

A TELEMEDICINA COMO FERRAMENTA DE EFETIVAÇÃO DO DIREITO HUMANO FUNDAMENTAL À SAÚDE PARA A POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE NA BAHIA NO CONTEXTO DO COVID-19

TELEMEDICINE AS A MECHANISM FOR THE ENFORCEMENT OF THE FUNDAMENTAL HUMAN RIGHT TO HEALTH FOR THE POPULATION DEPRIVED OF LIBERTY IN BAHIA IN THE CONTEXT OF COVID-19

Matheus Lins Rocha¹

Ailton de Souza Melo²

RESUMO

As pessoas privadas de liberdade que se encontram no sistema penitenciário brasileiro e baiano têm sofrido com a superlotação, bem como pelas consequências relacionadas ao estado da saúde no contexto pandêmico do COVID-19. Portanto, esta pesquisa tem como objetivo propor a utilização da telemedicina no contexto das pessoas privadas de liberdade na Bahia no âmbito da pandemia, verificando, primeiramente, se houve agravamento do quadro de saúde no referido panorama. Será demonstrada a importância da telemedicina e as modificações das regulamentações no âmbito da pandemia. Por fim, a telemedicina será proposta como ferramenta de efetivação do direito à saúde no sistema prisional. Utilizou-se a vertente metodológica jurídico-sociológica, sendo fundamentada por meio de pesquisas doutrinárias, legislativas e jurisprudenciais sobre o tema. Foram também utilizados dados do SISDEPEN com o objetivo de evidenciar o panorama da saúde envolvendo pessoas privadas de liberdade na Bahia, no âmbito pandêmico. A conclusão a que se chega é sobre a necessidade de utilização da telemedicina com a finalidade de promover acesso um estado de saúde digno às pessoas privadas de liberdade no sistema penitenciário baiano.

Palavras-Chave: Telemedicina; Direito Fundamental à Saúde; Políticas Públicas; Pessoas Privadas de Liberdade na Bahia.

¹ Doutorando na área de Biodireito, Direito Médico e da Saúde, pelo Programa de Medicina e Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Mestre em Direito, Governança e Políticas Públicas pela Universidade Salvador/UNIFACS, com *Research Stay* na Universidad de Salamanca, na área de Direitos Humanos e Saúde. Pós-graduado em: Direitos Humanos/Universidade de Coimbra; Direito da Arbitragem/Ulissboa; Direito e Saúde Pública em Contexto de Pandemia/Universidade de Coimbra; Direito Processual/PUC-MG; Direito Médico/CERS; Direito Público pela Faculdade Baiana de Direito; Direito, Governança e Políticas Públicas/UNIFACS; Filosofia do Direito e Direitos Humanos/UCAM; Direito da Comunicação Digital/FMU; Graduado em Direito/UNIFACS; Advogado sócio da Lins & Lins Advogados Associados. Coordenador de Grande Área de Ciências Jurídicas e Ciências Humanas da Universidade Salvador; Professor do Curso de Direito da Universidade Salvador/UNIFACS. Coautor da Lei de Arbitragem Comentada, Ed. Juspodivm. Orientador do Grupo de Trabalho em Direitos Humanos da LAPI/UNIFACS. Integrante do grupo de pesquisa JUSBIOMED - Direito, Bioética e Medicina. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6471458198722451>. E-mail: matheuslins@linselins.com.br.

² Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal da Bahia (1983), doutorado em Ciências Biológicas (Biologia Molecular) pela Universidade Federal de São Paulo (1990) e pós-doutorado nas Universidades de Paris XI e Aix-Marseille. Atualmente é professor titular de neurologia do Departamento de Neurociências e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia e coordenador da Divisão de Neurologia e Epidemiologia (DINEP-UFBA), grupo de pesquisa cadastrado no CNPq. Atualmente faz pesquisas em reabilitação neurológica, e coordena o projeto "Teleconsultoria para Unidades Básicas de Saúde." Nosso grupo de pesquisa é multidisciplinar com profissionais médicos de várias especialidades, farmacêuticos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, sociólogos e operadores do direito.

ABSTRACT:

People deprived of liberty in the Brazilian and Bahian penitentiary system have suffered from overcrowding, as well as health problems in the pandemic context of COVID-19. Therefore, this research aims to highlight the health status of people deprived of liberty in Bahia in the context of the pandemic, checking whether there was a worsening of the health situation in that panorama. The importance of telemedicine and regulatory changes in the context of the pandemic will be demonstrated. Finally, telemedicine will be proposed as a public policy for the realization of the right to health in the prison system. The legal-sociological methodological approach was used, based on doctrinal, legislative and jurisprudential research on the subject. Data from SISDEPEN were also used in order to highlight the health panorama involving people deprived of liberty in Bahia, in the pandemic scope. The conclusion reached is about the need to use telemedicine to ensure a dignified health status for people deprived of liberty in the Bahian prison system.

Keywords: Telemedicine; Fundamental Right to Health; Public policy; People Deprived of Liberty in Bahia.

1 INTRODUÇÃO.

É possível verificar diversas discussões sobre as dificuldades na efetivação do direito à saúde populacional no contexto da pandemia e, de forma específica, das pessoas vulneráveis. No âmbito das pessoas privadas de liberdade, a pandemia trouxe um agravamento no quadro do direito fundamental à saúde dessa população. O presente artigo tem como objetivo investigar a telemedicina como política pública para a efetivação dos referidos direitos.

Portanto, primeiramente, será realizada análise da regência normativa da telemedicina no contexto atual brasileiro, bem como da vulnerabilidade relacionada à saúde de pessoas privadas de liberdade, inclusive, analisando-se dados do SISDEPEN que evidenciam o referido quadro. Posteriormente, a telemedicina será proposta como política pública de saúde das pessoas privadas de liberdade na Bahia.

Justifica-se a presente pesquisa pela sua relevância teórica, uma vez que existe grande discussão sobre a aplicação da telemedicina no âmbito brasileiro. A relevância social da presente pesquisa também é de extrema importância, tendo-se em vista que propõe política pública para efetivação do direito humano fundamental à saúde das pessoas privadas de liberdade na Bahia.

Esta pesquisa se constitui como transdisciplinar no campo do direito, relacionando-se com temáticas referentes às disciplinas do direito constitucional, do direito da saúde e de direitos humanos. Utilizou-se o método dialético e dedutivo de raciocínio (GUSTIN; DIAS; 2013), partindo-se da análise de regras e princípios gerais do ordenamento jurídico brasileiro, para o caso específico da aplicação da telemedicina para a efetivação do direito à saúde das

peças privadas de liberdade no Estado da Bahia. A vertente metodológica do presente trabalho se constitui como a jurídico-sociológica (GUSTIN; DIAS; 2013), tendo em vista que busca demonstrar a relação do direito com o aspecto social e da saúde das peças privadas de liberdade.

Foi utilizada a linha tecnologia social científica, tomando-se o direito como ferramenta destinada às questões sociais (GUSTIN; DIAS; 2013), em especial à aplicação da telemedicina para efetivação do direito à saúde das peças privadas de liberdade. Trata-se de pesquisa teórica e prática, com utilização de dados primários, colhidos da legislação, da jurisprudência e da doutrina, bem como de dados extraídos do SISDEPEN para que se possa demonstrar o panorama da efetivação do direito à saúde das peças privadas de liberdade na Bahia.

2 A REGULAMENTAÇÃO DA TELEMEDICINA E O CONTEXTO PANDÊMICO BRASILEIRO.

A telemedicina tem sido desenvolvida cada vez mais no âmbito brasileiro e mundial, tendo em vista os avanços da tecnologia também neste recorte. Entretanto, é necessário salientar que a regulamentação do referido instrumento não tem sido elaborada de modo célere, o que evidencia diversas inseguranças sobre o tema, principalmente com relação aos profissionais de saúde.

