

ENCARCERAMENTO EM MASSA E NECROPOLÍTICA EM TEMPOS DE PANDEMIA NO BRASIL: A CRISE PERMANENTE DO DIREITO À SAÚDE FRENTE AO ESTADO DE COISAS INCONSTITUCIONAL

.....

Nikaelly Lopes de Freitas

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas (PPGAPP) da Universidade Federal do Ceará; Pesquisadora do Grupo de Estudos em Direito e Assuntos Internacionais (GEDAI/UFC); Membro Efetivo da Comissão pela Igualdade Racial da Ordem dos Advogados do Brasil – Ceará. Advogada.

Bruna Souza Paula

Doutoranda em Ciências Jurídico-Políticas pela Universidade de Lisboa. Mestre em Ciências Jurídico-Políticas pela Universidade de Lisboa; Professora Universitária.

RESUMO

A saúde é um direito fundamental de acordo com a ótica constitucional brasileira, segundo a qual todas as pessoas são titulares, sem acepção de nenhuma natureza. Todavia, muitos fatores socioeconômicos ainda determinam aqueles que terão, ou em que condições terão, acesso ao atendimento, tratamento e prevenção médica. Nesse sentido, em razão de suas condições de higiene, acesso à saúde e disposição do espaço, unidades prisionais tem sido, historicamente, epicentros de doenças infectocontagiosas. Desse modo, o presente estudo baseado em revisão bibliográfica, demonstra de que forma a pandemia de COVID-19, aliada à inobservância do direito fundamental à saúde, tem agido, ou pode agir, nos ambientes carcerários como intensificação do extermínio necropolítico. Para tanto, analisa a efetividade das políticas públicas sociais de direito universal à saúde no ambiente prisional, para em seguida tratar da necropolítica que permeia o reconhecido estado de coisas inconstitucional e seu agravamento diante da crise sanitária.

Palavras chave

Direito à saúde; encarceramento em massa; necropolítica; direitos humanos; pandemia.

ABSTRACT

Health is a fundamental right according to the Brazilian constitutional perspective, according to which all people are entitled. However, many socioeconomic factors still determine those who will have, or under what conditions they will have, access to care, treatment and medical prevention. In this sense, due to their hygiene conditions, access to health and space provision, prison units have historically been epicenters of infectious diseases. Thus, the present study, based on a bibliographic review, demonstrates how the COVID-19 pandemic, combined with the non-observance of the fundamental right to health, has acted, or can act, in prison environments as an intensification of the necropolitical extermination. To this end, it analyzes the effectiveness of social public policies with a universal right to health in the prison environment, and then deals with the necropolitics that permeate the recognized unconstitutional state of affairs and its aggravation in the face of the health crisis.

Keywords

Right to health; mass incarceration; necropolitics; human rights; pandemic.

1. INTRODUÇÃO

Em decorrência do princípio da dignidade humana, o direito à saúde é um direito fundamental expresso na Constituição Brasileira do qual todas as pessoas são titulares, incluindo-se aquelas que se encontram cumprindo pena privativa de liberdade. Há que se considerar que o fato de terem contrariado a lei não faz com que sua dignidade deva ser suprimida no meio carcerário, devendo serem resguardados todos os direitos não atingidos pela sentença.

Segundo este pensamento, o preso não deve ser entendido como mero objeto da execução penal e sim, segundo reflexo do princípio da igualdade, como ser humano e sujeito de direitos. Ocorre que, a situação dos presídios brasileiros, permeado pela constante violação da dignidade das pessoas encarceradas, é bem diferente daquela idealizada e positivada pela Constituição Federal de 1988 e demais instrumentos de proteção dos direitos humanos.

Nesse diapasão, diante da atual crise sanitária mundial provocada pela pandemia de COVID-19, os ambientes carcerários têm sido objeto de bastante preocupação, pois, na ausência de vacinação massiva ou medicamento paliativo comprovadamente eficaz, as medidas de enfrentamento e combate ao vírus incluem, principalmente, os cuidados com a higiene pessoal, o isolamento social e a não aglomeração, meios de difícil aplicação no cárcere, além de expor as muitas deficiências existentes deste ambiente.

Nesse sentido e a partir do conceito de necropolítica estabelecido por Achille Mbembe (2018), entende-se que a inércia na efetivação dos direitos e garantias fundamentais da pessoa presa, não são fruto do acaso, mas parte de uma política de como lidar com corpos elimináveis, cujo valor social foi perdido, antes mesmo do cometimento de qualquer crime. Nesse contexto e diante do cenário pandêmico, verifica-se que houve uma explicitação nas práticas estatais de exercer o controle sobre a mortalidade (MBEMBE, 2018, p. 05), demonstrada pela manutenção da prisão, inclusive, de pessoas com comorbidades, em ambientes sanitariamente impróprios.

Diante do exposto, pretende-se com este artigo responder o questionamento pungente: a política nacional de enfrentamento da pandemia nos ambientes carcerários aliado a inobservância

do direito a saúde dos presos são instrumentos de extermínio necropolítico?

Sendo assim, a presente pesquisa, baseada em revisão bibliográfica, pretende demonstrar como a não-garantia do direito à saúde, aliado ao estado de coisas inconstitucionais em que se encontram as unidades prisionais, se concretizam como expressão da necropolítica dos corpos encarcerados. Para tanto, objetiva analisar a efetividade da tutela jurídica do direito à saúde dos presos para destacar como o agravamento do quadro penitenciário em razão da crise sanitária provocada pelo COVID-19, pode ter consequências desastrosas, não só para as pessoas presas, mas para a sociedade como um todo.

2. O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE NO MEIO PRISIONAL

A Constituição brasileira em vigor, ao estabelecer o respeito à integridade física e moral dos presos, reconhece que devem ser preservados todos os direitos que contemplam uma pessoa livre, com exceção daqueles incompatíveis com a sua condição peculiar de preso, permanecendo, portanto, como sujeito dos demais direitos e garantias fundamentais (MORAES, 1998, p. 241).

Entre estes direitos, está o direito à saúde, fundamental segundo a ótica constitucional e estabelecido pelo artigo 196 da Constituição Federal de 1988, de acordo com o qual, fica estabelecido que “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” (BRASIL, 1988).

Por esta concepção, o Estado tem o dever de não somente tratar os enfermos, mas promover a profilaxia, evitando o adoecimento da população por meio de ações positivas ou negativas, diminuindo riscos à saúde de todos e se abstendo de condutas que prejudiquem a sua integridade (CUNHA JÚNIOR, 2018, p. 680), ampliando o conceito reducionista que outrora imperava, em que a proteção da saúde se limitava ao combate às endemias e epidemias (STURZA; CORRÊA, 2015, p. 404).

A saúde constitui, portanto, direito orientado pelo princípio da universalidade e igualdade, sem o qual nenhum outro direito poderá ser plenamente satisfeito, estando diretamente ligado ao direito à vida e ao bem viver. Para a World Health Organization – WHO, a saúde é definida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 1946). Por este panorama, a Pan American Health Organization – PAHO, alerta que a saúde deve ser observada segundo as características do indivíduo, do espaço e do tempo, sendo necessário determinar grupos com necessidade prioritárias e desigualdades em termos de saúde (PAHO, 2020).

