

Medidas de salvaguardas sociais implementadas em prisões: efeitos da política de cuidados em saúde da população custodiada

Social safeguards implemented in prisons: effects of the health care policy of the population in custody

Recebido em 21/01/19

Aceito em 22/03/19

Railander Quintão de Figueiredo¹

Silvia Helena Tedesco²

Resumo:

São diversas as salvaguardas previstas no sistema normativo brasileiro e internacional, definindo o direito à saúde como universal. Nessa direção, a justiça criminal, em interfaces com a política de saúde pública, produziu medidas de salvaguardas importantes que objetivaram garantir às pessoas custodiadas pelo Estado brasileiro o acesso às redes de atenção, em seus diversos serviços e programas. O artigo sintetiza resultados de uma pesquisa empírica realizada junto ao Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e ao Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJ), com o objetivo de promover a revisão da Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). De cunho colaborativo e concebida por meio de análise de dados oficiais e documentos e pela observação participante, a pesquisa evidenciou a relevância dessa política de cuidados como um paradigma que tem propiciado o acesso de parte importante da população custodiada ao SUS, gerado efeitos positivos sobre os serviços penais e minimizado algumas situações degradantes comuns aos contextos prisionais.

Palavras-chave: Justiça Criminal, Saúde Pública, Direitos Humanos, Prisões.

Abstract:

There are several safeguards in Brazilian and international standards, considering the right to health as universal. In this direction, criminal justice, in interfaces with the public health policy, produced important safeguards measures that aimed to guarantee the people guarded by the Brazilian State the access to the networks of attention, in its various services and programs. The article summarizes the results of an empirical research carried out with the United Nations

¹ Pesquisador no Observatório de Saúde Mental, Justiça e Direitos Humanos da Universidade Federal Fluminense (UFF) e no Observatório Nacional do Sistema Prisional da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); foi consultor em programas das Nações Unidas para projetos de cooperação no Brasil; é graduado em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUCMINAS), mestre em Educação pela UFMG e doutor em Psicologia pela UFF. railander_figueiredo@id.uff.br

² Professora titular do Instituto de Psicologia da Universidade Federal Fluminense (UFF) e coordenadora do Observatório de Saúde Mental, Justiça e Direitos Humanos da UFF; é graduada e mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC SP).

Development Program (UNDP) and the Ministry of Justice and Public Security (MJ), with the objective of promoting the revision of the National Policy for Comprehensive Health Care of the Person Deprived of Liberty in the Prison System (PNAISP). Collaborative and conceived through analysis of official data and documents and participant observation, the research evidenced the relevance of this care policy as a paradigm that has allowed the access of an important part of the population guarded to the SUS, generating positive effects on the services and minimized some degrading situations common to prison contexts.

Keywords: Criminal Justice, Public Health, Human rights, Prisons.

Introdução

Os sistema prisional brasileiro é considerado crítico e complexo, não apenas por tratar de consequências das crises e conflitos da sociedade, mas por colocar-se como forma de produção de exclusão social e com escassas contribuições para pacificação social. As prisões, numerosas e onerosas, são caracterizadas pela superlotação, pelos riscos sanitários e limitadas medidas de salvaguardas destinadas às pessoas custodiadas³. Esses dispositivos públicos têm sido insuficientes na criação de condições saudáveis, favorecendo mais a propagação e o agravamento das doenças entre aquelas pessoas que se encontram sob custódia e e os profissionais dos serviços penais.

O estudo que retratamos aqui tem em perspectiva o direito à saúde da população que se encontra nessas prisões e as respostas produzidas pelo Estado. Colocamo-nos diante de um desafio ao buscarmos compreender algumas rupturas e reconstruções conceituais nos sistemas prisionais e de saúde: o atendimento às necessidades das pessoas dos locais de custódia, com a criação de condições de saúde, vida e trabalho adequadas, reforçando ações comunitárias concretas e efetivas.

Dentre as várias assistências previstas na legislação penal⁴, a nossa abordagem buscou evidenciar a atenção à saúde⁵ da população privada de liberdade, as responsabilidades do Sistema Único de Saúde (SUS) e as concertações conduzidas sobretudo pelos Ministérios da Saúde (MS) e da Justiça e Segurança Pública (MJ). Esses esforços, a partir do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), instituído pela Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777, de 09/09/2003, levaram à Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), por meio da Portaria Interministerial MS/MJ nº 01, de 02/01/2014, esta alicerçada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Criando arranjos intersetoriais, a PNAISP pretende viabilizar a inclusão dos custodiados no SUS e

³ Sob sanção penal, vigilância e proteção do Estado; nesses casos, encontram-se pessoas privadas de liberdade provisoriamente, como forma de adoção de medidas cautelares - prisão em flagrante, temporária ou preventiva -, ou definitivamente, sob condenação à pena de prisão ou em cumprimento de medida de segurança (por tratar-se de pessoa com transtorno mental criminalizada).

⁴ Previstas pela Lei nº 7.210/1984 - Lei de Execução Penal (LEP) -, as unidades de custódia deveriam cumprir funções antagônicas: segregar o custodiado, protegendo a sociedade do seu potencial ofensivo, submetendo-o à sanção penal, ao tratamento e às assistências de caráter multidisciplinar (art. 11), com o objetivo de promover a sua inclusão social e reduzir as possibilidades de reincidência criminal, contemplando a assistência material (art. 12), atenção à saúde (art. 14), assistência jurídica (art. 15), educação (art. 17), assistência social (art. 22), apoio ao egresso (art. 25) e apoio ao trabalho (art. 28).

⁵ A saúde é entendida como “salvação e conservação da vida” (do latim *salute*), como bem definida na Carta de Ottawa (OMS, 1986): “um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas”, que dependem de “condições e os recursos fundamentais para a saúde” tais como paz, moradia, educação, alimentação, renda, justiça social, equidade, dentre outros.

contribuir para transformação das realidades das prisões e para redução do quadro intenso de violação de direitos vivida pelas pessoas que nelas se encontram⁶.

Assim, pudemos realizar um trabalho avaliativo por intermédio do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), entre 2016 e 2017, como parte do Projeto de Cooperação Internacional BRA 14/011 (MJ e PNUD, 2014), sob a coordenação do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN). Essa pesquisa empírica objetivou buscar conhecimentos acerca das experiências inerentes à PNAISP, evidenciando as interações entre o SUS e os sistemas prisionais e seus aspectos facilitadores e obstaculizadores, além da proposição de melhorias.

A metodologia foi efetivada por meio de estudo documental, análise de dados oficiais e observação participante. Diversos textos legais, relatórios e planos foram estudados, o que contribuiu para enfatizar planos pactuados, processos de gestão junto às redes de saúde, estratégias de justiça, dentre outras. Foram utilizadas notas de campo e registros históricos do processo de avaliação do PNSSP e de constituição da PNAISP, elaborados ao longo dos nossos trabalhos consultivos no MJ e no MS, entre 2009⁷ e 2013. Além disso, foram utilizadas duas fontes oficiais que traduziram relativamente as realidades da execução penal: o Sistema de Informações Penitenciárias (INFOPEN), com dados consolidados em dez/2014 (MJ, 2016a), retratando 1.436 unidades prisionais, em 970 municípios, e 584.758 custodiados; e o Cadastro Nacional de Informações sobre Estabelecimentos Penais (CNIEP), do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), com os resultados das inspeções periódicas em prisões realizadas por juizes da execução penal, registrando 2.763 unidades, em 1.782 municípios, e 649.167 custodiados (CNJ, 2016).

