



Andréa Matias Alves

Análise das demandas por assistência secundária e terciária à saúde de gays, transexuais e travestis privados(as) de liberdade em um complexo prisional de Minas Gerais, Brasil

Belo Horizonte
2017

Andréa Matias Alves

Análise das demandas por assistência secundária e terciária à saúde de gays, transexuais e travestis privados(as) de liberdade em um complexo prisional de Minas Gerais, Brasil

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Direito Sanitário.

Orientador: Prof. Luís Paulo Souza e Souza

Andréa Matias Alves

Análise das demandas por assistência secundária e terciária à saúde de gays, transexuais e travestis privados(as) de liberdade em um complexo prisional de Minas Gerais, Brasil

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Direito Sanitário.

Banca Examinadora

Orientador: Prof. Luís Paulo Souza e Souza

Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais - ESPMG

Rosemary Gabriel

Defensoria Pública de Minas Gerais - DPMG

Vilene Eulálio Magalhães

Secretaria de Estado de Defesa Social de Minas Gerais – SEDESMG

Marconi Moura Fernandes

Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – EE/UFMG

Belo Horizonte, 16 de novembro de 2017

AGRADECIMENTOS

A **Deus** por esta oportunidade, por todas as bênçãos recebidas e pelo privilégio de conviver com tantas pessoas que contribuíram para a minha formação como Especialista em Direito Sanitário.

Aos **Defensores Dra. Maria Auxiliadora Viana** com quem tudo começou, à **Dra. Roberta Mesquita** e ao **Dr. Gério Patrocínio**, os quais sempre me apoiaram e incentivaram durante o curso.

Ao meu orientador, **Professor Luís Paulo**, pela sabedoria, experiência, sensibilidade, disponibilidade e generosidade na orientação deste trabalho.

Aos meus **Professores da Especialização**, e a **equipe da ESPMG**, pelo que cada um representou em minha formação.

A **equipe de saúde da unidade prisional pesquisada**.

As amigas e colegas, **Rosemary Gabriel, Eliana Cândida e Luciana Mota**, pelo apoio, pela parceria nos atendimentos aos assistidos e pelas boas conversas e ideias compartilhadas.

A **todas(os) as(os) amigas(os) e companheiras(os) do curso**, pelo convívio e aprendizado.

A todos os **assistidos e seus familiares** que alimentam em mim a força para exercer minha amada profissão, sempre em luta pelos direitos de todos os seres humanos.

A **todos aqueles que**, de maneira direta ou indireta, **contribuíram para a realização deste trabalho**.

*O correr da vida embrulha tudo.
A vida é assim: esquenta e esfria,
aperta e daí afrouxa,
sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem.*

Guimarães Rosa

RESUMO

Objetivo: Este artigo propõe conhecer o estado da arte sobre a relação da espiritualidade e da religiosidade no uso abusivo de álcool e outras drogas. **Materiais e Método:** Revisão integrativa, realizada em setembro de 2016, utilizando as bases BDEF, PePSIC, LILACS e Index Psi. Utilizaram-se os descritores “usuários de drogas”, “abuso de álcool”, “espiritualidade”, “religiosidade” e “fatores de proteção”. Foram incluídos nas buscas os artigos publicados entre 2010 a 2016, em português, disponíveis na íntegra eletronicamente e com acesso gratuito. **Resultados:** Foram selecionados dez artigos. Foi constatado o efeito protetor da espiritualidade e da religiosidade em 80% dos estudos, sendo justificado pelo aspecto preventivo entre os adolescentes; como influenciadoras de hábitos saudáveis entre as gestantes; como fatores importantes na prevenção de recaídas durante o processo de desintoxicação do uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas; ao fazerem parte da rede de apoio nas comunidades religiosas funcionando como incentivo a busca de uma vida saudável. Os demais artigos abordaram grupos de estudantes universitários, não encontrando significância entre a espiritualidade e a religiosidade e o consumo de álcool e outras drogas. **Conclusão:** Constatou-se que, em maior parte dos estudos, a espiritualidade e a religiosidade se apresentaram como fatores protetores diante do uso abusivo de álcool e outras drogas. Tal achado reforça a importância e necessidade de os profissionais refletirem sobre estas práticas, incorporando-as na promoção de intervenções preventivas e voltadas para o cuidado, com vistas à reduzir o consumo de álcool e outras drogas entre os usuários.

Palavras-chave: Minorias Sexuais; Pessoas LGBT; Saúde Prisional; Direito à Saúde; Políticas de Saúde.

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figura 1 - Algumas situações-chave que contribuíram para a construção da Política Nacional de Saúde Integral de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais de 1988 a 2016	14
Gráfico 1 – Relação das especialidades e solicitações pelos(as) gays, transexuais e travestis privados(as) de liberdade do complexo prisional em estudo, setembro de 2014 a março de 2017. Minas Gerais, 2017	28

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descrição das especificidades clínicas para atendimento, data da solicitação do agendamento e situação do caso entre setembro de 2014 e março de 2017 na Ala LGBT do Complexo Prisional em estudo. Minas Gerais, 2017	23
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIN	Comissão Intergestores Bipartite
CNCD/LGBT	Conselho Nacional de Combate à Discriminação de Lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis
CNPCP	Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária
CODS	Coordenadoria Especial de Políticas de Diversidade Sexual de Minas Gerais
LGBT	Lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis
MPMG	Ministério Público do Estado de Minas Gerais
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAB	Piso da Atenção Básica
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNSILGBT	Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
PNSSP	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SEDESE	Secretaria de Estadual de Desenvolvimento Social
SUAPI	Subsecretaria de Administração Prisional
SUS	Sistema Único de Saúde
UBSp	Unidades básicas de saúde prisional

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
2	POLÍTICAS SOCIAIS DE SAÚDE ESPECÍFICAS PARA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE E POPULAÇÃO LGBT EM MESMA SITUAÇÃO	12
3	METODOLOGIA	17
4	RESULTADOS E DICUSSÃO	19
4.1	Histórico e criação da primeira ala prisional destinada a lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis em Minas Gerais	19
4.2	Demandas em saúde dos gays, transexuais e travestis privados(as) de liberdade da Ala LGBT	22
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
	REFERÊNCIAS	36

1 INTRODUÇÃO

Os complexos prisionais brasileiros, de forma geral, são caracterizados por insalubridade, superpopulação, confinamento permanente e falta de investimentos governamentais. Os fatores estruturais aliados a aspectos como má-alimentação, condições precárias de saneamento, uso de álcool e drogas, dentre outros, refletem-se nas condições de saúde de homens e mulheres privados(as) de liberdade. Desta forma, problemas de saúde física e mental já existentes são agravados e novos encontram ambiente propício para surgir (ASSIS, 2007; GÓIS *et al.*, 2012).

Sobre os direitos das pessoas privadas de liberdade, estes estão previstos em vários documentos internacionais e nas constituições modernas. No contexto internacional, a Organização das Nações Unidas (ONU) criou a Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948; as Regras Mínimas para Tratamento de Prisioneiros, em 1955; e o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, em 1996 (ONU, 1948; 1955;1996). No cenário brasileiro, citam-se o Código Penal Brasileiro, o qual aponta que a população privada de liberdade conserva todos os direitos não atingidos pela perda da liberdade, impondo-se a todas as autoridades o respeito à sua integridade física e moral. Entre estes se encontra o direito à vida, que corresponde à obrigação da administração quanto à assistência material, à assistência à saúde e à assistência jurídica e religiosa.

Destaca-se, portanto, o direito à saúde, promulgado pelo Código, reforçando o dever do Estado em mantê-lo.

Dentro da população privada de liberdade, destaca-se o grupo populacional das lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis (LGBT ou LGBTT), uma vez que se apresentam como mais vulneráveis à perda deste direito à saúde nos espaços prisionais. Esta população sofre severa penalização social, que é o preconceito em relação à orientação sexual, impondo a visão de que a sexualidade “normal” e “natural” é limitada às relações sexuais entre homens e mulheres cissexuais, ou seja, homens e mulheres em que se configura uma concordância entre a identidade de gênero com o gênero associado ao seu sexo biológico e/ou designação social. Neste cenário, institui-se o modelo heteronormativo como hegemônico (JUNIOR; BREGALDA; SILVA, 2015).

E quando as pessoas cometem algum crime e são privadas de liberdade, elas sofrem, então, a penalização no âmbito jurídico, levando consigo o estigma permanente de criminoso(a) (GUEDES; OLIVEIRA, GONÇALVES OLIVEIRA, 2015). Ter cometido um

crime, por si só, é algo que produz sérios efeitos nas relações interpessoais, pois parece afetar e comprometer o *status* de “humano” e aqueles que habitam os presídios são sistematicamente vistos como menos humanos (SANTANA; VOLPATO, 2015). Deste modo, as pessoas LGBT padecerão de uma dupla exclusão: serem LGBT e serem presidiários(as). Se nas ruas o preconceito, as violências e a homofobia já são fatores de difícil enfrentamento, no cárcere esta luta é praticamente inglória, pois além dos detentos heterossexuais, o preconceito é desenvolvido também por quem tem o dever de proteger a saúde física e mental dos(as) apenados(as).

Em relação aos descasos vivenciados por esta população nos espaços prisionais, destaca-se o relacionado à assistência sanitária, impondo riscos no direito à saúde (KOLLING; SILVA; PIRES DE SÁ, 2013; SILVA *et al.*, 2017).

Sobral Silva (2005) pontua que compõem a população vulnerável nas prisões brasileiras as gestantes, lactantes, crianças, idosos e população autodeclarada LGBT, possuindo demandas por cuidados e atenção em prol da manutenção de sua saúde.