Por sua própria natureza, a situação de encarceramento não deve reduzir ou inviabilizar o direito à saúde, sob pena de desrespeitar o princípio estruturante da dignidade da pessoa humana. Por esta concepção, afirma Ingo Wolfgang Sarlet que onde se ausenta o respeito pela vida e pela integridade física e moral do ser humano, onde as condições básicas para uma existência digna não forem asseguradas e “onde não houver limitação do poder, enfim, onde a liberdade e a autonomia, a igualdade e os direitos fundamentais não forem reconhecidos e minimamente assegurados, não haverá espaço para a dignidade da pessoa humana” (SARLET, 2011, p. 56).

Para a World Health Organization (WHO), além do respeito aos direitos humanos de todos, existem ainda outras razões para que o Estado priorize a promoção da saúde prisional, elas incluem, principalmente, o fato de que a saúde prisional tem grande impacto na saúde populacional como um todo. Isto é, entre a população carcerária os agravos em saúde são ainda mais frequentes que na população em geral o que refletirá na comunidade caso não sejam tratadas, mas em caso de tratamento adequado, pode significar a redução de iniquidades em saúde, considerando ainda a situação socioeconômica dos presos e egressos. Desse modo, promover a saúde prisional é promover a justiça social (ENGGIST *et al*, 2014, p. 02).

A saúde também é abordada no sistema global de proteção dos Direitos Humanos, de modo que as Regras Mínimas para Tratamento de Presos – Nelson Mandela Rules, recomendam que os locais destinados aos reclusos, principalmente os dormitórios, devem satisfazer

todas as exigências de higiene e saúde, levando-se em consideração as condições climáticas¹ e, especialmente, o espaço mínimo, a iluminação, o aquecimento e a ventilação, devendo ainda, todas as zonas do estabelecimento prisional utilizadas se manterem conservadas e limpas (UNODC, 2015). Da mesma forma, o direito à saúde, também será compreendido pelo fornecimento de alimentação de valor nutritivo adequado, de água potável, vestimenta adequada, além de exercícios e recreação. As regras também determinam que:

A prestação de serviços médicos aos reclusos é da responsabilidade do Estado. Os reclusos devem poder usufruir dos mesmos padrões de serviços de saúde disponíveis à comunidade e ter acesso gratuito aos serviços de saúde necessários, sem discriminação em razão da sua situação jurídica (UNODC, 2015).

Buscando a concretização da dignidade no ambiente prisional, o direito à saúde da população carcerária também está tutelado pela Lei de Execuções Penais – LEP, a qual dispõe que a “assistência ao preso e ao internado é dever do Estado”, esclarecendo que a assistência se estenderá ao âmbito material, jurídico, educacional, social, religioso e de *saúde*. Do mesmo modo, refletindo os ideais constitucionais, a LEP estabelece que “a assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico” (BRASIL, 1984).

Assim, “o direito a saúde, enquanto típico direito social, implica em prestações positivas do Estado, sendo indiscutível o relevo que a questão assume na execução da pena de prisão, face às graves carências sanitárias que a população carcerária tradicionalmente apresenta” (STURZA; CORRÊA, 2015, p. 410). Nesse sentido, Sturza e Corrêa (2015, p. 410) esclarecem que o Estado ao privar as pessoas de sua liberdade, assume a responsabilidade de zelar pela sua saúde, tanto em relação às condições nas quais detêm, quanto em termos de tratamentos individualizado sempre que necessário.

Diante do robusto arcabouço normativo, foram elaboradas políticas públicas de saúde com o fim de dar efetividade as leis, por meio da promoção do acesso universal às ações e serviços e do atendimento às necessidades específicas no ambiente prisional. Nesse contexto, o acesso das pessoas privadas de liberdade aos serviços de saúde está submetido aos cuidados do Sistema

Único de Saúde (SUS) por meio da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional – PNAISP, segundo a qual a atenção básica deverá ser ofertada por meio das equipes de Atenção Básica das Unidades Básicas de Saúde ou por meio das Equipe de Saúde do Sistema Prisional – ESP (BRASIL, 2014).

A referida política tem por alguns de seus princípios o respeito aos direitos humanos e à justiça social, a integralidade da atenção à saúde da população privada de liberdade no conjunto de ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, recuperação e vigilância em saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção, além da promoção de iniciativas de ambiência humanizada e saudável com vistas à garantia da proteção dos direitos dessas pessoas e a valorização de mecanismos de participação popular e controle social nos processos de formulação e gestão de políticas para atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade (BRASIL, 2014). O referido plano é entendido como “uma das mais significativas experiências de humanização no sistema de justiça criminal do país” por ter viabilizado condições importantes e orientado os governos na busca de congruências entre a execução penal e o SUS, de modo a possibilitar relativa visibilidade à população custodiada e suas demandas por atenção à saúde (Schmitt *et al*, 2019, p. 19). Todavia, o positivado segue muito distante da realidade fática, ainda em 2020, dos 927 municípios com prisões, somente em 441 há alguma unidade prisional aderiu ao plano.

Do mesmo modo, segundo a Resolução nº 01 de 2009 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária – CNPCP (BRASIL, 2009), a cada 500 presos deve haver, na área da saúde, uma equipe técnica formada por um médico clínico, um enfermeiro, um odontólogo, um auxiliar de consultório dentário, um psicólogo e nove terapeutas ocupacionais, quando hoje, existem 0,99 médico a cada mil presos (BRASIL, 2020). Do mesmo modo, abaixo do esperado são os estados onde não existiam farmácias ou protocolos de atendimentos específicos em caso de ocorrência de patologias infectocontagioso, carecendo ainda de atendimento médico emergencial (Schmitt *et al*, 2019, p. 19).

Assim, a prestação de cuidados de saúde encontra inúmeros obstáculos nas unidades prisionais, instituições projetadas essencialmente

em torno de questões concernentes a segurança e punição (ENGGIST *et al*, 2014, p. 02). Desse modo, embora o direito fundamental à saúde das pessoas presas esteja amplamente tutelado em dispositivos nacionais e internacionais, enquanto direitos humanos basilares reconhecidos pelo Estado, a consagração normativa por si só, não tem sido suficiente para que pessoas encarceradas experimentem a efetivação desse direito por meio dos acesso aos serviços médicos eletivos e emergenciais, do aprisionamento em instalações sanitárias adequadas ou mesmo do alcance de padrões básicos de higiene.

3. A NECROPOLÍTICA NO AMBIENTE CARCERÁRIO BRASILEIRO

“A cidade do colonizado [...] é um lugar de má fama, povoado por homens de má reputação. Lá eles nascem, pouco importa onde ou como; morrem lá, não importa onde ou como. É um mundo sem espaço; os homens vivem uns sobre os outros. A cidade do colonizado é uma cidade com fome, fome de pão, de carne, de sapatos, de carvão, de luz. A cidade do colonizado é uma vila agachada, uma cidade ajoelhada”.