A referida ferramenta pode ser definida como a utilização das tecnologias de informação, bem como de comunicação no contexto da saúde, o que pode viabilizar, o acesso, com equidade, qualidade e de forma menos custosa, de serviços de saúde (MALDONADO; MARQUES; CRUZ, 2016), principalmente em locais onde o acesso aos profissionais de saúde pode ser limitado, contexto que foi agravado pela pandemia.

A regulamentação da telemedicina ocorreu, no Brasil, com a Resolução CFM 1.643/2002 (CFM, 2002), diploma que trata do assunto de forma ampla e sem tratar, de forma específica, das modificações da ferramenta em quase duas décadas de desenvolvimento de tecnologia. Por isso, defende-se a necessidade de uma regulamentação cada vez mais específica, permitindo a solidificação da segurança jurídica para o profissional no âmbito da sua atuação profissional (CALADO; LAMY, 2020).

No ano de 2018, surgiu a Resolução 2.227/2018 (CFM, 2018), que teve como objetivo atualizar a regulamentação da telemedicina, possibilitando o uso mais amplo, bem como fixando conceitos essenciais para a aplicação do mecanismo, como, por exemplo, a teleorientação, telemonitoramento, teleconsulta e teleinterconsulta. Entretanto, a Resolução

2.228/2019 (CFM, 2019) revogou a do ano anterior, fazendo a Resolução de 2002 retornar à vigência.

A partir da problemática consequente do contexto pandêmico do COVID-19, principalmente com a necessidade do distanciamento social, a Regulamentação da telemedicina teve que ser modificada, de modo mais rápido, por meio da Lei 13.989/20, que resultou da aprovação do PL 696/2020 (BRASIL, 2020a), apresentado por Adriana Ventura, vinculada ao partido NOVO/SP, no sentido de possibilitar a utilização da telemedicina durante a pandemia, panorama que é uma realidade vivenciada pelos médicos e até mesmo divulgada pelos planos de saúde.

Ainda em 2020, o ofício 1.756/2020 (BRASIL, 2020b) trouxe a possibilidade e eticidade da telemedicina, corroborando com a Resolução de 2002, salientando-se também a Portaria 467/2020 (BRASIL, 2020c) do Ministério da Saúde, que possibilitou o atendimento pré-clínico, de suporte assistencial, de consulta, monitoramento e diagnóstico relacionados à prática.

A grande problemática se estende quando se percebe que o Conselho Federal de Medicina ainda não regulamentou, de forma expressa, sobre as especificidades da aplicação da telemedicina, o que, na prática, evidenciaria possíveis inseguranças, levando à necessidade dos Conselhos Estaduais de emitirem suas regulamentações próprias, levando a possíveis divergências de posicionamentos.

Constata-se que o referido Projeto de Lei foi aprovado com modificações, originando a Lei 13.989/20 (BRASIL, 2020d), que se demonstra como a regência legal principal no ordenamento jurídico brasileiro, demonstrando um caráter de excepcionalidade, enquanto durar a pandemia do coronavírus.

Destaque-se a Resolução nº 363/2020 (CFM, 2020) do Conselho Regional de Medicina da Bahia que trata do tema no estado e compõe o objeto de pesquisa deste trabalho no âmbito do recorte territorial.

Com a evidente possibilidade de aplicação da telemedicina no âmbito brasileiro, a prática médica deve ser desenvolvida com determinados cuidados na atuação, devendo o médico, fundamentalmente, promover e demonstrar informações ao paciente no sentido de que o exame físico é de extrema importância, principalmente para a anamnese e o exame físico, além da necessidade de cumprir todas as regulamentações relacionadas à atuação do médico. A portaria 467/2020 (BRASIL, 2020e) também salienta a importância dos princípios da bioética como norteadores da atuação médica na telemedicina, sendo muito importante o esclarecimento

de que o exame físico é de extrema importância, bem como a excepcionalidade da utilização da telemedicina.

Importante salientar a recomendação da utilização do termo de consentimento informado, por exemplo, constante no modelo anexo à Resolução 56/2020 (CREMEC, 2020) do Conselho Regional de Medicina do Ceará, diploma normativo que evidencia a necessidade da realização de um primeiro exame como, necessariamente, físico.

A Recomendação aos Médicos Tocantinenses (CRMTO, 2020) também elenca cuidados necessários com a prática da telemedicina, com a escolha do sistema de videoconferência que se demonstre seguro, resguardando os dados do paciente e o sigilo profissional, a utilização do termo de consentimento livre e esclarecido, além de prontuário do paciente, constando os prints do atendimento, evidenciando, do modo mais detalhado possível, a consulta.

Diversos julgados evidenciam a importância do dever de informação do médico que, se demonstrará ainda mais complexo, tendo em vista os novos desafios e diferenças relacionadas às técnicas empregadas, bem como vantagens e desvantagens da teleconsulta, conforme posicionamento constante no âmbito de decisão proferida no RESP 1540580/DF (BRASIL, 2018).

3 A VULNERABILIDADE E A SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NA BAHIA.

Após análise da regulamentação da telemedicina no ordenamento jurídico pátrio, é necessária a verificação do estado de vulnerabilidade, bem como a efetivação ou não, de forma prática, das políticas públicas de saúde no sistema carcerário no âmbito brasileiro. Primeiramente, serão analisadas as problemáticas presentes relacionadas às vulnerabilidades em geral para que haja, posteriormente, uma análise dos dados do SISDEPEN relativos À saúde no sistema carcerário baiano.

3.1 A VULNERABILIDADE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO BRASIL.

A efetivação do direito à saúde para as pessoas privadas de liberdade no Brasil representa uma grande dificuldade. No período entre 1990 e 2014, constata-se aumento de 575% do número de pessoas presas (> 600.000) (SOARES, 2016), fator que evidencia a superlotação nas unidades prisionais. A referida população é, em sua grande maioria, proveniente de comunidades de baixa renda com limitado acesso à saúde. A infraestrutura dos presídios é geralmente insalubre, agravando o estado de saúde da população prisional que tem

demonstrado alta prevalência de tuberculose, infecção pelo HIV e doenças mentais (SANCHES *et al.*, 2016).

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (BRASIL, 2003), instituído em 2003, pela Portaria Interministerial 1.777, direcionou a efetivação de política pública de saúde especializada às pessoas privadas de liberdade. Entretanto, após 18 anos, observa-se ainda uma implantação deficiente da referida Política conforme dados aqui demonstrados (SISDEPEN, 2020), o que resulta em evidentes desigualdades materiais em saúde, relacionadas a esta população. Evidencia-se, portanto, que pessoas privadas de liberdade são vulneráveis, apresentando restrições ao acesso à saúde.

O conceito de vulnerabilidade pode se relacionar com múltiplos aspectos como idade, gênero, condições socioeconômicas precárias, dificuldade no acesso a bens e serviços públicos, condições de saúde debilitantes do estado físico ou mental, dentre outros. No que se refere às pessoas privadas de liberdade, vários aspectos podem contribuir, simultaneamente, para o aumento de condição de vulnerabilidade, bem como diminuição da autonomia (CUÉLLAR *et al.*, 2015) fator que demonstraria maior peculiaridade na aplicação da telemedicina no referido público.

A maioria das populações prisionais se encontra em ambientes com excesso da capacidade de ocupação e precária infraestrutura física (VALIM *et al.*, 2018; SÁNCHEZ *et al.*, 2007), fator que pode favorecer a transmissão de diversas doenças entre os indivíduos, gerando riscos a seus familiares e aos trabalhadores das unidades prisionais (VALIM *et al.*, 2018). O referido perfil evidencia a ineficácia da implantação das políticas públicas voltadas à saúde prisional, violando os Direitos Humanos fundamentais o que potencializa as vulnerabilidades imanentes a esta população estigmatizada (SOARES, 2016).

