

ARTIGO ORIGINAL

Saúde no cárcere e gênero: análise das demandas sanitárias de gays, transexuais e travestis

Health in prisons and gender: analysis of the health demands of gays, transsexuals and transvestites

Salud en prisión y género: análisis de las demandas de salud de gays, transexuales y travestis

Andrea Matias Alves¹
Gabriel Silvestre Minucci²
Luís Paulo Souza e Souza³

¹Defensoria Pública do Estado de Minas Gerais

²Hospital Universitário da Universidade Federal de Uberlândia

³Universidade Federal do Amazonas - Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – UFAM e FIOCRUZ

Autor correspondente: Pablo Rodrigues Costa Alves - Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências Médicas, Departamento de Medicina Interna, Cidade Universitária, s/n - Conj. Pres. Castelo Branco III, João Pessoa - PB, 58051-900.

Recebido em: 25/05/2023 ----Aprovado em: 27/06/2024----Publicado em: 03/07/2025

RESUMO

O estudo buscou conhecer as demandas em saúde de indivíduos autodenominados gays, transexuais e travestis em privação de liberdade de um complexo prisional brasileiro. Estudo transversal, descritivo e documental, analisando os pedidos de consultas e/ou exames clínicos à secretaria de saúde do município onde se situa o complexo prisional, considerando o período de setembro de 2014 a março de 2017. Registraram-se 49 solicitações de assistência secundária ou terciária (fora da unidade prisional). A variação entre admissão na unidade e a solicitação do atendimento foi 03 meses (mínimo) a 03 anos (máximo). A espera entre a solicitação e o cumprimento do alvará de soltura de 16 pessoas foi de 01 ano. Destaca-se que, das 49 solicitações, nenhuma foi atendida, demonstrando a situação dramática do sistema carcerário no atendimento às pessoas LGBT+, configurando-se uma dura carga de sofrimento e privação de direitos. É estritamente necessária a construção do direito à saúde que vá além da formalidade e de um Sistema Único de Saúde (SUS) que seja concretamente universal, equânime, integral, capaz de envolver os sujeitos participantes na produção da saúde, reconhecendo a inalienável dignidade destas pessoas e de suas conquistas da cidadania plena.

ABSTRACT

The study sought to know the health demands of self-styled gay, transsexual and transvestite individuals in deprivation of liberty of a Brazilian prison complex. Cross-sectional, descriptive and documentary study, analyzing requests for consultations and/or clinical examinations to the Health Department of the municipality where the prison complex is located, considering the period from September 2014 to March 2017. There were 49 requests for secondary or tertiary assistance (outside the prison unit). The variation between admission to the unit and the request for care was 03 months (minimum) to 03 years (maximum). The wait between the request and the fulfillment of the release permit of 16 people was 01 year. It is noteworthy that, of the 49 requests, none were met, demonstrating the dramatic situation of the prison system in the care of LGBT+ people, representing a severe burden of suffering and deprivation of rights. It's strictly necessary to build the right to health that goes beyond formality and a *Sistema Único de Saúde* (SUS) that is concretely universal, equitable, integral, capable of involving the subjects participating in the production of health, recognizing the inalienable dignity of these people and their

Palavras-Chave

Pessoas LGBT; Prisões;
Direito à Saúde;
Minorias Sexuais e de
Gênero.

Keywords

LGBT People; Prisons;
Right to Health;
Sexual and Gender
Minorities.

achievements of full citizenship.

RESUMEN

El estudio buscó conocer las demandas de salud de personas autodenominadas homosexuales, transexuales y travestis en privación de libertad de un complejo penitenciario brasileño. Estudio transversal, descriptivo y documental, analizando solicitudes de consultas y/o exámenes clínicos al departamento de salud del municipio donde se encuentra el complejo penitenciario, considerando el período de septiembre de 2014 a marzo de 2017. Hubo 49 solicitudes de atención secundaria o terciaria (fuera de la unidad penitenciaria). La variación entre el ingreso a la unidad y la solicitud de atención fue de 03 meses (mínimo) a 03 años (máximo). La espera entre la solicitud y el cumplimiento del permiso de liberación de 16 personas fue de 01 año. Cabe destacar que, de las 49 solicitudes, ninguna fue atendida, lo que demuestra la dramática situación del sistema penitenciario en la atención de las personas LGBT+, que constituye una grave carga de sufrimiento y privación de derechos. Es estrictamente necesario construir el derecho a la salud que vaya más allá de la formalidad y un Sistema Único de Salud (SUS) que sea concretamente universal, equitativo, integral, capaz de involucrar a los sujetos que participan en la producción de salud, reconociendo la dignidad inalienable de estas personas y sus logros de ciudadanía plena.

Palabras Clave

Personas LGBT;
Prisiones;
Derecho a la Salud;
Minorías Sexuales y de
Género.

