(1), pp. 53-84.
- Silva, M. (2015). *Saúde penitenciária no Brasil: plano e política*. Brasília: Verbena.

Silva, T.A.G. (2011). Preso e o Direito Fundamental à Saúde. *Revista Conteúdo Jurídico*. Recuperado em 17/08/2022 de <http://www.conteudojuridico.com.br/artigo,o-presoe-o-direito-fundamental-a-saude,31019.html>.

Soares, M.M. & Bueno, P. M. M. G. (2016). Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 7, pp. 1999-2010. Recuperado em 17/08/2022 de <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.24102015>>.

Souza, J. (2009). *Ralé brasileira: quem é e como vive*. Belo Horizonte: Editora UFMG.

Teixeira, A. (2009). *Prisões da exceção: política penal e penitenciária no Brasil contemporâneo*. Curitiba: Juruá.

Vasconcelos, E. D. S, Queiroz, R.F.D.F. & Calixto, G.A.D.M. A precariedade no sistema penitenciário brasileiro – violação dos direitos humanos. *Revista Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XIV, n. 92, set 2011. Recuperado em 17/08/2022 de <[http://www.ambitojuridico.com.br/site/?artigo\\_id=10363&n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura](http://www.ambitojuridico.com.br/site/?artigo_id=10363&n_link=revista_artigos_leitura)>

Wacquant, L. (2001). *As prisões da miséria*. Rio de Janeiro: J. Zahar.

Xavier, F. (2020). *Saúde na Prisão: Os Direitos Humanos em uma Penitenciária de Segurança Máxima*. Editora Appris.

Zaffaroni, E. R. et al. (2003). *Direito Penal Brasileiro: primeiro volume*, (2a. ed.) Rio de Janeiro: Renavan.

Zaffaroni, E. R. (2015). *Manual de direito penal brasileiro: parte geral*, (11a ed.) São Paulo: Revista dos Tribunais.

Zaffaroni, E. R. & Pierangeli, J. H. (2015). *Manual de Direito Penal Brasileiro*, (9a. ed.). São Paulo: Revista dos Tribunais. ISBN: 9788520359976.

## **Legislação**

Brasil (1824). *Constituição de 1824*. Brasília: Senado. Recuperado em 03/03/2022 de [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/137569/Constituicoes\\_Brasileiras\\_v1\\_1824.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/137569/Constituicoes_Brasileiras_v1_1824.pdf)

Brasil (1891). *Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1891*. Brasília. Recuperado em 03/03/2022 de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao91.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao91.htm)

Brasil (1946). *Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 1946*. Brasília. Recuperado em 03/03/2022 de [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao46.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao46.htm).

Brasil (1969). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1969*. Brasília. Recuperado em 03/03/2022 de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao67emc69.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao67emc69.htm).

Brasil (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, Senado. Recuperado em 03/03/2022 de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm).

Brasil. (1830). *Lei de 16 de dezembro de 1830*. Código Criminal do Império do Brasil. Brasília. Recuperado em 02/03/2022 de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lim/lim-16-12-1830.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/lim-16-12-1830.htm).

Brasil (1890). *Decreto n° 774, de 20 de setembro de 1890*. Declara abolida pena de galés, reduz a 30 anos as penas perpetuas, manda computar a prisão preventiva na execução, e estabelece a prescrição das penas. Recuperado em 04/03/2022 de <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-774-20-setembro-1890-517659-publicacaooriginal-1-pe.html>.

Brasil (1940). Decreto - *Lei n° 2.848, de 7 de dezembro de 1940*. Instituiu o Código Penal. Recuperado em 03/03/2022 de [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/2002/L10406compilada.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10406compilada.htm).

Brasil (1984). *Lei n° 7.210, de 11 de julho de 1984*. Instituiu a Lei de Execução Penal. Recuperado em 03/03/2022 de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7210.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm).

Brasil (1994). Ministério de Justiça e da Segurança Pública (MJSP). *Resolução n° 14 de 11 de novembro de 1994. Regras Mínimas para o Tratamento do Preso no Brasil*. Recuperado em 13/06/2022 de <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/cnpsp/resolucoes/1994/resolucao14de11denovembro1994.pdf>

Brasil (2003). *Portaria Interministerial n° 1.777, de 09 de setembro de 2003, MS/MJ*. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2003. Recuperado em 20/03/2022 de <https://bvsmms.saude.gov.br/>.

Brasil (2011). Lei n° 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Recuperado em 13/06/2022 de [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)

Brasil (2014). *Portaria Interministerial n° 1, de 2 de janeiro de 2014, MS/MJ*. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n. 63, Seção 1, p. 48, 2014a.

Brasil. (2014). Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Atenção Integral a Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade - PNAISP*. Recuperado em 13/06/2022 de <https://aps.saude.gov.br/ape/pnaisp>.