A violência social também evidencia a vulnerabilidade em pessoas privadas de liberdade. A taxa de óbitos por 100 mil habitantes no Brasil por causas externas é significativamente mais elevada na população em situação de cárcere (95,23) do que quando comparada com a população geral (29,1) (BOGO CHIES, 2019). No âmbito da população feminina, demonstra-se maior incidência, no sistema prisional, de jovens, apresentando pouco acesso à educação, com baixo nível socioeconômico e com histórico de prostituição e uso de drogas ou envolvimento com o tráfico (SCHERER *et al.*, 2011) (FARIA *et al.* 2011).

A evidente vulnerabilidade associada a pessoas privadas de liberdade demonstra a necessidade de efetivação de políticas públicas de saúde no sistema prisional. É importante promover uma maior autonomia aos invisíveis do sistema carcerário, evidenciando o papel do

Estado como efetivador do Direito à saúde, promovendo a igualdade material no sistema prisional.

O Supremo Tribunal Federal já decidiu no sentido de desrespeitos aos direitos humanos fundamentais dos reclusos, no RE n.º 580.252/MS, RE 641.320/RS e ADI 5.356/MS, processos que se relacionam com a determinação judicial da elaboração de políticas públicas para efetivação dos referidos direitos. No julgamento da ADPF n.º 357/DF, proposta pelo Partido Socialismo e Liberdade (PSOL), de relatoria do Ministro Marco Aurélio, o Supremo Tribunal Federal definiu, em decisão inspirada na proferida pela Corte Constitucional Colombiana (Sentencia de Unificación – SU 559 06/11/1997), o Estado de Coisas Inconstitucional relativo ao sistema penitenciário brasileiro, entendendo pela violação sistemática de diversos direitos dos reclusos, inclusive o direito à saúde, evidenciando-se falhas sistemáticas com relação às políticas públicas elaboradas pelo Estado brasileiro (BRASIL, 2015). O posicionamento foi ratificado pelos Ministros Luís Roberto Barroso, Rosa Weber, Edson Fachin, Luiz Fux, Celso de Mello, Ricardo Lewandowski e Carmen Lúcia, inclusive tratando da possibilidade de intervenção no contingenciamento de recursos no que se refere ao orçamento estatal.

Importante mencionar que “a Corte afirma que falhas estruturais de políticas estatais são fatores centrais desse estado contrário à constituição” (CAMPOS, 2016: 98), sendo omissões estatais genéricas e sistemáticas que autorizam a intervenção do Poder Judiciário, que poderá determinar a elaboração de leis e políticas públicas para dirimir o referido estado de coisas. (CAMPOS, 2016).

Carlos Campos (2016) sustenta que o sistema carcerário brasileiro evidencia violação generalizada de direitos humanos por motivo de omissões e falhas estruturais e pela inércia sistemática e incapacidade das autoridades públicas para superar o quadro. Fatores como superlotação carcerária, instalações insalubres, tortura, ausência de segurança interna, inexistência de divisão dos presos e a não efetivação de direitos básicos como saúde, alimentação saudável, educação e trabalho demonstram o tratamento desumano e degradante aos vulneráveis reclusos.

A doutrina traça quatro pressupostos do Estado de Coisas Inconstitucional sendo estes (1) violação massiva, de forma continuada relacionada a diferentes direitos fundamentais, afetando-se grande número de indivíduos; (2) omissão estatal, de forma reiterada e persistente no sentido de promover os direitos fundamentais; (3) falhas estruturais e deficiência nas políticas públicas e (4) possibilidade de número elevado de demandas judiciais relacionadas ao caso, o que poderia congestionar, mais ainda, o Poder Judiciário (CAMPOS, 2016).

A superlotação no âmbito carcerário é demonstrada como grande problema na efetivação dos direitos humanos fundamentais em diversas das unidades federativas do Brasil, podendo ser imputadas responsabilidades ao Legislativo, ao Executivo e ao Judiciário (CAMPOS, 2016). Segundo dados divulgados pelo CNJ, em junho de 2014, haviam 563.526 reclusos em prisões que totalizam capacidade máxima de 357.219 pessoas, sendo que 41% dos indivíduos estão sob custódia provisória (CAMPOS, 2016).

No cenário de pandemia do COVID-19, a situação carcerária que se demonstrava como precária, pode ser ainda mais agravada, fator que levou ao Ministro Marco Aurélio, tendo em vista a “situação precária e desumana dos presídios e penitenciárias” determinar providências a serem observadas pelos Juízes de execução penal³, no mesmo sentido das recomendações da Comissão Interamericana de Direitos Humanos aos Estados integrantes do Sistema Interamericano de proteção aos direitos humanos.⁴

Estados Unidos, França, Itália, Portugal, Irã, Marrocos, Burkina Faso, Chile e Colômbia são países que têm adotado medidas de desencarceramento (COSTA *et al.* 2020). No Brasil, o

³ De imediato, conclamo os Juízos da Execução a analisarem, ante a pandemia que chega ao País – infecção pelo vírus COVID19, conhecido, em geral, como coronavírus –, as providências sugeridas, contando com o necessário apoio dos Tribunais de Justiça e Regionais Federais. A par da cautela no tocante à população carcerária, tendo em conta a orientação do Ministério da Saúde de segregação por catorze dias, eis as medidas processuais a serem, com urgência maior, examinadas:

- a) liberdade condicional a encarcerados com idade igual ou superior a 60 anos, nos termos do artigo 1º da Lei 10.741/2003 (Estatuto do Idoso);
- b) regime domiciliar aos soropositivos para HIV, diabéticos, portadores de tuberculose, câncer, doenças respiratórias, cardíacas, imunodepressoras ou outras suscetíveis de agravamento a partir do contágio pelo Covid-19;
- c) regime domiciliar às gestantes e lactantes, na forma da Lei 13.257/2016 (Estatuto da Primeira Infância);
- d) regime domiciliar a presos por crimes cometidos sem violência ou grave ameaça;
- e) substituição da prisão provisória por medida alternativa em razão de delitos praticados sem violência ou grave ameaça;
- f) medidas alternativas a presos em flagrante ante o cometimento de crimes sem violência ou grave ameaça;
- g) progressão de pena a quem, atendido o critério temporal, aguarda exame criminológico; e
- h) progressão antecipada de pena a submetidos ao regime semiaberto. (STF, TUTELA PROVISÓRIA INCIDENTAL NA ARGUIÇÃO DE DESCUMPRIMENTO DE PRECEITO FUNDAMENTAL 347 DISTRITO FEDERAL, 2020).

⁴ 1. Adotar medidas para combater a superlotação de unidades de privação de liberdade, incluindo a reavaliação de casos de prisão preventiva, a fim de identificar aqueles que possam ser substituídos por medidas alternativas à privação de liberdade, priorizando populações com alto risco à saúde ante um possível contágio de COVID-19.
2. Avaliar de forma prioritária a possibilidade de conceder medidas alternativas, como liberdade condicional, prisão domiciliar ou liberação precoce para pessoas consideradas no grupo de risco, como idosos, pessoas com doenças crônicas, mulheres grávidas ou com crianças sob seus cuidados e para aqueles que estão em estágio avançado de cumprimento de suas sentenças.
3. Adaptar as condições de detenção de pessoas privadas de liberdade, particularmente no que diz respeito a medidas de alimentação, saúde, saneamento e quarentena, para impedir a propagação do COVID-19 dentro das unidades. Em particular, garantindo que todas as unidades tenham atendimento médico e prestem atenção especial às populações em uma situação particularmente vulnerável, incluindo idosos.
4. Estabelecer protocolos para garantia de segurança e ordem em unidades de privação de liberdade, em particular para prevenir atos de violência relacionados à pandemia e respeitando os padrões interamericanos sobre o assunto. (CIDH, 2020).

