

COVID-19

PENSAMENTO E RESISTÊNCIA CONTRIBUIÇÕES DA SAÚDE COLETIVA

E-book – 2ª edição



A humanidade vem convivendo, há dois anos, com uma pandemia que se espalhou pelo planeta, agudizando problemas que nos reportam aos modos de ocupação do espaço e organização das relações de produção e da super-estrutura da sociedade, mas, também, das relações micropolíticas que se estabelecem entre os diferentes grupos sociais e com as instituições. Não é uma boa hora para cruzar os braços. No Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGCol/UFRGS) não o fizemos. Mobilizamos forças para manter os braços livres e em produção: a função social da universidade pública e o campo de saberes e práticas da saúde coletiva. Atualizando a inspiração em Anísio Teixeira e Paulo Freire, buscamos produzir iniciativas que, ao mesmo tempo em que reconheçam a militância social de cada docente e cada estudante, tivessem a capacidade de fortalecer o apoio aos grupos sociais em maior vulnerabilidade e fazer avançar o ensino, a pesquisa e a extensão.

O conjunto de textos publicados neste livro ilustram essas iniciativas. Neles, a saúde coletiva se nutre da produção freiriana: a inteligência não se representa adequadamente pela capacidade de ventriloquia ou erudição, mas pela capacidade de transformar o mundo. Não foi por outro motivo que o esforço do movimento sanitário fez expandir o conceito de saúde, ampliando a capacidade de compreender os efeitos dos modos do andar da vida na produção da saúde e das doenças. A expansão, aliás, fez com que o conceito formulado – ainda não vigente, já que a biomedicina dos últimos séculos segue pujante na produção cultural e assistencial – tivesse uma proximidade muito grande com os saberes tradicionais das populações dos nossos territórios, seja nos povos indígenas, nos quilombolas ou na cultura remanescente dos pequenos agricultores do interior do Brasil, que compunham medidas equilibradas de uso e preservação do ambiente natural, inclusive com o uso de especialidades da “medicina” natural. A medicina não é uma expressão cujo único sentido é aquele forjado pela biomedicina, ela inclui práticas embasadas nos saberes ancestrais, bem mais longevos do que os estertores do Século XVII.

(Texto retirado do capítulo inicial)

**Covid-19,
pensamento e resistência:
contribuições da Saúde Coletiva**

**Jaqueline Miotto Guarnieri
Renata Riffel Bitencourt
Aline Blaya Martins
Guilherme Lamperti Thomazi
Luciane Maria Pilotto
Alcindo Antônio Ferla
(orgs.)**

**Covid-19,
pensamento e resistência:
contribuições da Saúde
Coletiva**

**E-book
2ª edição**



**São Leopoldo
2022**

© Dos autores – 2022

Editoração: Oikos

Capa: Juliana Nascimento

Fotografias: Isabelle Rieger

Ilustrações: Yasmin Muniz

Revisão: Rui Bender

Diagramação e arte-final: Jair de O. Carlos

Conselho Editorial (Editora Oikos):

Avelino da Rosa Oliveira (UFPEL)

Danilo Streck (Universidade de Caxias do Sul)

Elcio Cecchetti (UNOCHAPECÓ e GPEAD/FURB)

Eunice S. Nodari (UFSC)

Haroldo Reimer (UEG)

Ivoni R. Reimer (PUC Goiás)

João Biehl (Princeton University)

Luiz Inácio Gaiger (Bolsista de Produtividade CNPq)

Marluza M. Harres (Unisinos)

Martin N. Dreher (IHSL)

Oneide Bobsin (Faculdades EST)

Raúl Fernet-Betancourt (Aachen/Alemanha)

Rosileny A. dos Santos Schwantes (Centro Universitário São Camilo)

Vitor Izecksohn (UFRJ)

Editora Oikos Ltda.

Rua Paraná, 240 – B. Scharlau

93120-020 São Leopoldo/RS

Tel.: (51) 3568.2848

contato@oikoseditora.com.br

www.oikoseditora.com.br

C873 Covid-19, pensamento e resistência: contribuições da saúde coletiva. 2. ed.; E-book. / Organizadores: Jaqueline Miotto Guarnieri *et al.* – São Leopoldo: Oikos, 2022.
228 p.; il. color.; 14,8 x 21 cm.
ISBN 978-65-5974-094-9
1. Saúde Coletiva. 2. Saúde Coletiva – Pandemia. 3. Saúde Coletiva _ Pandemia – Covid. I. Guarnieri, Jaqueline Miotto. II. Bitencourt, Renata Riffel. III. Martins, Aline Blaya. IV. Thomazi, Guilherme Lamperti. V. Pilotto, Luciane Maria. VI. Ferla, Alcindo Antônio.

Catalogação na Publicação: Bibliotecária Eliete Mari Doncato Brasil – CRB 10/1184 ^{CDU 614}

Modelo teórico do programa de contingência coronavírus para a população prisional no Rio Grande do Sul: um olhar da teoria dos resíduos

*Fernanda Ramos Bortoluzzi
Guilherme Dornelas Camara*

Introdução

Para Henri Lefebvre (1967, p. 68), “cada atividade que se autono- miza tende a constituir-se em sistema, em um ‘mundo’”, mas cada um desses sistemas “[...] constitui, expulsa, indica um ‘resíduo’”. Toda tentativa de elaborar um registro da história total do homem com seus sistemas, formas, funções e estruturas deixa esse resíduo. Lefebvre desafia-nos a olhar para essas irredutibilidades, pois cada um desses elementos residuais contém algo de precioso e de essencial, que possibilita que seu agrupamento crie “um universo mais real e mais verdadeiro (mais universal) que os mundos dos poderes especializados” (LEFEBVRE, 1967, p. 68).

Ao olharmos para a organização enquanto um sistema, temos como seu resíduo o desviante, o original, os momentos e as situações. Desde 2020, muito se tem pensado, falado e escrito sobre a organização dos serviços e sistemas de saúde para dar conta da pandemia mundial do novo coronavírus (Covid-19). No entanto, há um resíduo desse debate, que é a saúde da população prisional. Não apenas o próprio sistema prisional faz a contenção e a organização de resíduos da sociabilidade brasileira em geral, como é possível afirmar a partir de Borges (2019), mas constitui ele mesmo um resíduo materializado no atentado aos direitos humanos e garantias fundamentais (AZEVEDO, 2010;

BRASIL, 2015): superlotação; altos índices de doenças infectocontagiosas; violência de toda ordem; mortes. Isso sem mencionar o evidente controle, em determinados setores, das chamadas facções criminosas.

