

Code: 13-BR S2-BR

As políticas públicas de saúde para a população privada de liberdade: O trabalho dos profissionais de saúde em um contexto de contrastes e tensões.

Luiz Eduardo Oliveira, Faculdade Sergipana/FASER
Cristiane Costa da Cunha Oliveira, Universidade Tiradentes/Brasil
Verônica Teixeira Marques, Universidade Tiradentes/Brasil

Luiz Eduardo Oliveira – Rua Francisco Rabelo Leite Neto, 940, Ed. Gileno Lima, Aracaju/Sergipe. 49037-240 eduardoabril1965@gmail.com

Resumo

As políticas públicas de saúde para a população privada de liberdade existem no Brasil há muitos anos e, de fato, não é por falta delas que o quadro caótico e aterrorizante parece caminhar para um colapso com consequências im (previsíveis). Os profissionais de saúde que exercem suas atividades laborativas neste contexto de tensões diárias estão igualmente vulneráveis às várias modalidades de perigo, quer seja a iminência de rebeliões, de ataques violentos perpetrados pelos detentos, ou até mesmo na aquisição de enfermidades encontradas nas unidades prisionais. A questão prisional revela-se interdisciplinar.

Palavras Chave: Políticas Públicas, profissionais de saúde, sistema prisional.

Resumen

Las políticas públicas de salud para la población privada de libertad han existido en Brasil hace muchos años, es decir, no es por la ausencia de ellas que el contexto caótico y de terror parece caminar para colapso con consecuencias in (previsibles). Los empleados de la salud que trabajan en este contexto de tensiones diarias están igualmente vulnerables a las muchas modalidades de peligro, como la inminencia de rebeliones, ataques violentos de los detenidos o mismo en la adquisición de enfermedades que han sido encontradas en las cárceles. La cuestión penitenciaria ha se revelado interdisciplinar.

Palabras Clave: Políticas Públicas, profesionales de la salud, sistema penitenciario.

Introdução

Constantemente são divulgadas informações na imprensa escrita e televisiva sobre as condições caóticas e desumanas vivenciadas pelas pessoas privadas

de liberdade dentro das unidades prisionais, porém poucas são as informações reveladas e discutidas sobre as condições de trabalho dos funcionários do sistema penitenciário nacional e dos profissionais de saúde que exercem suas atividades dentro das unidades prisionais ou prestando assistência à saúde, para esta parcela da sociedade que vulnerável e propositadamente “esquecida”, não pode procurar por seus próprios meios qualquer tipo de socorro para suas enfermidades.

As informações disponibilizadas aos consumidores e espectadores, passivos, explicam a inação estatal, nas três esferas do poder da república federativa do Brasil e não as justificam. Sabe-se pouco do que se passa por dentro das grades e o que é revelado contém informações fabricadas pela mídia. Os questionamentos e os discursos sobre as condições do sistema prisional perpassam sobre a necessidade de construção de novos complexos penitenciários e de adoção de penas mais rigorosas, porém a forma da prestação dos serviços, as condições enfrentadas pelos profissionais de saúde e dos que trabalham nas unidades prisionais não são postos em análise crítica pelos gestores e nem pela sociedade.

Importante registrar que o processo anterior à adoção de uma determinada política pública, participação dos gestores e da sociedade, pode conter revelações sobre a intencionalidade da escolha de uma determinada política, bem como pode fornecer indícios sobre a vontade de sua implementação. As políticas públicas estabelecidas para a população privada de liberdade precisam ser executadas e contribuir para a efetivação do princípio da dignidade da pessoa humana. Não se deve esquecer que os operadores das políticas públicas para o sistema prisional fazem suas análises com base no texto legal produzido e apresentado como capaz de resolver as mazelas destinadas à população privada de liberdade, porém a reflexão crítica sobre as circunstâncias anteriores ou mesmo durante o processo de formulação de determinada política¹, bem como a conexão entre os gestores dessas políticas, torna-se imprescindível para a compreensão da intencionalidade do cumprimento de suas normas ou previsões.

