

**Análisis de la privación
de las necesidades básicas de salud
en sistema de privación de libertad brasileño:
una cuestión de la ciudadanía**

Luiz Eduardo Oliveira *
Verônica Teixeira Marques **
Cristiane Costa da Cunha Oliveira ***

1. INTRODUCCIÓN.

El derecho a la salud de los presos, en sistema penitenciario, está comprendido en la política adoptada por el gobierno brasileño como parte integrante del Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS) que convive con un crecimiento significativo de la población carcelaria, condiciones insalubres y falta de seguridad en los presidios (DEPEN, 2012). En el año de 2014, según el Conselho Nacional de Justiça –CNJ– a población penitenciaria brasileña é de 711.463 presos. Ese dato hace constar las 147.937 personas que se quedan en sus casas en régimen de detención -Régimen domiciliar- (CNJ, 2014).

La ciudadanía es una conquista que se ejercita todos los días, no se trata de un privilegio y al exponer la cuestión de la salud en el sistema penitenciario lo que se intenta es fomentar el debate en nivel de ejercicio de la ciudadanía y

* Abogado, especialista en Derecho Constitucional.

** Investigadora en el Instituto de Tecnología e Investigación (ITP), Aracaju, Brasil.

*** Profesora en el Programa de Mestría y Doctorado en Salud y Medio Ambiente de la Universidad de Tiradentes/SE, Brasil e investigadora en el Instituto de Tecnología e Investigación (ITP), Aracaju, Brasil.

de la efectución del principio de la dignidad humana, garantizando los derechos humanos.

La cuestión de salud no es un problema que se encuentra localizada en el interior de la unidad penitenciaria. Hay toda una situación de vulnerabilidad que envolvió la familia, los visitantes, los profesionales de salud y las salidas temporarias de los detenidos (WHO, 2012). Dista manera la realidad en el sistema penitenciario ha demandado una analice minuciosa de investigación con abordaje cualitativa y cuantitativa, de forma a identificarlo que ha pasado adentro de las unidades penitenciarias, tiendo como punto de partida los relatos dos presos sobre la cualidad de la atención a la salud recibida. Se procuró demostrar como la privación de necesidades básicas en salud representa una cuestión importante en la percepción de la ciudadanía y si constituí en violación sistemática de los derechos humanos.

En la época da democracia siempre se debe evocar la ley para garantizar nuestras políticas, pero la realidad parece destorcer de la ley. No debemos olvidar que hemos vivido siglos donde delante de la construcción de una jerarquía de conocimientos, dichos superior e inferior, solemos dividir los siglos en pueblos sin escritura, pueblos sin historia, pueblos sin desarrollo e ahora, siglo XXI, en pueblos sin democracia (Grosfoguel, 2007).

El derecho a la salud ha sido ampliamente establecido desde la Ley nº. 7.210 (1984), conocida como la ley de Execução Penal, por la Constituição do Brasil (1988) y por el Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional Brasileiro (PNSSP, 2003). En este contexto, el objetivo del estudio fue analizar la relación entre el derecho de los presos a la salud y su percepción sobre la atención recibida en el Complexo Penitenciário Manoel Carvalho Neto (COPEMCAN), una de las unidades del Sistema Penitenciario en Sergipe-Brasil (Marques et al., 2014).

2. METODOLOGÍA.

Fueron analizados los datos disponibles en el Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN, 2012), Informações Penitenciárias (INFOPEN, 2012), en la Secretaria de Estado da Justiça e de Defesa do Consumidor (SEJUC, 2015), Secretaria de Segurança Pública (SSP, 2015) y los datos secundarios levantados de diversas fuentes: leyes, planos, programas y políticas, tratados internacionales y complementados con investigación de campo. Esta investigación fue titulada *“Perfil dos Presos no Estado de Sergipe e Identificação de Políticas Públicas para Egressos”*, proyecto de investigación

apoyado por la FAPITEC-SE -Fundação de Apoio à Pesquisa e Inovação Tecnológica-, Edital 13/2011, y tuvo aprobación del Comité de Ética, proceso n°. 040712R, de la Universidade Tiradentes en Aracaju-Sergipe-Brasil.

El estudio tuvo carácter probabilístico, abordaje cuantitativo y cualitativo, con encuestas realizadas a los presos seleccionados aleatoriamente, cumpliendo un total de 238 sujetos de la unidad penitenciaria COPEMCAN, que durante el período de aplicación de los cuestionarios contenía en el máximo de 2348 presos, siendo este un establecimiento clasificado como de seguridad máxima y con mayoría de los presos no juzgados y lo más grande en el estado de Sergipe, Brasil. Los datos fueron procesados a través de la estadística descriptiva.

3. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD IMPLEMENTADAS EN EL SISTEMA PENITENCIARIO BRASILEÑO.

Brasil estableció en la Constitución un marco legal de protección para las personas privadas de libertad. Hay expreso en los artículos 196-200 de la Constitución, que la salud es un derecho de todos y deber del Estado y será garantizado por las políticas públicas sociales y económicas que pretendan la reducción del riesgo de enfermedad y otros agravios. Sin embargo asegura que el acceso es universal con igualdad y establecido por directrices que serán útiles para nortear las políticas públicas (Constituição do Brasil, 1988). Para posibilitar el cumplimiento de esta orden fue publicada la Ley n° 8.080 (1990) que disciplina la organización, la dirección y gestión de le Sistema Único de Salud (SUS).

Vale resaltar que desde 1984 los servicios de atendimento en la salud de los detenidos en unidades penitenciarias ya estaban previstos en la Ley n° 7.210 (1984), en lo artículo 14, Sección III, que garantiza el carácter preventivo y curativo de la asistencia médica, farmacéutica e odontológica. Caso la unidad penitenciaria no tenga recursos humanos e estructurales para fornecer el servicios de salud tiene que prestar la asistencia en otro local con autorización del Director de la referida unidad. Es lo que establece la citada ley hace muchos años.

La Organización Mundial de la Salud –OMS- ya había propuesto, un proyecto de Salud para el Sistema Penitenciario (WHO Health in Prisons Project –HIPP-, 1995) con la finalidad de promover la salud pública y cuidados en las unidades penitenciarias, así como especificar el relacionamiento entre el sistema de salud penitenciaria e los servicios de salud pública. La OMS

propugnaba a prestar consultoría especializada a los estados miembros para lo desenvolvimiento de los sistemas de salud en las unidades penitenciarias incluso no que se refiere a las cuestiones de orden técnica relacionadas a las enfermedades transmisibles bien como el uso de sustancias ilícitas y la salud mental (WHO, 2014).