A história da população LGBT é marcada pelo preconceito que estas pessoas sofrem em todas as classes sociais e em todos os espaços urbanos, tais como trabalho, escola, igreja, comércio, áreas de lazer e outros. Caracterizando a população deste estudo, que serão as pessoas com sexo biológico masculino, faz-se necessária a definição de alguns termos envolvendo identidade de gênero e orientação sexual destas pessoas. Como “travestis”, consideram-se aquelas pessoas que foram assignadas como nascidas do sexo masculino e que constroem o que consideram feminino em seus corpos (BARBOSA, 2010). Como “transexuais”, entende-se aquelas pessoas que não experimentam concordância entre o sexo biológico e a identidade de gênero, segundo a norma macho-masculino e fêmea-feminina, buscando dessa forma modificações no nome, na expressão corporal e na anatomia, escolhendo fazer cirurgia ou não. Torna-se importante reforçar que ao se referir as transexuais, entra-se na questão de identidade de gênero. Desta forma, um transexual, seja masculino ou feminino, pode ser homossexual, heterossexual ou bissexual (termos que designam a sua orientação sexual). Por sua vez, “gays” são as pessoas que entendem seu corpo como adequado e desejam sexualmente pessoas do mesmo sexo, ou seja, são homens de orientação sexual homossexual ou, ainda, homens que se relacionam sexual ou afetivo-sexualmente com outros homens (CARVALHO; ANDRADE; MENEZES, 2009; JUNIOR; BREGALDA; SILVA, 2015).

Debater a garantia do direito à saúde no Brasil tem tornado sinônimo da luta pela solidificação dos direitos humanos, haja vista sua dignidade e competência cidadã. Destaca-

se, ainda, o caso das pessoas privadas de liberdade, percebidas por uma parcela da sociedade como "não cidadãos", indivíduos que perdem seus direitos diante da entrada no mundo do crime. E, mais especificamente e alarmante, os LGBT, os quais são vistos por muitos como não portadores de direitos humanos e sociais, os quais não devem ser assistidos pelos serviços de saúde (STURZA; SCHIMITT, 2008; PINHEIRO *et al.*, 2015).

Face ao exposto, é importante refletir sobre o fato de que as pessoas privadas de liberdade, independentemente do que as levou a essa condição e independente dos padrões ou práticas que adotam em relação à prática sexual e à identidade de gênero, mantêm-se o direito de gozar dos mais elevados padrões de assistência à saúde. Afinal, apesar de estarem privadas de liberdade, preservam os demais direitos humanos inerentes à sua cidadania (SOUZA; PASSOS, 2008; SILVA, 2016). O documento "Princípios Básicos para o Tratamento de Prisioneiros" da ONU enfatiza claramente que quando um Estado tira o direito das pessoas à liberdade, ele assume a responsabilidade de cuidar de sua saúde, tanto em relação às condições do ambiente da instituição quanto aos tratamentos que podem ser necessários (ONU, 1955).

E, no contexto brasileiro, reforça-se que devem ser consideradas as diretrizes de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) e as políticas públicas de saúde relacionadas a essa população.

Este estudo objetivou conhecer acerca das demandas por assistência à saúde de pessoas LGBT em privação de liberdade fora do complexo prisional, ou seja, na atenção secundária e terciária. Além disso, objetivou trazer um panorama sobre políticas sociais de saúde específicas para população privada de liberdade, destacando a população LGBT em mesma situação.

2 POLÍTICAS SOCIAIS DE SAÚDE ESPECÍFICAS PARA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE E POPULAÇÃO LGBT EM MESMA SITUAÇÃO

As condições precárias do sistema de saúde prisional afetam de maneira forte os grupos em situação de vulnerabilidade. Em 2014, no Brasil, menos da metade (49%) dos presídios possuíam consultórios médicos, o mesmo se repetiu para os consultórios odontológicos (43%). Além disso, havia uma quantidade de profissionais de saúde insuficiente, sendo que para cada médico, havia 929 detentos e para cada enfermeiro, 505 (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2014).

Sobre as unidades prisionais que apresentavam serviços com foco na população LGBT, em 2014, dos 1.420 presídios no Brasil, 5% (73) apresentava cela específica para esta população, 1% (10) apresentava ala específica (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2014).

Assim, há tempos, a precariedade da situação da saúde de pessoas encarceradas é tema de debates nos meios acadêmicos e nos espaços de formulação e gerenciamento das políticas públicas. Nos últimos anos, o Brasil desenvolveu políticas sociais de saúde específicas para esse público, podendo citar a Lei de Execução Penal (LEP), de 1984, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), de 2004 e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), de 2014 (BRASIL, 1984; BRASIL, 2004; BRASIL, 2014b). A LEP prevê que a assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico, a toda a população prisional (provisória ou apenada) (BRASIL, 1984). Nesta Lei, as nomenclaturas para a população prisional eram “preso” e “condenado”, remetendo a uma ideia reducionista do sujeito, uma vez que fica restrito ao ato criminoso cometido, sendo-lhe negados os outros elementos identitários que o constituem.

Entre a LEP e o PNSSP, houve dois marcos legais inestimáveis para a garantia do direito à saúde para as pessoas privadas de liberdade: a Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988 (BRASIL, 1988), e a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que institui o SUS (BRASIL, 1990). Ao longo dessas últimas décadas, houve uma mudança na sensibilidade governamental em relação às pessoas privadas de liberdade, a ponto de se realizar essas e outras normativas no sentido de assegurar o direito à saúde dessa parcela da população brasileira.

O PNSSP, por sua vez, veio legitimar a garantia do acesso à saúde para as pessoas encarceradas, de acordo com o princípio de universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS), ampliando as diretrizes de saúde no sistema penitenciário descritas anteriormente na LEP (LERMEN *et al.*, 2015). Além disso, houve mudança nos termos para identificação da população penitenciária: “pessoas privadas de liberdade”, “população confinada nas unidades prisionais”, mantendo-se, ainda, o termo “preso” (BRASIL, 2004). A PNSSP incluiu em suas diretrizes o respeito ao que determina a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT e o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT. Em maio de 2009, o Governo Federal lançou o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT, composto por 51 diretrizes, que devem ser transformadas em políticas de Estado (BRASIL, 2009).

O Ministério da Saúde, considerando a orientação sexual e a identidade de gênero como determinantes sociais da saúde e as desfavoráveis condições de saúde da população LGBT; e visando a redução das iniquidades e desigualdades em saúde neste grupo populacional, elaborou a Política Nacional de Saúde Integral de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT). A PNSILGBT apresenta esforços das três esferas de governo e da sociedade civil organizada na promoção da saúde, na atenção e no cuidado em saúde, priorizando a redução das desigualdades por orientação sexual e identidade de gênero, assim como o combate à homofobia, lesbofobia e transfobia, e a discriminação nas instituições e serviços do Sistema Único de Saúde. Suas diretrizes e seus objetivos estão, portanto, voltados para a promoção da equidade em saúde. Além disso, é uma política transversal, com gestão e execução compartilhadas entre as três esferas de governo, que deverá atuar articulada às demais políticas do Ministério da Saúde. Aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, em novembro de 2009, a PNSILGBT teve seu Plano Operativo pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em novembro de 2011 e foi publicada por meio da Portaria nº 2.836, de 01 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011).

O acesso aos serviços de saúde e à saúde integral das pessoas LGBT está relacionado a fatores que podem ser localizados nas dimensões individual, social e programática, que aumentam ou diminuem a vulnerabilidade ao adoecimento delas. A implementação da PNSILGBT traz ações para que este grupo populacional possa transitar nas dependências do SUS, para que trate de sua saúde em espaços que outrora era impensável encontrar. Com o intuito de sintetizar a sequência histórica dos principais momentos que contribuíram para a construção da PNSILGBT, apresenta-se a ilustração elaborada por Popadiuk, Oliveira e Signorelli (2017), esquematizada numa linha do tempo (Figura 1).