O valor de uma política pública tem sido motivo de estudo e avaliação de maneira mais intensa nos últimos anos e segundo Dias² a expressão Políticas Públicas engloba vários ramos do pensamento humano, sendo interdisciplinar e inclui diferentes significados que se encontram relacionados com a posse, manutenção ou distribuição do poder e deve ser analisada na perspectiva da globalização da economia, da transformação do Estado e do processo de descentralização. Acrescenta ainda que alguns fatores contribuíram para a globalização da economia como a revolução das tecnologias de informação, o desenvolvimento de um mercado global, a redução dos custos e as políticas governamentais proporcionando o surgimento de novos atores que se fazem presente neste atual tecido social como as organizações não governamentais (ONGs) e os novos organismos internacionais (Mercosul, União Europeia). Vale salientar o aparecimento de novas Redes globais, com a Rede Mundial de

Cidades e Governos Locais Unidos (CGLU) e a Federação Latino-americana de Cidades, Municípios e Associações de Governos Locais (FLACMA)². Nesse contexto a gestão pública passa a ser compartilhada com outros agentes, embora sob a direção e controle do Estado e as ações devem ser conjuntas entre setores estatais, organizações não governamentais e setor privado (concessionárias, permissionárias, parcerias público-privadas). É uma forma diferente de realizar as ações estatais que são balizadas por uma governança mundial, onde a existência de sistema de atuação estatal constitui uma nova maneira de administrar baseada em redes e que configura uma nova forma de implantar políticas públicas com a participação ampla². As políticas públicas de saúde direcionadas à população privada de liberdade, com a participação direta dos profissionais de saúde passam por este contexto de internacionalização e de capacitação dos gestores uma vez que o Brasil tem adotado e posto em vigor no ordenamento pátrio os mais importantes tratados e convenções internacionais referentes à matéria³. Os gestores e a sociedade têm se mostrado alheias as estas intervenções.

O processo de internacionalização deve ser analisado também com relação estudo das políticas públicas e na área da saúde, qualquer que seja o âmbito de atuação destas políticas, ter como referência as orientações políticas emanadas da estrutura da Organização Mundial de Saúde, cuja diretriz para a saúde dos presos já orientava que o cuidado deveria ser baseado nas necessidades e reconhecimento dos direitos humanos, com utilização de equipes, recursos e facilidades semelhantes aos oferecidos às pessoas que não se encontram em situação de privação de liberdade. Ressaltava ainda a importância da continuidade do tratamento e a autonomia dos profissionais das equipes de saúde⁴.

Embora conhecedores das limitações encontradas na elaboração de uma política pública, que são de diversas ordens, merecem destacar a falta de recursos financeiros, a falta de pessoal ou de informação, as obrigações decorrentes de tratados internacionais e a resistência doméstica, não se deve esquecer que a administração pública deve funcionar de forma eficiente com mecanismos para averiguar a sua efetivação, respeitando todo o círculo de elaboração de qualquer política pública⁵.

Segundo Silva⁶ as políticas de saúde são centrais para refletir sobre o estado-providência contemporâneo porque representam uma das principais parcelas das despesas sociais, devendo ser aclarado seus três objetivos que são a sustentabilidade, a equidade e a qualidade do sistema.

As normas contidas na Constituição Federal do Brasil⁷ estabelecem um arcabouço de garantias para todos os cidadãos e também para as pessoas privadas de liberdade. No âmbito das garantias e direitos individuais a Constituição Federal (CF) estabelece de forma expressa, conforme o artigo 5º e seus incisos, vários dispositivos de proteção e garantias do ser humano inserido no contexto social, bem como do ser humano privado de liberdade. No caso específico do direito à saúde a nossa Lei Maior prevê em seu artigo 196

que a saúde é direito de todos e dever do Estado e será garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos. Prevê ainda que o acesso é universal igualitário dedicando toda a Seção II - Saúde, Capítulo II do Título VIII- Da Ordem Social, nos artigos 196 a 200 onde estabelece as diretrizes que serão utilizadas para nortear as políticas públicas⁷.

Não constituiu objeto deste trabalho fazer análise histórica detalhada sobre a origem das prisões, mas fazer uma reflexão sobre o direito à saúde no sistema prisional, na perspectiva de que este sistema se constitui uma realidade com a qual devemos conviver e tentar entender sua operacionalidade, mesmo discordando da expressão “sistema”. Segundo a opinião de Bitencourt⁸ a prisão é imprescindível e partindo desta imprescindibilidade deve-se questionar o trabalho realizado pelos profissionais da saúde neste contexto de exclusão.