Conselho Nacional de Justiça elaborou a Recomendação 62 que tem, como objetivo, “Recomendar aos Tribunais e magistrados a adoção de medidas preventivas à propagação da infecção pelo novo coronavírus – Covid-19 no âmbito dos estabelecimentos do sistema presidial e do sistema socioeducativo” (BRASIL, 2020). Carvalho e colaboradores (2020) afirmam:

O enfrentamento da COVID-19 nas instituições prisionais brasileiras, como em boa parte do mundo, se constitui um desafio, tendo em vista a precariedade que lhes caracterizam, fruto de descaso crônico do poder público e da sociedade civil, que conferem aos presos um agravamento ilegítimo da sentença formal, como exemplo, a negação de condições sanitárias básicas, como o acesso à água potável.

3.2 O QUADRO DA SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NA BAHIA, NO CONTEXTO PANDÊMICO.

Necessário, ainda, evidenciar o quadro de saúde das pessoas privadas de liberdade na Bahia, a partir de dados extraídos do SISDEPEN que podem traçar o panorama pré pandemia e pandêmico, desde o segundo semestre de 2019 até o final de 2020, com ênfase na estrutura, profissionais de saúde, doenças e causas de mortalidade, elaborando-se tabelas com as referidas informações retiradas da ferramenta do Ministério da Justiça.

Diversos problemas são flagrantes pelos dados referentes ao período estudado no estado da Bahia. De julho a dezembro de 2019, foi possível verificar o total de 748.009 indivíduos privados de liberdade no Brasil, sendo que 362.547 se encontram em regime fechado, 133.408 em regime semiaberto, 25.137 em regime aberto, 222.558 em prisão provisória, 4.109 em medida de segurança e 250 em tratamento ambulatorial. Verificou-se total de 15.108 presos, sendo 5.030 em regime fechado, 2.419 em regime semiaberto, 259 em regime aberto, 7.336 em regime provisório, 64 em medida de segurança e sem relatos de indivíduos em tratamento ambulatorial. Analisou-se, analiticamente, os dados do SISDEPEN/INFOPEN referentes ao primeiro semestre de 2020.

A estrutura das penitenciárias se mostra deficiente, verificando-se ausência, em determinadas unidades, de consultório médico, consultório odontológico, sala de coleta de exames laboratoriais, sala de curativos, cela de observação, cela com enfermaria e solário, sanitário para a equipe de saúde, farmácia e sala multiprofissional em unidades prisionais. (Tabela 2, apêndices).

Problema também evidente é o número reduzido de profissionais médicos na Bahia, principalmente na área de clínica geral e de cirurgões dentistas. Percebe-se, por exemplo, que em Barreiras, Paulo Afonso e Simões Filho não tinham disponibilidade de profissionais

médicos especialistas, verificando-se, também, a ausência de médicos de “outras especialidades” em onze municípios, fator que evidencia descumprimento das políticas públicas de saúde das pessoas privadas de liberdade e grande dificuldade na efetivação do direito à saúde e acesso aos serviços de saúde. Simões Filho e Paulo Afonso não possuíam cirurgiões-dentistas atuando no sistema carcerário, sendo que o último município citado não possui médico psiquiatra apresentando, apenas, um psicólogo. (Tabela 3, apêndices).

Em Salvador, houve uma grande diminuição, resultando em apenas um Médico de “outras especialidades”, sendo que o número anterior era de 26. Há, também, a ausência de profissional de saúde bucal, seja dentista ou técnico em Simões Filho, além da ausência de médicos especialistas nas demais áreas em 9 cidades. Três unidades não possuem médicos psiquiatras e não há Clínico Geral em Jequié. A cobertura vacinal da população também se demonstrou insuficiente considerando ambos os sexos no segundo semestre de 2019, sendo que, em 2020 houve incidência muito maior que em 2019.

Em relação às prevalências de doenças transmissíveis na população privada de liberdade foi constatada a presença, principalmente com relação à sífilis, HIV hepatites e tuberculose. Os dados de 2020 demonstraram maior número de casos de hepatite e, principalmente, de outras doenças, número que aumentou, aproximadamente doze vezes no público masculino e sete vezes no âmbito feminino na pandemia. Houve aumento de óbitos que passou de 18 para 54, principalmente por motivos criminais, suicídios e causas desconhecidas.

Conclui-se, portanto que, na teoria, as políticas públicas no setor da saúde dos indivíduos privados de liberdade podem demonstrar a necessidade de efetivação do direito à saúde, mas que na prática, não há o atendimento, no Estado da Bahia, do mínimo exigido pela Constituição Federal e pelas políticas públicas prisionais brasileiras, nem mesmo ao mínimo existencial fixado nos referidos diplomas no que se refere ao atendimento integral da referida população.

Urge, portanto, que sejam investigados mecanismos no sentido de efetivar o direito à saúde no sistema prisional, propondo-se a aplicação da telemedicina como política pública a ser aplicada, inclusive tendo em vista o cenário pandêmico do COVID-19, o que corrobora com a RES 2227 do Conselho Federal de Medicina “define e disciplina a telemedicina como forma de prestação de serviços médicos mediados por tecnologias”.

4 POLÍTICAS PÚBLICAS E A APLICAÇÃO DA TELEMEDICINA COMO FERRAMENTA DE EFETIVAÇÃO DO DIREITO HUMANO FUNDAMENTAL À SAÚDE PARA A POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE NA BAHIA.

Após verificação do estado de coisas em que se encontra o sistema carcerário baiano no contexto da saúde e, inclusive, realizando-se um estudo analítico dos dados a partir do início da pandemia do COVID-19, faz-se necessária a análise das políticas públicas de saúde para as pessoas privadas de liberdade no Brasil e, posteriormente, a proposição da utilização da telemedicina como uma ferramenta que poderá contribuir com a melhoria do acesso aos serviços de saúde, com qualidade e de modo menos custoso para o Estado.

4.1 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO BRASIL.

As Políticas de saúde no sistema carcerário brasileiro apresentam três marcos fundamentais: a Lei de Execução Penal datada de 1984 (BRASIL, 1984), o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário de 2003 (BRASIL, 2003; BRASIL, 2003b) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional de 2014 (BRASIL, 2014). A Lei de Execução Penal de 1984 (BRASIL, 1984) foi a pioneira na regulamentação e garantia do direito à saúde aos privados de liberdade. Em seu artigo 14, há a previsão da assistência à saúde de pessoas privadas de liberdade com atendimento médico, farmacêutico e odontológico (BRASIL, 1984). A atenção à saúde determinada pela referida Lei abrange a população prisional provisória ou apenada. É importante destacar o contexto político da sociedade brasileira na época da promulgação desta Lei, sendo um período de lutas da sociedade brasileira por direitos sociais e estabelecimento democrático do país.

Em 2003, foi aprovado o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (BRASIL, 2004) estabelecido pela portaria interministerial de nº 1.777/2003 (BRASIL, 2003). Este Plano objetivou legitimar a garantia do acesso à saúde para as pessoas privadas de liberdade, sendo consonante com os princípios de universalidade do sistema único de saúde (SUS). No referido Plano, é possível observar mudanças em expressões e terminologias, a exemplo de se denominar os indivíduos em reclusão como “pessoas privadas de liberdade”, denotando cuidados com o entendimento de que as populações em situação de cárcere possuem direitos humanos fundamentais e que o sistema de reclusão as priva de sua liberdade, mas não exclui seus direitos.