Os dados do INFOPEN, à época do nosso estudo, apresentaram-se limitados: o número de unidades de custódia e de municípios que as abrigava era insuficiente. O que o CNIEP (CNJ, 2016) foi mais representativo: permitiu a crítica aos dados do INFOPEN e uma percepção mais clara sobre as prisões e os territórios. Desse modo, ao confrontar e adequar as duas fontes, obteve-se o perfil de 2.835 unidades de custódia, totalizando 660.024 pessoas custodiadas (MJ, 2016b), com uma variação positiva de 1,7% em relação ao número apresentado pelo CNIEP (CNJ, 2016). Com isso, tornou-se possível a estruturação de uma terceira base de dados, adequada à realização do nosso estudo.

Além disso, foram consultadas fontes de dados populacionais, como o censo demográfico de 2010 e estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), além do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) publicado pelo PNUD (2016b). Quanto às bases do SUS, considerou-se os dados referentes às redes e aos serviços de saúde pelas seguintes fontes: Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE), com indicadores sobre ações e serviços nos territórios e população referenciada (MS, 2016a, 2016b); Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), com registros dos serviços válidos, tais como localização, especialidade, equipes, infraestrutura, etc. (MS, 2016c); e Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) e respectivos indicadores municipais (MS, 2012).

As reuniões técnicas e observações participantes, com a produção de diários de campo, ocorreram entre julho/2016 e fevereiro/2017 em contextos de gestão prisional, no DEPEN e em âmbitos estaduais, e em serviços de saúde dos seguintes locais: São Paulo, Franco da Rocha e Limeira, no estado de São Paulo; Porto Alegre e Rio Grande, no Rio Grande do Sul; São Luís, no Maranhão; e Teresina, no Piauí.

⁶ A Constituição Federal (CF) afirma os direitos sociais, ainda que o indivíduo esteja privado de liberdade, tais como “educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados” (art. 6º). As salvaguardas em saúde são garantidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), alicerçado por um sistema normativo amplo, destacando-se a Lei nº 8.080, de 19/09/1990, a Lei nº 8.142, de 28/12/1990, e pelo Decreto nº 7.508, de 28/09/2011.

⁷ Quando pudemos realizar estudos sobre o PNSSP por meio do Projeto BRA 05/038: Modernização do Sistema Penitenciário Nacional, sob a coordenação do MJ (PNUD, 2005).

Em todos os casos, quando necessárias as abordagens junto às equipes nos territórios mencionados, as comunicações às respectivas coordenações foram realizadas por um dos autores [no papel de consultor técnico] e pelo DEPEN, sendo solicitadas agendas e acesso aos campos, por ofício, e justificadas as atividades nos contextos de interesse. Quando autorizadas, as abordagens locais ocorreram do seguinte modo: a) com uma reunião inicial, explicativa e prospectiva, junto aos gestores locais (saúde e justiça), pelas quais se desvelavam os principais aspectos da gestão, formas de pactuação, interfaces saúde-prisões, principais ações e serviços ofertados, entraves, dentre outras; b) os encontros com as equipes de atenção, que duravam entre 3 a 4 horas, ocorrendo sempre em seus contextos de atuação, e que possibilitavam questionamentos e reflexões sobre os principais aspectos da organização do serviço, sobre os fatores patogênicos das prisões e principais doenças e agravos, a respeito das ações mais recorrentes, das interfaces com as redes locais, sobre a necessária integração entre equipes de saúde e de segurança, a respeito das estratégias de prevenção e promoção em saúde, dentre outras; e c) a observação de atividades de atendimentos aos custodiados, em consultórios odontológicos e ambulatórios.

A obtenção dos dados verbais junto aos gestores e especialistas das equipes de saúde constituiu-se como importante fator, sendo que a opção pela “posição narrativa” favoreceu a articulação em torno das políticas em jogo, tal qual afirmaram Passos e Barros (2009, p. 150), numa tomada de posição que, em busca da produção do conhecimento necessário, implicava a todos politicamente, sendo considerados os sujeitos que atuavam no campo, numa tentativa de “apreender esta dimensão expressiva própria das práticas de saúde” (PASSOS e BARROS, *ibid*, p. 151). Os estudos de campo e as expressividades dos interlocutores se apresentaram como fundamentais para compreensão das práticas locais, evidenciando interjeições, muito em razão dos cenários dramáticos com os quais os profissionais tinham que lidar e das respostas favoráveis advindas, à medida que se conduziavam na implementação das práticas de cuidado.

Retratando o Sistema Prisional

Como atestou o MJ em seu relatório sobre o sistema prisional (DEPEN, 2014, p. 13), o crescimento acelerado da população prisional brasileira, associado às inadequadas condições das unidades de custódia e às dificuldades decorrentes da administração da justiça, colocaram o país em uma posição desconfortável, com a quarta maior prisional do mundo e taxa de encarceramento bem acima da média global⁸.

Os dados adaptados a partir do CNIEP (CNJ, 2016) e do INFOPEN (MJ, 2016a), em jun/2016, somaram 2.835 unidades, entre Penitenciárias, Cadeias, Delegacias, Casas de Albergado, Colônias Agrícolas, Centros de Remanejamento (CR), Centros de Detenção Provisória (CDP) e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), localizadas em 2.132 municípios, mantendo 660.024 pessoas custodiadas (MJ, 2016b), sendo 94% do gênero masculino e 6%, do feminino⁹. Observou-se que as unidades mais numerosas abrigavam populações menores, especialmente as 1.625 Cadeias/CDP (1.625) e 467 Delegacias, que somavam 213.243 custodiados (31,7%); já as 600 Penitenciárias, mantinham 411.057 pessoas (62,3%).

O DEPEN estimou o aumento médio anual da população sob custódia em 7,5% (MJ, *ibid*), considerando que, em dez/2000, a população custodiada era de 232.755 pessoas. Entretanto, aos

⁸ Estados Unidos, com 2.217.000 custodiados, em 2013; China, com 1.657.812, em 2014; Rússia, com 644.237, em 2015; e Brasil, com 622.202, em 2014. As taxas de encarceramento no planeta era de 144 pessoas presas/100.000 habitantes e, no Brasil, 318/100.000 habitantes (MJ, 2016b).

⁹ Nesse período, foram registradas 534 gestantes e 316 nutrízes, sendo que o número de crianças que ultrapassaram a fase da amamentação não foi encontrado.

ajustarmos as bases do MJ e do CNJ (MJ, 2016b), verificamos que o crescimento médio, entre dez/2000 e jun/2016, foi de 6,6%.

