

# Discussão transdisciplinar em relação às políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira: avaliações e práticas na promoção em saúde

Transdisciplinary discussion in relation to social health policies focused on the Brazilian prison population: evaluations and practices in health promotion

## João Becon de Almeida Neto

Doutor em Bioética e Saúde Coletiva (PPGBIOS/UFRJ/UFF/FIOCRUZ/UERJ);  
Professor Adjunto na Universidade Federal do Pampa, Santana do Livramento, RS, Brasil;  
E-mail: jbeccon@gmail.com; ORCID: 0000-0002-5291-896X

Contribuição do autor: JBAN realizou a análise, escrita e revisão final manuscrito de forma integral. Se responsabiliza integralmente pelo conteúdo do mesmo.

Conflito de interesses: O autor declara não possuir conflito de interesses.

Recebido em: 16/08/2023

Aprovado em: 12/12/2023

Editor responsável: Frederico Viana Machado

**Resumo:** O presente trabalho procura discutir a formação e evolução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP), cuja política intersetorial entre Ministério da Saúde e Ministério da Justiça deve ser analisada de forma transdisciplinar. O direito ao acesso integral aos serviços de saúde também está previsto na legislação penal, em especial a partir da década de 1980 em nosso país. Mas o próprio histórico referente a formação institucional dos estabelecimentos prisionais traz diferentes dificuldades na oferta de serviços pela atenção básica como porta de entrada e inclusão de pessoas privadas de liberdade na atenção e cuidado. A partir de um levantamento bibliográfico e nas bases de dados do Goepresídios e no CNES, o presente trabalho procura analisar a evolução e estágio atual da formação da política de atenção as pessoas privadas de liberdade. Em razão da temática estereótipos que envolve a população atendida pelas equipes, importante que a temática esteja presente na formação dos profissionais, uma vez que intensifica os debates sobre atendimento humanizado.

**Palavras-chave:** Intersectorialidade; Prisões; Política de Saúde; Pessoa Privada de Liberdade; Acesso aos Serviços de Saúde.

**Abstract:** This paper seeks to discuss the formation and evolution of the National Policy for Comprehensive Health Care for Persons Deprived of Liberty (PNAISP), whose intersectoral policy between the Ministry of Health and the Ministry of Justice must be analyzed in a transdisciplinary way. The right to full access to health services is also provided for in criminal law, especially since the 1980s in our country. But the very history referring to the institutional formation of prisons brings different difficulties in the provision of services by primary care as a gateway and inclusion of people deprived of liberty in care and care. Based on a bibliographical survey and on the databases of Goepresídios and CNES, the present work seeks to analyze the evolution and current stage of the formation of the policy of attention to people deprived of liberty. Due to the stereotypes theme that involves the population assisted by the teams, it is important that the theme is present in the training of professionals, since it intensifies the debates on humanized care.

**Keywords:** Intersectoriality; Prisons; Health Policy; People Deprived of Liberty; Health Services Accessibility.

## INTRODUÇÃO

Em se tratando da população carcerária, a Lei de Execução Penal compreende no seu art. 10 que “[...] a assistência ao preso e ao internado é dever do Estado [...]”. O dispositivo elenca ainda que “[...] a assistência à saúde [...] de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico. [art. 14]”<sup>1</sup>. Mas o ambiente carcerário, desde sua implementação pouco colocou em efetivo a saúde da pessoa privada de liberdade. Por certo que essa forma de cumprimento de pena tenha sido considerada uma evolução, por substituir as penas capitais em praça pública, ainda assim é uma forma de controle disciplinar dos corpos e pouco capaz de ressocialização das pessoas privadas de liberdade, ainda mais se considerarmos que a maior parte das pessoas reclusas ainda não tem sentença definitiva.