Otros países en Latinoamérica como la Argentina tiene en la Constitución Nacional, en el artículo 75 establecido el derecho a la salud y tiene incorporado los documentos internacionales de derechos humanos, como el artículo 12 de Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales que reconoce “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Así mismo ha sido desarrollado políticas específicas como la Ley de Ejecución de la Pena Privativa de la Libertad n. 24.660 que estableció en el artículo 143 que el interno debería tener derecho a la salud. En aquel país ha sido implementado programas y políticas específicas para la Salud en el Sistema Penitenciario desde 2003 con el Proyecto Cárceles Saludables (Rcuri, 2010).

En los países de la Unión Europea como el España donde han sido implementadas políticas sanitarias desde la década de 1990, tiene servido de ayuda para la reducción de la infección por VIH, SIDA y otras enfermedades asociadas como la tuberculosis o hepatitis virales, y ahora se procura resolver problemas como los da salud mental, la creación de entornos penitenciarios más saludables que incluía la mejora de las vías de resocialización y de la calidad asistencial en el medio penitenciario (Hernández-Fernández y Arroyo-Coubo, 2010).

En Brasil en razón de no haber normas específicas de derecho a la salud para el Sistema Penitenciario, la Portaria Interministerial nº 1.777 (2003), instituyó el Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional –PNSSP- (2004), con el objetivo de promover atención integral a la salud de la población penitenciaria de ambos los sexos, juzgados y condenados al régimen fechado, incluso las unidades psiquiátricas, todavía sin incluir aquellos que estaban en régimen abierto.

Hay que hacer una reflexión desde las bases de este plano, por contener una abordaje muy específica, como se los presos no fueran humanos, personas, individuos o gentes puesto que en la Constitución brasileña actual ya preveía el derecho a la salud para todas las personas. Esa necesidad de leyes específicas fue probablemente generada por la situación deshumana de la salud en el Sistema Penitenciario Brasileño, además había tenido la recomendación internacional de la OMS (WHO, 2014).

Es verdad que había el Plano pero no existía la política instituida. La portaría interministerial n.º. 1, enero de 2014 estableció la Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade en el Sistema Prisional –PNAISP- (Portaria Interministerial n.º. 1, 2014), en el ámbito del Sistema Único de Saúde. Vale resaltar que la PNAISP en su artículo 6º, II, especifica el objetivo de garantizar la autonomía de los profesionales de la salud en sus atendimientos a los detenidos. Las dos portarías fueran discutidas e elaboradas por lo Ministerio de la Salud y por lo Ministerio de la Justicia en Brasil.

Caso hagamos una retrospectiva en las leyes vamos constatar que desde la Ley n.º. 7.210 (1984) -Lei da Execução Penal-, después con el Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional (PNSSP, 2004) y con la Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade en el Sistema Prisional (Portaria Interministerial n.º. 1, 2014), en el ámbito del Sistema Único de Saúde tendremos a pensar que la población penitenciaria se queda debidamente protegida. Todavía no es así. Mismo con un gran número de leyes, tratados y planos específicos direccionado a la población carcelaria, la realidad en las cárceles brasileñas tienen sido cuestionada por ONG's y órganos gubernamentales, bien como por investigadores. Importantes trabajos han sido realizado por la da Comissão Justiça e Paz (2015), de la Arquidiócesis de Porto Velho y del Movimiento Justiça Global (2014). El Observatório Nacional do Sistema Prisional (ONASP, 2015) ha presentado que la cuestiones penitenciarias no han sido tratadas científicamente, de acuerdo con los estudios del observatorio el sistema penitenciario brasileño presenta sistemas incompletos e poco confiables, también escasos, lo que parece contribuir para ineficacia de las políticas públicas aplicadas.

Delante de la no observancia y respecto a la condición de humano de los presos, Brasil ha sido representado delante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH, 2015) y delante la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CtIDH, 2015), como son los casos de las Personas Privadas de Libertad en el Presídio Central de Porto Alegre, de la Prisión Anibal Bruno, de lo Complejo Penitenciario de Pedrinhas, Complejo Penitenciario de Curado y del Cárcel de Urso Branco, donde el Estado brasileño ha sido recordado de la obligación estatal de proteger y garantizar los derechos a la vida y a la integridad personal de las personas privadas de libertad.

Vivimos en una cultura anestesiada de derechos humanos, como bien apunta Sánchez Rúbio y no podemos alegar que no nos pasa nada porque somos

conscientes da la separación que existe entre lo que se discurrea y lo que se construye y se hace en la práctica acerca de derechos humanos (Rubio, 2007).

4. LOS RESULTADOS Y LA DISCUSIÓN.

Los resultados de esta investigación revelaron que los detenidos en la unidad COMPEMCAN –en Sergipe/Brasil-, eran todos del sexo masculino, con media de edad de 27 años, siendo que la edad más prevalente fue de 21 años y la edad máxima fue de 63 años. La gran mayoría se auto declaró con color de piel negra o mulata (80,3%) siendo que 76,5% dijeron que habían nacido en Sergipe. Los datos socio demográficos revelaron que 76,8 % de los presos tenían renda hasta 02 salarios mínimos, en moneda brasileña incluso 6,7 % de ellos alegaron no tener renda. Cuanto a nivel de instrucción 67,2% de los presos entrevistados apuntaron haber estudiado hasta al encino fundamental incompleto y 4,6 % de ellos afirmaron ser analfabetos. En relación al trabajo que hacían antes de la detención, 45,4% dijeron ser autónomo, es decir, probablemente hacían cualquier tipo de trabajo sin cualificación y 20,4% que estaban trabajando en la construcción civil. Algunos de ellos también dijeron no tener trabajo, 5,4%.