O crescente o deficit de vagas nos sistemas estaduais colocou-se como um problema de difícil solução. Segundo o relatório publicado pelo DEPEN (MJ, 2015), em 2010 a população privada de liberdade somava 496.251 pessoas, em 281.520 vagas, sendo 164.683 presos provisórios (33% do total); em 2014, por sua vez, a população custodiada chegava a 622.202, em 371.884 vagas, sendo 249.668 presos provisórios (40% do total); em 2016, esse número representava 38,1% do total. Ainda em 2016, 3.618 pessoas cumpriam medidas de segurança, sendo 2.677 (74%) em HCTP e Alas de Tratamento Psiquiátricos (ATP), e 941 (26%) em outras unidades, além de 1.009 pessoas sem medida determinada (provisórios ou condenados aguardando laudo pericial; ou já condenados, em tratamento). Essa mesma fonte governamental indicou que a população custodiada era, em sua maioria: composta por pessoas negras ou ascendência negra, representando 61,7% do total; predominantemente jovem, com idades entre 18 e 29 anos (55,1%); e com baixa escolaridade, sendo 9,7% analfabetos ou semi-alfabetizados, 49,6% com ensino fundamental incompleto (abaixo de 4 anos), e 14,8% com o fundamental completo, sendo que somente 9,5% tinham ensino médio completo e 0,5% com ensino superior completo.

O DEPEN estimou que a população que transitou pelas unidades prisionais foi superior a 622.202 (MJ, 2015), sendo que, em dez/2013, havia 581.507 custodiados e que, entre jul/2014 e dez/2014, foram inseridas 279.912 pessoas e desligadas outras 199.100. Assim, concluiu-se que “pelo menos 1 milhão de pessoas passaram pelo sistema prisional brasileiro ao longo do ano de 2014” (MJ, 2015, p. 23). Entretanto, não houve mensuração clara da população que dinamicamente passou pelas prisões, ressaltando o MJ que a sua estimativa baseou-se em parte da população movimentada - 49,7%, em jun/2014, e 81,5%, em dez/2014 - (MJ, 2015).

Em relação às condições das prisões verificadas no CNIEP, do total de 2.835 unidades, 2.752 foram avaliadas pelos juizes da execução e publicadas pelo CNJ. Dessas unidades, 38% foram consideradas ruins ou péssimas, mantendo 238.079 pessoas presas (36%), além de 1.407 unidades em condições regulares, com 301.050 pessoas (45,6%). As 2.493 unidades em condições regulares, ruins e péssimas abrigavam 539.129 pessoas (81,7%), indicando estrutura geral e módulos de vivência inadequados, escasso número de profissionais, deficit de vagas, serviços e tecnologias, etc.

Quanto às características epidemiológicas da população em prisões, os principais agravos prevalentes foram identificados pelo SUS, por meio do Sistemas de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)¹⁰, e informados ao DEPEN (MJ, 2015, p. 46): a Tuberculose (94,7/10.000 custodiados)¹¹, o HIV (126,8/10.000 custodiados), a Sífilis (51/10.000 custodiados) e as Hepatites Virais (57,5/10.000 custodiados) foram considerados os mais comuns, associados à superlotação, às condições estruturais e sanitárias inadequadas.

O estudo de Oliveira (2014, p. 12) evidenciou que a incidência da tuberculose regrediu progressivamente no país (reduzida em 1,2% ao ano, alcançando a 36,1/100.000 habitantes), especialmente em função dos esforços do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), do MS, junto às direções estaduais do SUS e redes locais, apoiados na estratégia *Stop TB*, preconizada pela OMS. Entretanto, demonstrou que a população que se encontrava em prisões apresentava maiores riscos de contágio em função das “condições ambientais

¹⁰ Entre os sistemas epidemiológicos e de eventos vitais, o SINAN mereceu destaque, sendo uma aplicação utilizada para inserção dos dados das notificações de doenças e agravos que figuram na “lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos em saúde pública”, definidas, à época deste estudo, pela Portaria MS/GM nº 1.271, de 06/06/2014, com o propósito de garantir as intervenções oportunas com a redução dos fatores patogênicos, riscos, incidência e prevalência das doenças e dos agravos.

¹¹ Bem acima da taxa considerada aceitável pela OMS, cuja meta global foi estabelecida em 25,9/100.000 habitantes, para até 2015 (MS, 2012d, p. 1).

desfavoráveis com superlotação e celas mal ventiladas”, agravados pelos extensos períodos de institucionalização e intensa mobilidade de pessoas (OLIVEIRA, 2014, p. 13).

O sofrimento psíquico dos que viviam em espaços de confinamento também foi considerado pelas equipes de saúde como recorrente, algo agravado pelo isolamento social, pelas tensas relações com outros custodiados e oficiais dos serviços penais, pela escassa oferta de programas assistenciais, dentre outros. Algumas pesquisas realizadas em unidades prisionais de São Paulo (ANDREOLI *et al*, 2006, *apud* DAMAS e OLIVEIRA, 2013, p. 4), destacaram a prevalência desse tipo de agravo: 61,7% viveram ao menos uma ocorrência de transtorno mental ao longo da vida, com aproximadamente 25% com diagnósticos de transtorno mental no ano anterior ao estudo; e, “cerca de 11,2% dos detentos homens e 25,5% das mulheres apresentavam transtornos mentais graves”. Esses autores sintetizaram um estudo sobre saúde mental em prisões em outros países, demonstrando: 40% com transtorno mental, 30% com transtorno da personalidade e 10% com psicose, na França (2001); e 45% dependentes de drogas, 31,3% com esquizofrenia, sendo a taxa global de transtorno mental em 43.7%, na Alemanha (1999).

Pudemos considerar, também, o quanto os profissionais dos serviços penais foram seriamente afetados pelas condições das prisões¹². Relatado pelas equipes de saúde, o sofrimento psíquico era comumente vivenciado pelos profissionais das diversas funções, especialmente os agentes de segurança, o que impactava o equilíbrio interno e agravava as situações de violência e sofrimento. Além disso, a disseminação de doenças infectocontagiosas apresentava-se como sério risco à saúde de todas as pessoas que circulavam pelas unidades. No “ambiente confinado das prisões” os trabalhadores em serviços penais sempre estiveram “em contato cotidiano e direto com os presos e expostos, como eles, aos riscos infecciosos, especialmente à tuberculose” (AMADO *et al*, 2008, p. 1.887-1.888).

A análise dos dados de desenvolvimento humano dos municípios [onde se instalaram as prisões] permitiu-nos refletir sobre as realidades sócioterritoriais: pelo IDHM (PNUD, 2016b)¹³, verificou-se que 500.548 pessoas (75,8%) estavam custodiadas em 723 municípios com altos ou muito altos índices de desenvolvimento humanos, e 10.292 (1,6%) em 541 municípios, com baixos e muito baixos; a maior proporção de municípios encontrava-se na faixa de IDHM médio, totalizando 868, com 149.184 custodiados (22,6%).

Pudemos inferir que as pessoas aprisionadas pouco usufruíam do sistema de garantia de direitos no território, sendo escassamente referenciadas pelas políticas setoriais locais (FIGUEIREDO, 2016a, 2016b), privadas não somente da liberdade, mas da possibilidade do acesso pleno às políticas locais e seus serviços de cuidado e apoio à inclusão social. Essas pessoas dependiam, em sua maioria, exclusivamente dos subsistemas assistenciais criados pelos sistemas de custódia. Baseando-nos nas considerações do texto do PNUD (2016b, p.23), compreendemos que crescimento econômico e social nos territórios não se traduziram, necessariamente, em qualidade de vida para as populações alijadas, ocorrendo frequentemente o “reforço das desigualdades”, agravadas especialmente nas vidas dos que viviam em prisões e dos seus familiares, e que parte dos sistemas públicos apartaram as populações custodiadas das suas agendas, ainda que os

¹² Segundo o DEPEN (MJ, 2015), havia, ao final de 2014, 86.542 profissionais em atividade, seja com a operação da custódia ou na prática do cuidado (representando um profissional para 7,1 custodiados). Esses profissionais foram identificados entre as 1.476 unidades registradas no INFOPEN (MJ, 2016a), o que representava a maior parcela de trabalhadores, já que essa base registrou as unidades mais populosas.