É importante salientar que Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário representou também uma nova perspectiva para a atenção à saúde no sistema prisional, sendo

estabelecida a composição mínima da equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, assistente social, psicólogo, auxiliar de enfermagem e auxiliar de saúde bucal (BRASIL, 2004). Segundo este Plano, cada equipe de saúde deve ser responsável por até 500 indivíduos privados de liberdade, e nas unidades prisionais com até 100 pessoas o atendimento deve ser garantido pela rede de serviços de saúde do município onde se localiza a unidade prisional (BRASIL, 2004). Além da assistência farmacêutica, esta política demonstra uma estratégia à saúde integral, contemplando saúde bucal, saúde da mulher, infecções sexualmente transmissíveis, saúde mental, tuberculose, hipertensão, diabetes, dentre outros.

O Plano Nacional evidencia importantes princípios que devem nortear a saúde no Sistema Penitenciário, sendo estes a ética, a justiça, a cidadania, direitos humanos, participação e conquista de espaços democráticos, equidade, qualidade com eficiência e eficácia e, por fim, transparência (BRASIL, 2004).

Apurando-se a existência de diplomas normativos no ordenamento jurídico brasileiro e a existência de Plano Nacional, além da Política Nacional de 2014 que visam efetivar a saúde no contexto prisional, importante examinar duas perspectivas. É importante verificar que as referidas normativas preveem a efetivação do direito à saúde e, a partir de uma análise prática, que não há, segundo dados evidenciados aqui, a efetivação dos direitos previstos na Constituição e nas políticas prisionais, principalmente no contexto pandêmico.

Questiona-se, portanto, a (in)compatibilidade do sistema brasileiro quando comparado com o parâmetro da Constituição Federal e dos Tratados Internacionais de Direitos Humanos, constatando-se possível omissão estatal na avaliação de políticas públicas no sentido da efetivação do Direito à Saúde.

Conclui-se, ademais, pela omissão estatal, de forma material e prática na efetivação das políticas públicas, com análises de dados governamentais, fator que demonstra a necessária aplicação do controle judicial para determinar que o Estado brasileiro cumpra as disposições formais da Lei e das respectivas Portarias citadas.

É possível analisar as diretrizes estratégicas do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, vislumbrando-se, primeiramente, a necessidade de prestar assistência integral resolutiva, de forma contínua e de boa qualidade às necessidades de saúde da população penitenciária, o que evidencia a preocupação governamental em prestar o melhor atendimento possível no plano da saúde, às pessoas com privação de liberdade. A segunda diretriz prevista no plano é a que identifica a necessidade de contribuição para o controle e/ou redução dos

agravos mais frequentes que acometem a população penitenciária, evidenciando uma preocupação preventiva com relação à população carcerária (BRASIL, 2004).

Além disso, o Plano identifica a importância de definir e implementar ações e serviços consoantes com os princípios e diretrizes do SUS, nos termos, inclusive, da Lei 8080/90. Também é prevista a necessidade de proporcionar o estabelecimento de parcerias por meio do desenvolvimento de ações intersetoriais e contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde, evidenciando a importância de políticas educacionais. Por fim, evidencia o plano a importância de provocar o reconhecimento da saúde como um direito da cidadania e de estimular o efetivo exercício do controle social (BRASIL, 2004).

Sobre o financiamento, definiu o PNSSP Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, cabendo ao Ministério da Saúde financiar o equivalente a 70% dos recursos e ao Ministério da Justiça os demais 30%. O plano ainda fixou os valores correspondentes a R\$ 40.008,00 por ano para cada equipe que deverá ser implantada para cada grupo de até 500 presos, bem como R\$ 20.004,00 por ano como incentivo para as equipes de saúde que atuam em unidade com unidades com até 100 pessoas presas (BRASIL, 2004).

O Plano fixou, ademais, equipe técnica mínima, relacionada à atenção para até 500 (quinhentas) pessoas presas, com jornada de trabalho de 20 horas semanais devendo ser composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário (BRASIL, 2004).

Tendo em vista a importância da implementação de ações e serviços relativos à efetivação da saúde, a exposição da população carcerária a patologias específicas, a necessidade de prevenção e tratamento de doenças, tal como de estudos epidemiológicos sobre a população carcerária, foi aprovado o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário com o objetivo de prover a atenção integral à saúde da população prisional (BRASIL, 2004).

Para isso, foram previstas reforma e equipagem das unidades prisionais, organização do sistema de informação, implantação de ações de promoção à saúde, implementação de medidas de proteção, inclusive com vacinação, implantação de ações para prevenção de patologias e garantia de acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2004).

Saliente-se que o anexo I da Portaria que evidencia importantes linhas de ação como controle de tuberculose, de hipertensão e diabetes, dermatologia sanitária, saúde bucal, saúde da mulher, diagnóstico, aconselhamento e tratamento em DST's e atenção à saúde mental (BRASIL, 2004).

Necessário ainda destacar a Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, que Instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2014).

A PNAISP, segundo a portaria citada, tem como norteadores os princípios do respeito aos direitos humanos e à justiça social, integralidade da atenção à saúde, equidade, promoção de iniciativas, corresponsabilidade e valorização de mecanismos de participação popular e controle social (BRASIL, 2014).

Continua, a Portaria, instituindo o objetivo geral da PNAISP como o de “garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS” (BRASIL, 2014), fixando, ademais, como objetivos específicos⁵. Por força da citada política, os indivíduos que estejam custodiados nos regimes semiaberto e aberto serão preferencialmente assistidos nos serviços da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2014). Há procedimento de adesão ao PNAISP que ocorre nos ditames do art. 13 da Portaria Interministerial nº 1/2014.⁶

Em que pese existam políticas públicas específicas com o objetivo de promover a saúde às pessoas privadas de liberdade no sistema prisional, cumprindo-se, na teoria, as diretrizes constantes nos tratados internacionais de direitos humanos, assim como na Constituição Federal, a partir dos dados evidenciados, no âmbito prático, não se verifica a implementação efetiva dos esforços gerenciais no cárcere para a efetivação da saúde.

Entretanto, havendo a possibilidade de controle judicial das políticas públicas, em especial as de saúde, pelo Poder Judiciário brasileiro, havendo omissão estatal ou elaboração de políticas públicas insuficientes, descumprindo-se a Constituição Federal de 1988 e os

⁵ I - promover o acesso das pessoas privadas de liberdade à Rede de Atenção à Saúde, visando ao cuidado integral;

II - garantir a autonomia dos profissionais de saúde para a realização do cuidado integral das pessoas privadas de liberdade;

III - qualificar e humanizar a atenção à saúde no sistema prisional por meio de ações conjuntas das áreas da saúde e da justiça;

IV - promover as relações intersetoriais com as políticas de direitos humanos, afirmativas e sociais básicas, bem como com as da Justiça Criminal; e

V - fomentar e fortalecer a participação e o controle social.

⁶ Art. 13. A adesão à PNAISP ocorrerá por meio da pactuação do Estado e do Distrito Federal com a União, sendo observados os seguintes critérios:

I - assinatura de Termo de Adesão, conforme modelo constante no anexo I a esta Portaria;

II - elaboração de Plano de Ação Estadual para Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade, de acordo com o modelo constante no anexo III a esta Portaria; e

III - encaminhamento da respectiva documentação ao Ministério da Saúde para aprovação.

§ 1º A adesão estadual, uma vez aprovada pelo Ministério da Saúde, será publicada no Diário Oficial da União por ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

§ 2º Ao Estado e ao Distrito Federal que aderir à PNAISP será garantida a aplicação de um índice para complementação dos valores a serem repassados pela União a título de incentivo, que será objeto de ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

Tratados Internacionais de Direitos Humanos, o Poder Judiciário poderá atuar condenando o Estado por sua omissão e estabelecendo a necessidade de adequação das políticas públicas ou da sua atuação prática com os ditames normativos.

O valor da dignidade da pessoa humana é parâmetro axiológico no plano do direito interno e internacional, estabelecendo dever de atuação positiva do Estado para proteção dos direitos humanos (GONÇALVES, 2017).