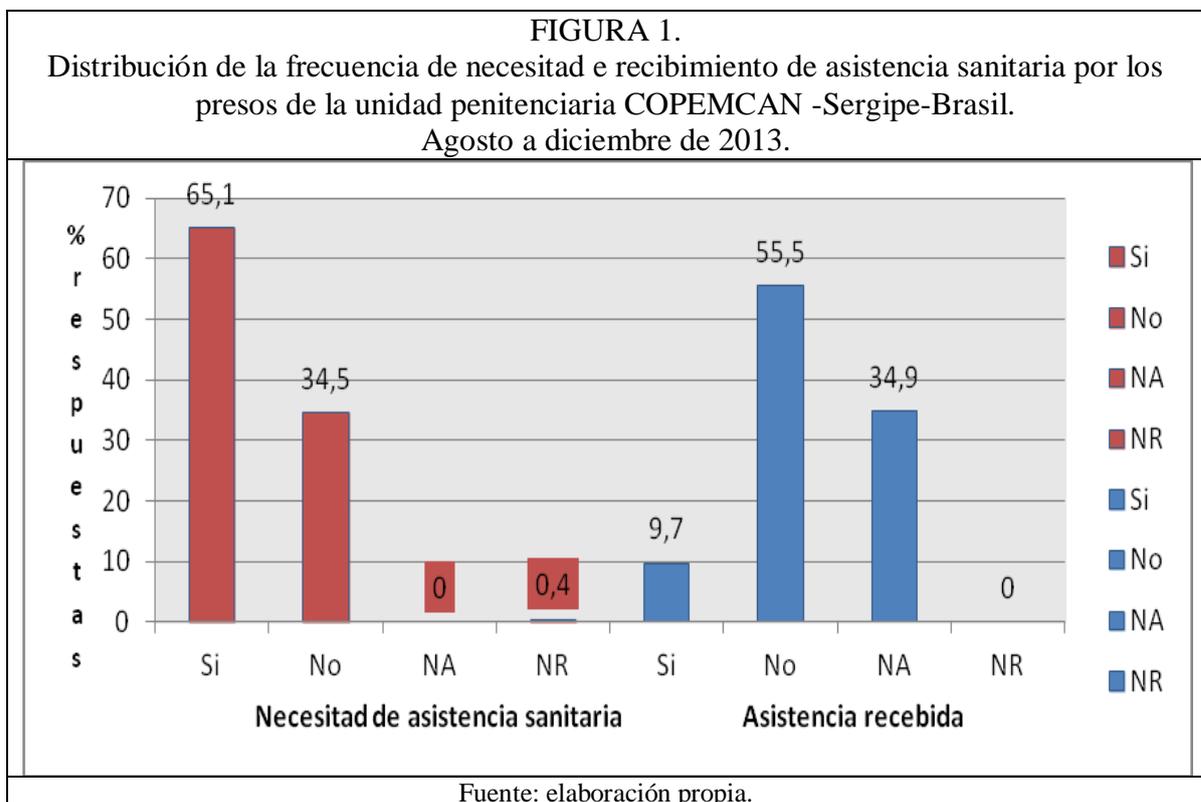
Este perfil de presos é similar a otros sitios en Brasil como en Rio Grande do Sul donde la población penitenciaria era en mayoría jóvenes de 20 a 29 años, con encino primario fundamental incompleto, nacidos en el propio distrito y cuyo trabajo que hacían antes de la detención eran predominantemente en la construcción civil y otros servicios generales (Christoff, 2007).

De igual manera el perfil de los presos sergipanos hace correspondencia con lo perfil dos presos do estado do Rio de Janeiro- Brasil, conforme una investigación realizada pela Superintendência de Saúde da Secretaria de Estado e Administração Penitenciaria do Rio de Janeiro con participación del Laboratório de Informática em Saúde da UERJ (Julião, 2012).

En la unidad penitenciaria COPEMCAN–Sergipe no tenía equipo de profesionales de la salud que trabajaban adentro de la penitenciaria, conforme instituí la Portaria nº 1.658 (2011) del Ministério da Saúde - Brasil.

Entre los participantes de la encuesta, realizada en el segundo semestre de 2013, la mayoría dos presos que participaron en la investigación (65,1%) relataron que habían necesitado de la asistencia en la salud, pero, de este cuantitativo, hubo relato de recibimiento de la asistencia por solo 9,7% de los participantes de la muestra. (Figura 1).

En algunas ciudades brasileñas la situación de asistencia a la salud de mala calidad é relatada por los presos. Así ha demostrado una investigación científica cualitativa realizada con encuestas a los presos enfermos por la Tuberculosis (TB) de un hospital en João Pessoa, Paraíba, Brasil. Los resultados demostraron a través de relatos de los presos sobre la unidad penitenciaria como un sitio de muerte, sufrimientos y preocupaciones, pero que el hospital representaba el lugar de la vida, la salud y el cuidado. Reconocerán que existe un proceso regulatorio del acceso de lo enfermo a las practicas asistenciales para diagnóstico de la tuberculosis y que revelaba líneas de poder. Existía una preocupación de recomendar los avances de las acciones de la búsqueda de los sintomáticos respiratorios, con el sentido de vigilancia, que así posibilítase el diagnóstico temprano da TB en las penitenciarías, añadido a la mejoría de la cualidad de la asistencia de salud en las unidades penitenciarias (Souza et al, 2012).