¹³ Composto por indicadores de longevidade, educação e renda, esse índice traduz-se num conceito de desenvolvimento humano como expressão de “liberdades pessoais” na relação com as oportunidades disponíveis em seus contextos de vivência. Os índices foram agrupados, segundo agrupa o PNUD (2016b), nas seguintes faixas: 0 a 0,499 - “Muito baixo”; 0,500 a 0,599 - “Baixo”; 0,600 a 0,699 - “Médio”; 0,700 a 0,799 - “Alto”; e 0,800 acima - “Muito alto”.

dramas carcerários nos territórios¹⁴ fossem evidentes. Essa reprodução da exclusão contribuiu para o aprofundamento das condições e das consequências trágicas dos locais de confinamento e com efeitos residuais importantes nas trajetórias pós-prisionais.

Ainda que se buscasse implicar e responsabilizar o sujeito em conflito com a lei, a aplicação da sanção penal e as operações de custódia não asseguraram agendas positivas, em grande parte dos casos; essas circunstâncias, somadas à seletividade do sistema de justiça criminal na criminalização e no encarceramento preferencial de pessoas negras e depauperadas, com escassos efeitos reparadores, serviram como entraves para a efetivação da justiça e para a pacificação social. Foucault (1999, p. 187) demonstrou isso, quando afirmou que as prisões consubstanciavam a sociedade e suas instituições, as formas de poder, de controle e segregação dos indivíduos, considerando-as produtoras de exclusão e delinquência; afirmou, num aparente desalento, que “conhecem-se todos os inconvenientes da prisão e sabe-se que é perigosa quando não inútil [...] entretanto não vemos o que pôr em seu lugar [...] é a detestável solução, de que não se pode abrir mão”.

Observamos nas prisões algo aludido por diversos autores: características reconhecidas como “marcadores de desvantagens sociais” tornaram algumas pessoas mais susceptíveis aos olhares acusatórios e persecutórios da sociedade e mais facilmente subjugadas às estratégias sistêmicas de exclusão e criminalização. De modo geral, acreditou-se que a beligerância e o desrespeito às leis sempre foram atributos mais comuns das pessoas não brancas, empobrecidas e que viviam às margens da sociedade, destituídas de direitos, de propriedade e de importância subjetiva.

Nesse sentido, Reis (2001, p. 99) indicou-nos ser comum a criminalização preferencial de determinadas pessoas, associando comumente os atos delitivos a condições de pobreza, origem social, etnia, cor, dentre outras; assim como Freitas (2013, p. 12), que retratou a instituição-prisão com algo que “faz parte de uma lógica punitiva que não se reduz ou não se restringe ao estabelecimento em si e a sua funcionalidade, mas que está claramente direcionada para determinados estratos da sociedade”, como consequência histórica da “aliança” entre a criminologia, a Escola de Direito Penal Positivista, o modelo eugênico e o movimento higienista, que consideravam “a relação causal entre criminalidade a certos indivíduos ou grupos sociais. Encontramos assertiva semelhante em Zaffaroni (2001, p. 27), que afirmou que o sistema penal da América Latina foi construído invariavelmente por contínuos processos de exclusão, controle social e afirmação de estruturas de poderes, que, de modo seletivo, dirigiu-se mais frequentemente contra pessoas de classes sociais menos abastadas; considerou essa seleção “produto de um exercício de poder que se encontra, igualmente em mãos dos órgãos executivos, de modo que também no sistema penal ‘formal’ a incidência seletiva dos órgãos legislativo e judicial é mínima”.

Esses fatores reforçaram a ideia de que os entes estatais contribuíram, em grande parte, para ampliar os ciclos de violações de direitos, especialmente pelas condições inadequadas das prisões e pela exclusão da sua população das agendas do sistema de garantias de direitos. Evidenciavam-se os fatídicos e crescentes ciclos de violações, enquanto a população custodiada se ampliava. Essa “violência oficial”, segundo Machado e Noronha (2002, p. 189), pôde ser retratada como algo característico da violência estrutural e marcada por injunções que se manifestaram “nas desigualdades sociorraciais”, associadas também às extensas e contínuas práticas institucionalizadas e legitimadas que levaram ao seletivo e ao massivo encarceramento no Brasil.

¹⁴ Usamos a categoria “território” com o sentido de espaço vivido, por vezes considerando a dimensão político-administrativa (o município, a região administrativa de saúde, a unidade federativa subnacional), mas também “cotidiano vivido no qual se dá a interação entre as pessoas e os serviços de saúde no nível local”, caracterizado, portanto, “por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos, mas quase sempre com condicionantes e determinantes que emergem de um plano mais geral”. Esse espaço, onde também se inserem as unidades de custódia, apresenta, além de uma delimitação espacial, um perfil histórico, demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território em permanente construção (MIRANDA *et al.*, 2008, *apud* SANTOS e RIGOTO, 2011, p. 389).

Destacando a natureza “embaraçosa e paradoxal” da prisão, Vasconcelos (2000, p. 10-11) afirmou que os sistemas de custódia deveriam ser repensados, buscando reparar-se e regenerar-se, pois a as violências em prisões eram provenientes não apenas da interação entre custodiados e profissionais dos serviços penais, mas da “permanente condição potencializadora de violência a que é submetida a população carcerária”, exacerbando as tensões continuamente. Essas tensões e os riscos, agravados pelo excesso populacional nas unidades, cabe lembrar, também se colocaram como fontes de sofrimento para as pessoas responsáveis pela execução das operações carcerárias – agentes de custódia – e especialistas dedicados às assistências.

Da Política de Cuidados em Saúde para a População Custodiada

Marco fundamental, a Declaração Universal dos Direitos Humanos estabeleceu que “ninguém será submetido à tortura nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante” (art. V), que “todo ser humano tem o direito de ser, em todos os lugares, reconhecido como pessoa perante a lei” (art. VI) e que “todos são iguais perante a lei e tem direito, sem distinção, a igual proteção da lei” (art. VII). Ainda que criminalizadas, as pessoas sempre deveriam ser consideradas titulares de direitos fundamentais. Essas garantias constaram nas Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Presos, ou Regras de Mandela (ONU, 2015), destacando-se, em relação à saúde: a Regra 24, estabelecendo a atenção à saúde como resultante da integração aos serviços de saúde coletiva ofertados pelo Estado; e a Regra 25, em alusão às abordagens interdisciplinares e à relevância da oferta de serviços, levando-se em conta as condições peculiares dos custodiados, tais como as deficiências física, sensorial e psicossocial, as dificuldades em reabilitação e as doenças crônicas.

No Brasil, a Constituição Federal (CF) estabeleceu, pelo art. 5º, XLVII, que serão assegurados às pessoas custodiadas “o respeito à integridade física e moral”, endossando que os direitos sociais são considerados inalienáveis e que a garantia da seguridade social, educação e outras políticas sociais básicas, são universais, ainda que privadas de liberdade. As salvaguardas sociais encontraram correspondências na Lei nº 7.210/1984, art. 1º, determinando que “a execução penal tem por objetivo efetivar as disposições de sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado”. Especialmente, no art. 14, considerou-se a obrigatoriedade da oferta de atenção à saúde, sendo esta referenciada por normas publicadas pelo Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP), CNJ e SUS, tratando de interfaces com a política pública de saúde.