INTRODUÇÃO

Os complexos prisionais brasileiros têm sido caracterizados por insalubridade, superpopulação, confinamento permanente e falta de investimentos governamentais. Os fatores estruturais aliados aos aspectos como má alimentação, condições precárias de saneamento e o uso de drogas refletem-se nas condições de saúde das pessoas privadas de liberdade. Desta forma, problemas de saúde já existentes são agravados e novos agravos encontram ambiente propício para surgirem^{1,2,3,4}.

Além de sua constituição judicial, o sistema prisional se coloca enquanto instrumento político na construção de uma criminalidade atravessada por questões de desigualdade, marginalização social e econômica, e impossibilidade de acesso à justiça. Sob esse aspecto, o perfil populacional dos indivíduos nesse sistema marca-se pela repressão e criminalização da pobreza e dos sujeitos periféricos aos interesses hegemônicos⁵.

Destaca-se o grupo de sujeitos que se autodeclaram LGBT+, pois se apresentam como vulneráveis à perda e à limitação de direitos tanto em ambientes extra como intraprisionais. Esses sujeitos apontam a falência da naturalização da orientação sexual e da expressão de gênero dentro da matriz heterossexual e escapam das lógicas binárias de classificação dentro de um modelo heterossexual compulsório^{6,7,8}. Dessa forma, seus corpos e existências são catalogados e apontados como patológicos e negados de existência e de discurso, operando dentro da sociedade em posições de abjeção, marginalidade, violência e opressão⁸.

Quando os sujeitos, dentro da lógica de viés criminalizante, cometem algum crime e são privados de liberdade, eles sofrem a penalização no âmbito jurídico, levando consigo o estigma permanente de criminoso⁹. 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 sistemática e intencionalmente vistos como menos humanos¹⁰. Deste modo, as pessoas que se autodeclaram LGBT+ padecerão de uma dupla exclusão: expressarem sua existência LGBT+ e serem presidiários(as). Se nas ruas o preconceito e a homotransfobia são fatores de difícil enfrentamento; no cárcere, esta luta é praticamente inglória, pois além dos(as) detentos(as) incorporados(as) em uma lógica heteronormativa violenta, o preconceito e outros instrumentos de subordinação e opressão são praticados, também, por quem tem o dever de proteger a saúde física e mental dos(as) apenados(as)¹⁰.

Os direitos das pessoas privadas de liberdade estão previstos em documentos internacionais da Organização das Nações Unidas^{11,12,13} e nacionais como o Código Penal¹⁴ e a Resolução nº 14 de 1994, que

fixa regras mínimas para tratamento do preso no país¹⁵. Estes documentos apontam que a população em privação 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. Encontram-se o direito à vida ou à saúde, que corresponde à obrigação da administração quanto às assistências material, sanitária, jurídica e religiosa, reforçando o dever do Estado em mantê-las^{11,12,13,14,15,16}. E a população LGBT+ se apresenta como uma das populações vulneráveis nas prisões brasileiras^{17,18}.

Em relação às existências LGBT+ dentro do sistema prisional brasileiro, a Resolução conjunta nº 1 de 2014 estabelece tratamento e acolhimento específico a essa população, levando em consideração sua segurança e especiais vulnerabilidades¹⁹. Esta Resolução orienta que, dentro do complexo prisional, as pessoas que se autodeclaram LGBT+ devem ter garantia de uso do nome social, tratamento hormonal e acompanhamento médico. Além disso, preconiza que eles(as) tenham direito à local de convivência específico e que o uso de roupas masculinas ou femininas seja facultativo para pessoas transexuais¹⁹.

Debater a garantia do direito à saúde no Brasil tem se tornado sinônimo da luta pela solidificação dos direitos humanos. Faz-se importante refletir 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 necessários¹². E, no contexto brasileiro, reforça-se que devem ser consideradas as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)²⁴, o qual norteia as políticas inclinadas à população LGBT+: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)²⁵; Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT)²⁶.

Tendo-se a lógica identitária não como um fim, mas como um efeito da ação performativa dos indivíduos e que estes operam dentro de uma sociedade em que a identidade é um instrumento do discurso hegemônico para controle e operacionalização dos sujeitos na matriz heterossexual⁸, faz-se necessária a indicação, sob a visão etnográfica, dessas existências partindo da subjetivação e da autodenominação no discurso dos indivíduos socializados na lógica heteronormativa^{21,22,23}.

Estudo objetivou conhecer as demandas em saúde de pessoas LGBT+ em privação de liberdade nos serviços da atenção secundária e terciária em um complexo prisional brasileiro.

MÉTODOS

Estudo transversal, descritivo e documental, que analisa as demandas em saúde nos níveis secundário e/ou terciário de pessoas LGBT+ em um complexo prisional na região central de Minas Gerais, Brasil.

O complexo prisional em estudo - que não será identificado - é formado por três alas, sendo uma destinada ao público masculino; uma subdividida entre masculino e feminino; e uma ao público masculino e às pessoas LGBT+. Minas Gerais é um dos estados com o maior número de pessoas privadas de liberdade. Em 2016, o total era de 65.975 pessoas, distribuídas em 282 unidades²⁷. Além disso, o estado foi do país a estabelecer ala exclusiva ao público LGBT+.