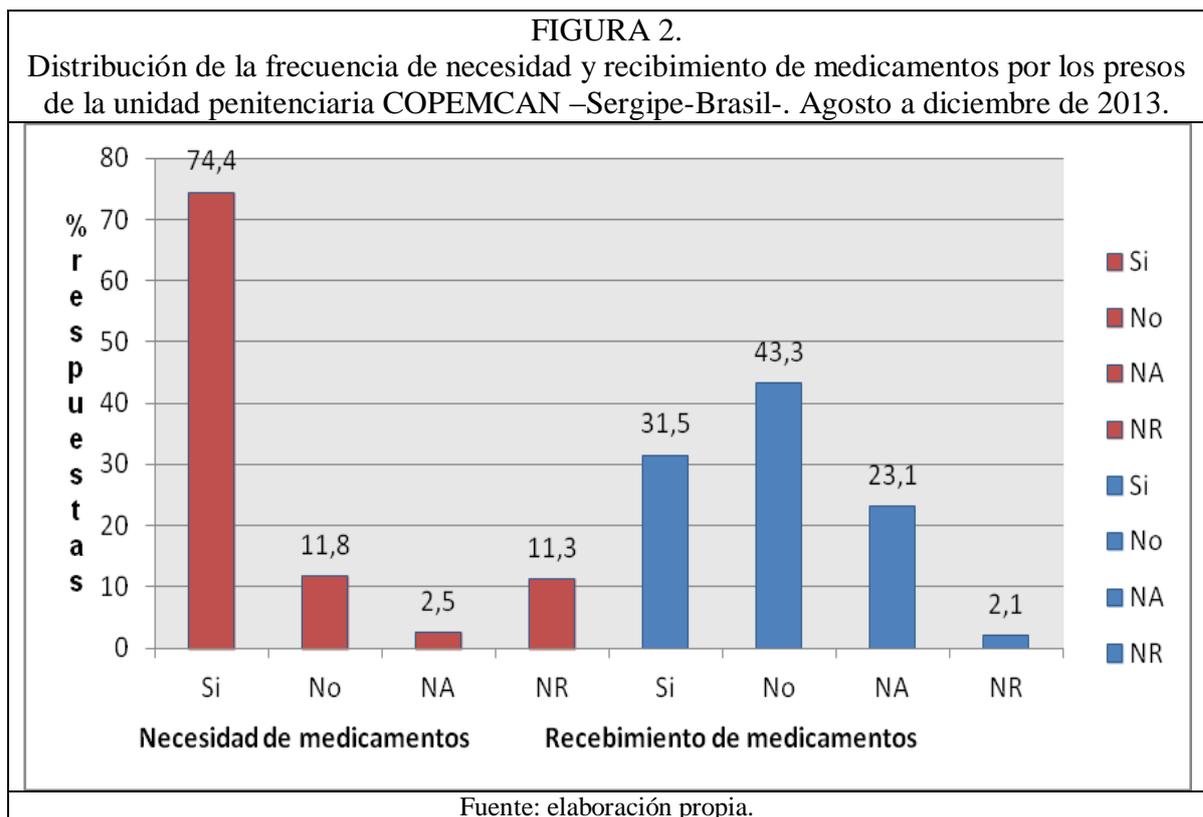


El principio de equivalencia asistencial para los que se quedan en la privación de la libertad ha sido discutido en la literatura científica (Monsalve, 2011, Arroyo-Cobo, 2011). En este sentido habría la necesidad de que fuera la misma institución que presta la asistencia a personas cuando están en libertad, la que preste cuando están en prisión y así se fomenta la trasferencia del personal asistencial desde la administración penitenciaria a la administración sanitaria.

Otra estrategia de asistencia a los presos é la actuación de equipos asistenciales especializados, una vez que ya trabajan con colectivos de exclusión y con cuadros complejos en la comunidad y esos deberían actuar en el medio penitenciario (Arroyo-Cobo, 2011).

En caso brasileño donde hay una política de salud específica (Portaria Interministerial n°. 1, 2014), que determina el deber de la asistencia especializada en el medio penitenciario, aunque todavía no lo hay en todas las unidades penitenciarias, como en Sergipe, tal vez tenga demostrado pequeño porcentaje de recibimiento de la asistencia, apuntada por los presos entrevistados.

Restó demostrado, en este estudio, que la mayoría de los presos (74,4%) tenía necesidad de medicamentos todavía solo 31,5 % tengan relatado que los recibieran y solamente 18,5% confirmarían que la medicación había sido ofrecida en el plazo y en cantidad recomendada. (Figura 2).



Otros indicadores identificados en esta encuesta hacen creer que el ambiente penitenciario no se encuentra, hasta hoy, en adecuación, en la percepción de la mayoría de los presos, sobre la circulación de aire (59,2%) e iluminación del local de baño (58,1%). (Figuras 3 y 4).

FIGURA 3.
Evaluación de la circulación de aire en las celdas por los presos de la unidad penitenciaria COPEMCAN –Sergipe-Brasil-. Agosto a diciembre de 2013.

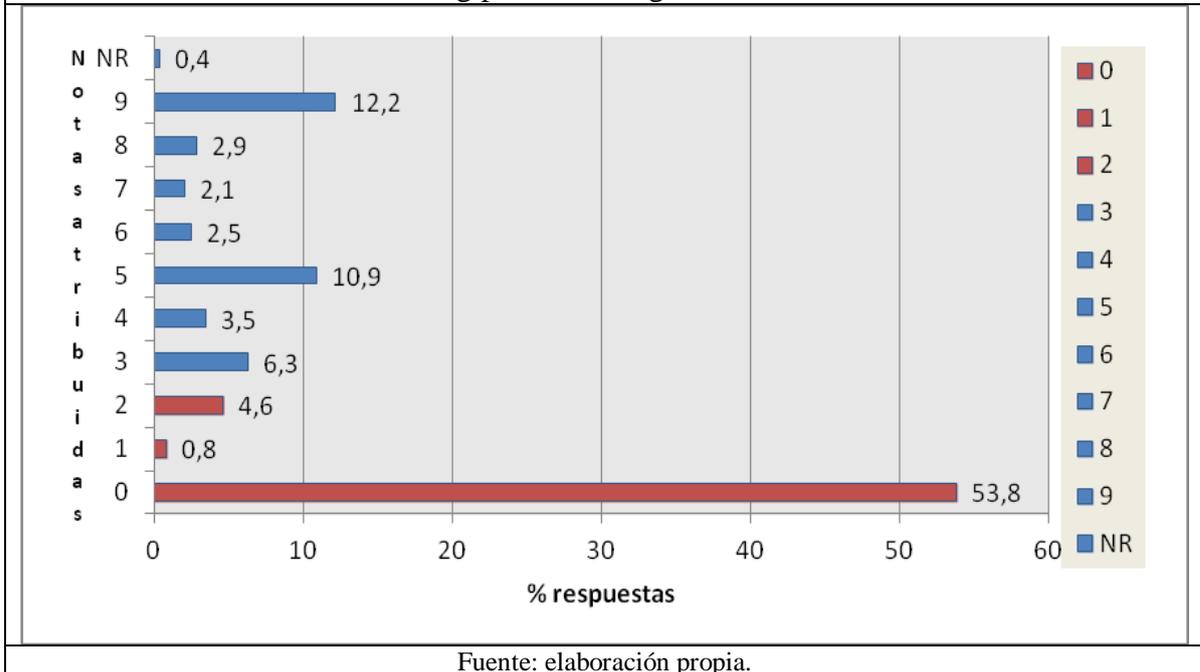
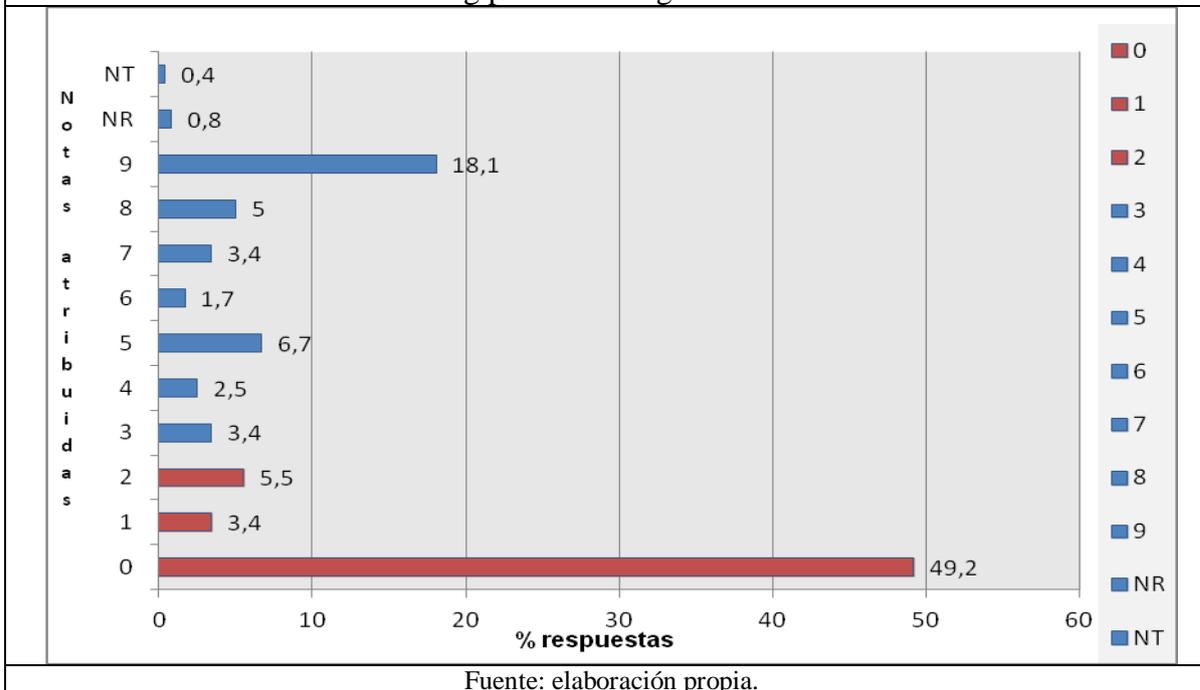


