

**DIRIETO Á SAÚDE NO
SISTEMA PRISIONAL
BRASILEIRO: ENTRE A
GARANTIA DO DIREITO
FUNDAMENTAL,
DIGNIDADE HUMANA E A
REALIDADE
NEGLIGENCIADA**

**RIGHT TO HEALTH IN THE BRAZILIAN PRISON SYSTEM: BETWEEN THE
GUARANTEE OF FUNDAMENTAL RIGHTS, HUMAN DIGNITY AND THE
NEGLECTED REALITY**

Ciências Sociais Aplicadas • 20/04/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/776608998](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/776608998)

Marcos André Nascimento Cordeiro¹

Bruno Marcelo de Jesus Martins²

Marcos André Barros Pereira³

Donizete Vaz Furlan⁴

Renan dos Santos Rocha⁵

RESUMO

Esta pesquisa analisa a eficácia do direito à saúde no contexto do sistema prisional brasileiro, focando na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade. A hipótese de pesquisa se origina da proposta da política de saúde prisional e sua aplicação diante da Constituição em relação à dignidade da pessoa humana, visto a realidade de um sistema prisional, que se caracteriza pela superlotação e por sérias falhas na implementação da ação de saúde pela administração. A pesquisa é qualitativa, baseada em dados estudo bibliográfico e documental. Os dados indicam que, apesar dos progressos legislativos, persistem sérias falhas estruturais, como a carência de atendimento emergencial de saúde e de recursos adequados. Por isso, é imprescindível que a efetivação desse direito fundamental se dê através de um planejamento administrativo eficiente que leve em conta tanto a estrutura física das unidades quanto o redimensionamento das equipes de saúde, para que consigam atender às particularidades regionais, assegurando, dessa maneira, a dignidade da pessoa humana e a verdadeira ressocialização do indivíduo que se encontra privado de liberdade.

Palavras-chave: Dignidade da Pessoa Humana; Direitos Fundamentais; Constituição; Direito a Saúde; Sistema Prisional.

ABSTRACT

This research analyzes the effectiveness of the right to health in the context of the Brazilian prison system, focusing on the National Policy for Comprehensive Health Care for People Deprived of Liberty. The research hypothesis originates from the proposal of the prison health policy and its application in light of the Constitution regarding the dignity of the human person, considering the reality of a prison system characterized by overcrowding and serious failures

in the implementation of health care by the administration. The research is qualitative, based on bibliographic and documentary data. The data indicate that, despite legislative progress, serious structural flaws persist, such as the lack of emergency health care and adequate resources. Therefore, it is essential that the realization of this fundamental right occurs through efficient administrative planning that takes into account both the physical structure of the units and the resizing of health teams, so that they can meet regional particularities, thus ensuring the dignity of the human person and the true resocialization of the individual who is deprived of liberty.

Keywords: Dignity of the Human Person; Fundamental Rights; Constitution; Right to Health; Prison System.

1. INTRODUÇÃO

A saúde prevista na Constituição é um direito fundamental, garantido a todos, sem exceção, por meio do Sistema Único de Saúde. Desta forma, a pessoa privada de liberdade é alcançada por esse princípio fundamenta e pelo aparato normativo — a exemplo da Lei de Execução Penal e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade, que tem garantido essa assistência de saúde.

Nesse sentido, o estudo se propõe a investigar até que ponto o direito à saúde é realmente assegurado à população carcerária, considerando as limitações práticas na execução das políticas públicas.

A importância da pesquisa se dá no aspecto de se aferir a efetividade dos direitos fundamentais em contextos de extrema

vulnerabilidade, como os presídios, onde a dignidade da pessoa humana é constantemente desrespeitada, no que diz respeito a assistência a saúde da pessoa privada de liberdade.

O objetivo geral é investigar a efetivação do direito à saúde no sistema prisional, enquanto os objetivos específicos incluem a avaliação do arcabouço legal, das políticas públicas em vigor e dos principais obstáculos à sua implementação.

O referencial teórico fundamenta-se na doutrina constitucional acerca dos direitos fundamentais, da dignidade da pessoa humana e das políticas públicas, possibilitando uma crítica da disparidade entre o que é escrito e o que realmente ocorre. O texto está organizado para, primeiramente, tratar da evolução do direito à saúde, depois da análise normativa, passando pelas políticas públicas até a efetividade no sistema prisional, e na sua conclusão se evidenciou que há um distanciamento concreto na aplicação da saúde prisional, com real ênfase ao desrespeito aos direitos fundamentais e dignidade da população prisional.

2. DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

A saúde prisional sofre influência do que aconteceu com a evolução na história do Sistema Único de Saúde – SUS no Brasil, pois toda política pública de atenção à saúde de hoje se estrutura nas diretrizes da saúde pública.

Desse modo, com a “Proclamação da República, em 1889, [isso] embalado na ideia de modernizar o Brasil”⁶ frente a um “país predominantemente rural, com um contingente estimado em 70%, entre analfabetos e doentes, surgiu “no âmbito das políticas sociais,

pela Constituição de 1891, [o encaminhamento de que] cabia aos estados a responsabilidade pelas ações de saúde, de saneamento e de educação”⁷.

Nesse período, o país se consolidava frente aos problemas latentes de integração de saúde (epidemias) e saneamento.

Essa iniciativa nascia da imperiosa condição de modificar o cenário nacional que até então não tinha suporte na ciência biomédica para tratar do tema saúde, conforme Erika Cordeiro de Albuquerque dos Santos Silva Lima quando esclarece que:

Nestas instituições, uma nova geração de médicos, formados segundo o paradigma da bacteriologia e influenciados pela pesquisa científica praticada na França e na Alemanha, começaria a exercer forte influência nas concepções sobre as doenças transmissíveis e nas propostas de ações em saúde pública.