Na seção de Resultados, antes de apontarmos as demandas em saúde, trazemos um panorama da criação desta ala, comumente chamada de “Ala Gay”. Reforça-se que esta Ala pode ser ocupada por indivíduos que se autodeclararem gays, lésbicas, travestis, transexuais e transgêneros, contudo, a população deste estudo serão as pessoas que entendem seus corpos vinculados culturalmente ao sexo biológico masculino, pelo fato da Ala não apresentar indivíduos com seus corpos vinculados culturalmente ao sexo biológico feminino e intersetoriais. 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.

Para análise da criação da “Ala Gay”, foram utilizados documentos oficiais da Subsecretaria de Administração Prisional de Minas Gerais; documentos do Governo Federal e do Complexo Prisional; livros; artigos; e outros arquivos de acesso livre.

Na análise das demandas em saúde, foram acessadas, em abril de 2017, todas as solicitações de atendimento encaminhadas à Secretaria de Saúde do município onde se situa o complexo prisional, no período de setembro de 2014 a março de 2017. Os dados foram coletados com ajuda da Equipe Psicossocial da Defensoria Pública de Minas Gerais. As variáveis analisadas foram: especialidade ou exame solicitado; data do ofício de solicitação; situação do caso (atendido; não atendido); situação do(a) detento(a). Os dados foram digitados e tabulados no programa Excel® 2007, para análises descritivas.

O acesso às informações das demandas em saúde é livre ao público, não sendo fornecida qualquer identificação nominal das pessoas. Assim, trata-se de dados secundários, dispensando apreciação de Comitê de Ética em Pesquisa²⁸.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Criação da primeira Ala prisional destinada às pessoas LGBT+ no Brasil

A “Ala Gay” foi criada em 2009, 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 do Estado, órgãos vinculados à Secretaria Estadual de Desenvolvimento Social. Motivados pelos relatos de violência, abusos, torturas físicas e psicológicas que sofriam esses(as) detentos(as), os representantes dos órgãos citados fizeram visitas técnicas às unidades prisionais e levantaram a proposta de criação desta Ala, para garantir ao indivíduo o direito de externar e viver suas questões sexuais e de gênero²⁹. No entanto, a “Ala Gay”, ou “Ala Rosa” - como também é chamada, foi regulamentada somente com em 2014¹⁶. Neste espaço, os(a) detentos(as) podem se maquiar, fazer as unhas e serem chamados(a) pelos nomes que desejam. A transferência para essas unidades acontece mediante vontade do(a) próprio(a) detento(a). Todos(as) que estão cumprindo pena nesta área participam de atividades internas, além de frequentarem uma escola estadual que funciona dentro do complexo. Em 2013, o estado criou uma Ala LGBT+ em outro complexo na Região Metropolitana de Belo Horizonte²⁹.

Pretende-se, com a determinação identitária e especificidade do cuidado, assegurar dignidade e cumprimento de direitos, essencialmente aos concernentes à intimidade dessa população. Porém, isto ainda faz-se como medida paliativa frente a uma existência que permanece marginalizada na sociedade, com acesso restrito a emprego, educação, apoio familiar e social, sendo excluída durante toda a vida e, agora, duplamente no presídio, privando esses indivíduos de outros espaços de convivência com os demais detentos^{9,29}. Mesmo com tal medida, não se deve perder o foco político na educação da sociedade contra este e qualquer outro tipo de preconceito, submissão e opressão e que esses sujeitos não permaneçam apenas isolados socialmente em medidas que buscam a equidade de direitos, mas, assim, que sejam criadas possibilidades de universalidade de acessos e de direitos. Para alguns autores, a proposta da “Ala Gay” seria outro instrumento de exclusão.⁹

Assim, reconhece-se a importância da criação da Ala, sabendo-se da vulnerabilidade dessas pessoas dentro do sistema prisional, contudo, as discussões devem ser mais amplas e as políticas devem visar uma lógica inclusiva e não unicamente exclusiva⁹.

Demandas em saúde dos gays, transexuais e travestis da “Ala Gay”

A questão das demandas em saúde dos autodeclarados(as) gays, transexuais e travestis deste estudo teve início quando a Defensoria Especializada de Direitos Humanos de Belo Horizonte açãoou a Equipe Interdisciplinar de Apoio à Área Criminal, solicitando a intervenção para quatro casos de detentos(as) que aguardavam há mais de um ano o agendamento para atendimento 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 atendimentos especializados que deveriam ser realizados fora da unidade prisional. Tendo-se, então, um problema estrutural de limitação de atendimento às pessoas da “Ala Gay”.

Na época da coleta (março de 2017), a equipe de saúde da unidade era formada por dois psicólogos, três assistentes sociais, três técnicos de enfermagem, um auxiliar de saúde bucal, um odontólogo, dois enfermeiros e um médico clínico geral. No período analisado, foram registrados 49 ofícios de solicitação de atendimento. O **Quadro 1** traz estas demandas, segundo variáveis de interesse.