(Franz Fanon)

O sistema penitenciário vive uma profunda crise, onde a constante violação dos direitos fundamentais e dignidade das pessoas presas, em oposição ao próprio ordenamento jurídico, é amplamente conhecida, refletindo ainda valores medievais que levaram à criação do sistema punitivo que, hoje, ainda enxerga as penitenciárias como calabouços destinados a custódia e tortura daqueles que infringiram as leis. Desse modo, “nosso pensamento é condicionado a pensar as prisões como algo inevitável para quaisquer transgressões convencionadas socialmente. Portanto, a punição já foi naturalizada no imaginário social” (BORGES, 2019, p. 28).

A própria concepção de crise, resta confrontada pela presente normalidade, tendo em vista que a violação de direitos e, mais recentemente, o reconhecido estado de coisas inconstitucional² se arrasta desde a sua concepção. Para Boaventura de Sousa Santos, “a ideia de crise permanente é um oxímoro, já que, no sentido etimológico, a crise é por natureza excepcional e passageira”, de modo que o “objetivo da crise permanente é não ser resolvida” (SANTOS, 2020).

Como retrata Franco (2004, p. 21), “os seres humanos são, como nunca foram no passado, e apenas nos textos escritos, tão iguais em direitos, mas, desproporcionalmente, tão desiguais em concreto”. Assim, em detrimento do estrutural valor da dignidade humana e sua ampla tutela legal, o sistema de justiça criminal e, especialmente, o sistema prisional, perpetua-se enquanto mecanismo violador de princípios constitucionais básicos e tratados internacionais de proteção dos direitos humanos assumidos pelo Brasil, contribuindo para a perpetuação da desigualdade social e revelando que, tirania e vingança, são combustíveis para o direito de punir.

Para Espinoza (2004, p. 53) o sistema criminal se destaca por ser uma entidade seletista e perversa, que recruta sua clientela entre os mais miseráveis, seja para criminalizá-la ou para vitimizá-la. Assim, a realidade que amontoa os apenados em locais insalubres, sem acesso à educação, saúde e segurança, enquanto aguarda-se que, ao fim de suas penas, estejam *ressocializados* e não voltem a incorrer em novos crimes, tem falhado e se provado ineficaz, principalmente, nos países em que o acesso aos direitos básicos é considerado um privilégio para a população como um todo.

Todavia, nesta instituição, regulamentada por uma infinidade de leis que buscam justificar a soberania do Estado para o uso da violência legítima (WEBER, 2003, p. 09), o ambiente prisional opera a partir de regras, condutas e códigos próprios, existindo como um espaço cujo ordenamento jurídico se encontra *suspenso*, onde o direito incide seletivamente. Desse modo, embora leis determinem a assistência integral aos presos em sua integridade, o ambiente carcerário é permeado pela violação de direitos, materializada não só por meio da violência física, moral e verbal, mas pela precarização das condições de aprisionamento, a superlotação que eleva a insegurança e impõe condições tortuosas onde presos não conseguem deitar ou sentar ao mesmo tempo, a falta de água potável e materiais de higiene, a má qualidade da alimentação, a deficiência no acesso à saúde e a corrosão da identidade. Desse modo, tais violências vão modificando-se do controle para o extermínio necropolítico (BORGES, 2019, p. 27), que atua sobre vidas cuja experiência se constitui em termos atravessados pela negação de sua

humanidade plena, expondo, sobremaneira, o racismo do estado (FOUCAULT, 2005).

Isto é, percebe-se que a gestão dos corpos indesejáveis dentro do sistema prisional se materializa enquanto expressão da necropolítica, termo cunhado por Achille Mbembe (2018), segundo o qual se expressa pelo poder de ditar quem deve viver e quem deve morrer. Segundo Borges (2017), trata-se do “poder de determinação sobre a vida e a morte ao desprover o *status* político dos sujeitos, onde a diminuição ao biológico desumaniza e abre espaço para todo tipo de arbitrariedade e inumanidade”.

Destaque-se que para Achille Mbembe (2018, p. 05), “matar ou deixar viver constituem os limites da soberania, seus atributos fundamentais. Ser soberano é exercer controle sobre a mortalidade e definir a vida como a implantação e manifestação de poder”.

Não é exagero expor dessa forma quando existe um discurso social e consolidado e amplamente difundido de que, “bandido bom é bandido morto”, onde o sujeito da frase tem endereço, situação socioeconômica e cor de pele bem definidas. Mbembe (2018, p. 20) defende que:

A percepção da existência do Outro como um atentado contra a minha vida, como uma ameaça mortal ou perigo absoluto, cuja eliminação biofísica reforçaria o meu potencial de vida e segurança, é este, penso eu, um dos muitos imaginários de soberania, característicos tanto da primeira quanto da última modernidade.

Por essa razão, Mbembe trata da expressão da soberania como o direito de matar (*droit de glaive*), a partir da correlação entre o conceito de biopoder de Michel Foucault (2005) e os conceitos de estado de exceção e de sítio. Pois em tais “instâncias, o poder (e não necessariamente o poder estatal) continuamente se refere e apela à exceção, à emergência e a noção ficcional do inimigo”, ao mesmo tempo em que trabalha para produzir a exceção, a emergência e o inimigo ficcional (MBEMBE, 2018, pp. 16-17). A soberania, por sua vez, por ser definida como “um duplo processo de “autoinstituição” e “autolimitação” (fixando em si os próprios limites para si mesmo)” podendo ser mobilizada para a instrumentalização generalizada da existência humana e a destruição material de corpos humanos e populações, a partir da “capacidade de definir quem importa e quem

não importa, quem é descartável e quem não é" (MBEMBE, 2018, p. 10; p. 41).

O autor esclarece que ao tratar de terror na modernidade, faz-se necessário se debruçar sobre aquela que pode ser considerada uma das primeiras manifestações da experimentação biopolítica: a escravidão, a qual, em muitos aspectos, manifesta a figura "emblemática e paradoxal do estado de exceção" em que a figura do escravizado aparece sob a condição de uma tripla perda que determina uma dominação absoluta. A perda de um "lar", a perda de direitos sobre o corpo e a perda do estatuto político" resultando em uma "alienação de nascença e uma morte social (que é a expulsão da humanidade)" (MBEMBE, 2018, p. 27).

Certamente, a escravidão remete a uma violação sistêmica de direitos, de apropriação e negação do outro institucionalizada, cuja características de degradação humana e tratamentos cruéis não devem ser vulgarizadas. Todavia, percebe-se que o sistema de justiça é inseparável das estruturas que racistas derivam da escravização (DHESCA, 2020), de modo que, privadas de liberdade, as pessoas presas passam

por um processo totalizante que se traduz na deterioração da identidade, onde por meio da segregação, as pessoas presas são destituídas, até mesmo, do controle das informações sobre si mesmas e de sua rotina (GOFFMAN, 2019, p. 28) de forma que o encarcerado também aparece como "uma sombra personificada" cuja vida, por vezes, em muitos aspectos, é uma forma "de morte-em-vida" (MBEMBE, 2018, pp. 27-29).