[Neste período] um ativo movimento de Reforma Sanitária emergiu no Brasil durante a Primeira República, sob a liberação da nova geração de médicos higienistas, que alcançou importantes resultados. Entre as conquistas a criação, destaca-se a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1920. Durante a Primeira República, foram estabelecidas as bases para a criação de um Sistema Nacional de Saúde, caracterizado pela verticalização das ações no governo central.⁸

Pois bem, já nos anos de 1930 o “primeiro governo Vargas é reconhecido pela literatura como um marco na configuração de políticas sociais no Brasil”⁹, nessa época há uma mudança na política pública, visto o “arcabouço jurídico e material que conformaria o sistema de proteção social”¹⁰, que sustentava um estado corporativista e amparado na crescente massa trabalhadora.

Em meados da década de 50 “a principal mudança consistiu na criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp), que cabia a saúde pública”¹¹, ou seja, a esse incumbia da prestação do serviço de saúde aos pré-cidadãos, estes chamados assim porque não exerciam atividades remuneratória.

O Brasil em 1967 levado por um processo de modernização do setor saúde “[unifica as] IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e cria um mercado para as ações que serão produzidas pelas empresas vendedoras de serviços médicos e fortalece o movimento de privatização do setor”¹², o que “consolida a posição hegemônica da Previdência Social, com a aceleração do crescimento da atenção médica da Previdência e o esvaziamento da saúde pública”¹³. Aqui se começa a pensar em alternativas racionais de políticas públicas de saúde para atender à população.

Com esse pensar, o Brasil diante do cenário de descompasso entre os serviços de saúde oferecidos àquela parcela da população que contribuía, passou a buscar um novo modelo de assistência, assim:

(...) surgiram os primeiros projetos-piloto de medicina comunitária, realizados por instituições acadêmicas e Secretarias de Saúde, e as primeiras experiências de municipalização da saúde. Nesses espaços de construção da medicina comunitária, foi gestado e difundido o movimento sanitário. Esse movimento, coordenado por grupo de intelectuais localizados em espaços acadêmicos e institucionais, articulados com partidos políticos de esquerda, constitui-se na base político-ideológica da reforma sanitária brasileira.¹⁴

Diante do movimento popular a saúde começa a ser pensada como algo que deve atingir a população coletivamente, e, em 1972 é iniciado na cidade de “Montes Claros, região Norte do Estado de Minas Gerais, estudos para um projeto experimental com objetivo de encontrar modelos de extensão de cobertura”¹⁵. Foi nesse momento que surgiu o paciente zero, pois esse influenciou o nascimento em 1975 “do Sistema Nacional de Saúde (SNS), em uma tentativa de institucionalização e racionalização do modelo vigente, sem, entretanto, enfrentar as contradições fundamentais do sistema”¹⁶, e assim cresceu a necessidade de mudança para a política pública de atendimento da saúde no Brasil.

Essa mudança institucional para a saúde aconteceu com a 3ª Conferência de Saúde que tratou a “distribuição de responsabilidade entre os entes federativos, diante de uma avaliação crítica da realidade sanitária do país e uma clara proposição de municipalização dos serviços de saúde”¹⁷, e nessa esteira, o Brasil em

1978 na participação na “Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata (Cazaquistão, antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas – URSS)”¹⁸ participou da declaração que previu a:

(...) expressa necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde, do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo [com a participação do representante do governo brasileiro], o ministro da Saúde, Almeida Machado.¹⁹

Desse modo, com a expressão desta participação popular em 1986, o movimento deu gestação ao Sistema Único de Saúde – SUS pois:

(...) ocorreu o evento político-sanitário mais importante da segunda metade do século, a VIII Conferência Nacional de Saúde. Essa Conferência foi convocada pelo ministro Carlos Sant'ana, promovida sob a gestão do ministro Roberto Santos, e nela foram lançadas as bases doutrinárias de um novo sistema público de saúde, e tinha como temas oficiais: 1) Saúde como Dever do Estado e Direito do Cidadão; 2) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e 3) Financiamento Setorial (presidente José Sarney, 1985-1990). Essa Conferência teve desdobramento imediatos em um conjunto de trabalhos técnicos desenvolvidos pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária que serviram de base à elaboração da Seção da Saúde da Constituição Federal de 1988.²⁰

Essa base de evolução da política pública da saúde é importante para se compreender a luta de transformar um sistema excludente e restrito para uma política pública universal e coletiva, e, “organizada em redes regionalizadas e hierarquizadas que [atuaria] em todo território nacional, com a direção única em cada esfera de governo”²¹, o que torna o SUS uma política pública de promoção de direitos básicos e de cidadania, onde o homem é acolhido como ser humano digno.

3. LEGISLAÇÃO BRASILEIRA PARA CONCRETIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL

O Sistema Único de Saúde garante o acesso à saúde para todos os cidadãos, sejam eles privados de liberdade ou não, e, deve garantir acesso irrestrito e implementar uma gestão pública articulada para alcançar esse objetivo, conforme afirma Aurilene Josefa Cartaxo Gomes Arruda:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Este texto abrange um amplo espectro de saúde, considerando esse um direito universal, que inclui desde a saúde preventiva perpassando os estágios intermediários até atingir a saúde curativa. Seu enfoque está pautado na qualidade de vida, colocando a saúde como um elemento de direito e promoção de vida. A Constituição Federal, no Artigo 197, estabelece que é de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle. De acordo com o Artigo 198 da Constituição “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único.”²²

Assim, com a incorporação do Sistema Único de Saúde na Constituição, esse direito ganhou fundamentos normativos Constitucionais que visam promover sua implementação em todo o

Brasil. Nesse contexto, essa política de saúde foi estabelecida por lei, conforme Rafaela Karla de T. Solha preclara, quando esclarece que a regulamentação da:

(...) Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde e sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, além de dar outras providências. [Trazendo] princípios calcados em ética e solidariedade, para guiar o sistema: universalidade (todo cidadão brasileiro tem direito a usar os serviços do SUS); equidade (os serviços devem ser ofertados de acordo com a necessidade de cada cidadão/população, com justiça social); e integralidade (os serviços devem ter foco na prevenção de doenças, na promoção da saúde, na cura e na reabilitação, atendendo às necessidades de saúde da população como um todo).²³

Dessa forma, implantado o Sistema Único de Saúde, a assistência de saúde prisional foi alcançada no intuito de se promover condições para ações concretas de acesso, das pessoas privadas de liberdade, à saúde integral e efetiva.