Brasil (2014). *Portaria n° 94, de 14 de janeiro de 2014*. Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n. 10, Seção 1, p. 37, 2014e.

Brasil (2014). *Portaria n° 482, de 1° de abril de 2014*. Institui normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n. 63, Seção 1, p. 48, 2014d.

Brasil (2014). Ministério da Saúde (MS). *Portaria n. 2.274, de 17 de outubro de 2014*. Aprova a adesão dos Estados de Alagoas, Bahia, Pernambuco e dos Municípios de Canoas (RS), São Gabriel (RS), Rialma (GO), Alto Alegre do Maranhão (MA), Mossoró (RN), Manaus (AM), Belém (PA), Araguaatins do Tocantins (TO), Miracema do Tocantins (TO), Dianópolis (TO), Babaçulândia (TO), Lajeado (TO), Pedro Afonso (TO) à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas

Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 37, 2014e.

Brasil (2017). *Portaria n° 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Recuperado em 20/03/2022 de [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde - Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória de Condições Crônicas Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Dados Epidemiológicos da Tuberculose no Brasil - Maio 2022*. Recuperado em 27/05/2022 de <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/t/tuberculose/situacao-epidemiologica/apresentacao-dos-dados-epidemiologicos-da-tuberculose-no-brasil-maio-de-2022.pdf/view>.

Brasil. (2016). Conselho Nacional de Justiça. *Regras de Mandela: Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Presos*. Conselho Nacional de Justiça, Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas, Conselho Nacional de Justiça – 1. Ed., Brasília, Conselho Nacional de Justiça.

Pernambuco. (2016). *Decreto n° 42.633 de 04 de fevereiro de 2016*- Aprova o Regulamento da Secretaria de Justiça e Direitos Humanos. Recuperado em 20/03/2022 de <https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?tiponorma=6&numero=42633&complemento=0&ano=2016&tipo=&url=>

Pernambuco. (2016). *Lei n° 15.755, de 4 de abril de 2016* - Código Penitenciário do Estado de Pernambuco. Recuperado em 20/03/2022 de <http://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?id=19758>

## **Outra documentação**

Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2022. Recuperado em 22/09/2022 de <https://forumseguranca.org.br/anuario-brasileiro-seguranca-publica/>

Barsaglini, R. (2016). *Do plano à política de saúde no sistema prisional: diferenciais, avanços, limites e desafios*. Recuperado em 03/08/2022 de <https://www.scielo.br/j/physis/a/QwhdsYZkCcSSzc5D3mLNhpb/?lang=pt>

Comissão Interamericana de Direitos Humanos (2000). *Relatório n.º 34/00*. Recuperado em 03/05/2022 de <https://cidh.oas.org/annualrep/99port/brasil11291.htm>.

Comissão Interamericana de Direitos Humanos (2003). *Relatório n.º 40/03*. Recuperado em 30/05/2022 de <https://cidh.oas.org/annualrep/2003port/Brasil.10301.htm>.

Conselho Nacional de Justiça. (2017). *Relatório de Gestão: Supervisão do Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas*. Brasília: DMF. Recuperado em 18/03/2022 de [www.cnj.jus.br](http://www.cnj.jus.br).

Conselho Nacional de Justiça. Regras de Mandela. *Regras mínimas das nações unidas para o tratamento de presos*. Recuperado em 30/05/2022 de <http://cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2016/05/39ae8bd2085fdb4a1b02fa6e3944ba2.pdf>.

Conselho Nacional do Ministério Público (2013). *A visão do Ministério Público brasileiro sobre o sistema prisional brasileiro*. Brasília: CNMP. Recuperado em 13/06/2022 de [https://www.cnmp.mp.br/portal/images/stories/Destaques/Publicacoes/Sistema%20Prisional\\_web\\_final.PDF](https://www.cnmp.mp.br/portal/images/stories/Destaques/Publicacoes/Sistema%20Prisional_web_final.PDF).

Conselho Nacional do Ministério Público (2016). *A visão do Ministério Público brasileiro sobre o sistema prisional brasileiro*. Brasília: CNMP. Recuperado em 13/06/2022 de [https://www.cnmp.mp.br/portal/images/Publicacoes/documentos/2016/Livro\\_sistema\\_prisonal\\_web\\_7\\_12\\_2016.pdf](https://www.cnmp.mp.br/portal/images/Publicacoes/documentos/2016/Livro_sistema_prisonal_web_7_12_2016.pdf)

Dias, M. S. A.; Parente, J. R. F.; Vasconcelos, M. I. O. & Dias, F. A. C. (2014). Intersectorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 19(11), p. 4371-4382. Recuperado em 18/04/2022 de <https://www.scielo.br/j/csc/a/crwbjGhzHJ3vRN3RDYchRB/abstract/?lang=pt>