De acordo com o relatório, pouco mais de sessenta por cento das pessoas privadas de liberdade nos estabelecimentos prisionais têm disponível unidade ou serviço de saúde, atendendo de alguma maneira a Lei de Execução Penal (LEP) ou a legislação infralegal. No Rio Grande do Sul (RS), esse percentual também pode ser inferido e alcança a cifra de 67,34%. Com relação ao perfil dos atendimentos, mais de um quarto são procedimentos de baixa densidade tecnológica, pouco compatível com o perfil epidemiológico da população, e consultas para realização de suturas e curativos (28%), sendo que um pouco mais de um quinto das consultas ocorreram no interior das próprias unidades (20,3%). Podemos observar também a realização de consultas psicológicas (11,2%). Assim, segundo os dados, temos uma média de 3,3 consultas realizadas para cada custodiado ao longo do primeiro semestre de 2017, cuja média pode ser vislumbrada desde 2016 pelo menos.<sup>2</sup> Considerando tais dados, pode-se afirmar que

“(...) a prática do sistema prisional brasileiro, apresenta-se bastante diferente do que está estabelecido na legislação. Há uma série de inadequações relacionadas tanto à infraestrutura quanto às condições de vida; destacamos a falta ou escassez de transporte para presidiários em caráter de emergência, alimentação, saúde, dentre outros fatores agravantes à saúde dos presidiários.”<sup>3:6647</sup>

A inércia das instituições é reflexo do descaso com que vemos o tema. Tal descaso parece estar vinculado ao preconceito social e a noção quase religiosa com que o estigma da culpa e do crime é associado à população carcerária, que, assim, parece merecer um cuidado medieval à vida e à saúde. O perfil carcerário nos mostra que justamente os oriundos de comunidades desfavorecidas, com acesso limitado à saúde são os que mais sofrem, pois esses estabelecimentos acabam agravando essa situação com ambiente insalubre, superlotado, com prevalência de violência, elevados casos de tuberculose, infecção por HIV e transtornos mentais. É um sistema subfinanciado, com profissionais desmotivados.<sup>4,5</sup> Inolvidável que seja uma política em busca de efetivação de um Estado de bem-estar social, com inclusão de minorias. A PNAISP consolida a nomenclatura “pessoa privada de liberdade” em substituição as expressões “presos” e “condenados”, que agregam ao imaginário que reduz as pessoas aos delitos praticados, mesmo que percentual elevado não tenha condenação definitiva e, portanto, ainda detenha a condição de inocência.<sup>4</sup> Compreender a questão social da privação da liberdade e as lógicas do aparato judicial pode auxiliar a compreender a dificuldade de implementação de cuidados à saúde da população privada de liberdade.

Nesse sentido, considerando a implementação do PNAISP, o presente trabalho questiona o quanto essa política pode modificar essa realidade com acesso à saúde da pessoa privada de liberdade, onde as políticas de prevenção também façam parte. Buscar investigar a análise da implantação e efetivação das ações previstas nessa política, bem como o impacto desta na sociedade.

### **PRISÃO, ISOLAMENTO E POLÍTICAS SOCIAIS**

A prisão celular, isto é, em penitenciária (“reclusão na célula”), surgiu sob influência do direito canônico e as penas aplicadas pelos pecados praticados dentro dos monastérios. As tentativas da privação de liberdade no modelo proposto de Bentham não seguiram adiante sem adaptações. As privações e o isolamento diurno e noturno só lograram, como resultado, a enfermidade mental dos reclusos. Passamos, com isso, a diferentes modelos, que variavam entre a continuidade do isolamento individual noturno e com trabalhos diurnos também sem o contato com outras pessoas, aos modelos de recompensas e tickets onde os internos têm atividades coletivas e em

alguns sob o sistema de portas abertas, em que os reclusos têm as chaves do presídio. Mas o que une todos esses modelos é a disciplina e que a pessoa em cumprimento de pena sempre poderia perder benefícios ou deixar de ganhá-los.<sup>6</sup> Neste sentido, o uso instrumental de presos como mão de obra economicamente mais vantajosa também fez parte da nossa história, cujas chamadas colônias penais eram uma realidade ainda no século XX. Como podemos inferir da Tabela 1, até pelo menos 1976 vamos assistir pessoas que foram provadas de sua liberdade migrando de um país para outro em navios para realizar algum tipo de trabalho forçado como parte de sua pena, apesar da abolição da escravatura já ter sido uma realidade para os mesmos países ainda no século anterior.