Conforme dados colhidos no Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias, o número da população carcerária no ano de 2019 ultrapassou 748 mil para apenas 442.349 vagas, totalizando uma taxa de ocupação de 169%, recebendo o Brasil o título de 3ª maior população prisional do mundo (INFOPEN, 2019).

Quanto aos dados referentes às mortes no sistema prisional, entre as causas acidentais, desconhecidas, criminais, naturais e suicídios, no ano de 2018, entre julho e dezembro, aponta um total de 990 e no Rio Grande do Sul 53 mortes (INFOPEN, 2018). Já de julho a dezembro de 2019, temos um total de 1.091, sendo no Rio Grande do Sul 87 mortes (INFOPEN, 2019).

Os estabelecimentos prisionais aproximam-se cada vez mais de depósitos, sendo destinados aos sujeitos definidos como os mais perigosos, uma vez que, perante o olhar julgador da sociedade, “os criminosos são merecedores de qualquer mal que lhes seja imposto através da pena, visto que não são considerados indivíduos normais e, portanto, não gozam do mesmo status jurídico que os autointitulados cidadãos de bem” (CIFALI; AZEVEDO, 2016, p. 51).

No contexto da pandemia de Covid-19, Costa *et al.* (2020, p. 12) concluem:

De um lado, temos medidas sanitárias colocadas em prática para salvaguardar a incolumidade física e psíquica da sociedade “livre”; são vidas passíveis de serem salvas. De outro, temos a população carcerária, que se localiza em um território onde a formulação e implementação de políticas públicas, de forma geral, não existe ou existe precariamente; são vidas que não passíveis de luto, que não são salváveis.

Frente a esse cenário, as prisões operam como “barris de pólvora” na pandemia (COSTA *et al.*, 2020), necessitando da imposição de medidas urgentes de contenção ao contágio do novo coronavírus.

A avaliação de programas de saúde é uma importante ferramenta que permite gerar inúmeras discussões e melhorias sobre a política,

evitando erros de planejamento e resultado de avaliação. Bunge (1974) apresenta o modelo teórico como sendo “um sistema hipotético-dedutivo que concerne a um objeto-modelo, que é, por sua vez, uma representação conceitual esquemática de uma coisa ou situação real ou suposta como tal”.

Há debates sobre o papel da teoria e a utilização de modelos teóricos, pois a não utilização da teoria na avaliação de programas pode levar a uma avaliação não sensível a contextos políticos e organizacionais, bem como desprezar alguns temas. Para diversos autores, a expressão “modelo lógico” é a ideia que operacionaliza o objeto-modelo.

Desse modo, objetos-modelo seriam parte das teorias científicas; logo modelos teóricos abrangem objetos-modelo. Ademais, modelo teórico é “uma teoria específica de um objeto suposto real, constituída por uma teoria geral enriquecida de um objeto-modelo” (MEDINA *et al.*, 2005, p. 44).

Com todo o exposto, o objetivo deste capítulo é, desde a teoria dos resíduos, oferecer um modelo teórico capaz de avaliar a implementação do plano de contingência coronavírus para mitigar o avanço da Covid-19 nas unidades prisionais do Rio Grande do Sul.

Plano de Contingência Coronavírus para os estabelecimentos prisionais: o preconizado

O Plano de Contingência Coronavírus tinha o intuito de mitigar a contaminação nas 152 unidades prisionais do estado, onde cumprem pena aproximadamente 41.199 pessoas, sendo 39.086 homens e 2.113 mulheres (SUSEPE, 2021), com procedimentos e medidas para prevenção e mitigação dos danos causados pela Covid-19 em três frentes: fluxos e procedimentos operacionais; medidas específicas para a região metropolitana, Vale dos Sinos e Litoral Norte; demais medidas (RIO GRANDE DO SUL, 2020).

Para as pessoas que já se encontram no sistema penal, sintomáticas sem gravidade, recomenda-se após a identificação separá-las em cela de isolamento exclusiva ou divisão da cela por meio físico; ou não sendo possível, separá-las em tendas de atendimento/isolamento. En-

quanto pessoas sintomáticas com gravidade devem ser encaminhadas à Unidade Básica de Saúde (UBS) ou isolá-las em tenda de segregação preventiva, ou alternativamente em hospitais. Já para novas pessoas presas são obrigatórios 14 dias de isolamento.

Entre as necessidades para a operacionalização em estabelecimentos penais, observam-se: adoção de área de triagem (com questionário, oxímetros e termômetros), instalação de pedilúvios (para higienização dos pés), duas áreas de isolamento por estabelecimento ou por região (uma para pessoas presas assintomáticas e outra para pessoas sintomáticas sem gravidade), criação da Patrulha de Desinfecção e Conscientização, criação de tendas de atendimento/isolamento, adequação das UBS.

Em caso de evolução da pandemia, há previsão de medidas alternativas através da criação de tendas centrais de isolamento de segregação preventiva nos institutos penais em oito regiões do estado, as quais visam reduzir o número de vagas de isolamento em relação à capacidade de engenharia, bem como a ocupação em prédios públicos e, por fim, parcerias com os municípios no tocante à rede de saúde com a contribuição estratégica da FAMURS (Federação das Associações de Municípios do Rio Grande do Sul).

Salienta-se que as regiões metropolitana, Vale dos Sinos e Litoral Norte recebem tratamento diferenciado em razão do número maior de presos que abrigam. Assim, o plano tem como objetivo a criação de 72 vagas no Centro de Triagem de Porto Alegre e 40 vagas no Centro de Triagem de Montenegro para custódia de presos assintomáticos pelo período da quarentena.