O Sistema Único de Saúde, que garante o acesso a todos os cidadãos, estava desconectado do sistema prisional. No entanto, a saúde desse sistema era atendida de maneira indireta, uma vez que os atendimentos precisavam ser realizados a partir das unidades

externas quando o caso exigia maior especificidade. Assim, para incluir esse público nas políticas públicas de saúde, tornou-se necessário abranger o homem privado de liberdade de modo que:

(...) Ministério da Saúde, em ação integrada com o Ministério da Justiça, [criou e elaborou] o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, ... desenvolvido dentro de uma lógica de atenção à saúde fundamentada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Este Plano [alcançaria] resultados a partir do envolvimento das Secretarias Estaduais de Saúde e de Justiça e das Secretarias Municipais de Saúde, reafirmando a prática da intersectorialidade e das interfaces que nortearam a sua construção. A consolidação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário [representou] um avanço para o País, na medida em que, pela primeira vez, a população confinada nas unidades prisionais é objeto de uma política de saúde específica, que possibilita o acesso a ações e serviços de saúde que visam a reduzir os agravos e danos provocados pelas atuais condições de confinamento em que se encontram, além de representar sua inclusão no SUS.²⁴

Esse Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional Penitenciário - PNSSPP garantiu a saúde dentro dos presídios, de forma a oferecer os princípios da universalidade, equidade e integralidade do Sistema

Único de Saúde - SUS, o que foi instituído pela Portaria Interministerial nº 1.777/2003, que previu a:

(...) inclusão da população penitenciária no SUS, garantindo que o direito à cidadania se efetive na perspectiva dos direitos humanos. O acesso dessa população a ações e serviços de saúde é legalmente definido pela Constituição Federal de 1988, pela Lei n.º 8.080, de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde, pela Lei n.º 8.142, de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, e pela Lei de Execução Penal n.º 7.210, de 1984.²⁵

Após a implantação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional Penitenciário – PNSSPP, ao um longo de um período de avaliação, esse dá lugar à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional – PNAISP, em 2014, através da Portaria Interministerial nº 1²⁶, com intuito de oferecer uma política de financiamento e incentivo aos entes estatais, para a implantação da saúde dentro do sistema penitenciário.

Essas bases normativas foram previstas para dar um arcabouço jurídico de proteção e vinculação da ação estatal para financiar a estrutura e assistência de saúde dentro do sistema prisional, pois aqui, se coloca não como uma política de Governo, momentânea e de acordo com interesses locais, mas como uma política de Estado, de ação estruturada, pensada por diferentes setores da sociedade e

que se mantém no tempo, mesmo com as trocas de governos, assim seu planejamento pelo Estado é algo que credibiliza sua existência com política pública.

4. LEI DE EXECUÇÃO PENAL

O sistema carcerário do Brasil tem características que impõem constante fiscalização por parte da sociedade civil e dos órgãos públicos afins, pois aqui existe uma vinculação desses a gestão, visto a imperatividade da Constituição e da Lei 7.210/84, que colocam no centro de tudo o homem, o que claro alcança a pessoa privada de liberdade.

Dessa feita, o trabalho direcionado à assistência de saúde do homem privado de liberdade está pautado acima de tudo pela busca incessante do respeito aos direitos fundamentais, e, essa condição em obter a efetividade da dignidade da pessoa humana como fim, e para isso Ingo Wolfgang Sarlet descreve e alerta que:

(...) onde não houver respeito pela vida e pela integridade física do ser humano, onde as condições mínimas para uma existência digna não forem asseguradas, onde a intimidade e identidade do indivíduo forem objeto de ingerências indevidas, onde sua igualdade relativamente aos demais não garantida, bem como onde não houver limitação do poder, não haverá espaço para a dignidade da pessoa humana, e está não passará de mero objeto de arbítrio e injustiças.²⁷

Essa premissa acima, centraliza aqui o assunto na saúde prisional, atendendo os aspectos estabelecidos da Lei nº 7.210/84 e das garantias aos direitos básicos do homem privado de liberdade.

Assim, de acordo com Luiz Eduardo de Andrade Sódre o homem privado de liberdade deve ser atendido por ações que promovam esse direito assegurado, por isso diz que:

A assistência ao preso e ao internado, estendendo-se o egresso, é dever do Estado, objetivando prevenir o crime e orientar o retorno á convivência em sociedade. A assistência será material, à saúde, jurídica, educacional, social e religiosa. A assistência à saúde do preso e do internado, de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico. Quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover a assistência médica necessária, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento.²⁸

Quando o objeto é a garantia da saúde do homem privado de liberdade, remete-se como primeira previsão desse amparo a Lei de Execução Penal, todavia antes de sua promulgação em 1984, já havia um ato positiva de amparo aos direitos do homem privado de liberdade, pois:

As Regras Mínimas para Tratamento de Prisioneiros, adotadas pelo 1º Congresso das Nações Unidas sobre Prevenção do Crime e Tratamento de Delinquentes, realizado em Genebra, no período de 22 de agosto a 3 de setembro de 1955, são recomendadas pela Organização das Nações Unidas (ONU) como referencial mínimo para organização dos sistemas de execução de penas e tratamento dos presos no mundo, tendo como princípio fundamental a sua aplicação de forma imparcial, não devendo existir qualquer espécie de discriminação, seja por origem, raça, cor, sexo, língua, religião, etc. Consta no documento que tais regras não objetivam detalhar ‘um sistema penitenciário modelo’, mas estabelecer, ‘inspirando-se em conceitos geralmente admitidos em nossos tempos e nos elementos essenciais dos sistemas contemporâneos mais adequados’, princípios e regras básicos que orientem “uma boa organização penitenciária e da prática relativa ao tratamento de prisioneiros”. Servem, também, para ‘estimular o esforço constante com vistas à superação das dificuldades práticas que se opõem a sua aplicação’²⁹

Portanto, essa condição de proteção plena dos direitos fundamentais das pessoas privadas de liberdade, é anterior à própria prisão, porque vem do direito natural do homem, assim, o Estado tem que garantir o bem-estar social (direitos básicos), para que a estrutura do poder administrativo não venha desrespeitar uma

norma fundamentadora do Estado Democrático de Direito, e, que sustenta os direitos básicos do homem, qual seja: a dignidade.

5. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE

Nesse estudo a saúde enquanto direito básico é o ponto focal para a efetivação da dignidade do homem privado de liberdade, assim há a necessidade inicial de se traçar a busca de respostas quanto ao atendimento de saúde dentro do Sistema Prisional, mas para isso deve-se conceituar o que é saúde.

Dessa forma, na concepção de Fernando Luiz Rizzolo Nogueira, a saúde é o:

(...) completo bem-estar, físico, mental e social e não somente ausência de doença ou enfermidade. [Assim como, enfatiza, que saúde da pessoa é a condição de quem], gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir e constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social; que a saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados.³⁰

Nesse quadro de conceito de gozo do pleno estado de saúde, o “Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) teve o

objetivo de aproximar a população penitenciária ao SUS, buscando garantir que o direito à saúde se efetivasse em uma perspectiva de direitos humanos”³¹ e isso se deu pela “grave situação em que se [encontravam] as pessoas privadas de liberdade, refletida, dentre outros fatores, nas práticas de violência, na precariedade de espaços físicos e na carência do atendimento de saúde”³².

Essa ação governamental se pautou em “resultados a partir do envolvimento das Secretarias Estaduais de Saúde e de Justiça e das Secretarias Municipais de Saúde, reafirmando a prática da intersetorialidade e das interfaces que nortearam a sua construção”³³. Assim, essa seria a primeira ação planejada que nascia pela “Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de janeiro de 2003”³⁴ para intervir na saúde dentro do sistema penitenciário brasileiro.

Para Luiz Eduardo de Andrade Sodré o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) é pensado de acordo com a política de saúde que se apresentava até então, posto que:

Embora o SUS já estivesse instituído e normatizado desde 1990, respectivamente por meio das Leis 8080 e 8142, foi apenas em 2003 que se consagrou a necessidade de organização de ações e serviços de saúde no sistema penitenciário com base nos princípios e diretrizes do SUS, por meio da instituição do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), através da Portaria Interministerial nº 1777, dos Ministérios da Saúde e da Justiça, de 9 de setembro de 2003.³⁵

Essa intervenção estatal se concentra em um esforço do “Ministério da Saúde, em ação integrada com o Ministério da Justiça”³⁶, que buscou as suas bases na “lógica de atenção à saúde fundamentada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)”³⁷, o que levou, pela evolução e avaliação, a reorientação do modelo dessa ação, que mais tarde se transformaria em uma política de saúde direcionada ao sistema penitenciário.

Essa política pública se direcionava para a prevenção básica, visto que segundo Luiz Eduardo de Andrade Sodré:

A partir da instituição do PNSSP, a assistência passou a ser guiada pela lógica da atenção básica, qual seja, a prevenção e promoção em saúde enquanto atividades prioritárias, bem como o investimento em grupos de riscos reunidos com base em instrumentos epidemiológicos de aferição da prevalência e incidência de doenças e agravos. Para que esta atenção seja realizada, as equipes de saúde tanto podem estar localizadas em um posto de saúde fora da unidade prisional quanto em um centro de saúde no interior da mesma, permanecendo dentro delas quando o número de pessoas privadas de liberdade ultrapasse 100 e estendendo suas ações para dentro daquelas que apresentarem menos de 100.³⁸

Na verdade, quando pensaram o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), era dentro de uma realidade para a época, que não previu o crescimento tão rápido da população encarcerada, pois a:

(...) população carcerária no Brasil [era] de aproximadamente 210.150 pessoas, segundo dados oficiais do DEPEN/Ministério da Justiça (agosto/2003). Estas pessoas [se encontravam] distribuídas nos diferentes estabelecimentos penais que compõem o Sistema Penitenciário Brasileiro. Aproximadamente, 75% dos presos [estavam] recolhidos em presídios e penitenciárias, unidades destinadas a presos condenados à pena de reclusão em regime fechado.³⁹

Assim, com o passar do tempo, a realidade, à época, impôs uma nova dinâmica, visto a necessidade para uma nova direção do atendimento da ação de saúde dentro dos presídios, porque já em 2013 o cenário do:

(...) encarceramento tornou-se mais alarmante do que se imaginava na época. De 2003 a 2013 houve um aumento de aproximadamente 120% da população prisional, passando de cerca de 240.000 custodiados para 600 000. Estima-se que esta população possa atingir um milhão de encarcerados até o final da década, segundo o Conselho Nacional de Justiça (CNJ).⁴⁰

Nessa realidade, se “apontou a urgência da elaboração de uma política pública de saúde para o sistema prisional”⁴¹, que se pautou, também, nessa nova roupagem, pelos princípios do Sistema Único de Saúde.

Pois bem, nasce para o Estado Brasileiro a PNAISP - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, que foi instituída pela “Portaria Interministerial nº 1/2014”⁴², no intuito de assegurar de acordo com Luiz Eduardo de Andrade Sodré:

*(...) os direitos previstos constitucionalmente e os princípios do SUS, bem como o acesso ao cuidado integral em saúde, e atenção universal a todos inseridos no sistema prisional. Por definição, as pessoas privadas de liberdade que se incluem nessa política aquelas em cárcere com idade superior a dezoito anos, que estejam sob custódia do Estado. Os benefícios incluídos nessa política se estendem também às pessoas que se encontram em regime semiaberto, aberto, e àquelas submetidas à medida de segurança.*⁴³

Essa política pública trouxe uma inserção na estrutura do sistema prisional da saúde primária, através de equipes pré-constituídas de profissionais de saúde, que prestariam assistência direta à população carcerária.

Agora a gestão pública não mais ofertará o serviço através de suas unidades descentralizadas na rede hierarquizada do Sistema Único de Saúde - SUS, mas, diretamente à população carcerária, com intuito primeiro de prevenir doenças, mas atuando, também na parte curativa, e, caso assim necessário, o encaminhamento a unidades especializadas do sistema integrado e local.

6. DIREITO À SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL

Os direitos sociais no Brasil tiveram maior ênfase, quando sua previsão Constitucional os trouxe para o arcabouço de proteção máxima, e, isto só foi algo concretamente observado no texto de 1988.