**Tabela 1.** Fluxos globais de condenados em navios

Empire/Polity	Dates	Numbers
Portuguese Empire	1415–1961	100,000
French Empire	1542–1976	100,000 (+ 600,000 penal impressment)
Spanish Empire	1550–1950	110,000
Russian Empire	1590–1917	1,900,000
Dutch Empire	1595–1942	202,000
British Empire	1615–1940	376,000
China	1644–1912	134,000
Scandinavian Empires	1670–1917	2,000
European penal labour	1750–1950	5,000,000
Japan	1881–1908	14,000
USSR	1928–1953	10,000,000–25,000,000

Fonte: Anderson (2018, p.03).

Modernamente falamos que a administração prisional apresenta diferentes modelos gestão (estatal versus formas de privatização e parcerias público-privadas), controle (as tecnologias de super-max versus a abordagem centrada em inteligência e relacionamento de segurança dinâmica) e governamentalidade (o ethos que sustenta o tratamento estatal e social dos ofensores como sujeitos e objetos da disciplina penal). No entanto, a análise das reformas atuais sugere que a "incoerência" e o "caráter volátil e contraditório" da política penal neoliberal e do controle do crime desde a década de 1980 encontraram sua expressão na América Latina em uma diversidade de reformas.<sup>8</sup>

Diferentes literaturas - sobre transferência de políticas, sobre criminologia internacional e comparativa, sobre a imposição da "paz liberal" na

construção da paz - agora concordam que ideias e práticas de governança do Norte global inevitavelmente encontram "atrito" na forma de instituições locais e atores, produzindo formações "híbridas", adotadas e adaptadas às condições e prioridades locais. As explicações variam do histórico e antropológico (legados das recentes guerras civis e do regime militar, padrões históricos de exclusão social e violência estatal), ao criminológico/econômico (aumento do tráfico e consumo de bens ilegais), ao institucional (controle territorial incompleto pelo Estado, incompetente ou corrupto das instituições do Estado de Direito).<sup>8</sup>

Esse cenário, de certa forma, auxilia em entendermos como nas últimas décadas a população carcerária cresceu, em especial na América Latina, onde a maioria dos países se utilizam da disciplinarização e da reificação do preso como espinha dorsal do modelo de administração carcerária. A superlotação e as taxas de aprisionamentos crescem ao mesmo tempo em que o percentual de prisões preventivas, bem como os índices de reincidências. A crise carcerária também é a crise do modelo econômico de gestão das prisões, em que a objetização das pessoas privadas de liberdade é em unidades de medida econômica do poder público para a iniciativa privada para administrar os presídios. Vejam os exemplos do Brasil, Colômbia e México, que no início da década de 1990 suas taxas de ocupação não apresentavam um cenário de superlotação, tendo o número de vagas nos estabelecimentos prisionais um número maior que a população privada de liberdade (Tabela 2). Uma realidade que muda completamente vinte anos depois, como no Brasil cuja população carcerária quintuplica (Tabela 2).