4.2 A TELEMEDICINA COMO FERRAMENTA DE EFETIVAÇÃO DO DIREITO HUMANO FUNDAMENTAL À SAÚDE PARA A POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE NA BAHIA NO CONTEXTO DO COVID-19.

Após verificação das implicações no contexto da saúde da população privada de liberdade na pandemia, bem como sobre as políticas públicas de saúde relacionadas à referida população, constata-se que a telemedicina pode ser utilizada como ferramenta importante para proporcionar o maior acesso à saúde, de modo mais amplo e efetivo, garantindo, inclusive o atendimento especializado nas consultas.

Rodriguez e Galán (2019) evidenciam que a telemedicina é instrumento efetivo para consultas com especialistas, como casos de infecção crônica pelo vírus da hepatite C, facilitando o referido processo de atendimento. Os autores ainda relatam que a telemedicina oferece benefícios como minimização de custos para referenciar o paciente ao cuidado especializado, reduzindo custos com deslocamento e questões logísticas.

Mateo *et al.*, (2019) demonstram que a os problemas geográficos de acesso evidenciam-se como importante justificativa para utilização da telemedicina, bem como que a ferramenta contribui para a humanização dos cuidados de saúde para as pessoas privadas de liberdade, evitando a transferência e aparição desses pacientes em locais públicos, com acesso ao especialista de forma mais rápida e facilitada, reduzindo-se custos médicos e sociais.

Gualano *et al.* (2016) evidenciam que a telemedicina no sistema prisional europeu ainda se demonstra como pouco desenvolvida, salientando-se as vantagens da ferramenta, com a necessidade de implementação para utilização no serviço de saúde penal, integrando-se nos serviços de rotina, sendo um benefício para os privados de liberdade, bem como para o comunidade em geral.

A teleorientação, com a finalidade de orientar pacientes em isolamento no contexto pandêmico, o telemonitoramento, relacionado com a supervisão médica de determinado recluso, bem como a teleinterconsulta, com a interação entre médicos para auxílio e diagnóstico

dos reclusos, estando um dos profissionais fisicamente em conjunto com o paciente, podem ser técnicas de extrema importância para redução do grave quadro de dificuldade de acesso dos reclusos aos serviços de saúde no estado da Bahia.

Para isso, faz-se importante a edição de legislações, políticas públicas e designação de orçamento público com a finalidade de possibilitar um maior acesso da referida população vulnerável aos serviços de saúde, amenizando-se os dados evidenciados nesta pesquisa, após estudo analítico do SISDEPEN, anteriormente e, também, no período pandêmico, verificando-se diversos benefícios com a utilização da ferramenta.

5 CONCLUSÃO

Após a discussão realizada nesta pesquisa, conclui-se pela evidência de grande problemática na efetivação do direito à saúde das pessoas privadas de liberdade na Bahia, panorama que foi ainda mais agravado pelo contexto pandêmico, conforme evidenciado a partir das tabelas elaboradas com os dados extraídos do SISDEPEN.

Primeiramente, verificou-se a regulamentação da telemedicina no contexto pandêmico brasileiro, salientando-se as modificações legislativas ocorridas. Posteriormente, a vulnerabilidade das pessoas privadas de liberdade foi analisada, com o estudo específico sobre o Estado de Coisas Inconstitucional e o sistema penitenciário no âmbito pandêmico.

A saúde das pessoas privadas de liberdade na Bahia foi analisada, no intervalo do ano de 2019 e do primeiro semestre de 2020, por meio do sistema SISDEPEN/INFOPEN, realizando-se análise comparativa dos dados com a extração dos mesmos e elaboração de tabelas com cálculos percentuais, que evidenciam quadro que era de não efetivação do direito à saúde sendo, o referido panorama, encontrado em declínio, mais ainda, em período marcado pela pandemia do COVID-19. Concluiu-se, portanto, que em que pese as políticas públicas de saúde concernentes aos sistemas prisionais demonstrem uma compatibilidade com os tratados internacionais de direitos humanos e com a Constituição, na prática o direito à saúde não é efetivado, tendo em vista o pequeno número ou ausência de determinados profissionais de saúde, aumento da incidência de doenças, com ênfase em HIV, sífilis, tuberculose e hepatite, além de mortalidade, fator que evidencia a necessidade de atuação dos órgãos internacionais de direitos humanos.

Portanto, a partir de tudo quanto discutido, conclui-se pela necessária elaboração e avaliação de políticas públicas no sentido da promoção da aplicabilidade da telemedicina no sistema prisional baiano, com a finalidade de promoção de mais efetivo acesso aos serviços de

saúde, fator que poderá contribuir com a modificação do quadro evidenciado com os dados analisados nesta pesquisa, após estudo analítico do SISDEPEN, concluindo-se no sentido de diversos benefícios promovidos a partir da utilização da ferramenta, principalmente no contexto da pandemia do COVID-19.

REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

BRASIL. Lei de Execução Penal. Brasília, 1984. Disponível em: Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17210.htm .

_____. Ministério da Saúde e Ministério da Justiça . Portaria Interministerial n.º 1.777/2003, de 09 de setembro de 2003. Brasília. A.

_____. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. RE n.º 580.252/MS. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=13578623>. Acesso em 30 de set. de 2021.

_____. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. RE 641.320/RS. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=11436372>. Acesso em 30 de set. de 2021.

_____. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. ADI 5.356/MS. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=13265386>. Acesso em 30 de set. de 2021.

_____. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. ADPF n.º 357/DF. STF - ADPF: 357 DF 0004998-97.2015.1.00.0000, Relator: CÁRMEN LÚCIA, Data de Julgamento: 06/04/2021, Data de Publicação: 07/04/2021.

_____. CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Recomendação N.º 62, de 17 de março de 2020.

_____. Ministério da Saúde e Ministério da Justiça . Portaria Interministerial n.º 1.777/2003, de 09 de setembro de 2003. Brasília. A.

_____. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário Brasília, 2004. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/pnssp.pdf> Acesso em: 04 de out. de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 482, de 1º de abril de 2014. Brasília, 2014.

_____. Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias, 2020.

BOGO CHIES, Luiz Antônio; ROTTA ALMEIDA, Bruno. Mortes sob custódia prisional no Brasil. Prisões que matam; mortes que pouco importam. Rev. Cien. Soc., Montevideo , v. 32, n. 45, pp. 67-90, dic. 2019 .

CALADO, Vinicius de Negreiros. LAMY, Marcelo. Teleconsulta médica: os limites éticos e o risco de negligência informacional. Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit., Brasília, 9(3): jul./set., 2020 <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v9i3.713>

CAMPOS, Carlos Alexandre de Azevedo. Estado de Coisas Inconstitucional. 1ª ed. Salvador: Juspodivm, 2016.

CARRAPATO, Pedro, Correia, Pedro e Garcia, Bruno. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. Saúde e Sociedade. 2017, v. 26, n. 3, pp. 676-689.

COLOMBIA. Sentencia SU.559/97, de 6/11/1997. Disponível em: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/SU559-97.htm>. Acesso em: 30 de set. de 2021.

COSTA, Jaqueline Sérico da. SILVA, Johnny Clayton Fonseca da. BRANDÃO, Eric Scapim Cunha. BICALHO, Pedro Paulo Gastalho. Covid-19 no sistema prisional brasileiro: da indiferença como política à política de morte. Psicologia & Sociedade. On-line version ISSN 1807-0310. Psicol. Soc. vol.32 Belo Horizonte 2020 Epub Sep 04, 2020. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32240218>. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822020000100412&tlng=pt Acesso em: 01 de janeiro de 2021.

CUÉLLAR, Alejandro Forero. TORTOSA, María Celeste. DRECKMANN, Klaus. MARKOV, Dimitar. DOICHINOVA, Maria. CSD. *Vulnerable Groups of Prisoners: A Handbook*. Sofia: CSD, 2015

DUARTE, Luciana Gaspar Melquíades. *Possibilidades e Limites do Controle Judicial das Políticas Públicas de Saúde*. 2ª Edição. Belo Horizonte: Fórum, 2020.