Para sustentar esse reconhecimento, Flávio Martins afirma que “os direitos sociais são efetivamente direitos fundamentais”⁴⁴, com isso se referindo à proteção que esses devem ter no contexto dos direitos Constitucionais.

A esse respeito, Flávia Piovesan discorre sobre a recepção da Constituição e declara a fundamentalidade dos direitos sociais asseverando que:

*(...) o texto de 1988 ainda inova ao alargar a dimensão dos direitos e garantias, incluindo no catálogo de direitos fundamentais não apenas os direitos civis e políticos, mas também os sociais. Trata-se da primeira Constituição brasileira a inserir na declaração de direitos os direitos sociais, tendo em vista que nas Constituições anteriores as normas relativas a tais direitos encontravam-se dispersas no âmbito da ordem econômica e social, não constando do título dedicado aos direitos e garantias (...).*⁴⁵

Aqui, a fundamentalidade aderida, que segundo Carolina Olsen é em virtude da “correspondência havida entre os direitos fundamentais e o núcleo de valores que informa a Constituição dentre os quais vale destacar a dignidade da pessoa humana”⁴⁶, e aqui se observa o reconhecimento de um Estado Social e a garantia de “direitos básicos como saúde, educação, alimentação e moradia”⁴⁷, entre outros. Nessa perspectiva de proteção, os direitos fundamentais exigem reconhecimento geral e o respeito ao seu núcleo essencial, o que Jorge Miranda enfatiza quando fala da dignidade da pessoa humana, quando fala e traz o seguinte ensinamento:

(...) representando expressiva parcela da doutrina constitucional contemporânea, a Constituição, a despeito de seu caráter compromissário, confere uma unidade de sentido, de valor e de concordância prática ao sistema de direitos fundamentais, que, por sua vez, repousa na dignidade da pessoa humana, isto é, na concepção que faz da pessoa humana fundamento e fim da sociedade e do Estado, razão pela qual se chegou a afirmar que o princípio da dignidade humana atua como o 'alfa e ômega' do sistema das liberdades constitucionais e, portanto dos direitos fundamentais.⁴⁸

Assim, há um reconhecimento dos direitos sociais como fundamentais, que segundo afirmativa de Flávio Martins, quando diz que “de fato, os direitos sociais são formalmente fundamentais (estão previstos no texto constitucional como direitos fundamentais) e materialmente fundamentais”⁴⁹, não há outra concepção a não ser em acolher esses como essenciais e de importância suprema à ordem constitucional.

7. EFICÁCIA DO DIREITO À SAÚDE E ATIVIDADE JURISDICIONAL

Aqui os direitos sociais são colocados à frente e como único caminho da prestação estatal, posta a necessidade do atendimento à saúde, com respeito ao princípio do mínimo existencial.

Tal condição se amolda a condição do respeito a dignidade da pessoa humana como um princípio inviolável, assim valor e norma

devem ser vistos como uma proteção fundamental, e, nesse âmbito entra a saúde como serviço que dá significado ao conceito de bem-estar social (estado de atendimento dos direitos básicos do homem), que por isso é e deve ser protegido pelo Estado Democrático de Direito.

Com este olhar é que Gilmar F. Mendes, João Trindade Filho e Raphael Carvalho da Silva colocam que há um compromisso a ser declarado quando dizem que:

A CF de 1988 consagrou de forma expressa um conjunto abrangente de direitos fundamentais sociais (CF, art. 6º, alimentação, trabalho, moradia), contemplando educação, saúde, alimentação, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância e assistência aos desamparados, bem como especificou os respectivos conteúdos e formas de prestação (CF, arts. 196, 201, 203, 205, entre outros). Ao positivar uma lista abundante de direitos sociais, o legislador constituinte impôs ao Poder Público um compromisso intervencionista nessa seara, na medida em que, conforme arrebatou o próprio texto constitucional, é satisfeito com a formulação de políticas sociais e econômicas voltadas à redução e à superação das desigualdades sociais. São, portanto, direitos que estão condicionados à existência de políticas públicas para que sejam efetivados.⁵⁰

Dessa forma, não pode o direito depreciar esta proteção fundamental, os textos jurídicos a iniciar com a Constituição, devem impor a todos o zelo pela aplicação e respeito a este instrumento de efetividade e de proteção ao ser humano.

Dito isto, pode a atividade jurisdicional se arvorar sobre o planejamento da gestão governamental quando a discussão é a efetividade da prestação da saúde, e, com isto o atendimento das necessidades básicas do homem?

Para responder à pergunta, Gilmar F. Mendes, João Trindade Filho e Raphael Carvalho da Silva trazem uma interpretação particular quando da notícia de intervenção do judiciário sobre assuntos que estão sob o crivo de gestão do executivo e legislativo, e, diante da moldura estabelecida se pronunciam da seguinte forma:

Sob o prisma jurídico, a Constituição Federal (CF) de 1988 previu um amplo e generoso catálogo de direitos sociais, conferindo-lhes, ao menos formalmente, fundamentalidade. Essa circunstância, somada ao reconhecimento de normatividade às disposições constitucionais, representa uma verdadeira mudança de paradigma jurídico, materializada no abandono da concepção que traduzia (os direitos sociais) meros comandos programáticos, consubstanciando autênticas normas jurídicas. Dito de outro modo, passam as normas consagradoras de direitos sociais a veicular direitos subjetivos, dotadas de aplicabilidade direta e imediata, plenamente exigíveis pela via judicial, prescindindo, bem por isso, de interpositivo legislatoris para sua adjudicação. Mais: ao prever como direito fundamental o princípio da inafastabilidade do controle jurisdicional (CF/88, art. 5º, XXXV), o constituinte outorgou ao Poder Judiciário a prerrogativa de uma vez instado, zelar pelo efetivo cumprimento dos direitos fundamentais. Assim, sempre que um cidadão vindicar suposta lesão ou ameaça de lesão à sua esfera jurídica, o controle jurisdicional se impõe como dever impostergável. Estes, portanto, seriam os combustíveis que fomentam a discussão sob o enfoque estritamente jurídico.⁵¹

Portanto, o caráter essencial dos direitos sociais (saúde) leva ao entendimento que esse deve ter sua efetivação concretizada pelo planejamento estatal, e, na falta de mecanismos de gestão capazes de trazer soluções a prestação da saúde, por evidenciar políticas públicas ineficientes, pouco resolutivas ou negligentes por parte de Estado, é razoável que a intervenção do judiciário aconteça para manter o estado de bem-estar social consignado no amparo do texto constitucional.