Com a publicação do PNSSP, em 2003, já se atribuía ao SUS o papel de política estruturante da saúde da população privada de liberdade, baseado em diretrizes do CNPCP, especialmente a Resolução nº 07, de 14/04/2003, que estabelecia que a atenção à saúde da população custodiada observaria a política nacional de atenção básica¹⁵. Esse plano colocou-se como a primeira referência de amplitude nacional voltada à articulação de premissas e práticas inerentes à execução penal e ao SUS.

As experiências vividas em 2004 e 2009 indicaram necessidade de se ampliar as possibilidades criadas pelo PNSSP, com a criação de uma política que pudesse garantir a territorialização e a ampliação do acesso. Em especial, o subfinanciamento das equipes (cujo valor do subsídio não ultrapassava a R\$ 5.400,00/mês por equipe) desencorajou adesões ao plano nacional, especialmente entre os municípios.

Entre 2009 e 2010, o MJ e o MS sistematizaram estudos e propostas para concepção de uma política para atenção integral, intensificando-os entre 2011 e 2013, o que levou ao desenho da

¹⁵ Posteriormente, esta norma foi revogada pela Resolução CNPCP nº 4, de 18/07/2014, que aprovou as novas diretrizes básicas para atenção à saúde da população prisional.

PNAISP. Esses esforços contaram com as participações de instituições do judiciário, do executivo, movimentos sociais e pesquisadores, inspirados, em grande medida, por experiências de focalização da atenção à saúde durante o PNSSP – a territorialidade como um dos¹⁶ princípios da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) -, como as realizadas no Rio Grande do Sul, em Mato Grosso do Sul, na Bahia e em Rondônia.

Dentre as mudanças propostas para a nova política, redimensionou-se a estrutura dos serviços, ampliando-se o valor do incentivo financeiro, sendo utilizados mecanismos financeiros compensatórios que levaram em conta as realidades socio sanitárias, enfatizando o papel do governo local enquanto eixo estratégico e operativo preferencial. Outra alteração importante foi a adoção do repasse financeiro fundo-a-fundo para a assistência farmacêutica, abandonando-se os *kits* de medicamentos previstos no PNSSP.

Quanto às pessoas com transtorno mental criminalizadas, especialmente mantidas em unidades da justiça criminal, a PNAISP propôs uma alternativa útil. Baseando-se na Lei nº 10.216/2001, a Lei da reforma psiquiátrica, nas experiências do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), em Goiás, e do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAIPJ), em Minas Gerais, foi a publicada a Portaria MS/GM nº 94, de 14/01/2014, criando o Serviço de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), objetivando orientar estratégias e práticas intersetoriais que considerassem os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Em artigo posterior, trataremos das especificidades desse serviço que assumiu um caráter transitório na PNAISP, devendo ocorrer a sua republicação no contexto da RAPS.

Considerando que a cobertura da PNAB ampliou-se consideravelmente, esperou-se que ocorresse o preenchimento de lacunas assistenciais e se alcançasse a população custodiada de modo mais efetivo. Como se vê na Tabela 1, a seguir, o acesso potencial pelos custodiados ainda é limitado:

Tabela 1 – Dados de cobertura da PNAISP e do PNSSP, em março/2016

| UF | Pop 2015 (1) | Num municípios (1) | % cobert ACS (2) | % cobert ESF (2) | Municípios com unid custódia (3) | Unid custódia (3) | População custodiada (3) | % acesso potencial PNSSP PNAISP (3) |
|----|--------------|--------------------|------------------|------------------|----------------------------------|-------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| AC | 803.513 | 22 | 97,16 | 79,87 | 6 | 13 | 4.952 | 54,5 |
| AL | 3.340.932 | 102 | 78,46 | 75,91 | 3 | 10 | 6.254 | 49,6 |
| AM | 3.938.336 | 62 | 67,54 | 60,47 | 61 | 74 | 6.756 | 62,2 |
| AP | 766.679 | 16 | 83,15 | 74,53 | 2 | 8 | 2.663 | 37,6 |
| BA | 15.203.934 | 417 | 83,07 | 71,9 | 248 | 286 | 15.666 | 59,4 |
| CE | 8.904.459 | 184 | 82,81 | 82,01 | 159 | 177 | 22.538 | 34,2 |
| DF | 2.914.830 | 1 | 20,93 | 30,87 | 1 | 9 | 14.959 | 50,1 |
| ES | 3.929.911 | 78 | 70,76 | 61,39 | 14 | 37 | 19.297 | 29 |
| GO | 6.610.681 | 246 | 65,73 | 67,28 | 146 | 164 | 16.775 | 37 |
| MA | 6.904.241 | 217 | 89,4 | 79,43 | 132 | 174 | 7.862 | 52,1 |
| MG | 20.869.101 | 853 | 75,73 | 79,3 | 236 | 303 | 67.362 | 31,6 |
| MS | 2.646.085 | 78 | 93,78 | 70,34 | 59 | 108 | 15.373 | 74,8 |
| MT | 3.265.486 | 141 | 76,93 | 65,85 | 61 | 75 | 11.088 | 36,1 |
| PA | 8.191.477 | 143 | 81,56 | 53,89 | 120 | 151 | 14.404 | 41 |
| PB | 3.972.202 | 223 | 98,37 | 93,73 | 65 | 82 | 11.005 | 34,5 |
| PE | 9.345.173 | 185 | 87,59 | 76,82 | 79 | 87 | 30.896 | 65,7 |
| PI | 3.211.289 | 225 | 100 | 98,99 | 9 | 16 | 3.968 | 12,6 |
| PR | 11.163.018 | 399 | 62,46 | 67,54 | 188 | 236 | 30.667 | 13,7 |
| RJ | 16.550.024 | 92 | 51,41 | 52,04 | 8 | 56 | 49.773 | 18,1 |
| RN | 3.442.175 | 167 | 81,86 | 80,95 | 143 | 170 | 8.120 | 43,1 |
| RO | 1.768.204 | 52 | 83,28 | 75,53 | 24 | 53 | 9.509 | 58,9 |
| RR | 505.665 | 15 | 69,7 | 75,67 | 11 | 17 | 2.103 | 23,8 |

¹⁶ A Portaria MS/GM nº 2.446, de 11/11/2014, que redefine a PNPS, art. 4º, adota o conceito de territorialidade como algo que “diz respeito à atuação que considera as singularidades e especificidades dos diferentes territórios no planejamento e desenvolvimento de ações intra e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde neles inseridos, de forma equânime.

| UF | Pop 2015 (1) | Num municípios (1) | % cobert ACS (2) | % cobert ESF (2) | Municípios com unid custódia (3) | Unid custódia (3) | População custodiada (3) | % acesso potencial PNSSP PNAISP (3) |
|----|--------------|--------------------|------------------|------------------|----------------------------------|-------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| RS | 11.245.148 | 497 | 51,88 | 56,38 | 76 | 103 | 32.224 | 53,1 |
| SC | 6.797.337 | 293 | 77,38 | 80,39 | 39 | 54 | 17.933 | 49,1 |
| SE | 2.242.937 | 75 | 93,4 | 85,56 | 26 | 40 | 4.856 | 20,6 |
| SP | 44.396.484 | 645 | 40 | 40,42 | 169 | 278 | 229.767 | 13,5 |
| TO | 1.515.126 | 139 | 99,77 | 93,84 | 47 | 54 | 3.254 | 86 |