Assim, pode-se verificar no sistema prisional, a manifestação do "deixar morrer" e do "expor à morte" de diversos modos, como por exemplo, pelo aprisionamento de organizações criminosas rivais em um mesmo estabelecimento penal³, pela precarização dos meios de vida e da saúde, bem como pela exposição a doenças diversas e negligência da saúde mental dos aprisionados. Através das ações e omissões concretas do Estado, há a gerência da vida, dos modos de sobrevivência e da morte da população prisional, como pode ser visto pelo quadro abaixo fornecido pelo Levantamento de Informações Penitenciárias, que informa o total de mortes no ano de 2015 a cada 10 mil pessoas privadas de liberdade (BRASIL, 2016).

UF	Óbitos naturais	Óbitos criminais	Óbitos suicídios	Óbitos acidentais	Óbitos com causa desconhecida	Total de óbitos
AC	0,0	5,6	0,0	0,0	0,0	5,6
AL	3,1	4,6	0,0	0,0	0,0	7,6
AM	4,9	6,8	0,0	0,0	0,0	11,7
AP	0,0	7,5	0,0	0,0	11,2	18,7
BA	7,2	2,4	3,2	0,8	4,0	17,5
CE	2,2	11,5	0,0	0,0	26,4	40,1
DF	4,0	2,7	2,0	0,0	2,0	10,6
ES	5,7	0,5	0,0	0,0	0,0	6,2
GO	3,7	6,8	2,5	0,0	0,6	13,5
MA	16,9	5,2	2,6	0,0	0,0	24,7
MG	5,2	4,5	1,2	0,3	0,5	11,7
MS	12,7	2,8	2,2	2,2	0,0	19,9
MT	7,7	1,0	0,0	0,0	0,0	8,7
PA	6,5	10,9	0,7	1,4	4,3	23,9
PB	3,5	9,7	1,8	1,8	0,9	17,6
PE	11,3	6,7	0,6	0,6	0,6	19,7
PI	17,4	17,4	0,0	2,5	0,0	37,2
PR	6,0	1,0	0,2	0,0	0,2	7,4
RF	NI	NI	NI	NI	NI	NI
RN	4,6	12,6	1,1	0,0	6,9	25,3
RO	7,4	2,8	0,9	0,0	0,0	11,1
RR	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
RS	11,2	1,8	0,0	0,6	0,6	14,2
SC	11,2	0,5	0,0	0,5	0,0	12,1
SE	10,0	2,0	0,0	10,0	2,0	23,9
SP	8,7	0,4	0,7	0,0	0,4	10,3
TO	8,7	11,5	5,8	0,0	0,0	26,0
BRASIL	7,7	3,0	0,8	0,4	1,6	13,6

Fonte: Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – Infopen, Junho/2016.

Na referida tabela, se consegue perceber a existência de estados com uma expressiva população prisional cuja informação não foi informada, como o Rio de Janeiro, onde o número de morte em presídios aumentou dez vezes na última década (DPRJ, 2018)⁴. Destaca-se também o número de mortes cuja causa foi desconhecida, principalmente, no Estado do Ceará. No levantamento realizado em 2018, a taxa de mortalidade no sistema penitenciário era de 15,2 óbitos para cada 10 mil pessoas presas (BRASIL, 2018). Já entre julho e dezembro de 2019, morreram 1.091 pessoas no sistema penitenciário, sendo 67,55% das mortes em presídios masculinos e 70,9% nos presídios femininos, decorrentes de motivos relacionados a saúde.

Em 2018, no Rio de Janeiro, a Defensoria Pública do Estado verificou que 150 pessoas presas aguardavam atendimento oftalmológico, sem sucesso, apesar do risco de ficarem cegas (DPRJ, 2018). De acordo com o estudo, naquele ano, 53 pessoas morreram de tuberculose, pneumonias e complicações decorrentes de infecções pulmonares, sendo que, desse universo, 35 tinham menos de 40 anos de idade. Tais “mortes invisíveis, tão comuns, são fruto de um espaço inserido um dispositivo de soberania, que torna as vidas insignificantes e violáveis (MOURA, 2019, p. 13).

Dessa forma verifica-se o cárcere como ambiente em que se proliferam as condições práticas do exercício do poder de expor à morte, por promover, assim como os campos de concentração, locais em que os ocupantes são “desprovidos de estatuto político e reduzidos a corpos biológicos” (MBEMBE, 2018, pp. 06-07) os quais já sofriam, na maioria das vezes, de exclusão social crônica desde o nascimento. Ademais, o enfraquecimento do sistema imunológico e a condições precárias de higiene, aliados a exposição a violências e doenças diversas faz com que o sistema prisional, seja, especialmente propício para o aprofundamento de uma crise como a atualmente vivenciada pelo novo coronavírus, de modo que a necropolítica se manifesta de modo acentuado pela degradação da saúde dos aprisionados, pela promoção do enfraquecimento dos corpos, do adoecimento e da morte.

4. A INTENSIFICAÇÃO DA NECROPOLÍTICA EM TEMPOS DE PANDEMIA

Como anteriormente exposto, a precariedade do sistema penitenciário e a exposição continuada a patologias diversas, que fazem com que ambientes prisionais sejam incubadoras para a proliferação de doenças (NOWOTNY, 2020, p. 967), não fazem parte de uma realidade implementada a partir da pandemia provocada pelo novo corona vírus, tendo em vista que essas são características presentes desde a concepção do sistema punitivo. Contudo, a realidade imposta pela emergência sanitária, intensificou os seus mecanismos, causando mudanças “no modo como governos, instituições e população naturalizam a gestão da vida em nome da sobrevivência” (AGAMBEN, 2020).

Desse modo, diante do surgimento de inúmeras variantes do vírus e na ausência de vacinação massiva ou paliativo eficaz no combate ao SARS-CoV-2, a profilaxia, por meio do rígido distanciamento social e o reforço com os cuidados básicos de higiene (MATTEW *et al*, 2020, p. 2.075), permanecem como os principais meios de diminuir os riscos de contágio pela doença que já atingiu 116.674.473 (cento e dezesseis milhões seiscentos e setenta e quatro mil quatrocentos e setenta e três) de pessoas no mundo, das quais 2.592.128 vieram a óbito⁵. Assim, diante da atual crise sanitária mundial o encarceramento em massa se revela ainda mais preocupante, sendo a população prisional submetida a um risco desproporcionalmente alto de contrair o vírus (HENRY, 2020, p. 537; BARNERT; AHALT; WILLIAMS, 2020; HRW, 2020; SLOANE, 2020; WHO, 2020).

Historicamente, instituições prisionais tem sido o epicentro de surtos infectocontagiosos, tendo taxas de infecção superiores às de comunidades não encarceradas (FRANCO-PAREDES, 2020; KINNER *et al*, 2020). Estima-se que a infecção por coronavírus seja 15% ainda maior entre a população carcerária⁶, de modo que protocolos de atuação e planos de contenção foram adotados pela maioria dos países onde a crise se instaurou (DEPEN, 2020).

Em unidades prisionais como as que compõem o sistema prisional brasileiro, a situação pode ser ainda mais grave (FRANCO-PAREDES, 2020). Isso porque, além das precárias condições de saúde e higiene, o déficit de vagas

chega a 303.112 (INFOPEN, 2018) compelindo à aglomeração os custodiados, onde não resta espaço para livre circulação de vento, cuidados básicos de higiene ou de condições sanitárias adequadas, situação que, sobremaneira, afeta a imunidade das pessoas presas (INFOPEN, 2019).