8. SITUAÇÃO DA (IN)EFICÁCIA DO DIREITO À SAÚDE NO SISTEMA CARCERÁRIO NACIONAL

Para falar sobre a ineficácia do sistema penitenciário é necessário lembrar do cenário das prisões brasileiras, o que não é diferente em todo Brasil, pela notoriedade do tema. Portanto, os cenários de desrespeito aos direitos fundamentais e da dignidade da pessoa humana se apresentam no cárcere como uma cultura quase normalizada no país.

Para Luciano Meneguetti Pereira o Estado não oferece e nem respeita os ditames da lei, pois declara que:

(...) as pessoas presas no Brasil não são destituídas apenas do seu direito à liberdade, mas também têm violadas a sua dignidade e uma série de outros direitos (por exemplo, o direito à vida, à integridade física e psicológica, de não ser submetido a penas ou tratamentos desumanos ou degradantes etc.) que deveriam ser protegidos e garantidos pelo Estado dentro das prisões. Tudo em razão da precariedade do sistema prisional do país.⁵²

Dessa maneira, o propósito da ressocialização é acolher aquele que deve cumprir pena, no sentido de disponibilizar meios pelos quais possa obter uma consciência e aprendizado para um processo de resgate moral e ético na preparação do seu retorno ao convívio social, o que é sabotado, pelo Estado e pela sociedade.

Assim, ferir esse princípio único que é a dignidade da pessoa humana é algo que não deve ser aceito e normalizado pela sociedade, pois haverá como diz Jorge Reis Novais, em um primeiro momento, a ação de:

(...) violação da dignidade da pessoa humana quando alguém, independentemente das suas capacidades intrínsecas, das suas opções ou dos actos, é desrespeitado na sua humanidade, ou seja, é tratado, evidenciam um não reconhecimento ou um desrespeito que denigrem a sua qualidade especificamente humana ou o seu valor de pessoa, ou lhe infligem uma humilhação potencialmente destrutiva do seu auto-respeito.⁵³

Aqui a dignidade da pessoa humana é um princípio constitucional que deve ser visto como uma proteção basilar, para o homem. Dessa forma, as normas jurídicas na sua aplicação não devem considerar a interpretação judicial passiva e branda, pois a Constituição assim não prevê tal condição.

Então, a realidade nas prisões como Luciano Meneguetti Pereira afirma é a:

(...) superlotação dos presídios no Brasil e todas as violações de direitos que neles têm ocorrido são fatos reveladores de uma realidade muito diferente, isto é, de uma situação de menoscabo não apenas aos direitos consagrados na Constituição, mas também àqueles previstos em diversos diplomas normativos internacionais dos quais o Brasil é parte, e por meio dos quais se comprometeu internacionalmente quanto à proteção e efetivação dos direitos por eles protegidos.

A precariedade do sistema prisional brasileiro, evidenciada notadamente pela superlotação, que por sua vez acaba por constituir um mecanismo de potencialização de múltiplas violações de direitos humanos, revela a falha e a incapacidade do Estado brasileiro em cumprir um dos principais objetivos da sanção que é a promoção da ressocialização dos indivíduos e a sua reinserção para uma vida plena em sociedade. No entanto, as pessoas presas no Brasil não são destituídas apenas do seu direito à liberdade, mas também têm violadas a sua dignidade e uma série de outros direitos (por exemplo, o direito à vida, à integridade física e psicológica, de não ser submetido a penas ou tratamentos desumanos ou degradantes etc.) que deveriam ser protegidos e garantidos pelo Estado dentro das prisões. Tudo em razão da precariedade do sistema prisional do país.⁵⁴

Em razão disso, a política pública de atendimento aos direitos básicos do homem privado de liberdade sofre um prejuízo enorme, pois não se tem como pensar em um processo de ressocialização com essas ofensas perpetradas contra o estado de bem-estar social.

Luiz Eduardo de Andrade Sodré explica que esse ponto específico, qual seja:

A assistência à saúde que deve ser prestada ao interno consiste no desenvolvimento de ações visando garantir a correta aplicação de normas e diretrizes da área de saúde, compreendendo os atendimentos médico, farmacêutico, odontológico, ambulatorial e hospitalar, dentro do estabelecimento penal federal ou instituição do sistema de saúde pública, nos termos de orientação do Departamento Penitenciário Nacional. A assistência psiquiátrica e psicológica será prestada por profissionais da área, por intermédio de programas envolvendo o preso e seus familiares e a instituição, no âmbito dos processos de ressocialização e reintegração social.⁵⁵

Assim, o respeito aos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, quais sejam, da universalidade, equidade e integralidade devem ser aplicados ao homem privado de liberdade, e para isso a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional - PNAISP foi pensada e colocada em prática em todo o Brasil, todavia, diante da realidade da falta de estrutura, abandono e a superlotação no sistema carcerário não se

pode esperar uma efetividade para esse serviço, e, ao mesmo tempo uma real proteção da dignidade do homem aprisionado.

9. CONCLUSÃO

A questão do direito à saúde no sistema carcerário brasileiro é clara: existem políticas de saúde e leis que garantem a assistência, mas elas não são aplicadas pelo Estado de forma eficiente, pois o ente estatal apesar de reconhecer esse direito, na prática, os internos ainda enfrentam dificuldades para acessar o atendimento de saúde, isso devido à infraestrutura e à continuidade do cuidado.

A assistência da saúde prisional deve ter uma mudança na sua condução de monitoramento e aplicação. A falta de um planejamento público, principalmente pelos Estados, realmente precisa ser repensada. A superlotação, a falta de pessoal e a má gestão comprometem qualquer tentativa de garantir um mínimo de dignidade a saúde no sistema prisional. Assim, o direito fundamental à saúde se torna algo limitado e muitas vezes inacessível.