Para a concretização das operações, seriam necessárias a parceria e a cooperação com outros órgãos, como a Defensoria Pública, as Forças Armadas (fornecendo estrutura física), o Exército Brasileiro (auxiliando na criação de tendas), a Brigada Militar (segurança). De modo a dar conta das demais medidas previstas no Plano de Contingência, foi editada a Nota Técnica nº 01/2020, da Secretária da Administração Penitenciária (SEAPEN), em conjunto com a Superintendência de Serviços Penitenciários (SUSEPE).

Ademais, traz procedimentos de prevenção como: manter celas ventiladas, intensificar a limpeza, lavar sempre as mãos, utilizar álcool gel, evitar aglomerações, etc.

Cabe destacar que um dos itens a serem observados diz respeito ao momento da triagem por meio de um questionário, aplicado pelo servidor responsável, o qual pergunta ao preso ingressante se apresenta ou apresentou sintomas (febre, tosse, dispneia, dor de garganta, dificuldade para respirar, etc.) nos últimos 14 dias. Em caso afirmativo, já deve conduzi-lo ao isolamento.

Além de tais medidas, buscou-se a produção de EPIs para combate à Covid-19, além da fabricação de sabão. No momento, 19 estabelecimentos, distribuídos de forma regionalizada, realizam a ação, conforme orientação do Gabinete Emergencial de Logística e Regulação de Estoque, visando ao atendimento de todo o RS e evitar a propagação do vírus. Como exemplo, a penitenciária de Arroio dos Ratos produz em média 800 máscaras de proteção por dia (RIO GRANDE DO SUL, 2020).

A ordem de serviço nº 002/2020 da SEAPEN, em conjunto com a SUSEPE, estabelece os modelos de máscaras a serem produzidos pela mão de obra prisional; são elas: descartáveis e reutilizáveis. Além disso, estipula que o modelo de máscara a ser utilizado em cada local dependerá, preponderantemente, dos tipos de riscos: área de maior risco de contaminação (uso de máscaras N95 e PFF2) e áreas de menor risco de contaminação (uso de máscaras reutilizáveis).

Acrescenta-se que a ordem também estipulava as áreas de risco, classificando os estabelecimentos prisionais conforme a bandeira atribuída ao município nos termos do Decreto Estadual nº 55.240, revogado em 15 de maio de 2021.

Desse modo, podemos observar que o decreto que instituiu o Sistema de Distanciamento Controlado, criado pelo governo do RS, também foi adaptado ao sistema prisional no que diz respeito à classificação e à autorização de visitas presenciais. Se o município se encontrasse há pelo menos duas semanas em bandeira laranja ou amarela e apresentasse período igual ou superior a 14 dias sem contaminação por Covid-19, comprovada por teste RT-PCR em pessoas presas que

não estivessem em quarentena preventiva nas áreas de triagem/isolamento, estariam autorizadas as visitas presenciais. Os estabelecimentos localizados em regiões onde houve agravamento da pandemia, com o retorno à bandeira vermelha, suspenderiam as visitas após duas semanas nessa condição (RIO GRANDE DO SUL, 2020).

Mesmo após a alteração pelo governador Eduardo Leite do Sistema de Distanciamento Controlado pelo Sistema 3AS (Aviso, Alerta e Ação), que ocorreu a partir do dia 16 de maio de 2021, o sistema prisional adaptou-se a essa realidade e emitiu uma nova Ordem de Serviço Conjunta (nº 002/2021 – SUSEPE e SEAPEN), a qual estipulou a data de 22/05/2021 a 31/05/21 para a retomada e a realização de uma visita humanitária presencial em todo o sistema prisional gaúcho, restrita a uma visita, por um único familiar, em local específico com ventilação natural cruzada (nos moldes da “Visita Social” expressa no Plano de Retomada Gradual e Controlada das Visitas no Sistema Prisional, com restrições embasadas no Plano de Contingência) (RIO GRANDE DO SUL, 2021).

Na sequência, outra medida diz respeito à disponibilização de um canal virtual para a manutenção dos vínculos externos da pessoa presa, também chamada de “televisita”, um meio de visita e parlatório virtual. Proporcionaria ao preso contato com o mundo externo e com seus familiares, vínculos essenciais e em conformidade com a Constituição Cidadã e a Lei de Execução Penal (LEP). No projeto-piloto, três casas prisionais viabilizaram a visita virtual aos presos. Numa delas, a Penitenciária Estadual de Porto Alegre (antigo Presídio Central), os apenados que trabalham na cozinha e na área administrativa conseguiram conversar com seus familiares pelo telefone. O procedimento contou com a monitoração de agente operacional, uma psicóloga e uma agente administrativa para acompanhar a conversa (SUSEPE, 2021).

Outro meio adotado foi a disponibilização de um Boletim Diário, viabilizando o acompanhamento em números detalhados da situação da Covid-19 no sistema prisional. No *site* da Secretaria da Administração Penitenciária do Estado do Rio Grande do Sul, é possível ter acesso aos boletins diários com informações de quantos casos foram detectados e quantos presos estão em suspeita, assim como disponibi-

liza o número de presos vacinados contra a gripe e a quantidade de testes já realizados. Conforme a última atualização emitida em *site* oficial, no dia 21 de maio de 2021, o boletim de relatório prisional apresentava que 20.399 presos receberam a vacina contra H1N1, e o número de testes realizados chegou a 24.528 (SEAPEN, 2021).

Também há uma grande preocupação com o efetivo que atua dentro das unidades: os agentes prisionais. Assim, o poder público adotou um procedimento preventivo de afastamento pelo período de até 14 dias para servidores com sintomas da doença ou por estar incluídos em grupos de risco. Os agentes estão sendo vacinados contra a gripe de forma prioritária e recebendo equipamentos de proteção a fim de garantir sua segurança (BRASIL, 2021).

Breve histórico do marco regulatório do sistema prisional brasileiro

Na visão de Bucci (2006, p. 146), a partir do século XX, o Estado intervém na vida econômica e social, “e apesar das alterações qualitativas dessa presença estatal, que foram realizadas em diversas ocasiões, a pretextos variados, ao longo desse período, o fato essencial é a indispensabilidade da presença do Estado”.