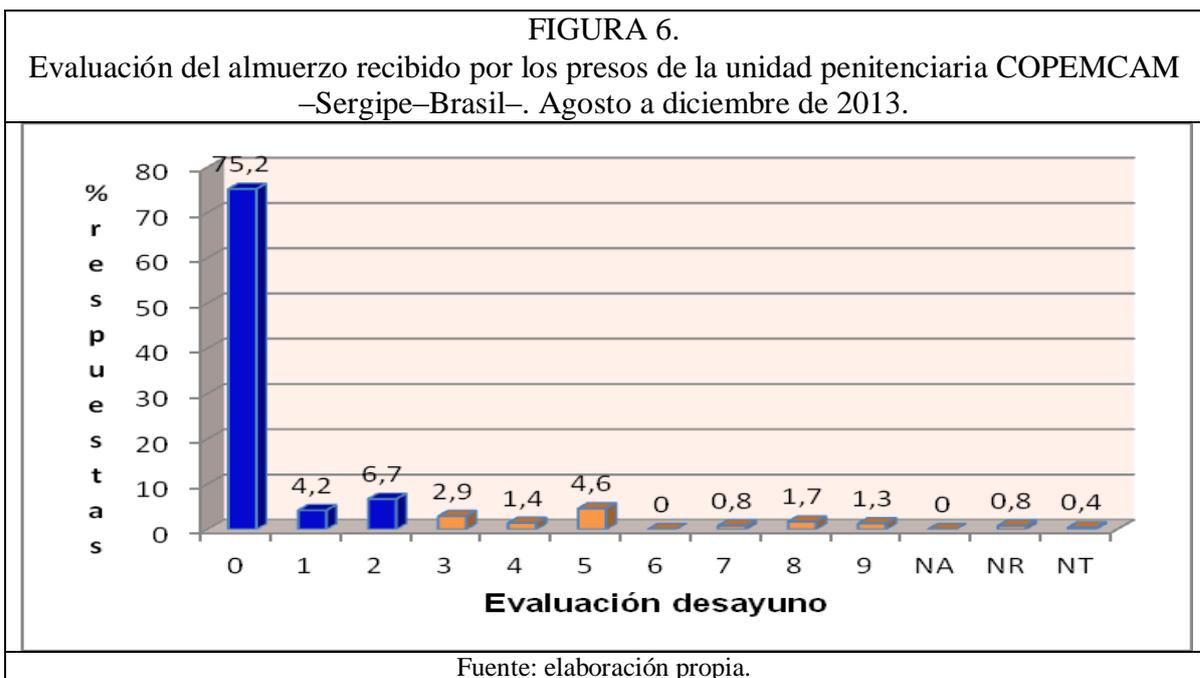
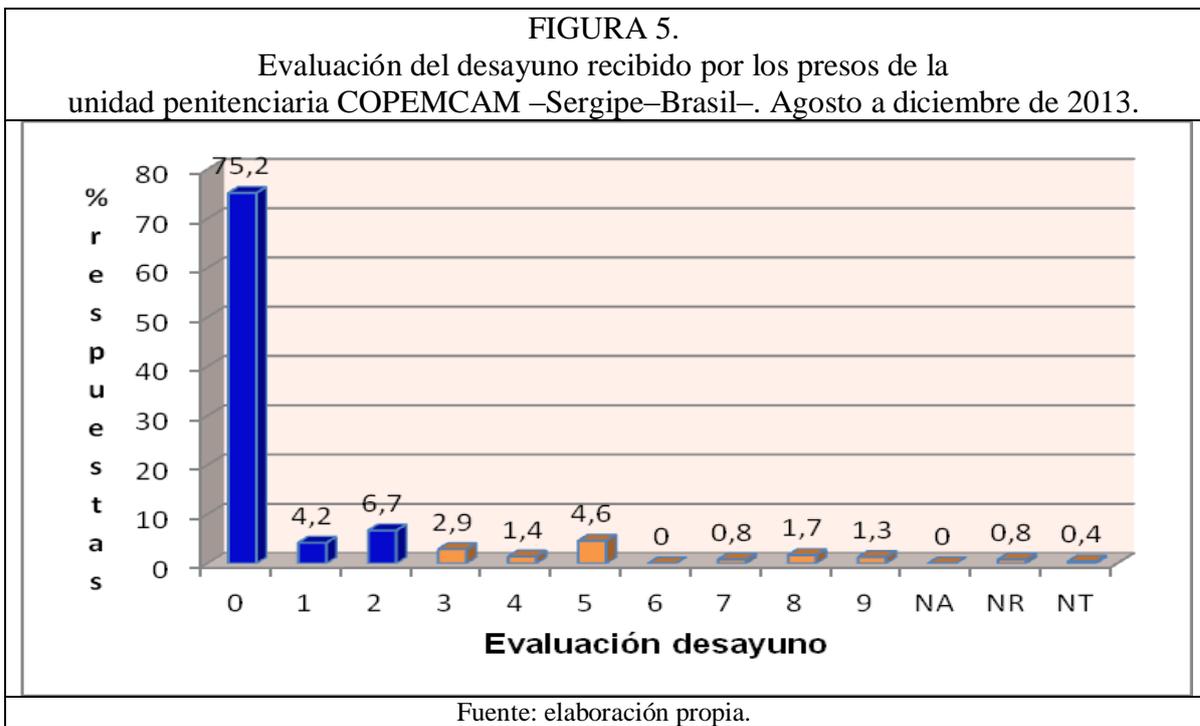
FIGURA 4.
Evaluación de la iluminación del local de baño por los presos de la unidad penitenciaria COPEMCAN –Sergipe-Brasil-. Agosto a diciembre de 2013.