A questão carcerária foi objeto de três Comissões Parlamentares de Inquérito (CPIs), em 1976, 1993 e 2008. Objetivamente, a primeira, contextualizada no governo militar, procurou, segundo o seu relator, fazer o levantamento da situação carcerária no país para se projetar políticas públicas mais condizentes e atualizadas. A oposição usou da CPI para discutir a situação e as condições submetidas aos presos político, mas sem muito sucesso em razão da maioria da Câmara dos Deputados ser orientado a ala militar. Não obstante, a CPI já apontava a superlotação dos estabelecimentos e não observação aos direitos sociais aos presos. Como resposta, pautou pela construção de mais presídios, alterações na legislação processual penal e

**Tabela 2.** Mudança na população carcerária e nas taxas de encarceramento na América Latina

Country	No. of prisoners		Rate of increase b/a	Current occupancy rate *	Per cent pre-trial prisoners	Imprisonment rate		
	1992 (a)	2010–2012 (b)				1992 (a)	2010–12 (b)	Rate of increase b/a
Argentina	21,016	59,227 (end 2010)	2.82	101.0%	52.6%	63	145	2.30
Bolivia	5,412 (1996)	11,516 (end 2011)	2.13	185.1%	83.6%	71	112	1.57
<b>Brazil</b>	<b>114,377</b>	<b>549,577 (June 2012)</b>	<b>4.80</b>	<b>178.0%</b>	<b>34.7%</b>	<b>74</b>	<b>288</b>	<b>3.89</b>
Chile	20,989	46,982 (end 2012)	2.24	138.5%	23.1%	155	269	1.73
<b>Colombia</b>	<b>33,491</b>	<b>113,884 (end 2012)</b>	<b>3.40</b>	<b>150.4%</b>	<b>30.4%</b>	<b>100</b>	<b>238</b>	<b>2.38</b>
Costa Rica	3,346	14,963 (July 2012)	4.47	117.0%	22.4%	105	314	2.99
Ecuador	7,998	11,800 (July 2010)	1.47	139.2%	46.0%	74	86	1.16
El Salvador	5,348	26,639 (Aug. 2012)	4.98	253.5%	26.7%	99	425	4.29
Guatemala	5,476	12,835 (2011)	2.34	184.0%	54.4%	56	87	1.55
Honduras	5,717	12,336 (2011)	2.16	143.0%	50.1%	110	159	1.44
<b>Mexico</b>	<b>85,712</b>	<b>239,941 (Sept 2012)</b>	<b>2.80</b>	<b>126.3%</b>	<b>40.3%</b>	<b>98</b>	<b>207</b>	<b>2.11</b>
Nicaragua	3,375	7,200 (2011)	2.13	128.0%	21.2%	85	122	1.43
Panama	4,428	14,238 (Sept 2012)	3.21	164.6%	65.3%	178	392	2.20
Paraguay	2,972 (1995)	6,300 (2011)	2.12	118.9%	71.2%	60	97	1.62
Peru	15,718	59,451 (Sept 2012)	3.78	207.4%	58.8%	71	197	2.77
Uruguay	3,037	9,450 (April 2012)	3.11	119.9%	64.6%	97	279	2.88
Venezuela	23,200 (1993)	50,000 (July 2011)	2.15	270.1%	66.0%	111	169	1.52

Source: ICPS World Prison Briefing.<sup>12</sup>

Argentina: 1992 figures included prisoners in police custody, 2010 data do not; Brazil data calculated from figures from the National Penitentiary Department; El Salvador: prison capacity data from 2009 and prisoner numbers from 2012, so occupancy rate may not be accurate.

\*Occupancy rates = number of detainees relative to the official capacity of the prison system. Over 100 per cent indicates overcrowding.