Políticas públicas de Saúde em ambiente prisional

No caso brasileiro o direito à saúde e por consequência a utilização dos profissionais da saúde perante a população privada de liberdade remonta ao ano de 1984 onde os serviços de atendimento em saúde dos reclusos em unidades prisionais foram previstos na Lei nº 7.210, Lei de Execução Penal⁹, no seu artigo 14, Seção III. Esse marco legal já estabelecia o caráter preventivo e curativo de assistência médica, farmacêutica e odontológica e previa a possibilidade de prestação desses serviços, mediante a autorização do Diretor da unidade prisional, em outro local diferente do local da internação.

Estabelecia ainda esta lei a possibilidade de cumprimento da pena em regime domiciliar caso fosse comprovado que o sentenciado fosse acometido de grave enfermidade⁹.

A situação nas unidades prisionais brasileiras parece não ter contribuído para uma solução quanto às enfermidades diagnosticadas, e, buscando responder à problemática da vulnerabilidade dos presos às doenças transmissíveis mais relevantes para o planejamento em saúde pública foi elaborado, de forma conjunta, pelo Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional, criado através da portaria interministerial nº 1.777, de 2003¹⁰, que adotou a universalidade e a equidade das ações e serviços de atenção básica para os presos nas unidades prisionais, inclusive através de equipes interdisciplinares de saúde, de forma a garantir cidadania na perspectiva dos direitos humanos¹⁰.

O Ministério da Saúde, através da Secretaria de Atenção à Saúde e do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, reconheceu que o processo de efetivação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional - PNSPP apresentou dificuldades em relação à falta de recursos humanos suficientes para compor as Equipes de Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário (EPEN), com relação aos profissionais advindos dos setores de saúde, justiça, administração penitenciária e defesa social e que haveria ainda a predominância dos contratos temporários sobre aqueles advindos de concursos públicos. Outro ponto de fragilidade, apontado pela secretaria foi a

dificuldade de designação das unidades ambulatoriais e hospitalares de referência para prestação de atendimento às pessoas privadas de liberdade¹¹. Entretanto o PNSSP, por ser um plano, apresentou ação restrita no tempo e teve sua limitação condicionada a opção de governos e governantes. Havia, portanto o desafio da implementação de uma política que pudesse qualificar e quantificar os dados epidemiológicos, através de metas e indicadores da saúde nas unidades prisionais e ainda possibilitasse seu monitoramento e avaliação¹¹. Nesse contexto foi estabelecida a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde, através da Portaria Interministerial nº 1, de Janeiro de 2014¹². Essa política teve no seu bojo o respeito aos princípios de direitos humanos e justiça social e integralidade da atenção à saúde da população carcerária no conjunto de ações de promoção, proteção, prevenção, assistência e recuperação, assim como vigilância em saúde¹². A Política¹² também apresentou diferencial em relação ao PNSSP¹⁰ devido ao fato de ter incluído a atenção à saúde às cadeias públicas, às penitenciárias federais e a regulamentação do atendimento às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, bem como sua extensão aos presos provisórios¹². Nessa política ficou definido que a atenção Básica seria ofertada por meio de equipes interdisciplinares denominadas Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP), sendo que as demais ações especializadas seriam pactuadas na Rede de Atenção à Saúde. Os serviços de saúde nas unidades prisionais, além de serem estruturados na Rede de Atenção à Saúde deveriam ser registrados no Sistema Cadastro Nacionais de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Para que ocorresse a adesão dos Estados a PNAISP, os governos deveriam observar os critérios de assinatura de Termo de Adesão, elaboração de Plano de Ação Estadual para Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade e encaminhamento documentação ao Ministério da Saúde para aprovação. A adesão estadual, depois de analisada pelo Ministério da Saúde, seria publicada no Diário Oficial da União¹².

Para que a operacionalização dessa política (PNAISP) fosse possível foi implementada a portaria 482/2014¹³ que instituiu que os serviços de saúde nos estabelecimentos prisionais seriam conformados de acordo com a população prisional e o modo de funcionamento dos serviços sendo complementada pela portaria nº 305/2014¹⁴ que estabeleceu normas para a inclusão no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) das equipes e serviços que iriam fazer parte da Atenção Básica de Saúde Prisional. Foram estabelecidos também os tipos de equipes de saúde no sistema prisional. As equipes de saúde no sistema prisional (ESP) foram classificadas segundo o número de presos custodiados nas unidades prisionais e por sua composição de profissionais de saúde. Deste modo as ESP foram classificadas em Tipo I (Unidades com menos de 100 presos custodiados), Tipo II (Unidades com 101 a 500 presos custodiados) e Tipo III (Unidades com 501 a 1.200 presos)¹³. Os subtipos das equipes de saúde prisional variam de acordo com quantitativo de

profissionais e suas especialidades, além da carga horária que devem cumprir no atendimento aos presos custodiados. Assim pode-se perceber a intenção do Ministério da Saúde em prover o cadastramento de profissionais de saúde dentro das equipes no sistema prisional¹³.