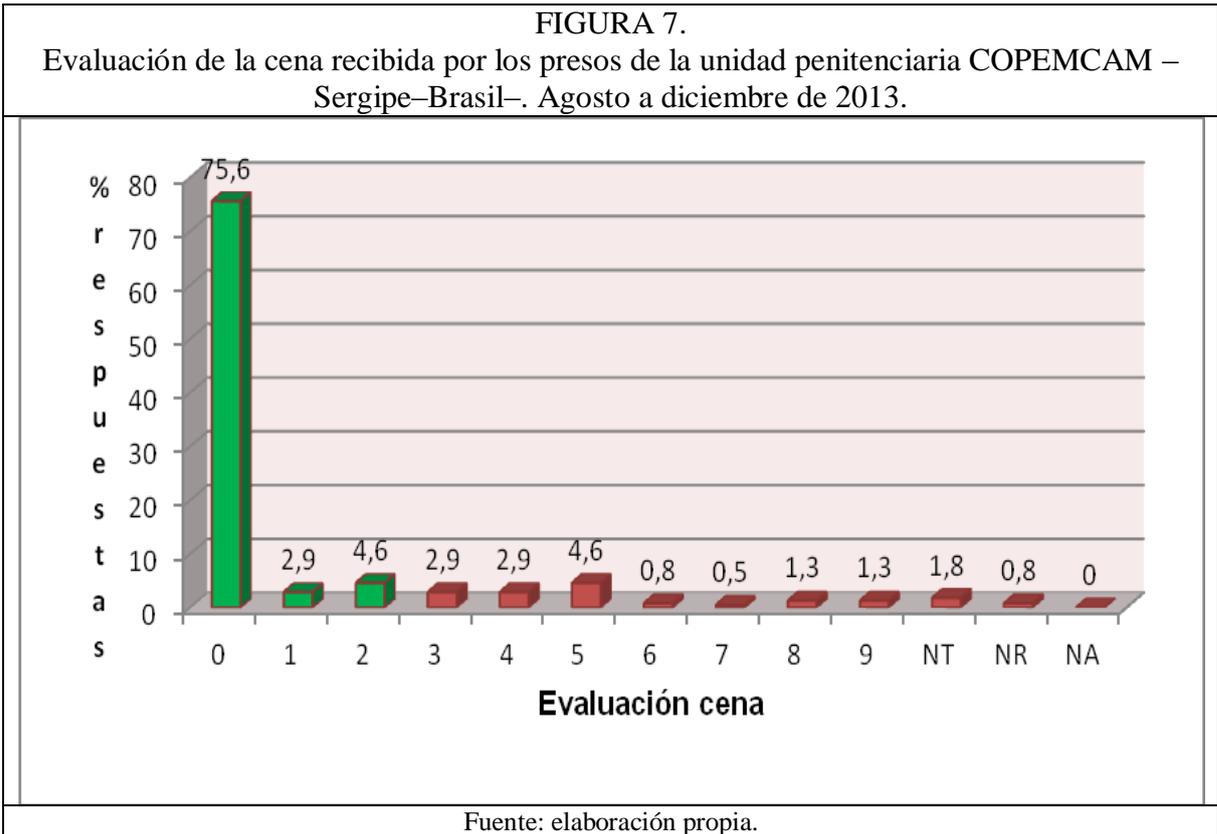


Son por supuesto indicadores que tal vez debería haber mayor cuidado con el ambiente de la unidad penitenciaria, ya que ese podría tener fuerte

impacto en el desarrollo de enfermedades en los presos, como también su transmisión a agentes penitenciarios y por consiguiente a población en general.

La mayoría de los presos entrevistados presentaran notas debajo de 3, en una escala comprendida de 0 hasta 9 para la alimentación fornecida en la unidad penitenciaria con relación al desayuno (86,1%), almuerzo (85,7%) y cena (83,1%). (Figuras 5, 6 y 7).