No campo da saúde, a Carta Constitucional estabelece na redação do artigo 196 que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, que deve garanti-la com políticas socioeconômicas que reduzam o risco de doença e outros agravos. Destaca ainda a Constituição que o acesso à saúde deve ser universal e igualitário. Com isso instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS), visando garantir políticas universais e democráticas voltadas a todos.

A Lei nº 8.080 de 1990 regulamenta o SUS, estabelecendo os objetivos, atribuições, organização, competências e funcionamento, assim como apresenta os princípios que devem ser observados; são eles: universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência, preservação da autonomia, igualdade e equidade, direito à informação, descentralização, participação popular, entre outros.

Dessa forma, tal regulamento traz apontamentos sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, sempre visando à saúde como direito fundamental e elementar do ser humano. A atenção integral à saúde “passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando à prevenção e à promoção da saúde” (BRASIL, 2020).

Outrossim, cabe ao Estado garantir, através de políticas, medidas de redução de doenças, melhoria da qualidade de vida, ambiente saudável e, desde o princípio da universalidade, acesso à saúde para as pessoas privadas de liberdade, as quais se encontram cumprindo pena ou aguardando sentença em diversas casas prisionais de nosso país.

O direito à saúde e os direitos sociais previstos na Constituição Federal de forma universal e igualitária constituíram um marco civilizatório, entretanto que de imediato não foi garantido às pessoas privadas de liberdade (PPL).

Após um longo período, com o objetivo de orientar a reintegração social do preso e adotar medidas de assistência a pessoas encarceradas, como educação, trabalho e saúde, foram criadas algumas disposições.

A Lei de Execuções Penais (LEP) de 1984 é anterior à Carta Constitucional, entretanto já trouxe aspectos relevantes no tocante aos direitos e às garantias do preso. Na visão de Simas *et al.* (2021), mesmo com um foco na política de segurança pública e não na saúde, tinha como objetivo efetivar as disposições de sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado. Além disso, previa a assistência à saúde do preso em caráter preventivo e curativo com atendimento médico, farmacêutico e odontológico.

No que concerne à saúde das PPL, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), instituído em 2004, trazia o seguinte lema: “incluir no sistema de saúde os brasileiros que cumprem pena é cumprir um direito garantido pela Constituição” (BRASIL, 2004). Entre as prioridades estavam a “reforma e a equipagem das unidades prisionais, visando à estruturação de serviços ambulatoriais de atenção

no nível básico, componentes da assistência de média complexidade, das urgências e emergências em saúde” (SIMAS *et al.*, 2021, p. 48).

O então ministro da Saúde, Humberto Costa, criticou na confecção da cartilha PNSSP a questão da saúde prisional à época, uma vez que estava sendo feita sob a ótica reducionista, limitando-se à atenção voltada a DST/AIDS e à redução de danos associados ao uso abusivo do álcool e outras drogas (BRASIL, 2004). Além desses agravos à saúde, a PPL apresentava, naquela época, altos índices de tuberculose, pneumonias, dermatoses, hepatites, entre outras doenças que mereciam atenção.

Assim, o PNSSP representou um avanço bastante limitado para o país, voltado a uma política de saúde específica para a população prisional, possibilitando ações e serviços que proporcionariam reduzir graves danos provocados pelas condições de confinamento em que se encontravam.

Com a Portaria Interministerial nº 01 no ano de 2014 entrou em vigor a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), que visa garantir acesso à Rede de Atenção à Saúde com mais agilidade, melhorar as condições de vigilância sanitária, garantir acesso aos programas de saúde mental, programas de vacinação, garantir aquisição e repasse de medicamentos da farmácia básica e distribuição de insumos (preservativos, absorventes, etc.) para os presos (BRASIL, 2014).

Ademais, ampliou “as ações para além do sistema penitenciário, inserindo todas as pessoas que se encontravam também em delegacias e distritos policiais, cadeias públicas, colônias agrícolas ou industriais e penitenciárias federais, presos provisórios ou em execução da pena” (SIMAS *et al.*, 2021, p. 49). A política pactua a integração à Rede de Atenção à Saúde, objetivando que cada ambiente prisional tenha uma Unidade Básica de Saúde Prisional, que, por sua vez, contará com equipes multiprofissionais.

No tocante à responsabilidade sobre a saúde coletiva da população carcerária, ela é tripartite, ou seja, compete à União, aos estados e aos municípios, não podendo recair exclusivamente sobre os ombros da União. Cabe aos estados “executar, acompanhar e avaliar a política

de insumos e equipamentos para a saúde, em caráter suplementar, nos termos do art. 17, inciso VIII, da Lei nº 8.080/90, dentre outras competências, inclusive garantindo o transporte adequado dessas pessoas para as unidades de saúde extramuros” (SIMAS *et al.*, 2021, p. 50).

A Organização das Nações Unidas (ONU) também estabelece Regras Mínimas para o Tratamento de Reclusos (Regras de Nelson Mandela), que devem ser observadas por seus países-membros:

Regra 24

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

2. Os serviços médicos devem ser organizados em estreita ligação com a administração geral de saúde pública de forma a garantir a continuidade do tratamento e da assistência, incluindo os casos de HIV, tuberculose e de outras doenças infecciosas e da toxicod dependência (ONU, 2006).

Considerando as recomendações das Regras de Mandela, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP) publicou a Resolução nº 14 em 1994, que no artigo 15 apresenta que “a assistência à saúde do preso, de caráter preventivo curativo, compreenderá atendimento médico, psicológico, farmacêutico e odontológico”. Em razão disso, os estabelecimentos prisionais devem ser dotados de enfermaria com materiais e instrumental para internações médicas ou odontológicas de urgência, dependência para observação psiquiátrica e unidade de isolamento para doenças infectocontagiosas.

Já o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (BRASIL, 2019) traz dados que corroboram a atenção à saúde do preso, como quantidade de equipes de atendimento e estruturas físicas (número de laboratórios, salas de procedimentos, consultórios, celas de observação, etc.).