Estima-se que 6% (seis por cento) dos casos de contaminação por corona vírus evoluam em sua forma mais grave, apresentando insuficiência pulmonar, choque séptico, falência de órgãos e risco de morte, sendo idosos, gestantes, pessoas com doenças crônicas, imunossupressoras e respiratórias, ou portadoras de outras comorbidades preexistentes como diabetes, tuberculose, doenças renais e HIV, especialmente vulneráveis a seu modo mais severo (WHO, 2020).

Atualmente, o sistema prisional brasileiro, já soma 23.056 presos contaminados, 4.633 casos suspeitos e 107 óbitos⁷ provocados por Covid-19 (DEPEN, 2020), mas o número pode ser ainda maior. As pessoas presas constituem parcela populacional permanentemente exposta a precarização da vida em ambientes que abrigam 31.742 presos com comorbidades, além de 11.374 pessoas com mais de 60 anos, ao passo que somente 66,7% das pessoas encarceradas se encontram em unidades que contam com módulos de saúde (INFOPEN, 2018, p. 22).

O próprio grupo de risco em razão da idade, deve ser interpretado segundo os moldes da realidade carcerária, havendo que se considerar a situação peculiar da pessoa presa, tendo em vista que neste contexto há aceleração do processo de envelhecimento (DAVIS; KLEIN, 2020) e adoecimento, o que pode ser verificado pelo número de mortes, mesmo antes da pandemia, entre presos com menos de 40 anos de idade em razão de doenças pulmonares no Rio de Janeiro, expostos na seção anterior.

A Lei de Execuções Penais brasileira determina que “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” (BRASIL, 1984). Todavia, o atendimento médico extramuros implica na mobilização de escolta policial e transporte, investimento de tempo, pessoas e recursos, de modo que a administração penitenciária pode relutar em aplicar tanto capital em um único preso (BURKI, 2020).

Desse modo, para Santos (2020), “qualquer quarentena é sempre discriminatória, mais difícil para uns grupos sociais que para outros” que têm em comum alguma vulnerabilidade social precedente que se agrava com ela, de modo que, “quando o surto ocorre, a vulnerabilidade aumenta, porque estão expostos à propagação do vírus e onde os cuidados de saúde nunca chegam” (SANTOS, 2020; CIDH, 2020). Certamente, não se pode afirmar que o vírus opera segundo distinções de ordem racial e de classe, ou que faça acepção de pessoas. Contudo, podemos dizer que as políticas de agentes do Estado (GOMES, 2020), determinam quem terá e em que condições terá acesso aos serviços de saúde.

Isto é, além da exposição ostensiva ao adoecimento, a pessoa presa não pode escolher ir até uma unidade de atendimento médico, tendo que ser submetida ao crivo dos agentes prisionais a fim de que estes determinem a gravidade e a veracidade de suas queixas, de modo que, não raramente, podem ser encaminhados para tratamento em um estágio avançado da doença diante das limitações das habilidades de detecção (BURKI, 2020). Isso ocorre ainda diante das claras recomendações de que as “decisões clínicas só podem ser tomadas por profissionais de saúde responsáveis e não podem ser modificadas ou ignoradas pela equipe prisional não médica” (ONU, 2015).

A própria “imagem que os agentes de segurança mantêm acerca das pessoas presas fundamenta uma desvalorização das queixas que estes últimos manifestam quanto a seu estado de saúde. Os detentos são percebidos, muitas vezes como incapazes, indolentes e dissimulados” (FREIRE; PONDÉ; MENDONÇA, 2012, p. 145). Isto implica na possível existência de uma expressiva subnotificação determinada pelo número de presos que não estão recebendo tratamento adequado ou mesmo sendo testados (BURKI, 2020).

Além disso, contrariando o disposto pela Resolução nº 2 de 2008, do CNPCP, o uso de algemas, a ostensiva escolta e o estigma experimentados durante o atendimento médico externo fazem com que presos adiem ou não informem seus sintomas, agravando seus quadros individuais e potencializando o risco de contágio para os demais presos. Por esta concepção:

Em situações de emergência, as políticas de prevenção ou de contenção nunca são de

aplicação universal. São, pelo contrário, seletivas. Por vezes, são aberta e intencionalmente adequadas do darwinismo social: propõe-se garantir a sobrevivência dos corpos socialmente mais valorizados, os mais aptos e os mais necessários para a economia. Outras vezes limitam-se a esquecer ou negligenciar os corpos desvalorizados (SANTOS, 2020).

Ainda diante do que preconiza a Resolução nº 07 do CNPCP, publicada em 2003, o isolamento clínico por doenças infectocontagiosas no sistema prisional resta extremamente dificultoso, não só pela sobrelotação, mas também pela estrutura física dos presídios, que contam com insuficientes consultórios médicos (1.022), salas de coleta de material para laboratório (470), salas de esterilização (264), salas de descontaminação (229), observação (1.088) e até sanitários para a equipe médica (1.552) (BRASIL, 2020).

Nesse contexto, até mesmo as essenciais medidas contendedoras de contágio, significaram o aumento da vulnerabilidade. A suspensão de visitas e consequente incomunicabilidade de muitos dos presos, sobre os quais o estado de vida, morte ou doença não é possível às famílias auferir (INEGRA, 2020; DIÁRIO DO NORDESTE, 2020), fragiliza ainda mais a manutenção de seus laços familiares e acentua as condições de precariedade sanitária em razão da dificuldade ou suspensão de entrega dos materiais de higiene pelas famílias e submete os presos a dependência exclusiva da administração penitenciária na atenção de suas queixas.

Nessas condições, o aprisionamento, mesmo que por um curto período de tempo “pode ser equivalente a uma sentença de morte” (DAVIS, KLEIN, 2020). De modo que o desencarceramento se destaca como justa e eficaz medida de combate a propagação do contágio pelo vírus (BARNERT; AHALT; WILLIAMS, 2020; HENRY, 2020; BURKI, 2020; MATTHEW, 2020; NOWOTNY, 2020). Medida adotada por países como o Irã, que liberou 70 mil presos e concedeu perdão a outros 10 mil (HEARD, 2020), mas que encontra barreira nas políticas de segurança pública que entendem os presos como corpos essencialmente perigosos, ainda que se trate de uma gestante em trabalho de parto ou um idoso com a saúde extremamente debilitada.

Nas penitenciárias brasileiras, 33,29% das pessoas aprisionadas ainda aguardam uma sentença judicial, havendo estados em que o

número de presos preventivamente chega a 60% como no Piauí (BRASIL, 2018). Desse modo, o Conselho Nacional de Justiça emitiu recomendação de medidas preventivas à propagação da infecção no âmbito dos sistemas de justiça penal e socioeducativo, considerando a essencialidade da manutenção da saúde das pessoas presas na garantia da segurança saúde coletiva, além do alto índice de transmissibilidade do vírus e seu agravamento no contexto prisional, recomendou que fossem realizadas a reavaliação das prisões preventivas, priorizando-se os que se enquadrem no grupo de risco e aqueles presos em estabelecimentos com ocupação superior à capacidade ou que não disponham de equipe de saúde. O documento ainda recomendou, entre outras medidas, a concessão de saídas antecipadas e prisão domiciliar de presos que cumprem regime semiaberto e aberto, mediante condições a serem definidas pelo Juiz da execução (CNJ, 2020).