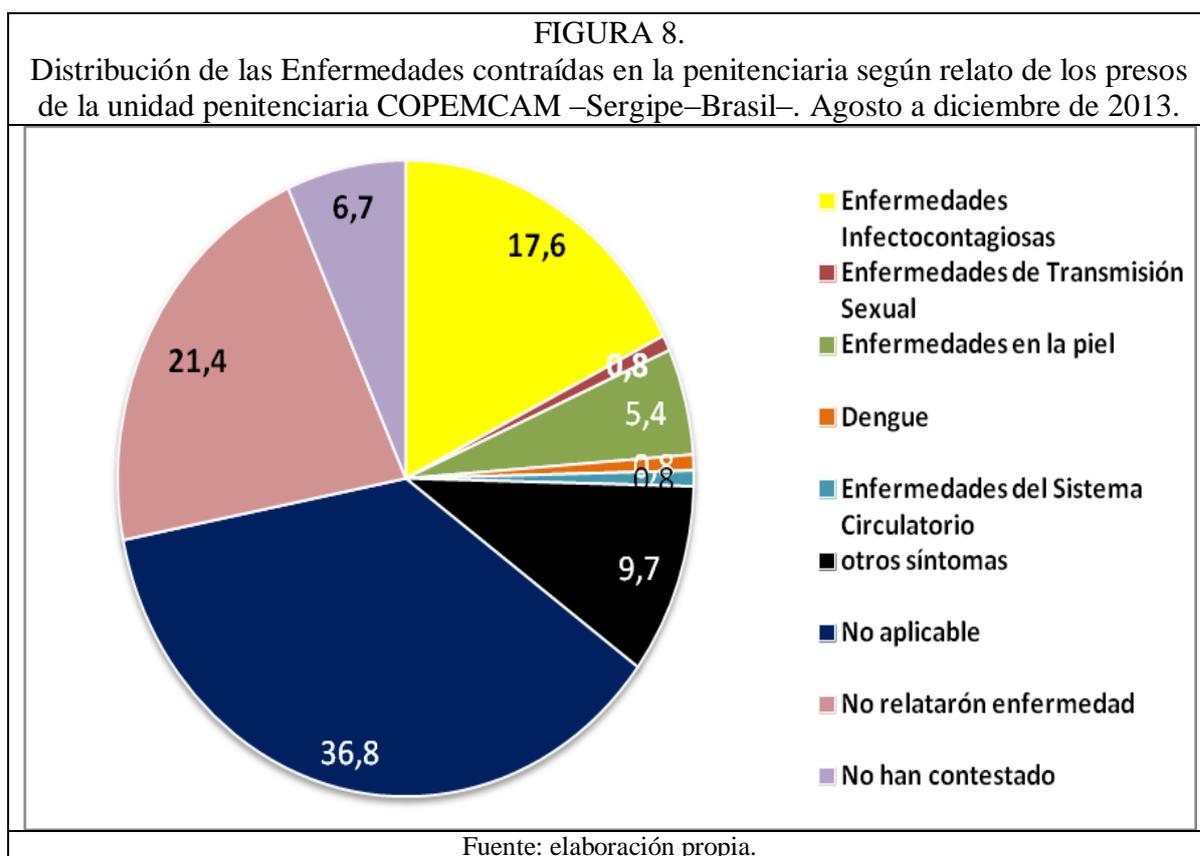
El presente estudio ha demostrado evaluaciones tan bajas para la comida en la unidad penitenciaria investigada, siendo que este facto podría afectar el apareamiento de las enfermedades apuntadas. Gois, Santos Junior, Silveira y Gaudencio (2012) en revisión crítica ya habían abordado que el ambiente penitenciario con condiciones malas de higiene e alimentación junto a las condiciones de confinamiento pode favorecer o apareamiento de enfermedades como la tuberculosis, la SIDA y la Hepatitis C.

Los presos relataran haber contraído, cuando de la primera admisión en lo establecimiento penitenciario, algunas enfermedades incluso las infectocontagiosas (17,6%) apuntadas como gripe, por virus, problemas en pulmón, tuberculosis, sospecha de tuberculosis, bacteria y tos; enfermedades de transmisión sexual (0,8%) citadas como gonorrea y sífilis; bien como las enfermedades en la piel (5,4%) que fueran presentadas como tiña, picazón, enfermedades da piel, incluso dengue (0,8%). También fueran relatadas por los presos enfermedades del sistema circulatorio (0,8 %) apuntadas como cardiaco y presión alta, incluso otros síntomas (9,7%) con relatos de dolores en la cabeza e en el cuerpo, fiebre, diarrea, etc. (Figura 8).

El gran porcentual de los presos que relataron no ser aplicable la cuestión de haber contraído enfermedades en la unidad penitenciaria investigada, por supuesto se debe al facto de no tener oportunidad de ser atendido por los

servicios médicos y así, tal vez no han sido diagnosticados. Llama la atención la cantidad de presos que también no han contestado a esa cuestión. (Figura 8).

Christoff (2007) ha apuntado la necesidad de control de las enfermedades infecciosas en el medio penitenciario y que debería ser reforzado el diagnóstico precoces y prevención de estas. Pero que ha encontrado en aquella unidad penitenciaria en Rio Grande do Sul, objeto de su investigación, apenas recibían asistencia médica específica los que se ya se encontraban en estigios más graves de la SIDA y Tuberculosis. Quizás también haga esta relación en otras unidades penitenciarias.



Eses cuadros reales que se parecen en el Sistema Penitenciario Brasileño traen a muestra la necesidad de intensificar el proceso de promoción de la salud e implementación efectiva de una política de salud que ya está propuesta pero parece carecer de equipos formadas y preparadas para actuar en el medio penitenciario para que esos puedan tener la debida atención a salud desde la promoción de la salud hasta la asistencia a casos de mayor gravedad.

El facto del porcentual mínimo de la asistencia a los servicios de salud, relatado en la unidad penitenciaria investigada, COPEMCAN, sugiere la hipótesis del no cumplimiento de la legislación de salud en el sistema

penitenciario. Vale registrar la necesidad de ampliar la dita asistencia en salud incluso la presencia de los profesionales de los equipos y principalmente las acciones de promoción y protección a la salud como el cuidado con el ambiente, alimentación e higiene. Sin embargo esas acciones podrán contribuir para que algunas enfermedades, que suelen presentar en esta unidad penitenciaria, mediante relato de los presos, puedan ser prevenidas y controladas.

5. CONSIDERACIONES FINALES.

Las políticas públicas de atención a la salud en las cárceles están disponibles en la ley y deberían ser aplicadas en la unidad penitenciaria investigada con cumplimiento de la legislación, en su totalidad, para el sistema penitenciario, incluso para los profesionales que trabajan en la asistencia en salud.

El bajo índice de acceso a los servicios de salud en lo sistema penitenciario delante el relato de la mayoría en tener necesidad de salud parece apuntar para el no cumplimiento de los marcos legales brasileños, tratados y directrices internacionales, para garantizar a la atención en salud de los presos.