Quadro 1. Descrição das especificidades clínicas para atendimento e situação do caso entre setembro de 2014 e março de 2017 na “Ala Gay” do complexo prisional em estudo. Minas Gerais, 2017.

Especialidades	Quantidade de solicitações	Solicitação atendida até março de 2017 ou até a data do alvará de soltura?
Cardiologia	03	Não
Cirurgia Ambulatorial	04	Não
Cirurgia Geral	02	Não
Colonoscopia	01	Não
Ecocardiograma	03	Não
Endoscopia	06	Não
Fisioterapia	01	Não
Fonoaudiologia	01	Não
Infectologia	01	Não
Nefrologia	02	Não
Neurologia	01	Não
Oftalmologia	05	Não
Ortopedia	02	Não
Otorrinolaringologia	02	Não
Proctologia	08	Não
Psiquiatria	01	Não
Radiografia	04	Não
Ultrassonografia	01	Não
Urologia	01	Não

A rotatividade de presos(as) na unidade estudada é pequena quando comparada aos dos Centros de Remanejamento Provisórios e dos Presídios de Minas Gerais. Observa-se que o período de espera entre a admissão do(a) detento(a) no complexo prisional e a solicitação do exame variou de 3 meses (mínimo) a 3 anos e 3 meses (máximo). O período de espera entre a solicitação do procedimento e o cumprimento do alvará de soltura de 16 pessoas foi, em média, um ano, sem serem atendidas. Estes(as) detentos(as) sentenciados saíram em progressão de regime ou foram transferidos(as) de unidades por motivos diversos.

Ao analisar o Quadro 1, nota-se uma realidade alarmante, pois nenhuma solicitação foi atendida. Tal fato 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 (APS) serão organizados nas unidades prisionais e realizados por equipes interdisciplinares de saúde; já o acesso aos demais níveis de atenção à saúde será pactuado e definido no âmbito de cada estado em consonância com os Planos Diretores de Regionalização e aprovação da Comissão Intergestores Bipartite e do Conselho Estadual de Saúde³⁰.

Segundo a Lei da Execução Penal de 1984³¹, assim como o Decreto 6.049 de 2007³², a assistência à saúde do preso é dever do Estado (país e estados) e direito do condenado, compreendendo, tanto na vertente preventiva quanto na curativa, atendimento médico, farmacêutico e odontológico, ambulatorial e hospitalar, dentro do estabelecimento penal federal ou instituição do sistema de saúde pública (estadual ou municipal).

Para que haja garantia do fortalecimento das ações de saúde nos presídios, faz-se necessária a adesão do município à PNAISP²⁵. No complexo prisional estudado, o município sede não aderiu à Política, o que impedia a interconexão entre as condições do complexo com o sistema de saúde e dificultava a inclusão da população carcerária nas redes de atenção local e regionalizadas do SUS. Contudo, mesmo que o município não esteja 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 território³³, 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 Variável, componente da Política Nacional de Atenção Básica^{32,33,34} e a PNAISP²⁵.

Todavia, na atual conjuntura, com as propostas do governo de ameaça ao financiamento do SUS e das ações da APS, temem-se situações de agravamento na restrição do acesso à saúde, no mínimo, em nível de cuidados primários.

A adesão à PNAISP é facultativa aos municípios que sediam complexos prisionais²⁵, mas a formalização de um instrumento legal entre o SUS municipal ou da região ampliada de saúde e o complexo promoveria a regulação da atenção à saúde, garantido a equidade e integralidade das ações³⁵.

Por mais que a PNAISP tenha foco no fortalecimento das ações da APS, inseridas nesta Política, as Unidades de Saúde Prisional seriam um ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), qualificando a APS no âmbito prisional e articulando com outros dispositivos da rede no território, ou seja, garantindo a interlocução deste serviço com a atenção especializada, hospitalar, urgência e demais redes temáticas^{25,33,35}.

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, assim como função institucional de zelar pelos serviços de relevância pública – ações e serviços de saúde, promovendo as medidas necessárias à sua garantia^{35,36}.

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 nos complexos prisionais em questão, assim como das formas de gestão municipal, estadual e federal.

Como “*direito de todos*”, a universalidade e a equidade 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. Nesse sentido, 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 públicos de saúde²⁵. Visa-se maximizar o benefício daqueles que estão em situação menos favorecida, contrapondo a aceitação da desigualdade entre pessoas em pleno uso de sua liberdade e daquelas privadas de liberdade, entendendo que são justos os princípios de repartição³⁵.

Como “dever constitucional”, o Estado deve estar a serviço daqueles(as) mais desfavorecidos(as). Para tanto, há que se atentar para as desigualdades econômicas e sociais nos limites de uma justa igualdade de oportunidades e acessos, sem deixar de considerar o princípio da equidade regional.

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 epidemiológico³⁷. Quando se avalia a população autodeclarada 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.