Valim, Daibem e Hossne (2018, p. 285) trazem o ponto de vista de pessoas privadas de liberdade para apontar uma realidade distinta daquela preconizada pelo marco legal:

Das 21 pessoas privadas de liberdade que participaram do estudo, cinco mencionaram atendimento de saúde próximo à admissão, conforme relatos:

“Quando a gente chega, uns três ou quatro dias depois, vem na enfermaria e eles perguntam se você tem algum problema de saúde, se tomava algum remédio... controlado... essas coisas, mas exames mesmo não são feitos, não” [...];

“Exame não pediu, não. Só perguntou se tinha problema... essas coisas”.

Sugerindo que ainda há muito a ser feito no campo da saúde prisional, pois diversas são as dificuldades encontradas na garantia efetiva desse direito.

Por fim, destaca-se que é preciso ter em mente que “a pena de prisão deve apenas privar o apenado do desfrute irrestrito da liberdade ambulatorial, sem acarretar limitação ou exclusão de sua dignidade humana e tutela dos direitos e garantias fundamentais” (TAVARES; GARRIDO; SANTORO, 2020, p. 278).

Nesse sentido, Sicorra (2014, p. 12) aponta que “a inclusão das pessoas privadas de liberdade no SUS, além de ser responsabilidade do Estado, constitui-se em missão e desafio para profissionais de saúde e cidadãos que acreditam numa sociedade sem excluídos”.

A atenção à saúde prisional merece destaque não só pelos possíveis impactos que doenças na vida intramuros podem gerar, mas também pelo risco de afetar a saúde da sociedade em geral.

Com base no exposto, é urgente a necessidade de pensar em políticas públicas voltadas às pessoas encarceradas, uma vez que são sujeitos titulares de direitos; logo não devem ser excluídos da sociedade, principalmente quando o tema é saúde, garantia fundamental de qualquer ser humano.

A construção do modelo teórico de avaliação do plano de contingência

Medina *et al.* (2005) afirmam que, para o conhecimento científico, os objetos-modelo seriam os objetos de conhecimento, ou seja, figuras capazes de instrumentalizar o pensamento sobre as coisas, processos, fenômenos ou eventos. Essa definição soma-se à de que uma

teoria expressa os enunciados das relações que existem entre conceitos, que podem ser amplamente gerais e formalizados ou ter um alcance menor. Essas teorias de menor vulto são o que as autoras denominam de modelos teóricos, isto é, uma solução teórica para a questão de uma dada pesquisa.

Já para Chen (1990, *apud* MEDINA *et al.*, 2005, p. 45), a teoria seria um

conjunto inter-relacionado de pressupostos, princípios e/ou proposições para explicar ou guiar as ações sociais. O autor considera que para muitos cientistas sociais a teoria estaria relacionada só com o propósito de descrever e explicar um dado fenômeno, um tipo de ‘teoria descritiva’, enquanto que o tipo de teoria que seria avaliativa em forma seria do tipo ‘teoria prescritiva’, pois explicita o que deve ser feito ou como tornar algo melhor.

Desse modo, teríamos a teoria de um programa dividida em duas partes: a teoria prescritiva ligada à estrutura (tratamento, produtos e processos de implementação) e a teoria descritiva, conectada aos mecanismos causais que se relacionam à estrutura.

Insta mencionar que o modelo lógico é visto como um esquema visual que demonstra como um programa deve ser implementado, além dos resultados esperados, limites ou debilidades encontradas e possibilitar identificar melhorias.

Assim, o modelo lógico deve explanar como o programa idealmente funciona:

que argumentações teóricas dão suporte à hipótese apresentada e que hipóteses alternativas (rivais) serão afastadas. É necessário mostrar consciência da complexidade da situação e compreensão de outros fatores que jogam papel importante na produção dos resultados (esperados e não esperados), indicando as evidências que serão buscadas para demonstrar que o programa em questão promoveu uma significativa contribuição para os mesmos (MAYNE, 2000, *apud* MEDINA *et al.*, 2005, p. 47).

Para a construção de um modelo lógico, também denominado de modelo teórico, é necessário observar especificações como: a população-alvo, as condições do contexto, o conteúdo, atributos necessários e suficientes para alcançar os efeitos esperados.

O primeiro passo no planejamento de uma avaliação é o desenho do modelo lógico, ou seja, é esquadrinhá-lo com base na constituição, componentes, forma operacional, demonstrando todas as etapas necessárias para a transformação de seus objetivos em metas.

Entre as dificuldades encontradas para desenhar modelos lógicos temos: natureza complexa e multifacetada do programa, ausência de consenso entre objetivos ou metas esperadas e a natureza descentralizada do programa.

Na visão de Medina *et al.* (2005), o processo de construção de um modelo lógico permite evidenciar a racionalidade implícita dos programas, percebidas pelos planejadores, ao mesmo tempo em que busca a opinião de especialistas e a inclusão de informações de pesquisas, muito contribuindo para a construção de uma análise dos componentes do programa com os resultados da avaliação.

Dessa forma, “apresentar e discutir o modelo lógico de um programa é o que permite definir exatamente o que deve ser medido e qual a parcela de contribuição do programa nos resultados observados” (MEDINA *et al.*, 2005, p. 46). Para Mayne (2000, *apud* MEDINA *et al.*, 2005), isso implica descortinar e compreender quais os limites ou debilidades de seus pressupostos, evitando erros de planejamento de programas e sugerindo identificar evidências que devem ser melhoradas.

Ainda sobre o tema, Mercer e Goel (1994, *apud* MEDINA *et al.*, 2005, p. 49) apontam:

Os programas, que são um dos objetos possíveis da avaliação, geralmente partem de uma política governamental de larga ou de pequena escala, que, às vezes, nem apresentam diretrizes e estratégias claramente definidas e são permeados por contradições e lacunas, pois em geral são implementados antes da conclusão do desenho e da criação de consenso entre os grupos implicados sobre os objetivos e prioridades.

Diferente do preconizado na literatura clássica sobre avaliação de programas de saúde, na qual teríamos que ter objetivos, atividades e recursos definidos, na prática deparamo-nos com elementos contraditórios e incompletos. No curso do processo, algumas etapas deveriam ser vencidas: definição do problema-objeto da intervenção, elementos

do modelo lógico, desenho do modelo lógico e avaliação (MEDINA *et al.*, 2005).