Fonte: Macaulay (2013)

legislação específica à execução. A Lei de Execução Penal (LEP), Lei 7.210, foi publicada sete anos mais tarde, em 11 de julho de 1984.<sup>9</sup>

Contudo, em 1993, nova CPI é instaurada em razão do contexto das rebeliões comandadas por organizações criminosas como Comando Vermelho e PCC (Primeiro Comando da Capital), que nasceram no interior dos estabelecimentos prisionais.<sup>8</sup> A CPI relaciona a distância enorme entre o texto da LEP e as condições degradantes de nossas carceragens. Muito embora insubstituíveis, as prisões deveriam garantir um cumprimento mais humanista da pena. Uma das influências dessa comissão foi a criação, em 7 de janeiro de 1994, do Fundo Nacional Penitenciário – o FUNPEN, por meio da Lei Complementar n. 79/1994 – que, conforme seu primeiro dispositivo, tem “a finalidade de proporcionar recursos e meios para financiar e apoiar as atividades e programas de modernização e aprimoramento do Sistema Penitenciário Brasileiro”. Ainda assim, “a Comissão de 1993 não chegou nem mesmo perto de alcançar a aludida diminuição entre o disposto na lei e a sua aplicação; ao contrário, ao longo dos anos, essa distância somente fez aumentar.”<sup>9:114</sup>

Temos no Brasil em torno de 656 mil pessoas compondo a população carcerária, com uma proporção de 349,78 presos a cada 100 mil habitantes. Entre os anos de 2000 e 2017 essa taxa de aprisionamento aumentou mais 150% em todo país. No entanto, os 1.986 estabelecimentos prisionais brasileiros possuem somados 491.382 vagas, o que demonstra um cenário de déficit de vagas em todas as unidades federativas, onde Pernambuco (PE) é a maior, com 203,04%. Já Alagoas (AL) e Maranhão (MA), apresentam um cenário sem déficit de vagas, onde o número total de vagas em seus respectivos estabelecimentos é maior do que as vagas ocupadas. Uma realidade diferente de até pouco tempo em que a população carcerária era maior em torno de 726 mil pessoas em 2019, sendo que Pernambuco era o estado com maior déficit, 187,66%, e o Acre (AC), com o menor índice, de 17,46%. Em 2019, o estado do Rio Grande do Sul (RS) possuía um déficit de 59,46%, onde 35.335 presos ocupam 21.998 vagas nos 99 estabelecimentos prisionais do estado. O Presídio Central em Porto Alegre era o que apresentava maior diferença entre vagas (1.905) e ocupação (4.330). Já em 2023, 39.544 pessoas privadas de liberdade para 30.805 vagas em 117 estabelecimentos. Dado não menos relevante deste cenário é que as

inspeções nos estabelecimentos prisionais as avaliaram como péssimas ou ruins em grande parte. No RS, por exemplo, 59% estão nestas condições.<sup>2,10</sup>. A existência de reiteradas avaliações apontando condições desumanas, entretanto, não alcança êxito de produzir mudanças significativas, colocando em cena um efeito nulo da avaliação que, com o cenário descrito, pode gerar a compreensão que há um crime do estado na resposta ao direito das pessoas a uma investigação justa, uma pena que respeita a legislação e condições dignas de vida e ressocialização das pessoas apenadas. Nesse contexto, não parece incompreensível que o direito à saúde seja negligenciado.

A grande parte dos delitos praticados por quem está preso em nosso país consiste em crimes patrimoniais (45%) e atividades relacionadas ao tráfico de drogas ilícitas (28%). Boa parte da população carcerária são homens (94,4%), negro ou pardo (64%), jovem até 29 anos (54%) com baixa escolaridade (51,3% possuem o ensino fundamental incompleto e 14,9% até o ensino médio incompleto). (BRASIL, 2019). Não obstante a massificação da população carcerária brasileira ser de homens, a taxa de encarceramento feminino não pode deixar de ser percebido, pois é a terceira maior no mundo (40,6), perdendo somente para Estados Unidos e Tailândia. O crescimento do número de mulheres encarceradas no Brasil é de 656% no período de 2000 a 2016 (de 5,6 para 42,4 mil). Pelos dados do último censo, 50% das mulheres privadas de liberdade estão em estabelecimentos prisionais com celas adequadas a esta condição, sendo que somente 14% das unidades femininas ou mistas contam com berçários ou centro de referência materno-infantil, que compreendem espaços destinados a bebês com até 2 anos de idade. Já as creches só estão presentes em 3% desses estabelecimentos, em cinco estados.<sup>2</sup>