Fontes: (1) IBGE (2010); (2) MS (2016a); (3) MJ (2016c)

Até mar/2016, o país alcançou uma cobertura de 63,83% de Equipes da Saúde da Família (ESF) e 66,54% em serviços de Agentes Comunitários de Saúde (ACS): o total de ACS era de 265.480, em todos os municípios brasileiros, e 183.282, naqueles com unidades de custódia; 40.155 ESF estavam implantadas no país, sendo 27.439 em municípios com unidades de custódia; 24.462 Equipes de Saúde Bucal (ESB) atuavam no país, sendo 14.172 em municípios com unidades de custódia; e 4.317 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), no país, sendo 2.257 em municípios com unidades de custódia. Nesses contextos, verificou-se que 455 equipes validadas pelo SUS foram tipificadas como PNAISP ou PNSSP, atendendo a populações de 437 unidades, propiciando acesso potencial a 276.173 pessoas (41,8%)¹⁷. As UF que apresentaram melhor possibilidade de acesso foram: PB (51,1%), CE (51,5%), MT (53,4%), BA (59,7%), RS(60,5%), RR (65%), PE (77,4%), AP (98,7%), e DF (99%).

Desde a publicação da PNAISP, houve ampliação das chances de acesso aos serviços de saúde para 23%, em 2013, e 41,8%, em 2016. Algo marcante nesse processo foi a crescente adesão dos municípios, motivados pelo aumento do incentivo financeiro: representaram 23% das equipes PNSSP sob gestão municipal, em 2013, ampliando-se para 70%, em 2016 (MS, 2016b).

As unidades federativas que mais promoveram a requalificação das equipes previstas no PNSSP e conseqüente conversão aos serviços da PNAISP e ampliação da cobertura, obtiveram ganhos de incentivo significativos em relação ao exercício de 2013, sendo elas: AC (93%), AM (76,5%), DF (84,4%), MA (97,3%), MS (84,7%), PE (93,6%), PR (82,8%), RS (88%), SC (94,6%) e TO (92,2%). Neste período, o aumento médio de valores de incentivos, no país, foi de 76,8%.

Com o estabelecimento de termos de convênios entre os estados e o DF, o DEPEN contribuiu para a extensão da PNAISP, apoiando financeiramente a estruturação de unidades de saúde e alcançando a mais de 70% da população custodiada. O DEPEN (MJ, 2016a) retratou a existência de ambiências para atenção em saúde em 928 unidades, sendo que cerca de 611 foram aparelhadas e, entre elas, 421 certificadas pelo SUS (MS, 2016b).

Destacamos, especialmente, o estado do Rio Grande do Sul, por ter instituído uma política específica, integralizando o valor correspondente ao financiamento participativo previsto na PNAISP e conduzindo à municipalização dos serviços. Também em evidência, o estado de São Paulo, com a adesão de cerca de 34 municípios, até 2017, pela deliberação CIB-62/2012, alcançando a 54 unidades de custódia, por meio de estratégias que possibilitaram a pactuação de governos locais, incentivaram financeiramente a oferta de serviços e favoreceram o acesso de custodiados às redes de saúde.

O entendimento declarado pelas equipes de saúde era de que os protocolos de porta de entrada, o rastreamento de demandas, com a detecção precoce de doenças, e a manutenção de uma agenda contínua de ações de prevenção e promoção em saúde, quando adotados de modo

¹⁷ Os serviços PNAISP foram dimensionados pela Portaria MS/GM nº 482, de 01/04/2014, que institui normas para sua operacionalização, sendo: a) Equipe de Atenção Básica I, para até 100 custodiados; b) Equipe de Atenção Básica I, com saúde mental, para até 100 custodiados; c) Equipe de Atenção Básica II, para 101 a 500 custodiados; d) Equipe de Atenção Básica II com saúde mental, para 101 a 500 custodiados; e e) Equipe de Atenção Básica III, para 501 a 1.200 custodiados.

abrangente, criavam fortes implicações no cotidiano das unidades de custódia e permitindo a adaptação das práticas dos serviços de saúde e demais atividades penais às realidades epidemiológicas com as quais se deparavam. Essa concepção comum aos profissionais indicava ser possível reduzir fatores de riscos e danos ao longo da trajetória prisional do custodiado, tornando mais resolutivas as ações das equipes de saúde.

Assim, como a portaria instituidora do PNSSP, a Portaria Interministerial MJ/MS nº 01/2014 previu, no art. 16, inciso I, alínea “d”, e art. 17, inciso VI, que estados, DF e municípios deveriam “implantar e implementar protocolos de acesso e acolhimento como instrumento de detecção precoce e seguimento de agravos, viabilizando a resolutividade no acompanhamento dos agravos diagnosticados”. Entretanto, foram observadas limitações na utilização de protocolos mínimos para atendimentos iniciais e diagnósticos, ainda na porta de entrada, causado especialmente pelo excessivo fluxo de inclusões nas unidades de custódia, dificultando a atuação imediata das reduzidas equipes de saúde em alguns territórios (quando se tratava de unidades para prisão provisória, os entraves eram maiores).

Outra abordagem de uso limitado era a notificação de agravos, na perspectiva da Portaria MS/GM nº 1.271/2014, que definiu a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos em saúde pública e tomadas de decisões pertinentes. Especialmente, a notificação da tuberculose encontrava campo específico para registro da condição de institucionalização em prisões, a ficha de investigação de hepatites virais, assim como a notificação de violência interpessoal e autodirigida pôde ser também associada aos agentes da lei enquanto causadores ou pessoa com a qual se estabelecia relação institucional - mas, não foi possível a identificação de condição de custodiado, tornando difícil a leitura da tortura em prisões, por exemplo – (MS, 2017).

Entretanto, mesmo com a ampliação da disponibilidade de serviços de atenção à saúde induzida pela PNAISP, a superlotação e as precárias condições de custódia representaram aspectos comumente restritivos, impedindo a adequada compreensão das demandas das pessoas custodiadas, a plena adoção de linhas de cuidado e cumprimento de diretrizes terapêutica, ainda que as equipes mantivessem contínua preocupação e comprometimento. Somavam-se a esses fatores as dificuldades inerentes à disponibilidade de agentes de segurança prisional e pessoal de apoio, sempre em número escasso, em função do reduzido quadro funcional existente nas Secretarias de Administração Prisional, ou congêneres. Assim, ao contrário do que pretendia, quando se tornavam escassas as frequências de intervenções diagnósticas precoces, as principais condutas clínicas adotadas em diversos contextos passavam a ser os trabalhos eminentemente curativos e os procedimentos de urgência e emergência. Em função disso, os deslocamentos de pessoas custodiadas, para atendimentos em redes locais, ficavam comprometidos.