FALCÃO JÚNIOR, Alfredo Carlos Gonzaga. Cumprimento de Medidas Provisórias Impostas pela Corte Interamericana no Caso do Complexo Prisional do Curado: desafios do Ministério Público Federal no Controle de Convencionalidade. In: MAIA, Luciano Mariz. LIRA, Yulgan. *Controle de Convencionalidade. Temas Aprofundados*. Salvador: Juspodivm. 2018.

FARIA, Ana Amélia Cypreste; BARROS, Vanessa de Andrade. Tráfico de drogas: uma opção entre escolhas escassas. *Psicol. Soc.*, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 536-544, Dec. 2011.

GONÇALVES, Rafaela Caldeira. *Controle de Convencionalidade das Decisões do Tribunal de Justiça de São Paulo à Luz da Convenção de Belém do Pará*. Mestrado em Direito. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2017.

GUALANO, Maria R. BERT, Fabrizio. ANDRIOLO, Violetta. GROSSO, Marco. MINNITI, Davide. SILIQUINI, Roberta. Use of telemedicine in the European penitentiaries: current scenario and best practices. *European Journal of Public Health*, Volume 27, Issue 1, 1 February 2017, Pages 30–35, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw145>.

GUSTIN, Miracy Barbosa de Sousa; DIAS, Maria Tereza Fonseca. (Re)pensando a pesquisa jurídica: teoria e prática – 4ª ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2013.

LEAL, César Barros. *Execução Penal na América Latina à Luz dos Direitos Humanos. Viagem pelos caminhos da dor*. 1ª ed. Curitiba: Juruá, 2012.

LOPES, RMF. MELLO, DC. Lima II. Mulheres Encarceradas e Fatores Associados a Drogas e Crimes. *Ciências & Cognição* 2010; 15(2):121-113.

PRESSER, Adriana Dewes; MENEGHEL, Stela Nazareth; HENNINGTON, Élide Azevedo. Mulheres enfrentando as violências: a voz dos operadores sociais. *Saude soc.*, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 126-137, Sept. 2008.

MALDONADO, Jose Manuel Santos de Varge. MARQUES, Alexandre Barbosa. CRUZ, Antônio. Telemedicina: desafios à sua difusão no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 32 Sup 2:e00155615, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00155615>

MATEO, M. ÁLVAREZ, R. COBO, C. PALLAS, JR. LÓPEZ AM. GAITE, L. Telemedicine: contributions, difficulties and key factors for implementation in the prison setting. *Rev Esp Sanid Penit*. 2019 May-Aug; 21(2): 95–105. Published online 2019 Jul 31.

RODRÍGUEZ, C Fernández. GALÁN, G Jiménez. Telemedicine and specialised consultations in prisons. The example of HCV chronic hepatitis. *Rev Esp Sanid Penit*. 2019 May-Aug; 21(2): 59–61. Published online 2019 Jul 31.

ROJO, Adelle. O Controle Jurisdicional de Convencionalidade Como Instrumento de Efetivação dos Direitos Humanos dos Encarcerados. In: MAIA, Luciano Mariz. LIRA, Yulgan. *Controle de Convencionalidade. Temas Aprofundados*. Salvador: Juspodivm. 2018.

SANCHEZ, Alexandra; LEAL, Maria de Carmo; LAROUZE, Bernard. Realidade e desafios da saúde nas prisões. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 1996, jul. 2016.

SÁNCHEZ, AR. MASSARI, V. GERHARDT, G. BARRETO, AW. CESCIONI, V. PIRES, J. et al. A tuberculose nas prisões do Rio de Janeiro, Brasil: uma urgência de saúde pública. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(3):545-52.

SCHERER, Zeyne Alves Pires et al. Perfil sociodemográfico e história penal da população encarcerada de uma penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)*, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, pp. 55-62, ago. 2011.

SOARES, Marden Marques e Bueno, Paula Michele Martins Gomes. Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016, v. 21, n. 7.

SOUZA, Kátia Ovídia José de. A pouca visibilidade da mulher brasileira no tráfico de drogas. *Psicol. estud.*, Maringá, v. 14, n. 4, pp. 649-657, Dec. 2009.

VALIM, Edna Maria Alves; DAIBEM, Ana Maria Lombardi; HOSSNE, William Saad. Atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade. *Rev. Bioét.*, Brasília, v. 26, n. 2, p. 282-290, June 2018.

APÊNDICE A – TABELAS SOBRE A SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL COM DADOS EXTRAÍDOS DO INFOPEN (SISDEPEN).

Tabela 1- Características dos presídios no estado da Bahia, segundo semestre de 2019.

Localização e características	N=25	%
Municípios		
Barreiras	1	4.0
Eunápolis	1	4.0
Feira de Santana	1	4.0
Ilhéus	1	4.0
Itabuna	1	4.0
Jequié	1	4.0
Juazeiro	1	4.0
Lauro de Freitas	1	4.0
Paulo Afonso	1	4.0
Salvador	10	40.0
Serrinha	1	4.0
Simões Filho	1	4.0
Teixeira de Freitas	1	4.0
Valença	1	4.0
Vitória da Conquista	2	8.0
Tipo de Presídio		
Presídios Feminino	1	4.0
Masculino	16	64.0
Misto	8	32.0
Característica de gestão do Presídio		
Cogestão	9	36.0
Pública	16	64.0
Terceirização de serviços de alimentação		
Não	9	36.0
Sim	16	64.0
Terceirização de serviços de limpeza		
Não	16	64.0
Sim	9	36.0
Terceirização de serviços de saúde		
Não	21	84.0
Sim	4	16.0
Terceirização de serviços de assistência social		
Não	17	68.0
Sim	8	32.0

Fonte: Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional.

Tabela 2- Serviços de saúde nos presídios do estado da Bahia, segundo semestre de 2019.

Serviços de saúde	N=25	%
Consultório médico		
Não	1	4.0
Sim	24	96.0
Consultório odontológico		
Não	1	4.0
Sim	24	96.0
Sala de coleta de exames laboratoriais		
Não	13	52.0
Sim	12	48.0
Sala de curativo		
Não	4	16,0
Sim	21	84,0
Cela de observação		
Não	11	44,0
Sim	14	56,0
Cela com enfermaria e solário		
Não	22	88,0
Sim	3	12,0
Sanitário para equipe de saúde		
Não	4	16,0
Sim	21	84,0
Farmácia		
Não	5	20,0
Sim	20	80,0
Sala multiprofissional		
Não	9	36,0
Sim	16	64,0

Fonte: Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional.

Tabela 3- Trabalhadores da saúde no sistema prisional da Bahia, segundo semestre de 2019.

Município	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O		
N de presos	685	639	1891	110	1145	653	1227	422	514	4885	334	259	728	405	1241	15.108	
Especialidades																N=469	%
Medicina clínica geral	2	2	6	2	4	4	2	1	2	17	1	1	2	1	3	50	10,66
Medicina psiquiatria	0	1	1	1	1	1	1	1	0	7	1	0	1	1	2	19	4,06
Outras especialidades médicas	0	0	0	0	0	1	0	0	0	26	0	0	1	0	1	29	6,18
Odontologia	2	2	1	1	2	3	2	1	0	12	1	0	3	1	2	33	7,03
Técnicos de saúde bucal	2	1	2	1	1	2	1	2	1	15	1	1	1	1	3	35	7,46
Enfermagem	2	3	7	4	7	4	3	4	2	38	1	1	3	2	6	87	18,56
Técnicos de enfermagem	6	6	8	3	6	9	8	5	4	57	6	3	5	4	10	140	29,85
Terapia ocupacional	1	1	0	0	1	0	1	1	0	3	1	0	0	1	2	12	2,56
Psicólogos	2	2	6	2	3	4	3	3	1	24	2	2	3	2	5	64	13,64
Total de trabalhadores	17	18	31	14	25	28	21	18	10	199	14	8	19	13	34	469	100

A-Barreiras; B-Eunápolis; C-Feira de Santana; D-Ilhéus; E-Itabuna; F-Jequié; G-Juazeiro; H-Lauro de Freitas; I-Paulo Afonso; J-Salvador; K-Serrinha, L-Simões Filho, M-Teixeira de Freitas; N-Valença; O-Vitória da Conquista.