A situação verificada nas unidades prisionais sergipanas não difere da realidade nacional¹⁵ e mesmo tendo a Lei de Execução Penal⁹ previsto a assistência à saúde do preso e logo após a Constituição Federal⁷ ter possibilitado a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no qual propôs uma mudança do modelo assistencial para um modelo de promoção da saúde, vários estudos têm apontado que os encarcerados se mantiveram vulneráveis ao risco de doenças como tuberculose, hepatite B, hepatite C, AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis, em decorrência das condições nos presídios, de superlotação, confinamento, má higiene, alimentação inadequada, uso de drogas ilícitas, estresse¹⁶.

Algumas violações perpetradas pelo Estado brasileiro têm sido levadas perante os organismos internacionais de proteção aos Direitos Humanos e Corte Interamericana de Direitos Humanos determinou ao Brasil a adoção de medidas emergenciais como no Complexo de Curado, localizado em Pernambuco¹⁷. A Corte requereu ao Estado brasileiro para que adotasse, de forma imediata, todas as medidas que seriam necessárias para proteger eficazmente a vida e a integridade pessoal de todas as pessoas privadas de liberdade naquele Complexo, como também dos agentes penitenciários, funcionários e visitantes¹⁷.

Outro caso de violação aos Direitos Humanos da população privada de liberdade ocorre no presídio Urso Branco¹⁸ onde o Brasil foi julgado e condenado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos a garantir o direito à vida, à integridade e à proteção dos custodiados, bem como punir os responsáveis pela tragédia. A citada representação foi elaborada diante da negligência das autoridades que administravam o presídio Urso Branco, tanto no que se referia à falta de atividades socioeducativas, assistência médica ou jurídica insuficientes, assim como pela inexistência de atividades educacionais e laborais¹⁸. Pela análise dos relatórios e suas repercussões pode-se inferir que o Estado brasileiro não disponibilizava de infraestrutura adequada, equipe médica suficiente, ou ainda medicamentos na quantidade e diversidade necessárias para assegurar de forma efetiva o tratamento da saúde dos internos¹⁸.

Percepção do preso sobre o direito à saúde nas unidades prisionais sergipanas

Nos anos de 2013 e 2014 foi realizada uma investigação intitulada “Perfil dos Presos no Estado de Sergipe e Identificação de Políticas Públicas para Egressos”, projeto de pesquisa apoiado pela FAPITEC-SE – Edital 13/2011, com aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Tiradentes, com número de Protocolo CEP 040712R. A pesquisa de campo contou com aplicação de questionários semiabertos, tabulação de dados e análises, com

uma amostra de 525 presos em universo de 4528 detentos registrados por ocasião das visitas de aplicação de questionários.

A análise dos dados sócios demográficos revelou uma população carcerária muito jovem, com nível de escolaridade muito baixo, com baixa inclusão no mercado de trabalho formal, e também foram investigas as percepções dos presos sobre a necessidade de assistência à saúde, a assistência recebida pelos profissionais médicos, psicólogos, dentistas, enfermeiros, assistentes sociais. Estes profissionais de saúde, quando presentes nas unidades prisionais, obtiveram, no geral, uma avaliação regular mas o que a referida pesquisa também revelou foi a falta de descumprimento das normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Justiça, pelos gestores públicos, porém tal descumprimento não acontece com a gestão privada onde a unidade prisional COMPAJ, na qual foram detectadas a presença dos profissionais de saúde, bem como quanto ao cumprimento do quantitativo de presos na referida unidade.

A percepção dos presos sobre as doenças contraídas, durante o período de privação da liberdade nas unidades prisionais sergipanas, revelou a presença de enfermidades, diagnosticadas ou não, e sintomas associados que ressaltam a necessidade de atenção dentro do sistema prisional, não só para a população privada de liberdade bem como para os profissionais de saúde, agentes penitenciários e visitantes(Figura 1).