Em síntese, garantir a saúde no sistema prisional não é apenas uma obrigação legal, é também uma questão de humanidade e responsabilidade do Estado, que, sem o controle e monitoramento mais eficaz, se torna o principal responsável por lesar os direitos fundamentais do homem privado de liberdade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMAPÁ. Secretaria de Estado da Justiça e Segurança Pública. Coordenadoria de Programas e Projetos. **Aparelhamento de unidades básicas de saúde no sistema prisional do estado do amapá**. Macapá. 2011.

AMAPÁ. Secretaria de Saúde do estado do Amapá e IAPEN - Instituto de Administração Penitenciária do Amapá. **Termo de cooperação técnica**. Secretaria de Saúde do Estado do Amapá. Prodoc nº 300101.00777.1851.0799/2021 – Gabinete Sesa. Macapá. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema único de saúde**. legislação estruturante do SUS: coleção para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional. **Política nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Justiça. Ministério da Saúde. **Portaria interministerial nº 1**, de 2 de janeiro de 2014. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://bibliotecadigital.economia.gov.br/handle/123456789/933>. Acesso em: 12 jan. 2026.

BRASIL. **Portaria nº 2.275**, de 17 de outubro de 2014. Ministérios da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/2014/prt2275_17_10_2014.html. Acesso em: 12 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário / Ministério da Saúde, Secretaria

de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

DE ARRUDA, Aurilene Josefa Cartaxo Gomes et al. **Direito à saúde no sistema prisional:** revisão integrativa. Revista de Enfermagem UFPE on line, v. 7, n. 11, p. 6646-6654, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/12320/15015>. Acesso em 12 jan. 2026.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D.R; EDLER, E. C. **As origens da reforma sanitária e do sus.** In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). Saúde e democracia: história e perspectivas do sus. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

LIMA, Erika Cordeiro de Albuquerque dos Santos Silva. **A crise do sistema prisional brasileiro e a política carcerária no estado de pernambuco:** estudo dos reflexos da decisão cautelar do supremo tribunal federal na arguição de descumprimento de preceito fundamental nº 347. Tese (Mestrado em Direito) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2020, Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/39164>. Acesso em: 12 jan. 2026.

MARTINS, Flávio. **Curso de direito constitucional.** Rio de Janeiro: Editora Saraiva, 2023.

MARTINS, Flávio. **Direitos sociais em tempos de crise econômica.** Rio de Janeiro: Editora Saraiva, 2022.

MENDES, Gilmar F.; SILVA, Raphael Carvalho da; FILHO, João Trindade C. **Políticas públicas no Brasil:** uma abordagem institucional. Rio de Janeiro: Saraiva Uni, 2017. *E-book*. Disponível em:

<https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788547218515/> .

Acesso em: 03 jan. 2026.

MIRANDA Jorge, **Manual de direito constitucional**, vol. IV, 3. ed., Coimbra: Coimbra Editora, 2000.

NARVAI, Paulo C. **SUS: uma reforma revolucionária**. Para defender a vida. (Coleção ensaios). São Paulo: Autêntica Editora, 2022. E-book. Disponível em:

<https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786559281442/>.

Acesso em: 25 mar. 2026.

NOGUEIRA, Fernando Luiz Rizzolo Vianna. **Princípio da dignidade humana: inclusão social pela saúde pública**. Tese (Mestrado em Direito) - UNIFIEO – Centro Universitário Fieo, São Paulo, 2011. Disponível em: <https://www.unifieo.br/dissertacoes/raquel-evelin-gon%C3%A7alves-coltro>. Acesso em: 12 jan. 2026.

NOVAIS, Jorge Reis. **A dignidade da pessoa humana: dignidade e direitos fundamentais**. 2ª ed. Coimbra: Almedina, 2015. v. 1. Edição Kindle.

NOVAIS, Jorge Reis. **A dignidade da pessoa humana: dignidade e inconstitucionalidade**. 2ª ed. Coimbra: Almedina, 2015. v. 2.

OLSEN, Ana Carolina Lopes. **A eficácia dos direitos fundamentais sociais frente à reserva do possível**. 2006. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/xmlui/handle/1884/3084>. Acesso em: 12 jan. 2026.

PEREIRA, Luciano Meneguetti. **O Estado de coisas Inconstitucional e a violação dos direitos humanos no sistema prisional brasileiro.**

Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos. 2017, v. 5, n. 1, jan/jun. 2017. Disponível em:

<https://www3.faac.unesp.br/ridh/index.php/ridh/article/view/472>.

Acesso em 12 de jan. 2026.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional.** 14 ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade (da pessoa) humana e direitos fundamentais na constituição federal de 1988.** 11ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado. 2024.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais:** uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 12ª ed. Porto Alegre: Livraria dos Advogados. 2015.

SODRÉ, Luiz Eduardo de Andrade. **Análise do serviço de saúde em população masculina privada de liberdade em são luís.** 2017. Tese (Mestrado em Direito) – Universidade Federal do Maranhão., São Luís, 2017. Disponível em: <https://tedebc.ufma.br/jspui/handle/tede/2037>. Acesso em: 12 jan. 2026.

SOLHA, Raphaela Karla de T. **Sistema Único de Saúde - Componentes, Diretrizes e Políticas Públicas.** Rio de Janeiro: Érica, 2014. E-book. Disponível em:

<https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788536513232/>.

Acesso em: 26 mar. 2026.

¹ Mestre em Direito pela UNIFIEO - Centro Universitário FIEO. Especialista em Direito Público pela Universidade do Estado do Amapá - UEAP. Especialista em Advocacia Criminal pela Faculdade de Belém - FABEL. Professor de Direito da Faculdade Estácio-Famap em Macapá. Advogado. E-mail: marcoscordeiroadvogado@hotmail.com

² Mestre em Direitos Humanos pela UNIFIEO - Centro Universitário FIEO. Coordenador e Professor do curso de Direito da Faculdade Estácio-Famap em Macapá. advogado. E-mail: brunomarcelomartins.adv@gmail.com

³ Mestre em Políticas Públicas pela UEC. Professor de Direito da Faculdade Estácio-Famap em Macapá. Advogado. E-mail: marcosandrepereira.adv@gmail.com

⁴ Doutorando em Estudos de Fronteira pela UNIFAP. Mestre em Direito pela UNIFIEO - Centro Universitário FIEO. Advogado. Historiador.