Ainda diante da Recomendação, diversos pedidos foram reiteradamente negados em diferentes instâncias do Poder Judiciário, sob diferentes justificativas, como a não juntada aos autos de “evidências de que as medidas adotadas no estabelecimento prisional para prevenir o contágio e fornecer tratamento médico aos casos confirmados e aos detentos que se enquadrariam no grupo de risco são ineficazes”, quando o Supremo Tribunal Federal já reconhece o estado de coisas inconstitucional vivenciada pelo sistema prisional brasileiro (CNJ, 2020), que por si só, representa um ambiente em que a saúde não pode prosperar. Veja que o instituto do estado de coisas inconstitucional faz o STF reconhecer que há espaços no território nacionais que a Constituição e os demais instrumentos internacionais de direitos humanos em que o Brasil é signatário, não são aplicados, nesses ambientes é como se nunca houvesse tido respeito constitucionais aos direitos básicos.

No Tribunal de Justiça do Amazonas, pedido foi negado mesmo diante de quadro de doença imunossupressora⁸. No Acre, preso acometido por hipertensão e diabetes também teve pedido conhecido e denegado⁹, o que também ocorreu perante o Tribunal de Justiça de São Paulo em que paciente portador de câncer, hipertensão arterial e hérnia inguinal preso em regime semiaberto¹⁰. Mesmo perante o Supremo Tribunal Federal, houve o indeferimento de pedido de prisão domiciliar em que a paciente

era idosa de 75 anos, portadora de hipertensão arterial sistêmica e diabetes tipo 2 e que cumpria pena por crime sem violência ou grave ameaça¹¹.

No estado de São Paulo, somente 3% dos Habeas Corpus motivados pelo contexto provocado pelo COVID-19 foram deferidos, ainda que envolvessem pessoas idosas, mães, gestantes e lactantes, pessoas com deficiência e mais de 5.000 presos provisórios. Em 5.960 processos envolvendo pessoas com comorbidades, somente 134 alvarás foram expedidos (DPSP, 2020; CONJUR, 2020). As decisões se fundamentavam no fato de que, para os julgadores, não havia agravamento do quadro diante do quadro pandêmico ou que o contexto prisional se mostrava inadequado, sendo, suficientes as medidas adotadas pelos estabelecimentos penais.

Por essa razão, o coletivo de Advocacia em Direitos Humanos – CADHu¹², impetrou Habeas Corpus coletivo nº 596.189 perante o Superior Tribunal de Justiça, cujos pacientes eram todas as pessoas presas preventivamente, integrantes de grupos de riscos para COVID-19, acusados de crimes sem violência ou grave ameaça. O pedido se baseava na substituição da prisão preventiva pela domiciliar. Diferentemente do que ocorreu com a concessão do Habeas Corpus Coletivo 143.641 em que se considerou dispensável a possibilidade de identificação individual, o pedido foi negado sob justificativa de individualização da situação de cada preso.

Neste sentido, o judiciário é instrumentalizado como agente legitimador do que para muitos dos presos será equivalente à pena de morte, em um ambiente em que a doença é transformada em máquina de guerra. Ou, nas palavras de Achille Mbembe (2018, p. 09) é a tradução explícita de que “a expressão máxima da soberania reside, em grande medida, no poder e na capacidade de ditar quem pode viver e quem deve morrer”. Se a soberania depende da exceção para a gestão da vida (AGAMBEN, 2020), no meio prisional, há um permanente estado de emergência a justificar medidas que em nenhuma outra parte seriam aceitas.

Assim, as prisões podem funcionar como verdadeiros amplificadores da pandemia tendo em vista a aglomeração e os próprios fluxos de funcionamento prisional, permeado pela chegada de novos presos e troca de turnos da equipe penitenciária (BARNERT; AHALT; WILLIAMS, 2020; HEARD, 2020; WHO, 2020;

KINNER *et al*, 2020). No sistema penitenciário brasileiro, somente 71.903 presos foram testados no segundo semestre de 2020 (BRASIL, 2020).

Não à toa, constatou-se que, entre abril de 2020 e fevereiro de 2021, somente no sistema prisional cearense, 1.620 presos testaram positivo para o vírus, indicando uma média de cinco presos infectados pelo vírus diariamente. Além desses, outros 783 casos foram contabilizados em policiais e demais colaboradores prisionais, tais como servidores e trabalhadores terceirizados (MELO, 2021).

Contudo, jamais saberemos ao certo até que ponto a pandemia de corona vírus penetrou a realidade intramuros ou seu impacto no contexto extramuros (BURKI, 2020). Com os limitados recursos de testagem e a escassez dos equipamentos de proteção, as pessoas presas acabam não sendo enxergadas como prioridade em qualquer tempo (HRW, 2020), “reforçando a injustiça, a discriminação, a exclusão social e o sofrimento injusto” (SANTOS, 2020) inerentes ao próprio cenário excepcional, inviabilizando a quarentena dentro da quarentena.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o presente estudo, não se tinha como objetivo aprofundar-se nos pormenores teóricos da necropolítica, mas expor como ela pode operar no sistema carcerário, demonstrando que as narrativas de poder sobre a vida e a política de morte, tem início muito antes do perecimento total do corpo biológico, quando pela imposição da exclusão social, do silenciamento, pelo epistemicídio e pela submissão dos corpos.

Por todo o exposto, é possível perceber que não só o sistema penitenciário brasileiro tem falhado e se mostrado ineficaz na garantia e promoção do direito fundamental à saúde, mas o próprio sistema de justiça criminal tem assumido socialmente caráter, exclusivamente, punitivo, corroborando para o aprofundamento das vulnerabilidades dos presos, o que tem refletido como morte e doença no meio carcerário, se manifestando como a própria expressão da necropolítica que se intensifica diante da crise sanitária provocada pelo novo coronavírus.

Revela-se assim, a múltipla e extra penalização a que estão submetidas as pessoas presas, cuja sentença não se limita ao determinado pelo juiz e resta incluindo castigos corporais e contágio por doenças diversas, com

as quais, na maioria das vezes, elas não estarão econômica e psicologicamente preparadas para lidar ao deixarem as instituições penais, de modo que em tais condições, estas sequelas adquirem caráter de pena permanente. Destaca-se ainda, que a prisão privativa de liberdade continua a perpetuasse em detrimento de outras formas de pena ou medidas retributivas, demonstrada pelo número de presos provisórios que hoje se encontram no sistema prisional, para os quais a sentença de morte, por vezes, chega antes da sentença judicial.

Dessa forma, embora o direito fundamental à saúde das pessoas presas esteja amplamente tutelado, em dispositivos nacionais, constitucionais e infraconstitucionais, assim como os internacionais, enquanto direitos humanos basilares reconhecidos pelo Estado, a consagração normativa por si só, não é suficiente para que pessoas encarceradas experimentem a efetivação desse direito por meio dos acesso aos serviços médicos eletivos e emergenciais, do aprisionamento em instalações sanitárias adequadas, ou mesmo, do alcance de padrões básicos de higiene.