A construção do modelo lógico do Programa de Contingência Coronavírus teve como pressupostos as perguntas: “Quais são os objetivos?”; “Quais as atividades previstas?”; “Como esses se relacionam com as necessidades mais urgentes da população encarcerada?”, assim como a representação esquemática proposta por Medina *et al.* (2005), que inclui os componentes principais, objetivos de implementação e produtos. Para isso, a pesquisa que realizamos foi qualitativa com coleta de dados secundários. Durante os meses de junho a dezembro de 2021, coletamos os documentos oficiais distribuídos pelo governo do estado a respeito da saúde da população carcerária, decretos, relatórios e informações disponíveis no sítio nas páginas da Secretaria de Segurança Pública; além de dados disponíveis nos Painéis de Monitoramento do Depen (Departamento Penitenciário Nacional). Durante esse período, fizemos a revisão de literatura sobre o tema em tela, sem qualquer pretensão de uma revisão sistemática. Por fim, procedemos à apresentação do modelo lógico a seguir.

O modelo lógico do Plano de Contingência Coronavírus no sistema prisional gaúcho

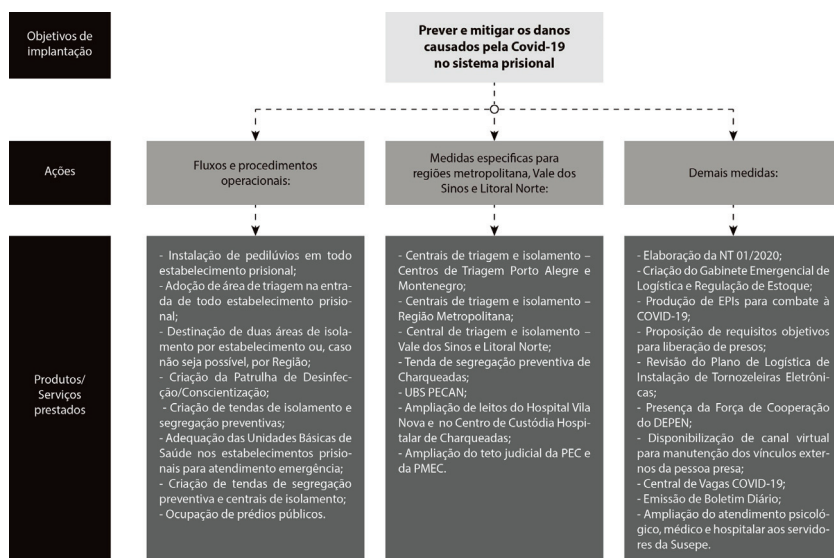
O RS conta com uma população prisional de 33.852¹, mas com 26 óbitos e 3.636 presos recuperados da Covid-19. Número significativo quando comparado ao dos casos detectados, que somam 3.662, bem como quando analisado em comparação a outros estados, como Minas Gerais, que possui uma população prisional de 62.912 pessoas, mas registrou 15 mortes.

A situação levou o Rio Grande do Sul ao topo de segundo estado com mais mortes de presos por Covid-19, só ficando atrás de São Paulo.

¹ Dado atualizado em junho de 2020, conforme informações do Depen.

O marco lógico (Figura 1) permite visualizar o público-alvo e o objetivo específico da implementação do plano, assim como as ações que devem ser colocadas em prática e os serviços prestados. Entretanto podemos notar uma ausência de metas claras e a falta de resultados pretendidos (a longo ou médio prazo).

Figura 1: Modelo teórico do Plano de Contingência Coronavírus



Fonte: Elaborado pelos autores.

No primeiro eixo (a), houve uma série de procedimentos a serem adotadas pelos operadores das casas prisionais, como: instalação de pedilúvios, adoção da área de triagem e isolamento, criação da Patrulha de Desinfecção e de tendas de atendimento/isolamento, adequação das Unidades Básicas de Saúde e ocupação de prédios públicos. Assim, dizem respeito ao conjunto operacional geral, que devem ser colocados em prática, além de cuidados no ingresso de novos presos em unidades prisionais do estado.

Já no eixo (b), são abordadas medidas específicas para três regiões: Metropolitana, Litoral Norte e Vale dos Sinos (regiões que abri-

gam a maior população carcerária do estado). Prevendo centrais de triagem e isolamento em cada uma dessas regiões e ampliação de leitos hospitalares na cidade de Charqueadas e Porto Alegre.

Por fim, no último eixo (c), são impostas diversas outras medidas, como elaboração de uma Nota Técnica, criação de um Gabinete Emergencial de Logística e Regulação de Estoque, produção de EPIs, Revisão do Plano de Logística de Instalação de Tornozeleiras Eletrônicas, presença da Força de Cooperação do DEPEN, disponibilização de canal virtual para visita virtual e parlatório virtual, criação de Central de Vagas Covid-19 e a emissão de Boletim Diário.

O plano também não aponta a responsabilidade e o gerenciamento das atividades prestadas, pois em algumas medidas não especifica o agente ou órgão executor. Além disso, não foi possível ter acesso ao valor de investimento em sua implementação, o que dificulta concluir qual foi o planejamento financeiro para cada atividade, assim como não há informação sobre os indicativos e números para mostrar os volumes das realizações do programa, como, por exemplo, quantas Centrais de Triagem serão disponibilizadas em Porto Alegre.

O primeiro passo que devemos tomar para avaliar o desempenho de um programa é determinar se o que foi planejado realmente ocorreu. Já no segundo passo, é necessário avaliar os produtos e o impacto do programa, a fim de verificar se os resultados estão relacionados às ações do programa (MEDINA *et al.*, 2005).

Dessa forma, quanto à avaliação de desempenho das medidas planejadas enunciadas no modelo lógico, verificamos que algumas realmente ocorreram, tal como a elaboração da NT 01/2020, a produção de EPIs para combate à Covid-19. Parcialmente também a emissão de Boletim Diário durante os primeiros meses de 2020 e o canal virtual para a manutenção dos vínculos externos da pessoa presa (visita virtual). Contudo, infelizmente, não se têm notícias sobre a criação da UBS no Presídio Estadual de Canoas (PECAN) e sobre a ampliação de leitos no Hospital Vila Nova e no Centro de Custódia Hospitalar de Charqueadas.