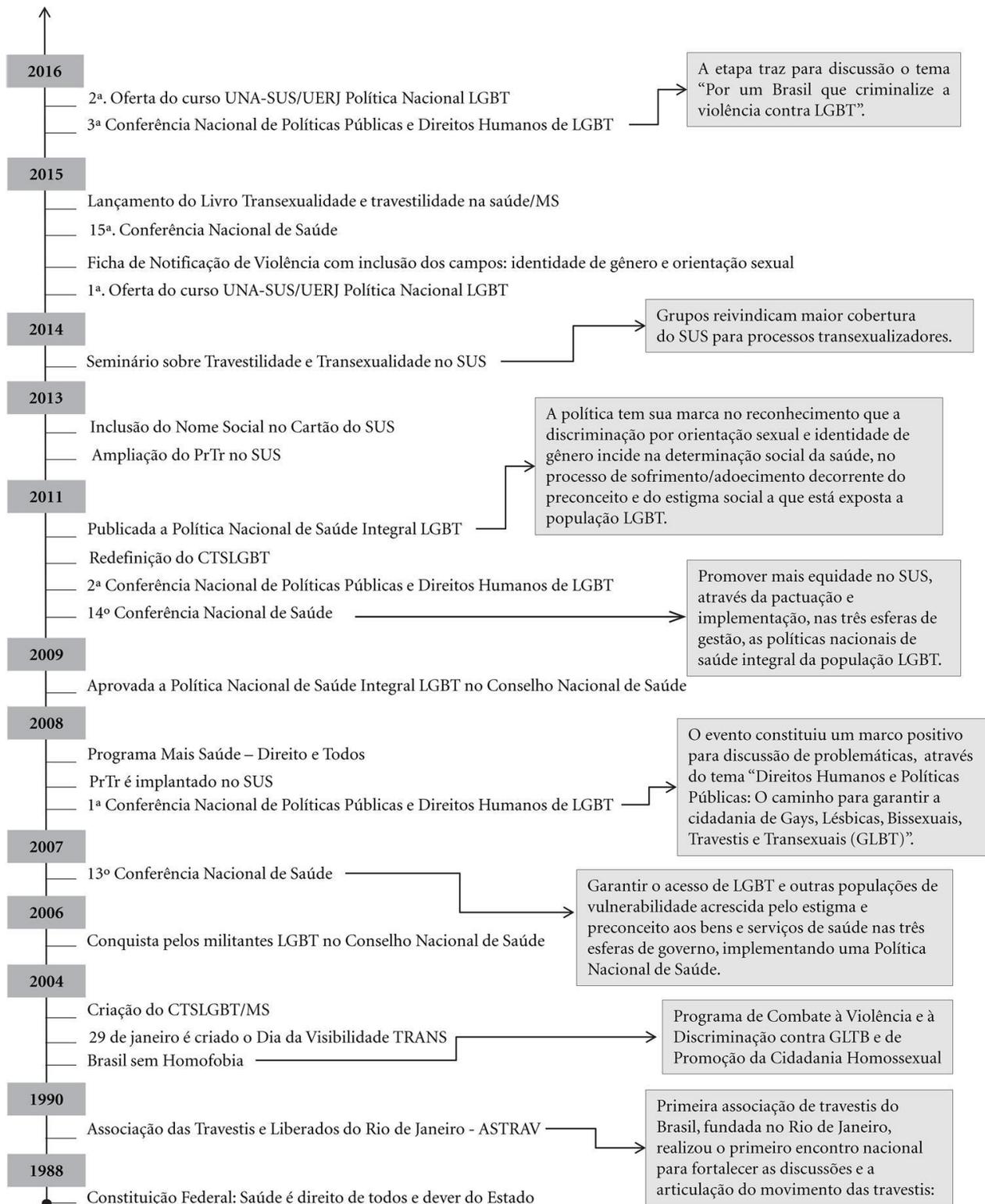


Figura 1 - Algumas situações-chave que contribuíram para a construção da Política Nacional de Saúde Integral de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais de 1988 a 2016.

Fonte: Popadiuk, Oliveira e Signorelli (2017, p.1514).

Como marco mais recente, tem-se a PNAISP, a qual visa garantir o acesso integral ao SUS da população privada de liberdade, através da qualificação e da humanização da atenção à saúde no sistema prisional, com ações conjuntas nas áreas da saúde e da justiça, nas esferas federal, estaduais e municipais (BRASIL, 2014b). Nesta Política, o foco é ampliado, tendo como público-alvo todas as pessoas que se encontrem sob custódia do Estado, em regime fechado, semiaberto, aberto ou cumprindo medida de segurança na modalidade de tratamento ambulatorial. A partir desta Política, foi impulsionada a criação da Resolução nº 01, de 10 de fevereiro de 2014, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, e da Resolução CNCD/LGBT já citada anteriormente (BRASIL, 2014a; 2014c).

A PNAISP prevê que os serviços de saúde no sistema prisional passem a ser ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, qualificando também a Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito prisional como porta de entrada do sistema e ordenadora das ações e serviços de saúde pela rede. É importante destacar que quando o estabelecimento prisional não estiver preparado para prover a assistência necessária, esta deverá ser prestada em outro local, sendo necessária para isso a autorização da direção do estabelecimento (BRASIL, 2014b). Quando o município não adere à política, é importante reforçar a responsabilidade gestora e sanitária, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, pelo atendimento da população prisional no seu território, em especial nas situações de urgência e emergência, haja vista o recebimento dos recursos, de forma regular e automática, do incentivo para a atenção à saúde no sistema penitenciário, por meio do Piso da Atenção Básica (PAB) Variável, componente da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), conforme Portaria número 204, de janeiro de 2007 (*VI - Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário*), e Portaria número 2488, de outubro de 2011 (BRASIL, 2007b; 2011; 2014).

Contudo, somente em 2014 é que se criou um documento oficial abordando as demandas da população LGBT privada de liberdade. Uma resolução conjunta foi assinada entre o Conselho Nacional de Política Criminal e o Conselho Nacional de Combate à Discriminação – Resolução Conjunta nº 1 de 15 de abril de 2014 - onde reza normas para o acolhimento de presos gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transgêneros em presídios do país. Entre estas normas está a de que aos presos gays e travestis em presídios masculinos deverão ser oferecidos espaços de convivência específicos. A resolução também prevê o direito à visita íntima e a atenção integral à saúde e formação educacional, assim como o auxílio reclusão para o cônjuge do mesmo sexo (BRASIL, 2014).

Um dos desafios impostos à implantação da PNAISP está na adesão facultativa dos municípios, que alegam que o valor de incentivo repassado pela União é irrisório perante a demanda e o volume de procedimentos requeridos pelas unidades prisionais (FREITAS *et al.*, 2015).

As entidades governamentais têm perdido oportunidades singulares de manterem o direito à saúde desta população, adotando postura negligente frente à situação. A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que uma das mais fortes lições aprendidas no fim do século XX é que a saúde pública não pode mais ignorar a saúde da pessoa privada de liberdade. Por isso, existe um crescente reconhecimento de que uma boa atenção à saúde nos sistemas prisionais representa uma boa saúde pública (OMS, 2007). Adotam postura genérica, tratando esta população como “mais um público”, ignorando suas demandas sociais e em saúde.

Qualquer ação voltada à saúde de pessoas LGBT privados(as) de liberdade necessita considerar que não se está lidando com um ser “genérico”, mas com uma população que, mesmo antes de se encontrar no presídio, geralmente vivia em uma situação de exclusão social e econômica. Dentro do sistema prisional, devem-se considerar aspectos da saúde sexual e reprodutiva como direitos sociais, civis e políticos dessas pessoas. O acesso aos serviços de saúde, tanto nas questões de prevenção quanto nas de tratamento, deve ser assegurado, assim como deve, também, assegurar a autonomia dos indivíduos no tocante à vivência da sexualidade, sem discriminação, negligência ou violência.

3 METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal, descritivo e documental, trazendo um panorama da criação da unidade destinada aos(às) detentos(as) gays, lésbicas, travestis, transexuais e transgêneros de um complexo prisional de Minas Gerais, assim como análise das suas demandas em saúde.

O complexo prisional em estudo situa-se na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais. Em 2016, o Estado de Minas Gerais era o segundo do país com mais pessoas privadas de liberdade, totalizando 65.975, sendo 62.561 homens e 3.414 mulheres, distribuídos em 282 unidades prisionais localizadas em 219 municípios (MINAS GERAIS, 2016).

O complexo em estudo, que não será identificado, tendo em vista o anonimato das informações, conforme preconiza os preceitos éticos envolvendo as pesquisas científicas, é formado por três unidades sendo uma destinada somente ao público masculino, uma subdividida ao público masculino e feminino, e uma destinada ao público masculino e ao LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis) privado da liberdade provisoriamente ou em cumprimento de sentença.

É importante reforçar que a Ala pode ser ocupada por lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis, contudo, a população deste estudo serão as pessoas com sexo biológico masculino, pelo fato da ala não apresentar lésbicas. Assim, serão usados no texto somente os termos gay, transexual e travesti, não por uma opção de exclusão da ala, mas por opção de análise deste estudo.

O estado de Minas Gerais foi o primeiro do país a estabelecer as alas exclusivas ao público LGBT. A primeira ala ou unidade para este público, a qual é o local de estudo desta pesquisa, foi construída em 2009, como o objetivo de prevenir abusos, respeitar as diferenças, dando condições melhores de encarceramento, garantindo que este ocorra sem constrangimento ao estilo de vida dessas pessoas. Em 2013, o estado criou mais uma ala em outro complexo prisional também na Região Metropolitana de Belo Horizonte.

Para análise da criação da “Ala LGBT”, foram utilizados documentos oficiais da Subsecretaria de Administração Prisional (SUAPI) do Estado de Minas Gerais, documentos do Governo Federal, documentos do Complexo Prisional em destaque, livros, artigos, assim

como reportagens e outros arquivos disponibilizados por terceiros, todos de acesso livre à comunidade.

Para análise das demandas em saúde, serão utilizados os pedidos de consultas e/ou exames clínicos encaminhados no período entre setembro de 2014 e março de 2016 à Secretaria de Saúde do município onde se situa o complexo prisional. Estes documentos foram acessados em abril de 2016, pela Equipe Psicossocial da Defensoria Pública do Estado de Minas Gerais. Os dados se referem a todos os pedidos protocolados. As variáveis analisadas foram a especialidade solicitada ou o exame solicitado, data do ofício de solicitação, situação do caso (atendido; não atendido) e a situação prisional no período estudado. Reforça-se que não haverá divulgação de nenhum dado dos(as) detentos(as). Os dados foram digitados e tabulados no programa Excel® 2007, através de estatística descritiva, para análise e posteriormente confronto com a literatura vigente.

O acesso às informações de demandas em saúde é livre, desde que não haja identificação dos(as) detentos(as). Assim, este estudo se encontra em conformidade com as normas da Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos. Desta forma, não requer parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (BRASIL, 2012).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para que se conheça acerca das demandas dos(as) LGBT do complexo prisional em destaque, faz-se necessário conhecer um pouco da história da criação da Ala onde estas pessoas estão confinadas.

4.1 Histórico e criação da primeira ala prisional destinada a lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis em Minas Gerais

A iniciativa de criação de uma ala específica para o público LGBT surgiu a partir de esforços do Centro de Referência de gays, lésbicas, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros de Minas Gerais, em parceria com a Coordenadoria Especial de Políticas de Diversidade Sexual de Minas Gerais (CODS), órgãos vinculados à Secretaria de Estadual de Desenvolvimento Social (SEDESE) (GUEDES; OLIVEIRA; GONÇALVES OLIVEIRA, 2015).