O Gráfico 1 mostra a relação das especialidades e solicitações dos(as) pesquisados(as), destacando as demandas por proctologia (n = 8) e endoscopia (n = 6). As demandas por assistência à saúde mais complexa apresentadas pelo público deste estudo diferem das encontradas por outros pesquisadores^{37,38}, mas se assemelham com as de outros^{39,40}.

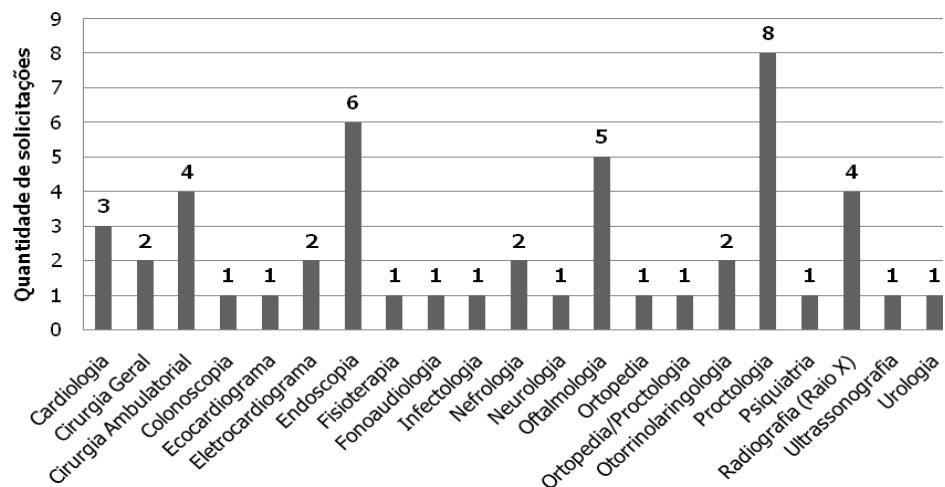


Gráfico 1. Relação das especialidades e solicitações pelos(as) gays, transexuais e travestis privados(as) de liberdade do complexo prisional em estudo entre setembro de 2014 a março de 2017. Minas Gerais, 2017.

A saúde das pessoas que vivem encarceradas deve ser pensada em três aspectos: 1) sobre o cotidiano da vida na prisão como a superlotação, o ócio, a escassez de perspectiva, os maus tratos e os relacionamentos conflituosos; 2) sobre os principais problemas de saúde relatados/identificados como os

musculares, respiratórios, cardiovasculares, de ordem sexual e outros; 3) sobre a condição do atendimento e do acesso aos serviços, a saber, os recursos disponíveis nas unidades prisionais e a interface com o SUS municipal³⁸.

As condições de saúde entre os gêneros masculino, feminino e o público autodeclarado LGBT+ 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 e durante o encarceramento.

O grupo populacional da “Ala Gay” é formado por indivíduos vinculados culturalmente ao sexo biológico masculino, os quais se identificam como gays, transexuais ou travestis. Aludindo que utilizem do sexo anal, sugere-se que favoreçam maiores alterações que necessitem de assistência da proctologia. Além disso, autores³⁹ enfatizam que os(as) encarcerados(as) ficam expostos a um comportamento sexual desregrado que incluem sexo desprotegido com múltiplos parceiros e com parceiros casuais de forma intencional ou não.

Outros estudos que também tentam traçar um perfil da saúde dos privados de liberdade têm apontado a queixa de hemorróidas e fístulas anais adquiridas durante o encarceramento nas Alas masculinas⁴⁰. Dessa forma, supõem-se que tal constatação diz da ordem de funcionamento do sistema prisional, acima de um comportamento sexual específico, que é ligado a precariedade de saneamento e higiene e de dieta e hábitos alimentares que desencadeiam alterações proctológicas.

Em relação à demanda por endoscopia, pelo fato de não termos acesso a quaisquer outras informações pessoais dos(as) detentos(as), levantamos 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, pesquisadores encontraram que, na população masculina, comparativamente à geral, o consumo das substâncias citadas foi maior, expondo-os a maiores riscos à saúde⁴¹.

Outros autores³⁸ ainda complementam que problemas do aparelho digestivo como prisão de ventre, dificuldades digestivas e gastrites são comumente relatados pelos(as) internos(as). Geralmente, estes problemas estão relacionados à qualidade da dieta e da água oferecidas.

Apesar de a PNAISP²⁵ se referir à alimentação adequada como condição de saúde e da Resolução 14/1994 destacar que: “A alimentação será preparada de acordo com as normas de higiene e de dieta, controlada por

nutricionista, devendo apresentar valor nutritivo suficiente para manutenção da saúde e do vigor físico”^{15:13}, predomina no sistema prisional a rotina de servir refeição dentro das celas superlotadas, sem ventilação e pouco higienizadas, atraindo insetos e roedores que ressaltam a insalubridade do ambiente, agravando a ponte entre o contexto adverso da prisão e os problemas de saúde no sentido mais estrito²⁵.