⁵ Mestrando em Direitos Humanos pela UNIFIEO - Centro Universitário FIEO. Professor de Direito da Faculdade Estácio-Famap em Macapá. Advogado. E-mail: adv.renansantos@hotmail.com

⁶ BRASIL. **Sistema único de saúde**. 2011, p. 11.

⁷ Id., 2011, p. 11.

⁸ LIMA, Erika Cordeiro de Albuquerque dos Santos Silva. **A crise do sistema prisional brasileiro e a política carcerária no estado de Pernambuco: estudo dos reflexos da decisão cautelar do**

**supremo tribunal federal na arguição de descumprimento de
preceito fundamental nº 347.** 2020, p. 12.

⁹ BRASIL. **Sistema único de saúde.** legislação estruturante do sus:
coleção para entender a gestão do sus. 2011, p. 13.

¹⁰ Ibidem., 2011, p. 13.

¹¹ BRASIL. **Sistema único de saúde.** legislação estruturante do sus:
coleção para entender a gestão do sus. 2011, p. 15.

¹² Op. cit., 2011, p. 13.

¹³ Ibidem., 2011, p. 13.

¹⁴ Ibidem., 2011, p. 13.

¹⁵ Op. cit., 2011, p. 14.

¹⁶ Ibidem., 2011, p. 14.

¹⁷ Op. cit., 2011, p. 16.

¹⁸ BRASIL. **Sistema único de saúde. legislação estruturante do sus:
coleção para entender a gestão do sus.** 2011, p. 14.

¹⁹ BRASIL. **Sistema único de saúde. legislação estruturante do sus:
coleção para entender a gestão do sus.** 2011, p. 14.

²⁰ BRASIL. **Sistema único de saúde. legislação estruturante do
sus: coleção para entender a gestão do sus.** 2011, p. 14.

²¹ Op. cit., 2011, p. 24.

²² DE ARRUDA, Aurilene Josefa Cartaxo Gomes et al. **Direito à saúde no sistema prisional: revisão integrativa.** 2013, p. 649.

²³ SOLHA, Raphaela Karla de T. **Sistema único de saúde - Componentes, diretrizes e políticas públicas.** 2014, p.12.

²⁴ BRASIL. **Plano nacional de saúde no sistema penitenciário.** 2005, p. 9.

²⁵ Ibidem. 2005, p. 9.

²⁶ BRASIL. Ministério da Justiça. Ministério da Saúde. **Portaria interministerial nº 1,** de 2 de janeiro de 2014.

²⁷ SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional.** 2015, p. 105.

²⁸ SODRÉ, Luiz Eduardo de Andrade. **Análise do serviço de saúde em população masculina privada de liberdade em São Luís.** 2017, p. 20.

²⁹ AMAPÁ. **Aparelhamento de unidades básicas de saúde no sistema prisional do estado do amapá.** 2011, p. 11.

³⁰ NOGUEIRA, Fernando Luiz Rizzolo Vianna. **Princípio da dignidade humana: inclusão social pela saúde pública.** 2011, p.92.

³¹ BRASIL. **Política nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional.** 2014, p. 7.

³² BRASIL. **Plano nacional de saúde no sistema penitenciário.** 2005, p. 9.

³³ Op. cit., 2005, p. 10.

³⁴ Ibidem, 2005, p. 10.

³⁵ SODRÉ, Luiz Eduardo de Andrade. **Análise do serviço de saúde em população masculina privada de liberdade em São Luís.** 2017, p. 21.

³⁶ BRASIL. **Plano nacional de saúde no sistema penitenciário.** 2005, p. 9.

³⁷ Op. cit., 2005, p. 12.

³⁸ SODRÉ, Luiz Eduardo de Andrade. **Análise do serviço de saúde em população masculina privada de liberdade em São Luís.** 2017, p. 21.

³⁹ BRASIL. **Plano nacional de saúde no sistema penitenciário.** 2005, p. 13.

⁴⁰ BRASIL. **Política nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional.** 2014, p. 5.

⁴¹ Op. cit., 2014, p. 6.

⁴² BRASIL. **Portaria nº 1, de 1 de janeiro de 2014.** 2014.

⁴³ SODRÉ, Luiz Eduardo de Andrade. **Análise do serviço de saúde em população masculina privada de liberdade em São Luís.** 2017, p. 22.

⁴⁴ MARTINS, Flávio. **Direito sociais em tempos de crise econômica.** 2022, p.158.

⁴⁵ PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional.** 2013. p. 96.

⁴⁶ OLSEN, Carolina. **Direitos fundamentais sociais frente a reserva do possível.** 2008. p. 26.

⁴⁷ MARTINS, Flávio. **Curso de direito constitucional.** 2023, p. 923.

⁴⁸ MIRANDA, Jorge. **O direito da dignidade humana.** 2000, p. 180.

⁴⁹ MARTINS, **Direito sociais em tempos de crise econômica.** 2022, p. 159.

⁵⁰ MENDES, Gilmar F.; SILVA, Raphael Carvalho da; FILHO, João Trindade C. **Políticas públicas no Brasil: uma abordagem institucional.** 2017, p.102.

⁵¹ Op. cit., 2017, p.100.

⁵² PEREIRA, Luciano Meneguetti. **O Estado de coisas inconstitucional e a violação dos direitos humanos no sistema prisional brasileiro.** 2017, p. 170.

⁵³ NOVAIS, Jorge Reis. **A Dignidade da pessoa humana: dignidade e inconstitucionalidade.** 2016, v. 2, p. 110.

⁵⁴ PEREIRA, Luciano Meneguetti. **O Estado de coisas inconstitucional e a violação dos direitos humanos no sistema prisional brasileiro.** 2017, p. 170

⁵⁵ SODRÉ, Luiz Eduardo de Andrade. **Análise do serviço de saúde em população masculina privada de liberdade em São Luís.** 2017, p. 21.