Motivados pelos relatos de violência, abusos, torturas físicas e psicológicas que sofriam esses(as) detentos(as), os representantes dos órgãos citados fizeram visitas técnicas na Unidades Prisionais e levantaram a proposta de criação desta ala ou pavilhão, visando prevenir abusos, respeitar as diferenças, preservar a integridade física e psicológica, assegurando ao indivíduo o direito de externar sua orientação sexual livremente dando condições melhores às pessoas detidas provisoriamente ou em cumprimento de sentença, garantindo que este ocorra sem constrangimento ao estilo de vida dessas pessoas. Assim, em 2009, foi criada a primeira Ala destinada às lésbicas, aos gays, bissexuais, transexuais e travestis em Minas Gerais.

A “Ala Rosa” ou “Ala Gay”, como é comumente chamada, foi regulamentada de fato, somente depois com a Resolução conjunta número 1, de 15 de abril 2014, assinada pelo Conselho Nacional de Combate à Discriminação de LGBT (CNCD/LGBT) e pelo Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP). Esta Resolução estabelece tratamento à população LGBT em instituições prisionais; orienta, entre outras coisas, que as pessoas em privação de liberdade devem ter seus registros realizados com seu nome social e a garantia de tratamento hormonal e acompanhamento médico assegurado dentro do presídio. Além disso,

preconiza que eles tenham direito a local de convivência específico, levando em consideração a sua segurança e especial vulnerabilidade, e que o uso de roupas masculinas ou femininas seja facultativo para pessoas transexuais (BRASIL, 2014a).

Para ser inserido nesta Ala, o(a) detento(a) necessita assinar uma declaração afirmando ser LGBT. Esta é uma forma de avaliar que, por mais democrática e correta, gera alguns problemas, uma vez que não há critérios taxativos para definir a homossexualidade, pois não é uma doença que é diagnosticada com exames e laudo médico. Muitas pessoas assinam este termo almejando regalias, ou até mesmo para fugirem de desafetos em sua cela ou pavilhão e, ao chegarem à Ala Rosa, desencadeiam problemas de convivência (GUEDES; OLIVEIRA; GONÇALVES OLIVEIRA, 2015).

Nesses locais, os(a) detentos(as) podem se maquiar, fazer as unhas, manter os cabelos compridos e ser chamados(a) pelos nomes que desejam. A transferência para essas unidades acontece apenas mediante vontade do(a) próprio(a) detento(a). Todos(as) os(as) detentos(as) que estão cumprindo pena nesta área separada participam de atividades internas além de estudarem em uma escola estadual que funciona dentro da própria penitenciária.

A criação desta ala foi pautada na ideia de ressocialização e inclusão. Contudo, ao fazer uma análise mais crítica da criação desta Ala, autores enfatizam que a Ala Rosa poderia ser um reflexo de uma não ressocialização. Talvez a ideia fosse uma tentativa de inclusão, pois se torna difícil ressocializar um grupo que sempre esteve à margem da sociedade, com acesso restrito a emprego, educação, apoio familiar e de amigos, sendo excluído durante toda a sua existência e, duplamente isolado no pior espaço social até hoje criado: o presídio (GUEDES; OLIVEIRA; GONÇALVES OLIVEIRA, 2015).

No fito de estabelecer parâmetros para o acolhimento de pessoas LGBT no cárcere, publicou-se a Resolução Conjunta nº 1, de 15 de abril de 2014, na qual se percebe que há uma significativa preocupação, ao menos teórica, em relação a situação dos detentos do grupo LGBT, com o intuito de modificar o dramático quadro atual vivido por eles no país. Essa Resolução foi assinada pelo Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCC) e pelo Conselho Nacional de Combate à Discriminação CNCD/LGBT, visando à proteção de maneira generalizada desse grupo em cárcere. Pretende-se, com a determinação, assegurar dignidade e proporcionar direitos, essencialmente aos concernentes à intimidade.

O foco político desta questão deveria ser a educação da sociedade contra este e qualquer outro tipo de preconceito, inclusive junto aos trabalhadores do sistema prisional. Esta ala pode até proteger as pessoas de situações de violências, mas pode não resolver o preconceito, ao contrário, a ideia se desdobrou e deu margem para argumentos que excluem a

comunidade LGBT de qualquer espaço de convivência com outros detentos (BENFICA; ALMEIDA, 2015).

Pode se pensar, portanto, que a criação das Alas Gays traz uma reflexão de ordem dialética: “a sociedade exclui para incluir”. Se a pessoa, pela gravidade da falta que cometeu, foi retirada do meio social e para se reabilitar e assim ter condições de se relacionar com todos os grupos sociais, como ela poderá adquirir esta condição sendo isolada dos demais?

Assim, para alguns autores, a proposta da Ala Rosa poderia ser o reflexo desta exclusão. Guedes, Oliveira e Gonçalves Oliveira (2015) enfatizam que:

A sociedade está acostumada a excluir os desiguais, criar lugares diferentes para encaixá-los, ao invés de incluí-los e acabar de vez com o preconceito. Sabemos, porém, que esta inclusão está longe de acontecer de modo efetivo, principalmente nas penitenciárias, um ambiente machista, onde o mais valente é o dominador que detém o controle sobre todos os outros (GUEDES; OLIVEIRA; GONÇALVES OLIVEIRA, 2015, p.71)

Desta forma, apesar da Resolução conjunta número 1 de 2014 prevê alguns pontos importantes no cuidado à população LGBT, esta não propõe o enfrentamento do preconceito, incluindo excluindo do convívio com os demais heterossexuais. Assim, torna-se um desafio diário o combate a qualquer tipo de opressão, violência e preconceitos contra os LGBT's, seja por parte dos próprios detentos como dos profissionais do sistema prisional.

Além da criação do espaço, faz-se necessário conhecer sobre as demandas de saúde desta população e como estão sendo atendidas. Nos espaços prisionais, frequentemente, destacam-se as más condições de moradia, repercutindo na qualidade de vida, fazendo com que o indivíduo seja privado da liberdade e também dos direitos humanos. E tais condições favorecem ou agravam condições de saúde e doença (JUNIOR; BREGALDA; SILVA, 2015). Segundo o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário:

A grave situação em que se encontram as pessoas privadas de liberdade, refletida, dentre outros fatores, nas práticas de violência, na precariedade de espaço físico e na carência do atendimento à saúde, é uma realidade que não se pode negar. Embora existam inúmeros tratados internacionais que definem normas e orientações para uma melhor implementação das unidades penitenciárias de todo o mundo, observa-se que estas não vêm sendo seguidas (BRASIL, 2004, p.7).

4.2 Demandas em saúde dos gays, transexuais e travestis privados(as) de liberdade da Ala LGBT

A questão das demandas em saúde dos gays, transexuais de travestis deste estudo teve início quando a Defensoria Especializada de Direitos Humanos da Capital de MG acionou a Equipe Interdisciplinar de Apoio à Área Criminal da Capital, solicitando a intervenção para quatro casos de detentos(as) que aguardavam há mais de um ano o agendamento para uma consulta e/ou exame especializados na rede pública de saúde. Em visita técnica ao referido presídio para estudar possíveis intervenções, foram identificados mais 45 casos na mesma situação: aguardando o agendamento para uma consulta e/ou exame especializados os quais deveriam ser realizados fora da unidade prisional.

Observou-se, então, que o problema tinha raízes mais profundas do que se tinha conhecimento até o momento.

A equipe de saúde da unidade em março de 2016 era formada por 2 psicólogos, 3 assistentes sociais 3 técnicos de enfermagem, 1 auxiliar de consultório odontológico, 1 odontólogo, 2 enfermeiros, e 1 médico clínico geral.

Na data de análise deste estudo, estavam registrados 49 ofícios de solicitação. O Quadro 1 traz as demandas por especificidades clínicas organizadas por data de ofício e a situação da solicitação.

A rotatividade de presos(as) na unidade estudada é pequena se comparada aos dos Centros de Remanejamento Provisórios e dos Presídios da Região Metropolitana de Belo Horizonte.

Observa-se que o período de espera entre a admissão do(a) detento(a) na Penitenciária e a solicitação do exame variou de 3 meses a 3 anos e 3 meses; o período de espera entre a solicitação do procedimento e o cumprimento do alvará de soltura de 16 pacientes foi em média de um 1 ano, sem serem atendidos. Estes(as) detentos(as) sentenciados saíram em progressão de regime ou foram transferidos(as) de unidades por motivos diversos.

Quadro 1 – Descrição das especificidades clínicas para atendimento, data da solicitação do agendamento e situação do caso entre setembro de 2014 e março de 2017 na Ala LGBT do Complexo Prisional em estudo. Minas Gerais, 2017.