Analizando a situação do município, observou-se que as consultas e os exames especializados como oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia, neurologia, colonoscopia, ultrassonografia, nefrologia e ortopedia, procedimentos da média complexidade que demandam agendamento fora do território municipal, foram negligenciados devido à escassez da oferta do número de procedimentos disponibilizados mensal ou anualmente para o município pela região ampliada de saúde. Além disso, os(as) detentos(as) que aguardavam tratamentos de longa duração em clínicas especializadas como a fonoaudiologia e a fisioterapia tiveram menores chances de serem atendidos(as), pois além do problema da indisponibilidade de agenda, havia a escassez de escolta no deslocamento para sessões sequenciadas.

A radiografia, apesar de ser um exame de baixo custo e disponível na maior parte dos serviços de saúde do país, apareceu no estudo como o quarto maior número de pedido sem atendimento. Justificando as solicitações, Minayo e Ribeiro³⁸ 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, costas e coluna, sendo a radiografia um exame que auxiliaria no acompanhamento.

Em relação ao cotidiano da vida da prisão, autores²³ debatem que uma das causas de adoecimento nas Alas LGBT+ seria a ociosidade e a falta de atividades físicas impostas aos(as) detentos(as), pois, devido ao preconceito, os indivíduos são impedidos de atividades de lazer como o banho de sol, uma vez que as celas não são, propositalmente, abertas pelos agentes penitenciários²³. Complementando, outro estudo brasileiro⁹ encontrou que entre os problemas de ordem física da população autodeclarada LGBT+ privada de liberdade, destacaram-se os osteomusculares, luxação de articulação, bursite, dor ciática, artrite ou reumatismo, fratura óssea, problemas de cartilagens, músculos e tendões, que podem ter sido originados devido às péssimas condições, quando não existentes, de acomodação das celas.

A atenção à saúde integral do público autodenominado 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 – minorias políticas, mas maiorias silenciadas. Apresenta quatro eixos estratégicos: 1) acesso à atenção integral à saúde; 2) ações de promoção e vigilância em saúde; 3) educação

permanente e educação popular em saúde com foco na população LGBT; 4) monitoramento e avaliação das ações. Desta forma, é uma política transversal, com gestão e execução compartilhadas entre as três esferas de governo, sendo imprescindível a articulação com as demais políticas de saúde e as de outros setores (social, jurídico *etc.*)²⁶.

Quando a Constituição Federal³⁵ 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 o complexo prisional e a sociedade, objetivando a identificação e a otimização dos recursos disponíveis e as possibilidades de acesso entre a comunidade livre e o complexo 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 quantitativo de recursos humanos atualmente nas prisões, além de ser pouco capacitado para atuar nas políticas públicas transversais ao sistema prisional para a oferta das assistências, não consegue acompanhar o quadro de superlotação carcerária⁴². Além disso, cabe ressaltar o despreparo dos profissionais de saúde para lidarem com as demandas da população que se autodeclara LGBT+, fato evidenciado por este estudo, já que das 49 solicitações por assistência secundária e terciária, nenhuma foi atendida.

Quando se avaliam estudos fora dos presídios, o despreparo dos profissionais no cuidado a essas pessoas também é presente, fato que só agrava a situação, pois se não forem atendidos(as) dentro do complexo prisional, serão atendidos(as) em serviços fora dele^{35,43}. Um estudo realizado com gestores de serviços do SUS⁴³ mostrou que eles apresentaram pouco conhecimento acerca das demandas e estratégias para a população LGBT+, além de não perceberem quanto atores responsáveis pelo cuidado com esse público, contribuindo para a fragilidade e para a desarticulação da rede de atenção no que tange à comunidade LGBT+.

Nos serviços, observam-se profissionais de saúde que permanente não incluem nas agendas de cuidados os sujeitos que desafiam a lógica heteronormativa, mantendo-se esses indivíduos à margem da saúde e da sociedade, ignorando-se a vulnerabilidade e as demandas específicas dessa população^{35,43}. Assim, pode-se entender a falta de atendimento, com tempos de espera exacerbados (como os observados

neste estudo), como instrumentos de uma precariedade articulada que ameaça o direito à saúde, com as dificuldades existentes dentro das unidades prisionais como dificuldades para 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.

Nas discussões 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 publicações que instituem relação estreita do SUS com o sistema prisional^{35,42,43,44,45}. Aos gestores, falta o entendimento de que controlando os agravos da população prisional, controlam-se, também, os dos municípios naturais ou vizinhos, os quais rotineiramente adentram os complexos prisionais para visita familiar ou íntima aos seus entes, tendo contato direto com os agravos adquiridos tanto no meio externo ao presídio como no meio interno. 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 adscrita, podendo, inclusive, reduzir o fluxo para a média e alta complexidade⁴⁶.