Com a persistência dos fatores patogênicos e o agravamento das condições de saúde dos custodiados, verificou-se o recrudescimento de uma prática comum em contextos de prisões: o excessivo uso de medicamentos, especialmente, a prescrição intensa de psicotrópicos - ansiolíticos, antidepressivos, antipsicóticos, dentre outros - tidos como os mais comumente dispensados, em parte pela necessidade de amenizar o sofrimento psíquico que se origina do confinamento, em parte pela abstinência no uso de drogas psicotrópicas e pela necessidade dos serviços penais em reduzir as tensões no interior da unidade. Vimos, pela pesquisa de Mallart (2017), que a dispensação de medicamentos psicotrópicos passou a ser comumente adotada em prisões como forma de controle de corpos e mentes e redução de incidentes nas unidades, num tipo de estratégia denominada “gestão neuroquímica”. A adoção proposital da medicalização intensiva e extensiva, contribuiu, então, para a produção de mais dependência química: surgiu como forma de manejo para contenção de custodiados e redução de tensões nas unidades, como alternativa à insuficiência de programas e ações destinados à educação¹⁸, ao trabalho e ao cuidado

¹⁸ Os levantamentos realizados naquele período indicaram que, entre os custodiados, apartados das políticas sociais básicas dos sistemas de garantias de direitos nas diversas regiões do país, somente 13% participavam de atividades de escolarização no país (MJ, 2015, p. 59).

e como resposta imediatista diante dos quadros de sofrimento psíquico vivido pelas pessoas em prisões.

Considerações Finais

A política de cuidados em saúde da população custodiada emergiu como alternativa estratégica crucial, numa forma diversa de cooperação com os entes federativos, afetando de modo sensível as práticas na gestão das prisões e execução penal, colocando-se como viés para humanização e reorientação de práticas. A PNAISP colocou-se entre dois sistemas complexos e que se diferenciavam bastante em práticas e concepções acerca dos destinatários das suas ações.

Como representou uma experiência de certo modo inovadora, a PNAISP se apresentou como bom propósito para assegurar medidas de salvaguardas em prol da das pessoas que se encontravam em contextos prisionais, produzindo arranjos intersetoriais em contextos locais.

Com o auxílio dos interlocutores que implementaram os serviços e ofertaram os cuidados, entendemos que as mudanças de realidades não se deram apenas pela combinação de modelos e ferramentas de governança e pelos imperativos legais. Essas transformações ocorreram pela ação colaborativa e participativa, em arranjos que propiciaram “interação de mútuo entendimento intersetorial a respeito de um ou mais projetos ou questões sociais”, colocando-se “como alternativa a uma anacrônica lógica setorial, fragmentada, vertical e autônoma” (JUNQUEIRA, 2004, COSTA e LIONÇO, 2006, *apud* CARRETA *et al*, 2014, p. 1464). Nesse sentido, as experiências locais confirmaram ser possível recontextualizar saberes inscritos no SUS e afetar positivamente os campos da execução penal, em movimentos adaptativos, reconhecendo a unidade de custódia como um ponto de atenção, enquanto *locus* de vivências, de trabalho e de cuidado.

Não se pode deixar de considerar fatores que atuaram como impeditivos para a adoção de medidas de salvaguardas em saúde da população privada de liberdade. Pela natureza crítica dos contextos de custódia, além da resistência de alguns atores locais e dos restritos recursos financeiros, distinguiram-se vários obstáculos ao acesso dessa população ao SUS. Por um lado, a saúde coletiva que, em grande medida, reduziu as necessidades de saúde da população em prisões a um problema exclusivamente do sistema de justiça; por outro, alguns órgãos da administração prisional que buscaram produzir, de modo inequívoco, subsistemas e sobreposições, levando a descompassos entre o que se operava nas prisões e as redes de saúde.

Desses movimentos relativamente crescentes da saúde coletiva em contextos que se constituíam e marcavam as trajetórias dos sujeitos encarcerados e dos que trabalhavam em serviços penais, alguns órgãos do sistema de justiça colocaram-se como um importantes elos na criação de condições para a oferta dos cuidados em saúde por meio do SUS. Experiências satisfatórias ocorreram pela melhoria de capacidades de governança e de processos de trabalho dos dois sistemas públicos convergentes na PNAISP, reorientando interpretações acerca dos sujeitos criminalizados e revelando-os como titulares de direitos.

Mudanças significativas em realidades ocorreriam mais facilmente com as implicações dos diversos componentes das políticas sociais básicas, universais, territorializadas, como aquelas dedicadas à educação, à seguridade social, ao trabalho. A saúde coletiva, como observamos em alguns contextos, tornou comuns os movimentos de concertações, compartilhamentos informações e aprendizagens entre diversos serviços e dispositivos, constituindo-se em importantes arranjos que favoreceram o ato de cuidar.

Percebemos que a sistemática e massiva política de encarceramento levaram ao crescimento acelerado da população em privação de liberdade, colocando-se como impeditivo para a garantia de direitos e a oferta do cuidado às pessoas em contextos de confinamento. Reforçando práticas

demasiadamente cristalizadas, esses aspectos agravaram as condições de vivência e saúde nas unidades, minimizando oportunidades para a reconstrução de projetos de vida e a adequada inclusão social. Ainda, observamos a redução da capacidade estatal de garantir a devida proteção financeira (pois, os recursos jamais serão suficientes diante do crescimento exponencial da população encarcerada) e assegurar as necessárias medidas de salvaguardas.

Como descrito pela Organização Mundial da saúde - OMS (WHO, 2003, p. 18), situações de riscos, conflitos, privações sociais e econômicas são determinantes para a saúde das pessoas, perseverando ao longo do tempo, sendo que aquelas que se encontrassem abaixo dos níveis de suficiências sociais aceitáveis correriam duas vezes mais riscos de adoecimento grave e morte prematura. As causas materiais e psicossociais contribuiriam para que essas diferenças e seus efeitos se estendessem à maioria das doenças e causas de morte, sendo que a desvantagem social corresponderia à baixa escolaridade, ao emprego inseguro, às condições insalubres e perigosas de trabalho, às situações de confinamento, à habitação precária, às circunstâncias sociofamiliares difíceis e subsídios de pensões e aposentadorias inadequadas. Essas desvantagens se concentrariam em determinados grupos sociais, com efeitos cumulativos durante a vida: quanto mais negação de direitos, mais privação econômica e social, mais desgastes e riscos, com a piora nas condições de saúde e conseqüente redução de longevidade (WHO, 2003, p. 18-19).

Colocou-se, assim, um desafio que dependeria de rupturas e reconstruções conceituais nos sistemas prisionais e de saúde: o atendimento às necessidades das pessoas dos locais de custódia, com a criação de condições de saúde, vida e trabalho adequadas, reforçando “ações comunitárias concretas e efetivas” (WHO, 2003, p. 19). Sobretudo, para que garantisse a suficiência das salvaguardas, os dispositivos penais deveriam deixar de ser recursos preferenciais como respostas aos delitos e aos conflitos sociais, reorientando-se na perspectiva dos direitos fundamentais, superando práticas coercitivas e assistências escassas e rudimentares e abrindo-se às políticas sociais básicas.

Por fim, sabemos que a melhoria das condições de saúde em prisões não se resumiria ao rebuscamento de uma política de cuidados e ao seu amplo enredamento em formas convergentes com as demais políticas setoriais. Não se pode esperar que um bom sistema de cuidados nesses locais se persistir o crescimento exponencial da população criminalizada e submetida a condições inadequadas de encarceramento. Caso contrário, qualquer esforço pela adoção de medidas de salvaguardas em unidades de custódia se resumirá a esboços e terão caráter unicamente paliativo.