O modelo lógico aponta para a omissão de atributos e resultados bem definidos e acarreta a prejudicial análise de quais característi-

cas do programa contribuíram para alcançar os efeitos esperados e os não esperados.

O que se pode avaliar, dentro dos dados fornecidos pelo plano, juntamente com a análise do impacto da Covid-19 dentro do sistema prisional, é que possui um objetivo geral amplo e diversas medidas estabelecidas. A política encontra-se coerente com os fins a que se propõe e já apresenta um alto volume de produtos e serviços prestados, os quais conseguiram atingir a população-alvo.

Indo mais além, o marco lógico do programa abre espaço para redesenhar e aprimorar outros fatores importantes, como o apontamento de riscos externos que podem interferir em sua realização.

Diante do exposto, observa-se que através da rápida aplicação do plano o vírus da Covid-19 demorou mais tempo para entrar nos espaços prisionais, sendo que a primeira morte causada pelo vírus no estado ocorreu em 6 de agosto de 2020 com o óbito de um apenado de 26 anos, que cumpria pena na Cadeia Pública de Porto Alegre, antigo Presídio Central (JORNAL DO COMÉRCIO, 2020).

O número de óbitos no Rio Grande do Sul está diretamente ligado ao alto índice da população carcerária no estado, uma vez que conta com 33.853 presos (INFOPEN, 2019). Já São Paulo e Rio de Janeiro contam, respectivamente, com 231.287 e 50.822 (INFOPEN, 2019).

Destaca-se que a aplicação do plano contribuiu para que o número de óbitos e contagiados não fosse maior, mas ainda é preciso registrar o alto índice de mortes em comparação com outros estados da federação.

Ainda é cedo para avaliar de forma profunda as consequências e sequelas que a pandemia deixará no cárcere, desde prejuízo à saúde pós-covid até a saúde mental e psicológica dos apenados e agentes penitenciários, entre outros impactos.

Por derradeiro, salienta-se a importância da atuação estatal em agir rapidamente frente a essas situações emergenciais, bem como a atuação de atores e órgãos públicos engajados com a causa social. Isso tem o poder de mudar a sociedade em geral e muito contribui para que tenhamos um estado preocupado com os grupos minoritários e vulneráveis.

Ainda se ressalta que o plano, apesar de concebido com boas intenções, não resolve outros problemas, como a superlotação carcerária e a infecção por doenças transmissíveis. Às vésperas da pandemia eclodir no Brasil, Borges (2019) denunciou o encarceramento em massa do povo preto e pobre do Brasil. Se O Rappa (1994) já cantou que “todo camburão tem um pouco de navio negreiro”, Borges (2019) destaca que o sistema prisional brasileiro é o aparato contemporâneo da manutenção das desigualdades baseadas na hierarquização racial, que tem no aclamado combate às drogas o seu dinamismo. Olhar para a população carcerária, eminentemente negra e pobre, desde a teoria dos resíduos permite reconhecê-la como um resíduo da sociabilidade capitalista, a quem direitos mínimos devem ser negados. Cabe, portanto, incorporá-la à ordem do dia das pesquisas comprometidas com a transformação social.

Mais do que um sintoma de uma sociedade problemática, é necessário encará-la como elemento central da luta de classes no Brasil hoje. Nesse sentido, o modelo teórico que propomos para o Plano de Contingência Coronavírus, adotado nos estabelecimentos carcerários, aponta para a sua limitação em preservar a saúde e, em última instância, a vida das pessoas apenadas.

Em um país cuja história se erige sobre as contradições de classe, eminentemente marcadas pelas opressões de raça, gênero e sexualidade, como o Brasil, esperamos que essa pesquisa ajude a avançar em direção à tarefa que Lefebvre (1967) recomenda de mostrar a essência do resíduo contra o poder que o oprime e patenteia. Face a políticas que coadunam a negação da humanidade da população prisional, cabe o desafio de avançar em uma compreensão mais ampla das contradições da época em que vivemos, de modo que as políticas de saúde sejam parte da superação dos abismos sociais em que vivemos e não um instrumento de sua manutenção.

Referências

AZEVEDO, R. G. **Sociologia e justiça penal: teorias e práticas de pesquisa sóciocriminológica**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

BORGES, J. **Encarceramento em massa**. São Paulo: Pólen, 2019.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal; Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN). **Painel – medidas de combate ao Covid-19**. Atualizado em 08/06/2021. Disponível em: <<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiYTlhMjk5YjgtZWQwYS00ODlkLTg4NDgtZTFhMTgzYmQ2MGVliiwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MWYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9>>. Acesso em: 08 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – Infopen**. Brasília: DEPEN, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080: 30 anos de criação do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Biblioteca Virtual em Saúde, 18 set. 2020. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/ultimas-noticias/3295-lei-n-8080-30-anos-de-criacao-do-sistema-unico-de-saude-sus>>. Acesso em: 18 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel Coronavírus – Covid-19**. Brasil, atualizado em abril de 2021. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 05 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf>. Acesso em: 14 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1 de 2014**. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html>. Acesso em: 13 maio 2021.

BRASIL. **Resolução nº 5, de 15 de 2020**. Diário Oficial da União. Brasília, 2020. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-5-de-15-de-maio-de-2020-257390381>>. Acesso em: 19 maio 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 347 (Medida Cautelar)**. Relator: Ministro Marco Aurélio. Julgada em 09 set. de 2015. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=10300665>>. Acesso em: 19 maio 2021.

BUCCI, M. P. D. O conceito de política pública em direito. In: BUCCI, Maria Paula D. (org.). **Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico**. São Paulo: Saraiva, 2006. p. 143-162, p. 146.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Monitoramento Semanal Covid-19.** Covid-19 no Sistema Prisional. Atualizado em 21 dez. 2021.

COSTA, J. S.; SILVA, J. C. F.; BRANDÃO, E. S. C.; BICHALHO, P. P. G. Covid-19 no Sistema Prisional Brasileiro: da indiferença como política à política de morte. **Revista Psicologia e Sociedade**, Rio de Janeiro, n. 32, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/psoc/a/Jrx9BspBkMmvfLbTTLJLk9D/?lang=pt>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

FARAH, M. F. S. Análise de políticas públicas no Brasil: de uma prática não nomeada à institucionalização do “campo de públicas”. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 6, p. 959-979, dez. 2016, p. 965.