Convém salutar, que não basta a publicação de leis garantindo a efetivação desse direito, visto que o próprio fundamento da dignidade da pessoa humana, critério axiológico e base da efetivação imediata dos direitos fundamentais assim garante. Bem verdade, necessita-se que a pessoa presa seja enxergada como sujeito de direito, como vidas e não como gastos, de modo que, para garantir direitos humanos é necessário humanizar o sujeito.

A relutância em estabelecer políticas públicas ou a ineficiência delas no combate a pandemia dentro do sistema carcerário brasileiro transforma os presos em objetos, premissa de existência do postulado da dignidade, quando o ser humano, seja ele encarcerado ou não, é transformado em objeto e não em sujeito de direitos, perde-se de vista não só a dignidade dos apenados, mas a de todos os ser humanos. Corpos em busca de direitos, assim é a realidade dos presos, numa paradoxal realidade em que um direito universal não é para todos.

REFERÊNCIAS

- AGAMBEN, Giorgio. *Reflexões sobre a peste* [recurso eletrônico]. São Paulo: Boitempo, 2020.
- BARNERT, Elizabeth; AHALT, Cyrus; WILLIAMS, Brie. Prisons: amplifiers of the COVID-19 pandemic hiding in plain sight. *AJPH*, v. 110, n. 7, July, 2020.
- BORGES, Juliana. *Encarceramento em massa*. Série Feminismos Plurais. São Paulo: Sueli Carneiro, Polén, 2019.
- BORGES, Juliana. *Necropolítica na metrópole: extermínio de corpos, especulação de territórios*. Coluna no Blog da Boitempo, jun. 2017. Disponível em: <https://blogdaboitempo.com.br/2017/06/01/necropolitica-na-metropoleextermínio-de-corpos-especulacao-de-territorios/>. Acesso em: 9 jul. 2020.
- BRASIL. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. *Resolução nº 01 de 2009: proporção mínima*. Disponível em: https://criminal.mppr.mp.br/arquivos/File/Resolucao_01_2009_CNPCP_Proporcao_Minima_Agentes_Peniteniciarios.pdf. Acesso em: 10 ago. 2020.
- BRASIL. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. *Resolução nº 7, de 14 de abril de 2003*. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/acoes_afirmativas/cadeias/pe_legislacao/2003resolu07.pdf. Acesso em: 03 abr. 2020.
- BRASIL. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. *Resolução nº 2, de 08 de maio de 2008*. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/acoes_afirmativas/cadeias/pe_legislacao/2008resolu02.pdf. Acesso em: 07 jul. 2020.
- BRASIL. *Constituição (1988)*. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Departamento Penitenciário Nacional. *Covid 19: painel mundial*, 08 de maio de 2020. Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/Covid19PainelMundial08MAIO20.pdf>. Acesso em: 15 maio 2020.
- BRASIL. Departamento Penitenciário Nacional. *Levantamento de Informações Penitenciárias*, 2018. Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/relatorios-sinteticos/infopen-jun-2017-rev-12072019-0721.pdf>. Acesso em: 15 maio 2020.
- BRASIL. Departamento Penitenciário Nacional. *Nota Técnica nº 16/2020/DIAMGE/CGCAP/DIRPP/DEPEN/MJ*, 2020. Disponível em: http://depen.gov.br/DEPEN/copy2_of_SEI_MJ11489602NotaTcnicaIdosos.pdf. Acesso em: 15 maio 2020.
- BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. *Lei de Execução Penal*. Diário Oficial da União de 13 de julho de 1984.
- BRASIL. *Portaria Interministerial nº 1, de 02 de janeiro de 2014*. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Ministério da Saúde, 2014.
- BURKI, Talha. Prisons are “in no way equipped” to deal with COVID-19. *World Report. The Lancet*, v. 295, pp. 1411-1412, 02 may 2020.
- CIDH – Comissão Interamericana de Direitos Humanos. *Pandemia e Direitos Humanos: Resolução 1/2020*. Disponível em: <https://www.oas.org/pt/cidh/decisiones/pdf/Resolucao-1-20-pt.pdf>. Acesso em: 12 set. 2020.
- CONJUR. TJ-SP nega 88% dos Habeas Corpus motivados pela Covid-19. *Revista Consultor Jurídico*. 08 jul. 2020.
- CUNHA JÚNIOR, Dirley. *Curso de Direito Constitucional*. Salvador: JusPodvm, 2018.
- DAVIS, Angela; KLEIN, Naomi. *Construindo Movimentos: uma conversa em tempos de pandemia* [recurso eletrônico]. São Paulo: Boitempo, 2020.
- DHESCA Brasil – Plataforma de Direitos Humanos Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais. *Relatório da Missão Emergencial sobre Genocídio Negro e Racismo nas Unidades Prisionais e RUC's de Altamira (PA)*. São Paulo: DHESCA, 2020.
- DIÁRIO DO NORDESTE. *Preso é hospitalizado, tem diagnóstico de COVID-19 e a família só descobre o caso semanas depois*. 19 maio 2020. Disponível em: <https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/seguranca/preso-e-hospitalizado-tem-diagnostico-de-covid-19-e-familia-so-descobre-o-caso-semanas-depois-1.2247320> Acesso em: 20 jul. 2020.
- DPRJ – Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro. *Em quase uma década o número de presos mortos cresce 10 vezes mais*. 07 ago.