Sendo a saúde um direito fundamental de todos os brasileiros e para que esta garantia ocorra, é preciso compreender questões socioeconômicas, sexuais e culturais. A ordem social coloca estes sujeitos como vulneráveis, cerceando o exercício de seus direitos. Negar, dificultar e precarizar o acesso à saúde no sistema carcerário no país, principalmente no atendimento à saúde LGBTQ+, expõe, além da marginalização de suas existências, o descuido (intencional) no atendimento às demandas de saúde, configurando-se tríplice carga de sofrimento e privação de direitos: direito de ser quem são; direito de estarem onde estão; direito de receberem o que necessitam³⁵.

No período analisado (quase 03 anos), nenhuma solicitação foi atendida. Aceitar que, privando a liberdade dessas pessoas, privam-se outros direitos como o da saúde (*inclusive como outra forma punitiva pelo delito cometido?*), é restringir o pensamento e inteligência a níveis de compreensão “incompreensíveis”. Sabe-se que há constante julgamento moral sobre o comportamento dos(as) indivíduos que se autodeclararam 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. Pode-se assumir que, nos últimos anos, houve aumento dos atos legais no reconhecimento da luta por direitos dos sujeitos autodeclarados LGBT+, no entanto, reforça-se que estes se apresentam com alcances limitados pelas dificuldades travadas nos âmbitos político, religioso, econômico, entre outros. 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, questionando-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, principalmente no atendimento à “Ala Gay”, uma vez que as pessoas, além da marginalização social de suas existências e da condição de serem “privados(a) de liberdade”, são marginalizados no atendimento às demandas de saúde, configurando-se uma cruel carga de sofrimento e privação de direitos.

Outro fato que merece destaque é a não adesão do município à PNAISP, demonstrando uma fragilidade na condução da gestão municipal, pois são evidentes os benefícios de tal adesão para a população prisional – LGBT+ ou não. Ademais, 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 das pessoas LGBT+, os(as) quais, por vezes, também não tinham acesso aos serviços de saúde antes da entrada no sistema prisional. Assim, exige-se uma compreensão mais ampla deste fenômeno pelos profissionais de saúde, profissionais da justiça e gestores das três esferas, para que se reconheçam 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 autodeclaradas 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, comprometendo a 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.

É preciso que seja ofertado muito mais, alinhando a construção da política do cuidado e equidade em saúde. Entidades Federais, Estaduais e Municipais devem assumir suas parcelas de culpa, 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 e opressão deste grupo populacional. Já houve muito sofrimento e privação durante a história; já há muito sofrimento e violência fora dos presídios.

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 de suas conquistas da cidadania plena.

REFERÊNCIAS

1. Barsaglini R. Do Plano à Política de saúde no sistema prisional: diferenciais, avanços, limites e desafios. *Physis* 2016; 26(4):1429-1439.
2. Nascimento LG, Bandeira MMB. Saúde Penitenciária, Promoção de Saúde e Redução de Danos do Encarceramento: Desafios para a Prática do Psicólogo no Sistema Prisional. *Psicol cienc prof* 2018;38(spe2):102-116.
3. Assis RD. A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro. *Revista CEJ* 2007; 11(39):74-78.
4. Gois SM, Junior HPOS, Silveira MFA, Gaudencio MMP. Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. *Cien Saude Colet* 2012; 17(5):1235-1346.
5. Monteiro FM, Cardoso GR. A seletividade do sistema prisional brasileiro e o perfil da população carcerária: um debate oportuno. *Rev Civitas* 2013;13(1):93-117.
6. Schwade E. Heterossexualidade compulsória e continuum lesbiano: diálogos. *Bagoas* 2010; 5:17-31.
7. Butler J. Problemas de Gênero. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003.
8. Butler J. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do sexo. In: Louro GL. O Corpo educado: Pedagogias da Sexualidade. Belo Horizonte: Autêntica; 2000.
9. Guedes DCC, Oliveira KR, Oliveira RGG. O Trabalho nas Alas LGBT das Unidades Prisionais Masculinas na Região Metropolitana de Belo Horizonte – Minas Gerais. *Rev CAAP* 2015; 21(2):65-80.
10. Santana NTT, Manfrin SH. O enfrentamento do preconceito vivenciado por homossexuais privado de liberdade. *Sem Integr* 2015;9(9):1-12.
11. Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Paris: UNESCO; 1948.
12. Organização das Nações Unidas. Regras Mínimas para Tratamento de Prisioneiros. Genebra: UNESCO; 1955.
13. Organização das Nações Unidas. Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos. Genebra: UNESCO; 1996.
14. Brasil. Código Penal. Brasília: Diário Oficial da União; 1940.
15. Brasil. Resolução 14, de 11 de novembro de 1994. Brasília: Diário Oficial da União; 1994.
16. Brasil. Resolução conjunta CNCP-CNCD/LGBT, de 15 de abril de 2014. Brasília: Ministério da Justiça; 2014.
17. Kolling GJ, Silva MB, Pires de Sá MCDN. O direito à saúde no sistema Prisional. *Rev Tempus Actas Saúde Col* 2013;7(1):281-297.
18. Silva JWSB, Bezerra HMC, Quinino LRM, Filho CNNS, Duarte KVN. Políticas públicas de saúde voltadas à população LGBT e à atuação do controle social. *Espaço Saúde* 2017;18(1):140-149.