Referências Bibliográficas

AMADO, Gilles *et al.* *Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro*. Cadernos de Saúde Pública, 2008, nº 24(8): 1887-1896.

BRASIL. Lei nº 7.210, de 11/07/1984, que dispõe sobre a execução penal. Brasília: Senado Federal. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br>>. Acesso em 21 jun 2016.

_____. *Constituição Federal*. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/legislacao/const/>>. Acesso em: 11 mai 2015.

_____. Lei nº 8.080, de 19/09/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Disponível em: <<http://bvsm.s.saude.gov.br>>. Acesso em 19 jun 2016.

_____. Lei nº 8.142, de 28/12/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Disponível em: <<http://bvsm.s.saude.gov.br>>. Acesso em 19 jun 2016.

_____. Lei 10.216, de 6/04/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 19 jun 2016.

_____. Decreto nº 7.508, de 28/09/2011, que regulamenta a Lei no 8.080, de 19/09/1990, dispondo sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011>. Acesso em: 29 fev 2014.

CARRETTA, R. Y et al. *População em vulnerabilidade, intersectorialidade e cidadania: articulando saberes e ações*. Revista Saúde e Sociedade, São Paulo, 2014, v.23, n.4: 1458-1470. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 29 jan 2016.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). (2016), *Geopresídios - Sistema de Informações Georeferenciadas do Cadastro Nacional de Estabelecimentos Penais*. Brasília: CNJ. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/geo-cnj-presidios>>. Acesso em: 21 jun 2016.

CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA (CNPCCP) . Resolução nº 16, de 17/12/2003, que estabelece diretrizes Básicas de Política Criminal. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br>>. Acesso em: 19 abr 2016.

DAMAS, Fernando Balvedi; OLIVEIRA, Walter Ferreira. *A saúde mental nas prisões de Santa Catarina*. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis, v.5, n.12, p.1 – 24, 2013. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br>> Acesso em 21 mar 2017.

FIGUEIREDO, Railander Q. *Relatório sobre estruturas e serviços de atenção básica para atenção à saúde da pessoa privada de liberdade no sistema prisional*. Projeto PNUD BRA 14/011 - MJ e PNUD. Brasília: MJ, 2016a. No prelo.

_____. *Relatório sobre estruturas e serviços mais especializados para atenção à saúde da pessoa privada de liberdade no sistema prisional*. Projeto PNUD BRA 14/011 - MJ e PNUD. Brasília: MJ, 2016b. No prelo.

_____. *Relatório final sobre a implementação da Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) e propostas para adequações*. Projeto PNUD BRA 14/011 – MJ e PNUD. Brasília: MJ, 2017. No prelo.

FOUCAULT, Michel. (1999), *Vigiar e Punir*. 12ª ed, Petrópolis, Vozes.

_____. *A verdade e as formas jurídicas*. Rio de Janeiro: Nau, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Demográfico 2010 – Dados preliminares*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 05 jun 2016.

MACHADO, Eduardo P.; NORONHA, Ceci V. *A polícia dos pobres: violência policial em classes populares urbanas*. Sociologias, Porto Alegre, ano 4, nº 7, jan/jun 2002, p. 188-221.

MALLART, Fábio M. Gestão neuroquímica: pílulas e injetáveis na prisão. In: Mallart, Fábio; Godoi, Rafael. *BR 111: a rota das prisões brasileiras*. São Paulo: Editora Veneta, 2017.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA (MJ). *Levantamento nacional de informações penitenciárias INFOPEN*. Brasília: MJ, 2015. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br>>. Acesso em: 10 jun 2016.

_____. *Censo das unidades prisionais e dados agregados*. Planilha eletrônica. Brasília: MJ, 2016a. Disponível em: <<http://dados.mj.gov.br>>. Acesso em: 12 jul 2016.

_____. *Base de dados adaptada a partir do CNIEP e INFOPEN*. Banco de dados elaborado para a consultoria PNUD TR 141422. Brasília: MJ, 2016b. No prelo.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA (MJ) e MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Portaria Interministerial MS MJ nº 1777, de 09/09/2003, que institui o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 28 abr 2013.

_____. Portaria Interministerial MJ/MS nº 01, de 02/01/2014, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade (PNAISP). Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs>>. Acesso em 12 fev 2014.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA (MJ) e PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). *Projeto BRA/14/011 - Fortalecimento da Gestão do Sistema Prisional Brasileiro*. Brasília: MJ, 2014. Disponível em: <<https://info.undp.org>>. Acesso em: 05 jul 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). *Boletim Epidemiológico - Tuberculose no Brasil*. Brasília: MS, 2012a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 11 jun 2016.

_____. *Notas de indicadores do IDSUS*. Planilha eletrônica. Brasília: MS, 2012b. Disponível em: <<http://idsus.saude.gov.br/mapas.html>>. Acesso em 07 jun 2016.

_____. Portaria MS/GM nº 94, de 14/01/2014, que institui o Serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 12 fev 2014.

_____. Portaria MS/GM nº 482, de 01/04/2014, que dispõe sobre a operacionalização da PNAISP. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 11 set 2015.

_____. Portaria MS/GM nº 1.271 de 06 de junho de 2014, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos em saúde pública. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 25 jun 2015.

_____. Portaria MS/GM nº 2.446, de 11/11/2014, da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 28 fev 2017.

_____. *Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE)*. Brasília: MS, 2016a. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage>>. Acesso em 07 jun 2016.

_____. *Arquivos dissemináveis para tabulação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. Brasília: MS, 2016b. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br>>. Acesso em 19 jun 2016.

_____. *Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan*. Brasília: MS, 2017. Disponível em: <<http://portalsinan.saude.gov.br/>>. Acesso em 20 fev 2017.

OLIVEIRA, Luisa G. Dutra. *Avaliação da implantação do Programa de Controle da Tuberculose em unidades prisionais de dois estados brasileiros*. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<https://bvssp.icict.fiocruz.br/>>. Acesso em 19 ago 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Carta de Ottawa*. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde - Ottawa, Canadá, 1986. Disponível em: <<http://www.bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 20 jul 2016.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina. Por uma política da narratividade, *in*: PASSOS, Eduardo *et al* (Orgs). *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). *Projeto BRA 05/038: Modernização do Sistema Penitenciário Nacional*. Brasília: PNUD, 2005. Disponível em: <<http://www.undp.org.br>>. Acesso em 11 dez 2009.

_____. *Portal do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento no Brasil*. Brasília: PNUD, 2016a. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/home>>. Acesso em 12/06/2016.

_____. *Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)*. Brasília: PNUD, 2016b. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas>>. Acesso em 12/06/2016.

SANTOS, Alexandre; RIGOTTO, Raquel. *Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde*. Trabalho e Educação em Saúde, Rio de Janeiro, v. 8, nº 3: 387-406, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 19 jun 2016.

VASCONCELOS, Ana Silva F. *A Saúde sob Custódia: um estudo sobre Agentes de Segurança Penitenciária no Rio de Janeiro*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

ZAFFARONI, Eugenio R. *Em busca das penas perdidas: a perda da legitimidade do sistema penal*. Rio de Janeiro: Ed. Revan, 2001.