Solicitação	Especialidade	Data de entrada no Complexo Prisional	Data do ofício de solicitação	Situação do(a) detento(a)	Atendido(a) até março de 2017 ou até a data do alvará de soltura?	Período de espera por agendamento 2017 ou até a data do alvará de soltura
1.	Proctologia	Junho de 2014	Setembro de 2014	Alvará de soltura (maio/2016)	Não	1 ano e 8 meses
2.	Cirurgia Geral	Março de 2014	Dezembro de 2014	Detido(a)	Não	3 anos e 3 meses
3.	Endoscopia	Abril de 2014	Junho de 2015	Detido(a)	Não	1 ano e 9 meses
4.	Cirurgia Ambulatorial	Setembro de 2014	Junho de 2015	Alvará de soltura (agosto/2015)	Não	2 meses
5.	Cirurgia Ambulatorial	Agosto de 2014	Junho de 2015	Detido(a)	Não	1 ano e 9 meses
6.	Nefrologia	Setembro de 2010	Junho de 2015	Alvará de soltura (junho/2016)	Não	1 ano
7.	Proctologia	Julho de 2015	Junho de 2015	Alvará de soltura (setembro/2015)	Não	3 meses
8.	Oftalmologia	Março de 2014	Junho de 2015	Detido(a)	Não	1 ano e 9 meses
9.	Proctologia	Outubro de 2014	Junho de 2015	Detido(a)	Não	1 ano e 9 meses
10.	Proctologia	Setembro de 2014	Junho de 2015	Detido(a)	Não	1 ano e 9 meses
11.	Psiquiatria	Novembro de 2013	Junho de 2015	Detido(a)	Não	1 ano e 9 meses
12.	Proctologia	Março de 2014	Junho de 2015	Alvará de soltura (maio/2016)	Não	11 meses
13.	Cardiologia	Fevereiro de 2013	Junho de 2015	Detido(a)	Não	1 ano e 9 meses
14.	Otorrinolaringologia	Julho de 2015	Junho de 2015	Detido(a)	Não	1 ano e 9 meses
15.	Cardiologia	Maio de 2014	Junho de 2015	Detido(a)	Não	1 ano e 9 meses
16.	Endoscopia	Maio de 2014	Junho de 2015	Detido(a)	Não	1 ano e 9 meses
17.	Urologia	Novembro de 2013	Agosto de 2015	Detido(a)	Não	1 ano e 7 meses
18.	Cirurgia Ambulatorial	Junho de 2015	Agosto de 2015	Alvará de soltura (outubro/2015)	Não	2 meses
19.	Ecocardiograma	Maio de 2014	Setembro de 2015	Detido(a)	Não	1 ano e 6 meses
20.	Ortopedia/Proctologia	Junho de 2014	Setembro de 2015	Alvará de soltura (fevereiro/2017)	Não	1 ano e 3 meses
21.	Oftalmologia	Agosto de 2015	Setembro de 2015	Detido(a)	Não	1 ano e 6 meses
22.	Radiografia (Raio X)	Março de 2014	Setembro de 2015	Detido(a)	Não	1 ano e 6 meses
23.	Oftalmologia	Julho de 2014	Setembro de 2015	Detido(a)	Não	1 ano e 6 meses
24.	Oftalmologia	Junho de 2015	Setembro de 2015	Alvará de soltura (julho/2016)	Não	10 meses
25.	Nefrologia	Junho de 2013	Setembro de 2015	Alvará de soltura (julho/2016)	Não	10 meses
26.	Eletrocardiograma	Agosto de 2015	Novembro de 2015	Detido(a)	Não	1 ano e 4 meses

27.	Oftalmologia	Agosto de 2015	Novembro de 2015	Detido(a)	Não	1 ano e 4 meses
28.	Neurologia	Julho de 2015	Novembro de 2015	Alvará de soltura (outubro/2016)	Não	11 meses
29.	Cirurgia Geral	Junho de 2015	Novembro de 2015	Detido(a)	Não	1 ano e 4 meses
30.	Ortopedia	Novembro de 2014	Novembro de 2015	Detido(a)	Não	1 ano e 4 meses
31.	Proctologia	Fevereiro de 2014	Fevereiro de 2016	Detido(a)	Não	1 ano e 1 mês
32.	Endoscopia	Julho de 2014	Fevereiro de 2016	Alvará de soltura (julho/2016)	Não	5 meses
33.	Eletrocardiografia	Julho de 2014	Fevereiro de 2016	Alvará de soltura (outubro/2016)	Não	8 meses
34.	Cardiologia	Novembro de 2013	Fevereiro de 2016	Detido(a)	Não	01 ano e 1 mês
35.	Fonoaudiologia	Junho de 2016	Fevereiro de 2016	Detido(a)	Não	01 ano e 1 mês
36.	Infectologia	Junho de 2014	Fevereiro de 2016	Detido(a)	Não	01 ano e 1 mês
37.	Radiografia (Raio X)	Agosto de 2015	Fevereiro de 2016	Detido(a)	Não	01 ano e 1 mês
38.	Radiografia (Raio X)	Junho de 2014	Fevereiro de 2016	Alvará de soltura (agosto/2016)	Não	6 meses
39.	Cirurgia Ambulatorial	Julho de 2014	Fevereiro de 2016	Detido(a)	Não	01 ano e 1 mês
40.	Proctologia	Novembro de 2015	Fevereiro de 2016	Detido(a)	Não	01 ano e 1 mês
41.	Proctologia	Agosto de 2015	Fevereiro de 2016	Alvará de soltura (abril/2016)	Não	2 meses
42.	Endoscopia	Fevereiro de 2014	Fevereiro de 2016	Detido(a)	Não	01 ano e 1 mês
43.	Colonoscopia	Janeiro de 2014	Fevereiro de 2016	Alvará de soltura (junho/2016)	Não	4 meses
44.	Endoscopia	Julho de 2015	Fevereiro de 2016	Detido(a)	Não	01 ano e 1 mês
45.	Otorrinolaringologia	Junho de 2014	Fevereiro de 2016	Detido(a)	Não	01 ano e 1 mês
46.	Ultrassonografia	Julho de 2014	Fevereiro de 2016	Detido(a)	Não	01 ano e 1 mês
47.	Endoscopia	Junho de 2014	Fevereiro de 2016	Detido(a)	Não	01 ano e 1 mês
48.	Fisioterapia	Março de 2014	Fevereiro de 2016	Detido(a)	Não	01 ano e 1 mês
49.	Radiografia (Raio X)	Abril de 2014	Fevereiro de 2016	Alvará de soltura (março/2017)	Não	1 ano e 1 mês

Fonte: Sistema Integrado de Defesa Social de Minas Gerais, 2017.

O Quadro mostra uma realidade alarmante, indicando que entre o período analisado, nenhuma solicitação foi atendida. Tal realidade demonstra uma negligência do Estado de Minas Gerais e do município onde está localizado o complexo prisional, uma vez que como preconiza o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, as ações e os serviços de atenção primária à saúde serão organizadas nas unidades prisionais e realizadas por equipes interdisciplinares de saúde; já o acesso aos demais níveis de atenção em saúde será pactuado e definido no âmbito de cada estado em consonância com os planos diretores de regionalização e aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Conselho Estadual de Saúde (CES) (BRASIL, 2004).

Segundo a Lei da Execução Penal de 1984, assim como o Decreto número 6.049 de 2007, a assistência à saúde do preso é dever do Estado (país e estado) e direito do condenado, compreendendo, tanto na vertente preventiva quanto na curativa, compreendendo atendimento médico, farmacêutico e odontológico, ambulatorial e hospitalar, dentro do estabelecimento penal federal ou instituição do sistema de saúde pública (estadual ou municipal) (BRASIL, 1984; 2007).

Para que haja garantia do fortalecimento das ações de saúde nos presídios, faz-se necessária a adesão do município à Política. No complexo prisional estudado, o município sede não aderiu à PNAISP, o que impede a interconexão entre as condições internas do complexo prisional com a atenção hierárquica do SUS, isto dificulta a inclusão da população carcerária nas redes de atenção local e regionalizadas do SUS.

Contudo, mesmo que o município não tenha aderido à política, é importante reforçar a responsabilidade gestora e sanitária, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, pelo atendimento da população prisional no seu território, em especial nas situações de urgência e emergência, haja vista o recebimento dos recursos, de forma regular e automática, do incentivo para a atenção à saúde no sistema penitenciário, por meio do Piso da Atenção Básica (PAB) Variável, componente da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), conforme Portaria número 204, de janeiro de 2007 (*VI - Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário*), e Portaria número 2488, de outubro de 2011 (BRASIL, 2007b; 2011; 2014).

Considerando-se que o município sede do complexo prisional é o responsável pela atenção primária, secundária e terciária de seus habitantes, e que a instalação de recursos secundários e terciários de saúde é diretamente proporcional à população residente, não é de se estranhar que a população carcerária do complexo está em desfavor na atenção à saúde, já que o compromisso entre o SUS municipal e o complexo prisional é bastante frágil.

A adesão à PNAISP é facultativa aos municípios que sediam complexos prisionais, mas a formalização de um instrumento legal entre o SUS municipal/regional e o complexo prisional promoveria a regulação da atenção à saúde dos(as) detentos(as) privados(as) de liberdade, garantido a equidade e a integralidade das ações de saúde, fortalecendo a promoção, prevenção e reabilitação deste grupo vulnerável, que ao deixar o cárcere com sua saúde cuidada, estariam em melhores condições de retomarem as relações sociais fora do ambiente prisional. Não esquecendo que o desafio para a eficácia da regulação ao acesso está na baixa oferta dos serviços especializados em determinadas unidades federativas nos três níveis de atenção à saúde (BARBOSA *et al.*, 2016).

Por mais que PNAISP tenha um grande foco no fortalecimento das ações de atenção primária à saúde (APS), inseridas nesta Política, as unidades de saúde prisional será um ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde do SUS, qualificando a APS no âmbito prisional e articulando com outros dispositivos dessa Rede no território, ou seja, garantir a interlocução deste serviço com as redes de atenção especializada, hospitalar, urgência e redes temáticas (BRASIL, 2014).

Torna-se importante, ainda, destacar o papel do Ministério Público do Estado de Minas Gerais (MPMG), demonstrando uma fragilidade na sua atuação de fiscalização, uma vez que este órgão tem a responsabilidade constitucional (poder-dever) na defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis (artigo 127 da Constituição Federal), assim como sua função institucional de zelar pelos serviços de relevância pública – ações e serviços de saúde, promovendo as medidas necessárias à sua garantia (artigo 129, inciso II da Constituição Federal) (BRASIL, 1988). Além disso, a Lei Complementar 141, de janeiro de 2012, é clara ao informar sobre a responsabilidade expressa do Ministério Público quanto à fiscalização da gestão de saúde (BRASIL, 2012).