19. Silva CS. A terceirização de presídios a partir do estudo de uma penitenciária do Ceará [Internet]. Dezembro; 2005 [citado 2019 nov 14]. Available from: <https://jus.com.br/artigos/6541/a-terceirizacao-de-presidios-a-partir-do-estudo-de-uma-penitenciaria-do-ceara>
20. Barbosa BC. Nomes e Diferenças: uma etnografia dos usos das categorias travesti e transexual [Dissertação]. São Paulo: Departamento de Antropologia Social; 2010.
21. Jayme JG. Travestis, transformistas, drag queens, transexuais: montando corpo, pessoa, identidade e gênero. In: Castro AL. Cultura contemporânea, identidades e sociabilidades: olhares sobre corpo, mídia e novas tecnologias. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2010.
22. Carvalho ME, Andrade F, Menezes C. Equidade de gênero e diversidade sexual na escola: por uma prática pedagógica inclusiva. João Pessoa: UFPB; 2009.
23. Júnior CPE, Bregalda MM, Silva BR. Qualidade de vida de detentos(as) da “Primeira Ala LGBT do Brasil”. Bagoas 2015;9(13):253-277.
24. Brasil. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília: Diário Oficial da União; 1990.
25. Brasil. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Brasília: Ministério da Saúde e Ministério da Justiça; 2014.
26. Brasil. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasil. Ministério da Saúde; 2011.
27. Minas Gerais. Plano Estadual de Saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde; 2016.
28. Brasil. Resolução 466 de 2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
29. Benfica JA, Almeida FFL. Os discursos legitimadores da política pública de criação de alas específicas para a população carcerária LGBT. In: Anais do Congresso de Diversidade Sexual e de Gênero da Universidade Federal de Minas Gerais; 2015; Belo Horizonte.
30. Brasil. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília: Diário Oficial da União; 2004.
31. Brasil. Lei de Execução Penal. Brasília: Ministério da Justiça; 1984.
32. Brasil. Decreto 6.049, de 27 fevereiro de 2007. Brasília: Diário Oficial da União; 2007.
33. Brasil. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
34. Brasil. Portaria 2488, de outubro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
35. Souza e Souza LP, Minucci GS, Alves AM, Roama-Alves RJ, Fernandes MM. Direito à saúde das pessoas LGBTQ+ em privação de liberdade: o que dizem as políticas sociais de saúde no Brasil?. Cad Ibero-amer Dir Sanit. 2020;9(2):135-148.
36. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Diário Oficial da União; 1988.
37. Porto SM. Justiça social e equidade em saúde. In: Ministério da Saúde. Curso de Iniciação em Economia da Saúde para a Tomada de Decisão. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
38. Minayo MC, Ribeiro AP. Condições de Saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cien Saude Colet 2016; 21(7):2031-2040.
39. Cunha RB, Gomes R. Os jovens homossexuais masculinos e a sua saúde – uma revisão sistemática. Interface 2015;19(52):57-70.
40. Pinheiro MC, Araújo JL, Vasconcelos RB, Nascimento EGC. Perfil de adoecimento dos homens privados de liberdade no sistema prisional. Invest educ enferm 2015;33(2):269-279.
41. Alves J, Dutra A, Maia Â. História de adversidade, saúde e psicopatologia em reclusos: comparação entre homens e mulheres. Cien Saude Colet 2013;18(3):701-709.
42. Fernandes LH, Alvarenga CW, Santos LL, Filho AP. Necessidade de aprimoramento do atendimento à saúde no sistema carcerário. Rev Saúde Pública 2014; 48(2):275-283.
43. Gomes SM, Sousa LMP, Vasconcelos TM, Nagashima AMS. O SUS fora do armário: concepções de gestores municipais de saúde sobre a população LGBT. Saude Soc 2018; 27(4):1120-1133.

44. Negreiros FRN, Ferreira BO, Freitas DN, Pedrosa JIS, Nascimento EF. Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: da Formação Médica à Atuação Profissional. Rev Bras Educ Med 2019;43(1):23-31.
45. Brasil. LGBT nas prisões do Brasil: diagnóstico dos procedimentos institucionais e experiências de encarceramento. Brasília: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2020.
46. Filho MMS, Bueno PMG. Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população carcerária. Cien Saude Colet 2016;21(7):1999-2010.

Como citar

Alves, A. M. ., Minucci, G. S. ., & Souza e Souza, L. P. (2025). Saúde no cárcere e gênero: análise das demandas sanitárias de gays, transexuais e travestis . *Revista Portal: Saúde E Sociedade*, 8(único).
<https://doi.org/10.28998/rpss.v8iunico.15146>



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado

Conflito de interesses

“Sem conflito de interesse”

Financiamento

“Sem apoio financeiro”