JORNAL DO COMÉRCIO. **Porto Alegre registra primeira morte de preso com Covid-19.** Geral, Sistema Prisional. Publicado em 06 de agosto de 2020. Disponível em: <https://www.jornaldocomercio.com/_conteudo/geral/2020/08/751239-porto-alegre-registra-primeira-morte-de-preso-com-covid-19.html>. Acesso em: 02 out. 2021.

LEFEBVRE, H. **Metafilosofia.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1967.

MEDINA, M. G. *et al.* Uso de Modelos Teóricos na Avaliação em Saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Zulmira; SILVA, Lígia M. V (orgs.). **Avaliação em Saúde:** dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA/Ed. Fio-cruz, 2005.

MONITOR DA VIOLÊNCIA – G1. RS é o 3º estado com mais mortes de presos por Covid-19, aponta levantamento. **G1 [on-line]**, 24 maio 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2021/05/24/rs-e-o-3o-estado-com-mais-mortes-de-presos-por-covid-19-aponta-levantamento.ghtml>>. Acesso em: 04 out. 2021.

O RAPPÀ. Todo camburão tem um pouco de navio negreiro. In: O RAPPÀ. **O Rappà.** Rio de Janeiro: Sony, 1994. 1 CD. Faixa 3.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Regras de Mandela:** Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Presos. 2016. Disponível em: <https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-P-ebook.pdf>. Acesso em: 15 maio 2021.

PINHEIRO JUNIOR, F. A. F. S. **A evolução das políticas sociais no Brasil:** o período de 1930 a 2010. Cedeplar – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Diamantina, Minas Gerais, 2014.

RIO GRANDE DO SUL. **Adequação do Plano de Retomada de Visitas**. Secretaria da Administração Penitenciária – SEAPEN e Superintendência dos Serviços Penitenciários – SUSEPE. Publicado em 2020. Disponível em: <<https://estado.rs.gov.br/upload/arquivos//22205119-adequacao-do-plano-de-retomada-das-visitass-seapen.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. **Governo detalha plano de contingência para o sistema prisional**. Publicação em 20 de abril de 2020. Disponível em: <<https://estado.rs.gov.br/governo-detalha-plano-de-contingencia-para-o-sistema-prisional>>. Acesso em: 01 out. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Administração Penitenciária. **Estratégia Covid-19**. Disponível em: <<https://www.estado.rs.gov.br/administracao-penitenciaria#:~:text=Entre%20as%20medidas%20est%C3%A3o%20a,dos%20152%20estabelecimentos%20prisionais%20ga%C3%BAchos>>. Acesso em: 20 maio 2021.

RIO GRANDE DO SUL. **Seguindo orientações de saúde deste período de pandemia, sistema prisional tem visita humanitária até 31 de maio**. Sistema Prisional. Publicado em 22 de maio de 2021. Disponível em: <<https://estado.rs.gov.br/seguindo-orientacoes-de-saude-deste-periodo-de-pandemia-sistema-prisional-tem-visita-humanitaria-ate-31-de-maio>>. Acesso em: 07 out. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. **Plano de Contingência Coronavírus**. Secretária da Administração Penitenciária e Superintendência dos Serviços Penitenciários, Atualizado em 20 de abril de 2020. Disponível em: <<https://seapen-admin.rs.gov.br/upload/arquivos/202007/16152259-plano-de-contingencia.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. **Plano de retomada Gradual e controlada das visitas no sistema prisional**. Secretaria da Administração Penitenciária – SEAPEN e Superintendência dos Serviços Penitenciários – SUSEPE, 2020. Disponível em: <<https://estado.rs.gov.br/seapen-apresenta-atualizacao-do-plano-de-retomada-de-visitass-em-presidios>>. Acesso em: 21 maio 2021.

SÁNCHEZ, A.; SIMAS, L.; DIUANA, V.; LAROUZE, B. Covid-19 nas prisões: um desafio impossível para a saúde pública? **Caderno Saúde Pública** – Contribuições da Saúde coletiva, nº 36, publicado em 8 de maio de 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2020.v36n5/e00083520/>>. Acesso em: 05 jun. 2021.

SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA (SEAPEN). **Boletim Diário**. Secretária da Administração Penitenciária do Estado do Rio

Grande do Sul. Atualizado em 21 de maio de 2021. Disponível em: <<https://www.seapen.rs.gov.br/boletins-diarios>>. Acesso em: 22 maio 2021.

SICORRA, A. K. **Política de Saúde no Sistema Prisional: O Preconizado e o Existente no RS** (2014). Trabalho de Conclusão do curso de Especialização em Gestão em Saúde (modalidade a distância). Escola de Administração/ UFRGS – Universidade Aberta do Brasil (UAB), 2014.

SIMAS, L.; SÁNCHEZ, A.; VENTURA, M.; DIUANA, V.; LAROUZE, B. Análise Crítica do modelo de atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade no Brasil. **Cad. Ibero Am. Direito Sanit. (Impr.)**, n. 10, v. 1, p. 39-55, jan./mar. 2021. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_informativo/2021_Periodicos/Cad-Ibero-Americ-Dir-Sanitario_v.10_n.1.pdf>. Acesso em: 20 maio 2021.

TAVARES, N. L. F.; GARRIDO, R. G.; SANTORO, A. E. R. Política de saúde no cárcere fluminense: impactos da pandemia de covid-19. **Revista Estudos Institucionais**, Rio de Janeiro, v. 06, n. 01, p. 277-300, jan./abr. 2020, p. 278. Disponível em: <<https://www.estudosinstitucionais.com/REI/article/view/480>>. Acesso em: 19 maio 2021.

VALIM, E. M. A.; DAIBEM, A. M. L.; HOSSNE, W. S. Atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade. **Revista Bioética**, Brasília, v. 26, n. 2, abr./jun. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422018000200282&lang=pt>. Acesso em: 11 maio 2021.