Assim, identificar demandas por assistência à saúde que apresentam até 3 anos e 3 meses de espera, não sendo atendidas, levanta a urgente necessidade de se repensar nas formas de atendimento sanitário do complexo prisional em questão, assim como das formas de gestão municipal, estadual e federal.

Como *direito de todos*, a universalidade e a equidade em saúde são temas em constante discussão e luta social no que se refere à assistência no SUS. O maior ponto de embate nesta discussão trata-se da distribuição dos recursos financeiros.

Na questão social das pessoas privadas de liberdade, a PNAISP busca fortalecer a atenção à saúde dos(as) detentos(as) de forma a aumentar os recursos financeiros dos municípios, pretendendo diminuir as desigualdades de acesso aos serviços de saúde públicos

visando maximizar o benefício daqueles que estão em situação menos favorecida, pondo de manifesto a aceitação da desigualdade entre pessoas em pleno uso de sua liberdade e daquelas privadas de liberdade entendendo que são justos os princípios de repartição, e justa a igualdade de acesso.

Como *dever constitucional*, o Estado deve estar a serviço daqueles mais desfavorecidos. Para tanto, há que se atentar para as desigualdades econômicas e sociais nos limites de um justo princípio de repartição e de justa igualdade de oportunidades e acessos, sem deixar de considerar o princípio da equidade regional populacional e epidemiológica.

A distribuição da despesa pública ligada à equidade deverá favorecer a igualdade do consumo dos diferentes serviços quando efetuada em função do tamanho populacional, das diferenças de preços de consumos e serviços praticados em cada região, das diferentes necessidades sanitárias existentes, efetuando-se correções a partir tanto do perfil demográfico quanto do epidemiológico (PORTO, 2004). Quando se avalia a população LGBT encarcerada, existem mais desigualdades no custo social, uma vez que este grupo tem menos predisposição para a utilização dos serviços de saúde e, ainda que receba a mesma atenção à saúde daqueles em liberdade, padece dos cuidados associados ao tratamento clínico como higiene, alimentação adequada e outros que não são ofertados ao detento e que, por isto, a capacidade de resposta é presumidamente pior.

O Gráfico 1 mostra a relação das especialidades e solicitações pelos(as) gays, transexuais e travestis privados(as) de liberdade do complexo prisional em estudo, destacando que as demandas por proctologia (n=8) e endoscopia (n=6) foram as maiores.

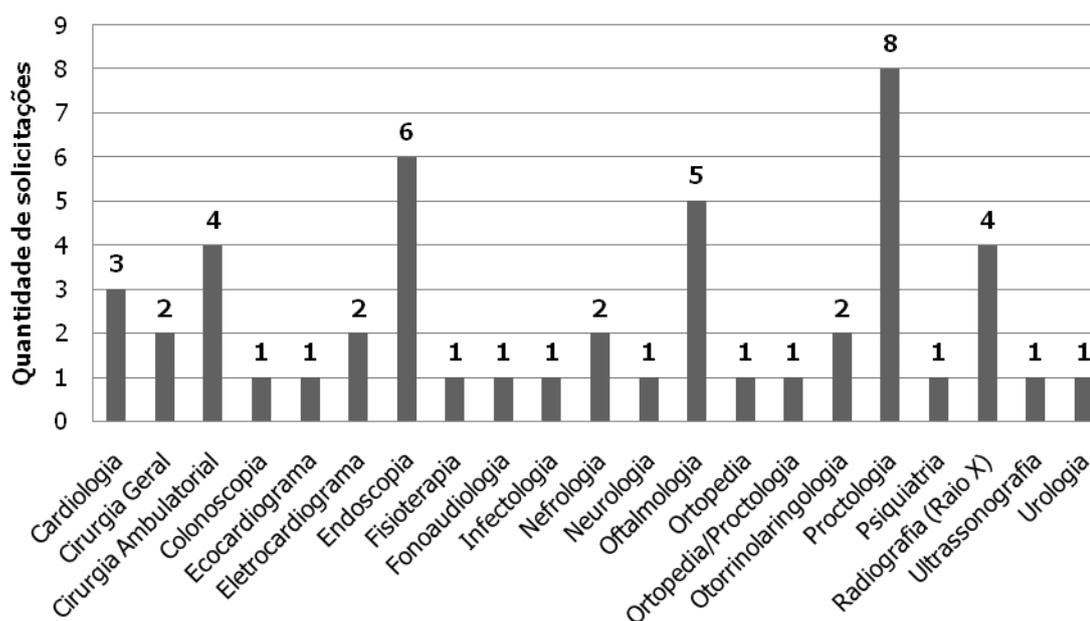


Gráfico 1 – Relação das especialidades e solicitações pelos(as) gays, transexuais e travestis privados(as) de liberdade do complexo prisional em estudo, setembro de 2014 a março de 2017. Minas Gerais, 2017.

Fonte: Elaborado pelos(as) autores(as).

As demandas por assistência à saúde mais complexas apresentadas pelo público deste estudo, por vezes, diferem-se das demandas apresentadas por outros pesquisadores.

Minayo e Ribeiro (2013) sugerem que a saúde das pessoas que vivem encarceradas deva ser pensada sobre três aspectos: o primeiro sobre o cotidiano da vida na prisão como a superlotação, o ócio, a escassez de perspectiva, os maus tratos e os relacionamentos conflituosos; o segundo sobre os principais problemas de saúde relatados/identificados como os musculares, respiratórios, cardiovasculares, de ordem sexual e outros; e o terceiro sobre a condição do atendimento e do acesso aos serviços, a saber, os recursos disponíveis nas unidades prisionais e a interface com o SUS municipal.

As condições de saúde entre os gêneros masculino, feminino e o público LGBT em situação de cárcere devem ser analisadas de acordo com a especificidade de cada um(a) para que, assim, sirvam de subsídios à adequação das intervenções nas unidades prisionais.

Para refletir sobre o alto número de procedimentos referentes à clínica da proctologia detectado neste estudo, é importante que se pense sobre as condições de vida e sobre os comportamentos adotados pelos(as) detentos(as) antes de serem encarcerados, assim como apregoam Pinheiro *et al.* (2015).

O grupo populacional detido na Ala LGBT da penitenciária estudada é formado por homens biologicamente constituídos, os quais se identificam como gays, transexuais ou

travestis. Assim, por utilizarem de sexo anal, sugere-se que favoreçam maiores alterações que necessitem de assistência da proctologia. Falar sobre estas questões sempre foi considerado um tabu, já que o papel socialmente construído do homem é de másculo, viril, não podendo adotar uma postura passiva, seja nas relações sociais (dominar/ser dominado) ou sexuais (penetrar/ser penetrado).

Quando este público se encontra dentro do cárcere, o cuidado com a saúde torna ainda mais fragilizado, pois, o que já era negligenciado pela sociedade do lado de fora da prisão, do lado de dentro não há limites para o agravamento. Além disso, autores enfatizam que, no ambiente prisional, os(as) encarcerados ficam expostos a um comportamento sexual desregrado que incluem sexo desprotegido com múltiplos parceiros, com parceiros casuais de forma intencional ou não intencional (CUNHA; GOMES, 2015).

Em relação à demanda por endoscopia, pelo fato dos autores deste estudo não terem acesso a quaisquer outras informações pessoais dos(as) detentos(as), levantam-se hipóteses, tais como o uso exacerbado de álcool, tabaco e outras drogas, favorecendo alterações no esôfago e estômago. A partir de estudo desenvolvido com homens e mulheres reclusos em Portugal, Alves, Dutra e Maia (2013) discutem que na população reclusa do sexo masculino, comparativamente à população geral, o consumo das substâncias citadas tende a ser mais elevado, expondo-os a maiores riscos à saúde.

Minayo e Ribeiro (2015) ainda complementam discorrendo que problemas do aparelho digestivo como prisão de ventre, dificuldades digestivas e gastrites são comumente relatados pelos(as) internos(as). Para os autores, estes problemas estão geralmente relacionados à qualidade da dieta e da água com que são alimentados os detentos. Apesar da PNAISP se referir à alimentação adequada como condição de saúde e da Resolução 14 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, desde 2004, dizer que “*A alimentação será preparada de acordo com as normas de higiene e de dieta, controlada por nutricionistas, devendo apresentar valor nutritivo suficiente para a manutenção da saúde e do vigor físico do preso*”, predomina no sistema prisional a rotina de servirem refeição dentro das celas superlotadas, sem ventilação e pouco higienizadas, atraindo insetos, roedores e outros animais que ressaltam a insalubridade do ambiente, agravando a ponte entre o contexto adverso da prisão e os problemas de saúde no sentido mais estrito (BRASIL, 2014).

Torna-se importante destacar que, analisando a situação do município, observou-se que as consultas e os exames especializados como oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia, neurologia, colonoscopia, ultrassonografia, nefrologia e ortopedia, procedimentos de média complexidade que demandam agendamento fora do território municipal, foram

negligenciados devido à escassez da oferta do número de procedimentos disponibilizados para o município mensal ou anualmente pela rede regionalizada de assistência. Além disso, os(as) detentos(as) que aguardam tratamentos de longa duração em clínicas especializadas como a fonoaudiologia e a fisioterapia têm menores chances de serem atendidos(as), pois além do problema já citado de disponibilidade de agenda, há a escassez de escolta para deslocar o(a) paciente para sessões sequenciadas.