Os profissionais de saúde em geral e os que trabalham com a população privada de liberdade padecem, de acordo com Pimentel¹⁹ da síndrome do jaleco branco ao romperem com seus limites quer físicos e emocionais, quer éticos. Esses profissionais formados para cuidar da saúde de outras pessoas adoecem e foram identificados pelos altos índices de transtornos psicopatológicos, problemas familiares, falta de lazer, uso abusivo do álcool e de drogas, automedicação, problemas nos relacionamentos afetivos e sexuais, distúrbios do sono, síndrome do pânico, dificuldades de concentração, depressão e até casos de suicídio¹⁹.

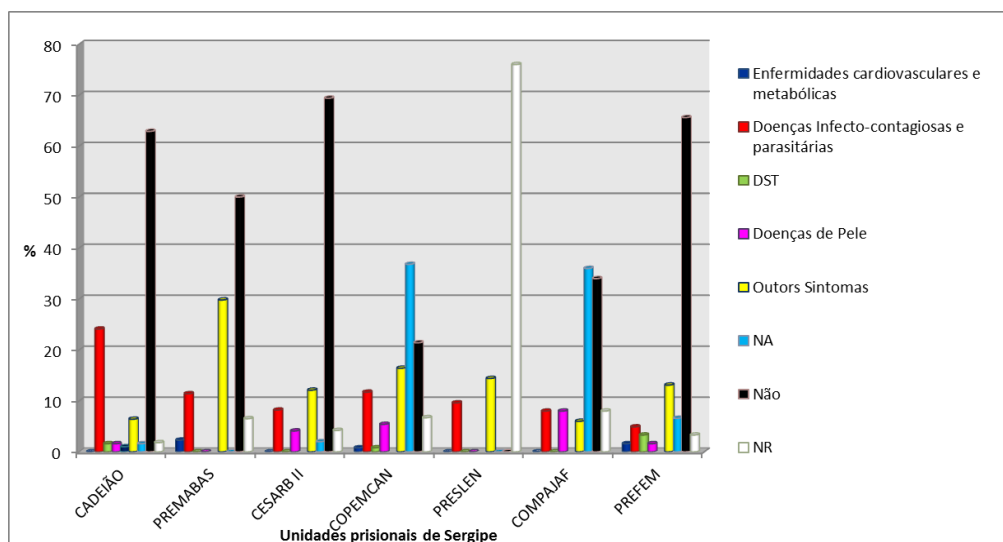


FIGURA 1-Percentual de respostas dos presos quanto às doenças contraídas durante o período de privação de liberdade nas unidades prisionais de Sergipe – 2013 – 2014.

O profissional de saúde, geralmente pouco preparado desde a graduação, vivencia dificuldades de reconhecimento do ambiente prisional, pois ao entrar nas prisões, precisa lidar com diferentes formas de resistência para realizar o seu trabalho e se depara com as precárias condições sanitárias, com as rígidas regras de funcionamento local e com dificuldade de acesso aos presos que necessitam de acompanhamento²⁰. Os profissionais de saúde vivem experiências que ressignificam o local de atuação e a maneira de enxergar quem nele habita. Estes profissionais estabelecem relações permeadas por dilemas morais, éticos e sociais no processo de cuidar dos presos e predominantemente naturalizam *práticas* de trabalho que apontam para dilemas enfrentados que consideram condizentes com o funcionamento do próprio modelo prisional revelando anseios e dilemas enfrentados pelos profissionais de saúde que atuavam nesses espaços²⁰.

O Ministério da Saúde²¹ reconhece a dificuldade de superação das dificuldades impostas pela própria condição de confinamento e reconhece a dificuldade para o acesso às ações e serviços de saúde de forma integral e efetiva.

Considerações Finais

Estabelecer políticas públicas em saúde para o sistema prisional brasileiro constitui um caminho importante e necessário para efetivação do contido na Constituição Federal, nos tratados e convenções internacionais e em leis específicas.

As políticas públicas de saúde para a população privada de liberdade existem, oficialmente, tanto no Brasil, quanto em Sergipe. A previsão de equipes de saúde dentro das unidades prisionais encontra amparo nas várias normas estabelecidas pelos Ministérios da Saúde e conjunto com o Ministério da Justiça.