Dias, M.S.A. (2016). Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 23(1):103-114. Recuperado em 18/04/2022 de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n1/1413-8123-csc-23-01->

Diuana, V.; Lhuillier, D.; Sánchez, A. R.; Amado, G.; Araújo, L. & Duarte, A. M. et al. (2008). Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(8), p. 1887-1896. Recuperado em 18/04/2022 de <https://www.scielo.br/j/csp/a/tT7S57RfW5LyGCtDZTsnpxK/abstract/?lang=pt>

Fórum Brasileiro de Segurança Pública. (2016). *Projeto: pesquisa e análise de dados vinculados ao campo da segurança pública e sistema penitenciário*. Brasília. Recuperado em 05/05/2022 de [FBSP\\_Elaboracao\\_relatorios\\_semestrais\\_descritivos\\_2016.pdf](#) ([forumseguranca.org.br](#)).

Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2022). *Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2022*. Recuperado em 22/09/2022 de <https://forumseguranca.org.br/anuario-brasileiro-seguranca-publica/>

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. (2021). Fórum Brasileiro de Segurança Pública. *Atlas da Violência*. Brasília.

Lermen, H.S. et al. (2015). Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, (25)3, 905-924. Recuperado em 13/06/2022 de <https://www.scielo.br/j/physis/a/zJDxMf6BFhqhN5NX5DmjptH/?lang=pt>.

Macêdo, A. de O. (2018). Inovações Possíveis na Política de Segurança Pública de Pernambuco. *Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2014-2017, edição extra*. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo.

Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura-Brasil (2016). *Relatório Anual 2015-2016*. Brasília. Recuperado em 30/05/2022 de <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/conteudo/arquivo/2016/06/cf63b40b37ea1dbc619b2a03e2e76121.pdf>.

Minayo, M.C.S. & Constantino, R. (2015). *Deserdados sociais: condições de vida e saúde dos presos do Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz. ISBN 978-85-7541-465-1. Recuperado em 29/05/2022 de <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413->

Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional – DEPEN. (2015). *Levantamento Nacional de Informações Penitenciária – INFOPEN. Junho de 2014*. Brasília. Recuperado em 30/05/2022 de [infopen-jun-2014.pdf](#) ([www.gov.br](#)).

Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional – DEPEN. (2017). *Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN. Atualização dezembro de 2016*. Brasília. Recuperado em 30/05/2022 de [infopen-jun-2017.pdf](#) ([www.gov.br](#)).

Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional - DEPEN. *Campanha Nacional de Combate à Tuberculose no Sistema Prisional. [Em linha]*. Recuperado em 18/03/2022 de <http://depen.gov.br/DEPEN/noticias-1/noticias/tuberculose-e-populacao->

[privada-de-liberdade-ppl](#)>.

Ministério da Saúde. (2013). 10 anos de plano nacional de saúde no sistema penitenciário e os desafios da nova PNAISP. // *Encontro nacional dos gestores em saúde prisional*. Brasília, 28 e 29 de novembro.

Organização Mundial da Saúde (OMS) (2002). *Relatório Mundial sobre violência e saúde*. Genebra: OMS. Recuperado em 30/05/2022 de [https://www.academia.edu/7619294/Relat%C3%B3rio\\_mundial\\_sobre\\_viol%C3%Aancia\\_e\\_sa%C3%BAde](https://www.academia.edu/7619294/Relat%C3%B3rio_mundial_sobre_viol%C3%Aancia_e_sa%C3%BAde).

Pernambuco. (2019). Secretaria Estadual de Saúde. *Caderno pernambucano de atenção primária no âmbito prisional*. Recuperado em 20/12/2022 de <http://portal.saude.pe.gov.br/programa/secretaria-executiva-de-atencao-saude/coordenacao-estadual-de-atencao-saude-no-sistema>.

Portal a Tarde – Recuperado em 20/03/2022 de <https://atarde.com.br/saude/ibge-aponta-que-715-da-populacao-brasileira-depende-do-sus-1127633>.

Tribunal de Contas de Pernambuco - *Avaliação do Sistema Prisional de Pernambuco*. Recuperado em 22/07/2022 de <https://www.tce.pe.gov.br/internet/images/4814/relatconsolaopsistemaprisional.pdf>.

UNESCO. (1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (resolução 217 A III) em 10 de dezembro 1948. Recuperado em 17/02/2022 de < [https://www.unicef.org/brazil/pt/resources\\_10133.htm](https://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10133.htm)>.

Valim, E. M. A.; Daibem, A. M. L. & Hossne, W. S. (2018). Atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade. *Revista Bioética*, Brasília, 26(2). Recuperado em 17/02/2022 de <https://www.scielo.br/j/bioet/a/5G6c83nPsNS8jxHv5KJGMrf/?lang=pt>