A radiografia (radio X), apesar de ser um exame de baixo custo e disponível na grande maioria dos serviços de saúde do país, apareceu no estudo como o quarto maior número de pedido sem atendimento. Fernandes *et al.* (2014), ao analisarem a necessidade de aprimoramento do atendimento à saúde no sistema carcerário, identificaram que em relação aos exames de imagem, quanto maior a complexidade do exame, maior a dificuldade de ser realizado. Os autores apontaram que 9% das solicitações referiam-se à radiografia e 71,0% de tomografia, e identificaram também que havia demora em obtenção dos resultados. Justificando as solicitações, Minayo e Ribeiro (2013) afirmam que devido à qualidade dos colchões ou mesmo à ausência deles no caso de superlotação, é comum os(as) detentos(as) referirem dores no pescoço, costa e coluna, sendo o raio x um exame que auxiliaria no acompanhamento. Referente ao cotidiano da vida da prisão, uma das causas de adoecimento na ala LGBT é a ociosidade dos detentos. Complementando, Guedes, Oliveira e Oliveira (2015), em seu estudo, encontraram que entre os problemas de ordem física da população LGBT privada de liberdade, destacaram-se os osteomusculares como dores no pescoço, costa e coluna, luxação de articulação, bursite, dor ciática, artrite ou reumatismo, fratura óssea, problemas de ossos e cartilagens e de músculos e tendões, que podem ter sido originados devido às péssimas condições quando não, inexistentes, de acomodação das celas.

A atenção à saúde integral do público LGBT, seja em qualquer âmbito, está descrita na Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais e busca fortalecer o princípio da equidade no SUS, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais. Apresenta quatro eixos estratégicos: 1) Acesso da população LGBT à atenção integral à saúde; 2) Ações de promoção e vigilância em saúde para a população LGBT; 3) Educação permanente e educação popular em saúde com foco na população LGBT; 4) Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT (BRASIL, 2011). Desta forma, é uma política transversal, com gestão e execução compartilhadas entre as três esferas de governo e, na qual a articulação com as demais políticas do Ministério da Saúde se torna imprescindível.

O sistema prisional brasileiro se configura como um universo complexo em que as necessidades, especialmente aquelas voltadas para a atenção à saúde, exigem um conjunto de ações intersetoriais de políticas públicas de inclusão transversais ao próprio objetivo da sentença penal, voltada para uma população de baixa escolaridade, de pouca perspectiva de futuro e com uma forte cultura da violência (FERNANDES *et al.*, 2014). A atenção aos agravos deste público privado de liberdade deve envolver principalmente as ações de atenção primária à saúde, tendo em vista que o perfil do público LGBT encarcerado é de jovens, em idade produtiva e teoricamente saudáveis, buscando-se, assim, resolver boa parte dos seus problemas de saúde.

Quando a Constituição Federal de 1988 estabeleceu que o vínculo do usuário das políticas públicas, em liberdade ou não, desse-se de forma local e regionalizada, visando sua integração social com o meio, supôs que fosse imprescindível a construção de um processo de comunicação das ações intersetoriais entre a prisão e sociedade, objetivando a identificação e a otimização dos recursos disponíveis e as possibilidades de acesso entre a comunidade livre e a prisão e vice-versa. Para que a inclusão dessas políticas públicas transversais ao sistema penal seja possível, torna-se imprescindível uma maior aproximação e consequente envolvimento de todos os gestores públicos e da comunidade através do conhecimento da demanda, de um acompanhamento efetivo do processo de regulação e do fortalecimento do controle social.

O SUS, por meio da gestão da Rede Assistencial dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, deve garantir as premissas sustentadas e normatizadas pelo regramento existente em seu âmbito. A gestão, bem como a oferta de serviço de maior complexidade à população privada de liberdade, é responsabilidade dessa Rede seja ela estadualizada, regionalizada ou municipalizada.

O quantitativo de recursos humanos atualmente nas prisões, além de serem pouco capacitados para atuar nas políticas públicas transversais ao sistema prisional para a oferta das assistências, não consegue acompanhar o quadro de superlotação carcerária (FERNANDES *et al.*, 2014). Além disso, cabe ressaltar a fragilidade da Rede Assistencial de Saúde para lidar com as demandas da população LGBT, fato evidenciado por este estudo, já que das 49 solicitações por assistência secundária e terciária, nenhuma foi atendida. Observa-se nos serviços profissionais que seguem protocolos de atendimento que tenham como pressuposto a heterossexualidade; falta de uma abordagem qualificada ou reconhecimento de fato sobre orientação sexual e identidade de gênero, o que compromete o acolhimento e a percepção de vulnerabilidades específicas de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Não dá para

tratar de forma igual pessoas com condições sociais desfavoráveis e, o não atendimento, pode ser reflexo do preconceito alimentado por séculos contra esta população. Reconhece-se que o sistema de saúde nem sempre consegue atender a todos, mas justificar a falta de atendimento, com tempos de espera exacerbados como os observados neste estudo, faz-se levantar a hipótese de que o descaso advém de outras causas.

Outra fragilidade dessa Rede Assistencial, considerando o serviço de atendimento dentro do presídio, refere-se ao fato de que os profissionais que atuam nas unidades básicas de saúde prisional (UBSp) não utilizam os sistemas de informação do SUS, encaminhando as notificações compulsórias para os municípios, o que pode causar perda da informação, reforçando a sub notificação. Outro sistema de informação importante não utilizado pela saúde no sistema prisional é o prontuário eletrônico do SUS, o e-SUS, ou Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), fazendo com que a RAS desconheça os atendimentos e procedimentos realizados pelas equipes de atenção básica prisional e vice-versa (FILHO; BUENO, 2016).

Deste modo, são inúmeras as dificuldades enfrentadas pela população carcerária de um modo geral, especialmente a população LGBT privada de liberdade, objeto deste estudo, ameaçando o direito à saúde, pois além das dificuldades existentes dentro das unidades prisionais como identificação dos problemas de saúde dos internos, deficiência de agenda na rede assistencial de saúde na média complexidade e a insuficiência de recursos humanos especialmente para realização das escoltas, os internos ainda sofrerão com o descompromisso governamental de implantar dignamente as políticas que ele mesmo ajudou a construir.

Aumenta ainda mais a responsabilidade do controle social através dos movimentos sociais, associações, sindicatos de classe e outros em fazer valer as políticas públicas necessárias ao bem estar de quem já tem o bem mais precioso ressarcido que é a liberdade. Reconhece-se que o Brasil, através do controle social, tem avançado, mesmo que lentamente, em termos de formulação de documentos, no que se refere às políticas públicas de saúde voltadas para o público LGBT dentro e fora do cárcere. Porém, para a efetivação da promoção da saúde da equidade do acesso e da permanência desta população nos serviços do SUS, há que considerar que a oferta de atenção e cuidados exige uma ampliação na identificação das demandas de saúde LGBT, que vão muito além das infecções sexualmente transmissíveis, como foi e é observado nos enfoques atuais (SILVA *et al.*, 2017).

Será por meio de políticas públicas transversais para o sistema prisional que se atingirá o histórico de abandono sanitário do sistema prisional brasileiro. A implantação de uma política de assistência integral à saúde da população carcerária, dentro e fora dos muros da

prisão, proporcionaria, em especial ao público LGBT encarcerado, a garantia dos direitos daquelas pessoas que não tiveram, e talvez nem tenham, o mesmo nível de oportunidades quando em liberdade. No campo da saúde pública, as unidades prisionais são compreendidas como lugares de grande desafio sanitário, mas ainda não são visualizadas por grande parte dos gestores de saúde como espaços de intervenção, mesmo após a publicação das normas de saúde prisional datadas de 2003 e 2014, que instituem a relação estreita do SUS com o sistema prisional (FILHO; BUENO, 2016).

Aos gestores falta o entendimento de que controlando os agravos da população prisional, controlam-se, também, os dos munícipes naturais e/ou vizinhos, os quais rotineiramente adentram as unidades prisionais para realizarem visita familiar ou íntima aos seus entes privados de liberdade, tendo contato direto com os agravos adquiridos tanto no meio externo ao presídio como no meio interno devido às condições vulneráveis do confinamento. Esses agravos sobrecarregarão a gestão municipal, por meio da porta de urgência e emergência da rede ambulatorial e hospitalar, assim como da assistência farmacêutica (FILHO; BUENO, 2016).

Pode-se considerar, então, que a vulnerabilidade da população privada de liberdade torna o município também vulnerável, e o gestor deve levar essa demanda de vigilância epidemiológica e sanitária como prioridade. Controlar os agravos no sistema prisional se torna uma necessidade de urgência sanitária, com a facilidade de controle do território do presídio que tem sua população adstrita reduzindo-se assim, o fluxo para a média e alta complexidade da RAS (FILHO; BUENO, 2016).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se que entre setembro de 2014 e março de 2016, foram solicitados 49 atendimentos na atenção secundária ou terciária à saúde, sendo que nenhum foi efetivado, apresentando período de espera entre a entrada do(a) detento(a) na Penitenciária e a solicitação do exame variando de 3 meses a 3 anos e 3 meses. O período de espera entre a solicitação do atendimento e a soltura de 16 detentos(as) teve uma média um 1 ano, todos(as) sem serem atendidos.

Aceitar que, privando a liberdade destas pessoas, privam-se outros direitos como o da saúde (até como forma punitiva pelo delito cometido), é restringir o pensamento e inteligência no campo de compreensão “incompreensível”. Sabe-se que há constante julgamento moral sobre o comportamento dos(as) LGBT privados(as) de liberdade quando da operacionalização de seu acesso às ações de saúde, culminando muitas vezes na não efetivação deste acesso. E isso deve ser totalmente erradicado. Por mais que seja preciso assumir que, nos últimos anos, houve aumento dos atos legais a favor das pessoas LGBT, com documentos, leis e atos administrativos bem formulados, torna-se tão mais importante reforçar que estes apresentam-se com alcances limitados. Desta forma, esta lacuna não permite saber se a legislação é posta em prática para que se possa oferecer uma melhor vida em cárcere a essas pessoas. Questiona-se, portanto, o direito universal à saúde enquanto fenômeno real e não somente aquele garantido enquanto norma jurídica.