Las cuestiones de salud y derecho precisan ser tratadas de forma transversal y con observancia del respecto a la dignidad de la población carcelaria no solo por la fuerte presión internacional por la observación de los derechos humanos, incluso en el sistema penitenciario, pero también por la concepción de que el presos y los que trabajan en la asistencia a la salud en las cárceles son portadores de derechos y garantías constitucionales.

6. REFERENCIAS.

Arroyo-Cobo, J. M. (2011 Feb). Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 13(3), 100-111. Recuperado el 09 de enero de 2015:

<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202011000300005&lng=es>.

<<http://dx.doi.org/10.4321/S1575-06202011000300005>>.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). Recuperado el 08 de enero de 2015: <<http://www.oas.org/es/cidh/>>.

Comissão Justiça e Paz. Recuperado el 08 de enero de 2015:
<<http://www.arquidiocesedeportovelho.com.br/pastorais.php>>.

Conselho Nacional de Justiça. CNJ. Portal do CNJ (2014). Novo Diagnóstico de Pessoas Presas no Brasil. Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas-DMF. Recuperado el 16 de diciembre de 2014:
<http://www.cnj.jus.br/images/imprensa/diagnostico_de_pessoas_presas_correc ao.pdf>.

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (1988). Centro Gráfico do Senado Federal: Brasília, Brasil. Recuperado el 08 de enero de 2015:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>.

Corte Interamericana de Derechos Humanos.(CtIDH) (2015). Recuperado el 08 de enero de 2015: <<http://www.corteidh.or.cr/index.php/es>>.

Christoff, M. U. (2007). *Saúde e Cárcere: micro-unidades penitenciárias de atendimento hospitalar, no Rio Grande do Sul*. Tesis Doctoral. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Departamento Penitenciário Nacional - DEPEN - 2012, Brasil. Ministério da Justiça. Recuperado en 16 de diciembre de 2014, de: <http://portal.mj.gov.br/>.

Gois, S. M.; Santos Junior, H. P. O.; Silveira, M. F. A.; Gaudencio, M. M. P. (2012). Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. *Ciência & Saúde Coletiva*,17(5), 1235-1246. ISSN 1413-8123.

Grosfoguel, R. (2007). La Descolonización de la economía política y los estudios poscoloniales: transmodernidad, pensamiento fronterizo y colonialidad global. CELA, *Centro de Estudios Latinoamericanos Justo Arosemena*, 53-74. Recuperado el 08 de enero de 2015:
<<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Panama/cela/20120718102251/descoloniz acion.pdf>>.

Hernández-Fernández, T. y Arroyo-Cobo, J. M. (2010). Resultados de la experiencia española: una aproximación global al VIH y al VHC en prisiones. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 12(3), 86-90. ISSN 1575-0620.

Informações Penitenciárias –INFOPEN- Ministério da Justiça (Jun/2012). Recuperado el 07 de enero de 2015: <<http://portal.mj.gov.br/>>.

Julião, E. F. (2012). *Sistema penitenciário brasileiro: política de execução penal*. Elinaldo Fernandes Julião–Petrópolis, RJ: De Petruser Alii; Rio de Janeiro: Faperj.

Justiça Global (2014). Recuperado el 08 de enero de 2015: <<http://global.org.br/sobre/>>.

Lei nº. 7.210. Lei de Execução Penal. Publicada no Diário Oficial da União de 13 de julho de 1984, Poder Executivo, Brasília, Brasil.

Lei nº. 8.080. Brasília, Brasil, 19 de setembro de 1990. Publicada no Diário Oficial de União em- Seção 1 - 20/9/1990, Página 18055.

Marques, V. T.; Fonseca, V.; Nogueira Junior, G. R.; Oliveira, S. R. M.; Novaes, J. L.; Oliveira, L. E.; Leite, T. H. O.; Amaral, D. L.; Faro, G. N. (2014). *Perfil dos presos no Estado de Sergipe e Identificação de Políticas Públicas para Egressos. Pesquisa em políticas públicas no estado de Sergipe*. São Cristóvão: Editora UFS, 1, 323-344.

Monsalve, M. H. (2011). Rehabilitación psicosocial: perspectiva actual y directrices en la Reforma Psiquiátrica. *Estudos de Psicologia. (Natal)*, 16 (3), 295-303. Recuperado el 13 de enero de 2015: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2011000300013&lng=en&nrm=iso>.

Observatório Nacional do Sistema Prisional (ONASP). Recuperado el 08 de enero de 2015: <<https://www.ufmg.br/ead/onasp/index.html>>.

Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) (2004). Brasília, Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Recuperado el 08 de enero de 2015: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pdf>.

Portaria Interministerial nº. 1.777/2003, de 09 de setembro. Ministério da Saúde (BR); Ministério da Justiça (BR). Publicada no Diário Oficial da União em Seção I, pp. 39.

Portaria Interministerial nº. 1/2014, de 02 de janeiro. Brasília, Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Publicada no Diário Oficial da União em Seção I, p. 18.

Portaria nº 1.658/2011, Ministério da Saúde de 20 de Julio. Publicada no Diário Oficial da União em Seção I, p. 81.

Rcuri, D. (2010). Plan estratégico de salud en cárceles federales de Argentina. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 12(2), 21-26. ISSN 1575-0620.

Rubio, D. S. (2007). *Contra una Cultura Anestesiada de Derechos Humanos*. Facultad de Derecho de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. 181. ISBN 970-705-060-8.

Secretaria de Estado da Justiça e de Defesa do Consumidor – SEJUC. Recuperado el 08 de enero de 2015: <<http://www.sejuc.se.gov.br/sejuc/noticias.php?page=9&>>

Secretaria de Segurança Pública – SSP. Recuperado el 08 de enero de 2015: <www.ssp.se.gov.br>.

Souza, K. M. J.; Villa, T. C. S.; Assolini, F. E. P.; Beraldo, A. A.; França, U. M.; Protti, S. T.; Palha, P. F. (2012). Atraso no diagnóstico da tuberculose em sistema prisional: a experiência do doente apenado. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 21(1), 17-25.

World Health Organization (WHO). Guia sobre gênero HIV, AIDS, coinfeções no sistema prisional UNODC. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes. 2012. Recuperado el 08 de enero de 2015: <http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/Topics_aids/Publicacoes/GUIA_SOBRE_GENERO_HIV_em_prisoas_2012.pdf>.

World Health Organization. Prisons and Health. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen: Organization Regional Office for Europe (2014). Recuperado el 08 de enero de 2015: <<http://www.euro.who.int/pubrequest>>.