A execução do trabalho dos profissionais de saúde dentro das unidades prisionais, como estabelece a lei, ou mesmo fora delas, devem garantir a integridade física destes operadores e também a sua integridade psicológica.

As violações às leis nacionais, bem como aos tratados e convenções internacionais sugerem que o Brasil necessita dar efetividade do cumprimento ao arcabouço legal por ele adotado, sob de pena de representação perante os organismos internacionais de proteção aos Direitos Humanos.

Referências

- 1- Arretche, M. Federalismo e Relações intergovernamentais no Brasil: A Reforma de Programas Sociais. Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, Vol. 45, nº3. 2002, pp. 431 a 458. Disponível em: <http://www.fflch.usp.br/dcp/assets/docs/Marta/ArretcheDados2003.pdf>
- 2- Dias, R. Políticas públicas: princípios, propósitos e processos-São Paulo: Atlas, 2012.
- 3- Trindade, AAC. O Legado da Declaração Universal dos Direitos Humanos e sua Trajetória ao Longo das Seis Últimas Décadas (1948-2008) / org: Giovannetti A. - Brasília : Fundação Alexandre de Gusmão, 2009. p. 13-43.
- 4- World Health Organization. Prisons and Health. WHO, Regional Office for Europe. Copenhagen: Organization Regional Office for Europe; 2014. Disponível em: <http://www.euro.who.int/pubrequest>
- 5- Vázquez, D. e Delaplace, D. 2011. v. 8, n. 14, jun. 2011. SUR. Revista Internacional de Direitos Humanos / Sur – Rede Universitária de Direitos Humanos. Políticas Públicas na Perspectiva de Direitos Humanos: Um Campo em Construção.
- 6- Silva, MV. Políticas públicas de saúde: tendências recentes », Sociologia, Problemas e Práticas, 69 | 2012, posto online no dia 12 Novembro 2012,URL: <http://spp.revues.org/906>
- 7- Brasil. Constituição Federal da República Federativa do Brasil. Brasília. DF. Senado Federal; 1988.
- 8- Bitencourt, CR. Falência da pena de prisão: causas e alternativas / Cezar Roberto Bitencourt. – 4ª ed. – São Paulo: Saraiva. 2011, p 378
- 9- Brasil. Lei n.º 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jul. 1984. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm

- 10-Brasil. Ministério da Saúde (BR); Ministério da Justiça (BR) Portaria Interministerial n.º 1.777 de 9 de setembro de 2003. Disponível em: www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_1777.pdf
- 11-Encontro Nacional Para revisão do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.2010.Disponível em:
<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/saude-no-sistema-prisonal>
- 12-BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html
- 13-Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Portaria nº 482, de 1 de abril de 2014. Disponível em:
<http://www.conasems.org.br/index.php/comunicacao/ultimas-noticias/3628-nota-pnaisp>
- 14-Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 305, de 10 de abril de 2014c. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0305_10_04_2014.html
- 15-Marques, V. T.; Fonseca, V.; Nogueira Junior, G. R.; Oliveira, S. R. M.; Novaes, J. L.; Oliveira, L. E.; Leite, T. H. O.; Amaral, D. L.; Faro, G.N. 2014. Perfil dos presos no Estado de Sergipe e Identificação de Políticas Públicas para Egressos. São Cristóvão: Editora UFS, 1, 323-344
- 16-Nogueira, PA; Abrahao, RMCM. A infecção tuberculosa e o tempo de prisão da população carcerária dos Distritos Policiais da zona oeste da cidade de São Paulo. Rev. bras. epidemiol. São Paulo, v. 12, 2009. Disponível em:
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2009000100004&lng=en&nrm=iso
- 17-Resolução da Corte Interamericana de Direitos Humanos, de 26.07.2011.Disponível em: www.corteidh.or.cr/
- 18-Resolução da Corte Interamericana de Direitos Humanos, de 26.07.2011.Disponível em: www.corteidh.or.cr/
- 19-Pimentel, D. O sonho do jaleco branco: Saúde mental dos profissionais de saúde. 2011. Editora UFS

20-Jesus, LO, Scarparo, HBK., & Lermen, HS. (2013). Desafios profissionais no campo da saúde no sistema prisional: dilemas na interface entre a saúde e a segurança. *Aletheia*, (41), 39-52.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000200004&lng=pt&tlng=pt.

21-Ministério da Saúde.Apresentação. Disponível em:
<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnaisp.php>