A partir dos pontos levantados neste artigo, percebe-se a situação dramática do sistema carcerário vigente no país, especialmente no atendimento às pessoas LGBT, uma vez que, além da marginalização devido ao fato de serem “enquadrados(as)” e da condição de serem “privados(a) de liberdade”, tem-se a marginalização no atendimento às demandas de saúde, configurando-se uma tríplice carga de sofrimento e privação de direitos: direito de ser quem são; direito de estarem onde estão; direito de receberem o que necessitam.

Outro fato que merece destaque é a não adesão dos municípios à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, demonstrando uma fragilidade na condução da gestão municipal, pois já há evidência dos benefícios de tal adesão para a população prisional. Além disso, se por um lado a infraestrutura do sistema prisional favorece a ocorrência de certos agravos, por outro, este espaço (quando interligado com os serviços de saúde extramuros, ou seja, em rede), configura-se como uma potente oportunidade de oferecer assistência integral à saúde dos

LGBT, os(as) quais, por vezes, não tinham acesso a serviços de saúde antes da entrada no sistema prisional. Assim, exige-se uma compreensão mais ampla deste fenômeno pelos profissionais de saúde, profissionais do sistema judiciário e gestores das três esferas, para que se reconheça a saúde prisional como um solo fértil de garantia, fortalecimento e resgate de direitos humanos.

Enquanto o direito universal à saúde como prática de democratização do Estado, da saúde, da sociedade e da cultura não se concretiza para as pessoas LGBT em privação de liberdade, a pena de prisão é um fenômeno real que materializa o contradireito.

Faz-se urgente romper com as barreiras sociais, políticas, religiosas e pessoais de estigma, para que não haja interferência nos debates acerca dos direitos sexuais no Brasil e no mundo, comprometendo a implementação de operacionalização de políticas públicas mais efetivas no campo dos direitos humanos, sobretudo no que tange aos direitos da população LGBT. Além disso, oferecer condições dignas de confinamento é, também, oferecer saúde, criando espaços que permitam a inclusão e o transpor de barreiras preconceituosas. Daí questiona-se o papel agregador das alas destinadas aos LGBT. É preciso oferecer mais que espaços físicos, uma vez que a simples divisão entre um grupo e outro não resolve, pelo contrário, segrega; põe em destaque seres que, “por não se enquadrarem nos padrões de convivência com os demais detentos, necessitam ser separados(as)”.

É preciso que seja ofertado mais que um espaço físico, que este seja alinhando a construção da política do cuidado em saúde das pessoas LGBT privadas de liberdade à perspectiva anti-segregação, além de não serem aceitas as ideologias que o tratamento com um olhar diferenciado seria um privilégio ou moeda de troca.

Entidades Federais, Estaduais e Municipais devem assumir suas parcelas de responsabilidade, rompendo com práticas de não atendimento das demandas, atuando nas questões prisionais do país para o cumprimento de penas mais justas e atendimento aos direitos e garantias fundamentais; para que saiam do posto de agentes que perpetuam o sofrimento deste grupo populacional. Já houve muito sofrimento e privação durante a história; já há muito sofrimento fora dos presídios nos dias atuais.

Por fim, é estritamente necessária a construção de um direito à saúde que vá além da formalidade e de um Sistema Único de Saúde que seja concretamente universal, equânime, integral e capaz de envolver o conjunto de sujeitos participantes do processo de produção da saúde, por meio do reconhecimento da inalienável dignidade dos(as) gays, lésbicas, bissexuais, transexuais, travestis, transgêneros e de tantos(as) outros(as) e da conquista da cidadania plena por eles e elas próprios(as).

REFERÊNCIAS

- ALVES, J.; DUTRA, A.; MAIA, Â. História de adversidade, saúde e psicopatologia em reclusos: comparação entre homens e mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.3, p.701-709, 2013.
- ASSIS, R.D. A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro. **Revista CEJ**, v.11, n.39, out./dez., 2007.
- BARBOSA, D.V. *et al.* Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v.24, n.1, p.49-54, 2016.
- BARBOSA, B.C. Nomes e Diferenças: uma etnografia dos usos das categorias travesti e transexual. **Dissertação de Mestrado em Antropologia Social**, Universidade de São Paulo, 2010.
- BENFICA, J.A.; ALMEIDA, F.F.L. Os discursos legitimadores da política pública de criação de alas específicas para a população carcerária LGBT. Congresso de Diversidade Sexual e de Gênero, Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais, **Anais**, Belo Horizonte, 2015.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Diário Oficial da União; 1988.
- BRASIL. **Decreto nº 6.049, de 27 de fevereiro de 2007**. Aprova o Regulamento Penitenciário Federal. Brasília: Diário Oficial da União, 2007.
- BRASIL. **Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Brasília: Diário Oficial da União, 2012.
- BRASIL. **Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984**. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília: Ministério da Justiça, 1984.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília: Diário Oficial da União; 1990.
- BRASIL. Ministério de Justiça. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN, junho de 2014**. Brasília: Departamento Penitenciário Nacional, 2014.
- BRASIL. **Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2009.
- BRASIL. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. Ministério da Saúde: Brasília; 2004.
- BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional**. Ministério da Saúde e Ministério da Justiça: Brasília, 2014b.
- BRASIL. **Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Brasil. Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. **Resolução 466 de 2012**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

BRASIL. **Resolução conjunta CNPCP-CNCD/LGBT, de 15 de abril de 2014**. Ministério da Justiça: Brasília; 2014a.

BRASIL. **Resolução nº 01, de 10 de fevereiro de 2014**. Ministério da Justiça: Brasília; 2014c.

CARVALHO, M.E.; ANDRADE, F.; MENEZES, C. **Equidade de gênero e diversidade sexual na escola: por uma prática pedagógica inclusiva**. Projeto Iguais porque Diferentes. João Pessoa: Editora da UFPB, 2009.

CUNHA, R.B.; GOMES, R. Os jovens homossexuais masculinos e a sua saúde – uma revisão sistemática. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.19, n.52, p.57-70, 2015.

FERNANDES, L.H. *et al.* Necessidade de aprimoramento do atendimento à saúde no sistema carcerário. **Revista de Saúde Pública**, v.48, n.2, p.275-283, 2014.

FILHO, M.M.S.; BUENO, P.M.G. Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população carcerária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.7, p.1999-2010, 2016.

FREITAS, R.S. *et al.* Política nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional: uma análise do seu processo de formulação e implantação. **Revista de Políticas Públicas**, v.20, n.1, p.171-184, 2016.

GÓIS, S.M. *et al.* Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n.5, p.1235-1346, 2012.

GUEDES, D.C.C.; OLIVEIRA, K.R.; GONÇALVES OLIVEIRA, R.G. O Trabalho nas Alas LGBT das Unidades Prisionais Masculinas na Região Metropolitana de Belo Horizonte – Minas Gerais. **Revista do CAAP**, v.21, n.02, p.65-80, 2015.

JUNIOR, C.P.E.; BREGALDA, M.M.; SILVA, B.R. Qualidade de vida de detentos(as) da “Primeira Ala LGBT do Brasil”. **Bagoas**, v.9, n.3, p.253-277, 2015.

KOLLING, G.J.; SILVA, M.B.; PIRES DE SÁ, M.C.D.N. O direito à saúde no sistema Prisional. **Revista Tempus Actas Saúde**, v.7, n.1, p.281-297, 2013.

LERMEN, H.S. *et al.* Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.25, n.3, p.905-924, 2015.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Plano Estadual de Saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2016.

MINAYO, M.C.; RIBEIRO, A.P. Condições de Saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.7, p.2031-20140, 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris: UNESCO, 1948.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. **Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos**. Genebra: UNESCO, 1996.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. **Regras Mínimas para Tratamento de Prisioneiros**. Genebra: UNESCO, 1955.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health**. Copenhagen, Denmark: WHO, 2007.

PINHEIRO, M.C. *et al.* Perfil do adoecimento dos homens privados de liberdade no sistema prisional. **Investigación y Educación en Enfermería**, v.33, n.2, p.269-279, 2015.

POPADIUK, G.S.; OLIVEIRA, D.C.; SIGNORELLI, M.C A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.5, p.1509-1520, 2017.

PORTO, S.M. **Justiça social e equidade em saúde**. In: Curso de Iniciação em Economia da Saúde para a Tomada de Decisão, 6. Manual do curso. Brasília: DES/SCTIE/MS, 2004.

SANTANA, N.T.T.; VOLPATO, L.M.B. O preconceito Enfrentado por Homossexuais Privados de Liberdade. **Seminário Integrado**, s.v; s.n, p.1-9, 2015.

SILVA, J.W.S.B. *et al.* Políticas públicas de saúde voltadas à população LGBT e à atuação do controle social. **Espaço para a Saúde**, v.140-149, 2017.

SILVA, M.B.B. Emergência de uma política, extinção de uma coordenação: sobre a gestão da saúde penitenciária no Brasil. **Ciência & Saúde coletiva**, v. 21, n. 7, p. 2021-2030, 2016.

SOBRAL SILVA, C. **A terceirização de presídios a partir do estudo de uma penitenciária do Ceará**. Dezembro. 2005. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/6541/a-terceirizacao-de-presidios-a-partir-do-estudo-de-uma-penitenciaria-do-ceara>>. Acesso em: 27 out. 2017.

SOUZA, M.O.S.; PASSOS, J.P. A prática de enfermagem no sistema penal: limites e possibilidades. **Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.12, n.3, p.417-423, 2008.

STURZA, J.M.; SCHIMITT, F. **As políticas públicas locais de concretização do direito constitucional à saúde no sistema prisional** [Internet]. Manaus; 2008. Disponível em: <https://www.conpedi.org.br/manaus/arquivos/anais/salvador/janaina_machado_sturza.pdf>. Acesso em: 20 out. 2017.