2018. Disponível em: <http://www.defensoria.rj.def.br/noticia/detalhes/6142-Em-quase-uma-decada-numero-de-presos-mortos-cresce-10-vezes-mais>. Acesso em: 02 ago. 2020.
- DPSP – Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiY2IyZWJjZGMtOGVmMC00Y2Y0LWJjZjgtYjNkZDJIOTk1NWE0IiwidCI6IjliMGJwMjdLT12NDAtNDM0YS05ZjYwLTM1MjRiMGZlZWU1YyJ9>. Acesso em: 12 set. 2020.
- ENGGIST, Stefan *et al.* *Prisons and Health*. Copenhagen: WHO, 2014.
- ESPINOZA, Olga. *A mulher encarcerada em face do poder punitivo*. São Paulo: IBCCRIM, 2004.
- FANON, FRANZ. *Os condenados da terra*. Lisboa: Ulisseia, 2020.
- FERREIRA, Siddarta Legale; ARAÚJO, David Pereira. O Estado de Coisas Inconvencional: trazendo a Corte Interamericana de Direitos Humanos para o debate sobre o sistema prisional brasileiro. *Revista Publicum*, Rio de Janeiro, v.2, nº 2, pp. 67-82, 2016.
- FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- FRANCO, Alberto Silva Franco. Prefácio. In: ESPINOZA, Olga. *A mulher encarcerada em face do poder punitivo*. São Paulo: IBCCRIM, 2004.
- FRANCO-PAREDES, Carlos *et al.* Covid-19 in jails and prisons: a neglected infection in a marginalized population. *PLoS Negl Trop Dis*, v. 14, nº 6, 22 jun. 2020.
- FREIRE, Antônio Carlos Cruz; PONDÉ, Milena Pereira; MENDONÇA, Milena Siqueira Santos. Saúde mental entre presidiários na cidade do Salvador, Bahia, Brasil. In: COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas; CARVALHO FILHO, Milton Júlio. *Prisões numa abordagem interdisciplinar* [recurso online]. Salvador: EDUFBA, 2012.
- GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. 9ª ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 2019.
- GOMES, José Clayton Murilo Cavalcanti. Onde viver é despesa e morrer é lucro. *Justificando*, 8 abr. 2020.
- HEARD, Catherine. Covid-19 in prisons: a major public health risk. 26 mar. 2020. London: World Prison Brief.
- HENRY, Brandy F. Social Distancing and Incarceration: policy and management strategies to reduce COVID-19 transmission and promote health equity through decarceration. *Health, Education & Behavior*, v. 47, nº 4, pp. 536-529, 2020.
- HRW – Human Rights Watch. *Human Rights Dimensions of COVID-19 response*. 19 mar. 2020.
- INEGRA – Instituto Negro do Ceará. Covid-19 evidencia caráter misógino e LGBTfóbico do sistema prisional. *Brasil de Direitos*, 02 jun. 2020.
- KINNER, Stuart A *et al.* Prisons and custodial settings are part of a comprehensive response to COVID-19. *The Lancet*, v. 5, 2020.
- MAMOON, Navid; RASSKIN, Gabriel. *Worldometers: covid visualizer*. Pittsburgh: Carnegie Mellon University, 2020.
- MATTEW, J *et al.* Flattening the curve for incarcerated populations: COVID-19 in jails and prisons. *The New England Journal of Medicine*. Massachusetts, v. 322, n. 22, may, 2020.
- MBEMBE, A. *Necropolítica: biopoder, estado de exceção, política da morte*. São Paulo: n-1 edições, 2018.
- MELO, Emanoela Campelo de. 1.620 presos testaram positivo para Covid-19 no Sistema Penitenciário do Ceará. *Diário do Nordeste*, Fortaleza, 05 mar. 2021. Disponível em: <https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/seguranca/1620-presos-testaram-positivo-para-covid-19-no-sistema-penitenciario-do-ceara-1.3056189>. Acesso em: 05 mar. 2021.
- MORAES, Alexandre de. *Direitos Humanos Fundamentais*. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 1998.
- MOURA, Roberto Barbosa. Precisamos falar sobre cárcere e necropolítica. *Boletim do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais*, ano 26, n. 315, fevereiro, 2019.
- NOWOTNY, Kathryn *et al.* COVID-19 exposes need for progressive criminal justice reform. *AJPH*, v. 110, n. 7, pp. 967-968, July, 2020.
- PAHO – Pan American Health Organization. *Indicadores de Saúde: elementos conceituais e práticos* (capítulo I). Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14401:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-1&Itemid=0&lang=pt. Acesso em: 10 set. 2020.

- SANTOS, Boaventura de Sousa. *A cruel pedagogia do vírus* [recurso eletrônico]. São Paulo: Boitempo, 2020.
- SARLET, Ingo Wolfgang. *Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988*. 9ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2011.
- SCHMITT, Helen Bruggemann Buhn *et al* (org.) *Políticas Públicas e atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade* [recurso eletrônico]. 2ª ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2019.
- SLOANE, Philip D. Cruise Ships, Nursing Homes and Prisons as Covid-19 epicenters: a 'wicked problem' breakthrough solutions? *The Journal of Post-Acute and Long-Term Medicine*, v. 21, nº 7, pp. 958-961, jul. 2020.
- STURZA, Janaína Machado; CORRÊA, Luís Fernando Pretto. O direito fundamental à saúde e a realidade na obtenção das políticas públicas no sistema prisional brasileiro. In: SOUZA, Bernardo de Azevedo e; WERMUTH, Maiquel A. Dezordi; GRANDO, Juliana Bedin (coord.) *Ciências Criminais e Direitos Humanos*. Beto Gonçalves: Associação Refletindo o Direito, pp. 403-422, 2015.
- UNODC – Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. *Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Reclusos* (Regras de Nelson Mandela). Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015.
- WEBER, Max. *Política como vocação*. Brasília: Editora UNB, 2003.
- WHO – World Health Organization. *Constituição*. Nova Iorque: Nações Unidas, 1946. Disponível em: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf?ua=1. Acesso em: 10 set. 2020.
- WHO – World Health Organization. *Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report*. 01 mar. 2020. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200301-sitrep-41-covid-19.pdf?sfvrsn=6768306d_2. Acesso em: 14 set. 2020.
- WHO – World Health Organization. *Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention*. 15 mar. 2020.

NOTAS

1. Nesse sentido, o STJ no início deste ano atendendo a um pedido da Defensoria Pública de São Paulo e em acordo com as Regras de Mandela, estabeleceu que deveriam fornecer banho quente aos presos durante o inverno.
2. “O reconhecimento de um ECI [estado de coisas inconstitucional] pressupõe, dentro dos parâmetros fixados pela Corte Constitucional colombiana, especialmente nas tutelas T-25/2004 e T-153, que exista grave e massiva violação dos direitos fundamentais, uma omissão persistente do Estado em resolvê-la e, ainda, um litígio estrutural a demandar soluções interinstitucionais para os problemas” (FERREIRA; ARAÚJO, 2016, p. 69). No Brasil, tal condição foi reconhecida pelo Supremo Tribunal Federal por meio da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 347.
3. Sobre isso, Moura explica que nesse “espaço necropolítico de gestão dos indesejáveis, adstritos a uma lógica colonial, torna a violência um fim em si mesmo. Um fim para (sobre)viver” (MOURA, 2019, p. 14).
4. A Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro relatou, em 2018, que em 1998, 26 mortes foram registradas no sistema prisional carioca, enquanto em 2017 o número saltou para 266. No mesmo documento, narra-se que 30 dos 83 presos mortos entre 2014 e 2015, apresentavam sinais de *emagrecimento excessivo e desnutrição* (DPRJ, 2018).
5. Verificado pela última vez em 06 de março de 2021 em Mamoon e Rasskin (2020).
6. Segundo Barnert, Ahalt e Williams (2020, p. 964), em 29 de fevereiro de 2020 quase metade dos casos de COVID-19 reportados em Wuhan, na China, eram do sistema prisional da cidade.
7. Dados acessados até o dia 12 de setembro de 2020. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiYTZhMjk5YjgtZWQwYS00ODlkLTg4NDgtZTFhMTgzYmQ2MGVlIiwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MWYyLT Ri OGRhNmJmZThlMSJ9>. Acesso em: 17 maio 2020.
8. TJAM. Habeas Corpus Criminal nº 4002620-31.2020.8.04.0000; Relator (a): Hamilton Saraiva dos Santos.
9. TJAC. Habeas Corpus Criminal nº 1000825-25.2020.8.01.0000; Relator (a): Elcio Mendes.
10. TJSP. Habeas Corpus Criminal nº 2098876-58.2020.8.26.0000; Relator (a): Otavio Rocha.
11. STE. HC nº 7000712-49.2018.1.00.0000, Relator (a): Edson Fachin.
12. STJ. HC nº 596189 (2020 – 0169244-4) – Relator (a): Sebastião Reis Júnior.