Fonte: Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional.

Tabela 4- Procedimentos de saúde em pessoas privadas de liberdade na Bahia de acordo com sexo, segundo semestre de 2019.

Procedimentos	N=126.487	%
Masculino, N=14.687		
Suturas e curativos	17.345	14,88
Vacinas	8.290	7,11
Exames	16.770	14,39
Consultas psicológicas	21.988	18,86
Consultas odontológicas	16.989	14,57
Consultas médicas externas	1.455	1,25
Consultas médicas internas	33.629	28,85
Intervenções cirúrgicas	104	0,09
Total	116.570	100
Feminino, N=421		
Suturas e curativos	1.610	16,23
Vacinas	297	2,99
Exames	1.458	14,7
Consultas psicológicas	2.230	22,49
Consultas odontológicas	689	6,95
Consultas médicas externas	199	2,01
Consultas médicas internas	3.430	34,59
Intervenções cirúrgicas	4	0,04
Total	9.917	100

Fonte: Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional.

Tabela 5- Doenças em pessoas privadas de liberdade na Bahia de acordo com sexo, segundo semestre de 2019.

Doenças	N=849	%
Masculino		
Hepatite	59	7,25
HIV	155	19,04
Sífilis	422	51,84
Tuberculose	169	20,76
Outros	9	1,11
Total	814	100
Feminino		
Hepatite	2	5,71
HIV	10	28,58
Sífilis	18	51,43
Tuberculose	2	5,71
Outros	3	8,57
Total	35	100

Fonte: Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional.

Tabela 6- Mortalidade de pessoas privadas de liberdade na Bahia, segundo semestre de 2019..

Causa	N=18	%
Masculino		
Acidentais	0	0,0
Causas desconhecidas	4	22,22
Criminais	4	22,22
Por motivos de saúde	8	44,45
Suicídios	2	11,11
Total	18	100

Fonte: Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional.

Tabela 7- Trabalhadores da saúde no sistema prisional da Bahia, primeiro semestre, 2020.

Município	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O		
N de presos	656	523	1706	115	884	525	1028	432	451	4405	416	239	576	332	941	13.229	
Especialidades																N=488	%
Medicina clínica geral	2	2	9	2	4	0	2	1	2	19	1	2	2	1	3	52	10,65
Medicina psiquiatria	1	1	1	1	0	2	1	1	0	25	1	0	1	1	2	38	7,80
Outras especialidades médicas	0	0	0	0	3	4	0	0	0	1	0	1	1	0	1	11	2,25
Odontologia	2	2	2	1	2	2	2	2	1	12	1	0	3	1	3	35	7,18
Técnicos de saúde bucal	2	1	2	1	1	2	1	2	1	14	1	0	1	1	3	33	6,76
Enfermagem	3	3	14	4	7	5	3	5	2	39	2	1	3	2	7	100	20,50
Técnicos de enfermagem	6	6	11	3	6	9	8	6	4	60	6	2	4	5	9	145	29,71
Terapia ocupacional	1	1	0	0	0	0	1	1	0	2	1	0	0	1	1	9	1,84
Psicólogos	2	2	4	2	3	4	3	3	1	27	2	2	3	2	5	65	13,31
Total de trabalhadores	19	18	43	14	26	28	21	21	11	199	15	8	18	14	34	488	100

A-Barreiras; B-Eunápolis; C-Feira de Santana; D-Ilhéus; E-Itabuna; F-Jequié; G-Juazeiro; H-Lauro de Freitas; I-Paulo Afonso; J-Salvador; K-Serrinha, L-Simões Filho, M-Teixeira de Freitas; N-Valença; O-Vitória da Conquista.

Fonte: Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional, 2020.

Tabela 8- Procedimentos de saúde em pessoas privadas de liberdade na Bahia de acordo com sexo, primeiro semestre, 2020.

Procedimentos	N=93.602	%
Masculino, N=13.911		
Suturas e curativos	6.060	6,92
Vacinas	10.813	12,33
Exames	11.809	13,48
Consultas psicológicas	12.050	13,74
Consultas odontológicas	12.812	14,61
Consultas médicas externas	1.627	1,86
Consultas médicas internas	32.364	36,91
Intervenções cirúrgicas	132	0,15
Total	87.667	100
Feminino, N=469		
Suturas e curativos	4	0,07
Vacinas	514	8,66
Exames	538	9,06
Consultas psicológicas	1.145	19,29
Consultas odontológicas	521	8,78
Consultas médicas externas	422	7,11
Consultas médicas internas	2.791	47,03
Intervenções cirúrgicas	0	0,00
Total	5.935	100

Fonte: Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional, 2020.

Tabela 9- Doenças em pessoas privadas de liberdade na Bahia de acordo com sexo, primeiro semestre, 2020.2

Doenças	N=870	%
Masculino		
Hepatite	68	8,36
HIV	145	17,81
Sífilis	374	45,94
Tuberculose	115	14,13
Outros	112	13,76
Total	814	100
Feminino		
Hepatite	1	1,78
HIV	10	17,86
Sífilis	25	44,64
Tuberculose	0	0,00
Outros	20	35,72
Total	56	100

Fonte: Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional, 2020.

Tabela 10- Mortalidade de pessoas privadas de liberdade na Bahia, primeiro semestre, 2020.

Causa	N=54	%
Masculino		
Acidentais	0	0,0
Causas desconhecidas	3	5,66
Criminais	30	56,60
Por motivos de saúde	14	26,42
Suicídios	6	11,32
Total	53	100
Feminino		
Criminais	1	100
Total	1	100

Fonte: Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional, 2020.

Município	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O			
N de presos	472	566	1793	87	842	517	1052	511	477	4164	425	219	522	297	961	12.905		
Especialidades																		%
Medicina clínica geral	2	2	6	2	2	3	2	1	1	26	1	1	2	1	7	59	10,65	
Medicina psiquiatria	1	1	1	1	1	1	1	1	0	23	1	0	0	1	2	38	7,80	
Outras especialidades médicas	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	11	2,25	
Odontologia	2	2	2	2	2	3	2	1	1	12	1	0	3	1	3	35	7,18	
Técnicos de saúde bucal	2	1	2	1	1	2	1	2	1	14	1	0	1	1	3	33	6,76	
Enfermagem	3	3	14	4	7	5	3	5	2	39	2	1	3	2	7	100	20,50	
Técnicos de enfermagem	6	6	11	3	6	9	8	6	4	60	6	2	4	5	9	145	29,71	
Terapia ocupacional	1	1	0	0	0	0	1	1	0	2	1	0	0	1	1	9	1,84	
Psicólogos	2	2	4	2	3	4	3	3	1	27	2	2	3	2	5	65	13,31	
Total de trabalhadores	19	18	43	14	26	28	21	21	11	199	15	8	18	14	34	488	100	

A-Barreiras; B-Eunápolis; C-Feira de Santana; D-Ilhéus; E-Itabuna; F-Jequié; G-Juazeiro; H-Lauro de Freitas; I-Paulo Afonso; J-Salvador; K-Serrinha, L-Simões Filho, M-Teixeira de Freitas; N-Valença; O-Vitória da Conquista.

Fonte: Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional, 2021.