Ainda dentro deste perfil, temos os assistidos pelos Hospitais de Custódia e Tratamento psiquiátrico (0,4%), que até a reforma da Parte Geral do Código Penal aprovada em 1984 (Lei 7.209) eram chamados de “manicômio judicial”, cuja primeira regulamentação ocorrera em 1921, pelo Decreto 14.831. “O Brasil possui 23 manicômios judiciários e três alas de tratamento psiquiátrico em presídios. Quase quatro mil indivíduos vivem nesses espaços, segundo censo nacional realizado em 2011.”<sup>11:114</sup> Cabe chamar a atenção que apesar das políticas de saúde mental pós movimento antimanicomial tiveram na

década de 2000 a 2010 o maior crescimento em 90 anos de história, com a construção de 1/4 dos manicômios judiciais brasileiros.<sup>11</sup> Lembramos a pouco que LEP fora importante avanço para os direitos da população privada de liberdade, mas ainda assim é uma norma com perspectivas não condizentes ao Movimento de Reforma Sanitária e anterior ao contexto de saúde como direito. Sendo um modelo médico-centrado, de caráter emergencial hospitalar, não objetivando prevenção ou promoção de saúde.<sup>12</sup>

### **FORMAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL (PNAISP)**

Com relação aos profissionais de saúde em atividade no sistema carcerário, segundo o Infopen, em 2017, dos 8.612 relacionados, 61,55% eram servidores efetivos. Pelo relatório, eles representam 7,9% do total de profissionais envolvidos. O direito à saúde é garantido basicamente pela LEP como já ressaltado e pela Portaria Interministerial n. 1/MS/MJ, de 2 de janeiro de 2014, que instituiu a Política Nacional da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Penitenciário (PNAISP).<sup>13</sup> Essa política prevê a inclusão da população penitenciária no SUS, garantindo que o direito à cidadania se efetive na perspectiva dos Direitos Humanos. Com isso, a orientação e planejamento da gestão devem estar em conformidade aos princípios e diretrizes do SUS, devendo estar presente no Plano Nacional, bem como o cadastramento das unidades dos estabelecimentos prisionais no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES).

A Conferência Estadual de Saúde do RJ em 2011, destacou a importância de implementação de uma Política Nacional e Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário integrada ao SUS. A “carta do Rio de Janeiro” resalta as condições precárias das nossas penitenciárias, como a superlotação, aumento vertiginoso da tuberculose, DST/HIV, hepatites e problemas de saúde bucal, colocando em risco a saúde das pessoas presas e dos profissionais que atuam no sistema prisional. A falta de estrutura para o exercício dos profissionais de saúde é alarmante, com diminuição dos recursos humanos e falta de implementação de planos de carreira e do próprio Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), criado em 2003 pela Portaria 1.777. Algumas propostas foram encaminhadas à 14ª Conferência Nacional de Saúde, também realizada em 2011, mas em Brasília, “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio

do Povo Brasileiro”, que elencou dentre as diretrizes do relatório final o direito a amamentação de seis meses aos filhos e filhas de mães privadas de liberdade, com a criação de estruturas adequadas de permanência dos filhos (item 27). Como moção de apelo, o relatório defende a substituição do PNSSP para formar uma política de Estado que garanta o acesso e o acolhimento com qualidade na atenção básica, secundária e terciária para todas as pessoas privadas de liberdade ou em medida de segurança. (Moção n. 4, p.122)<sup>14</sup>

Por meio da Portaria Interministerial nº 1.679/MS/MJ/MDS/SDH/SPM/SEPPIR, de 12 de agosto de 2013, é instituído o Grupo de Trabalho Interministerial para a elaboração da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional (GTI/SISPE) e o Comitê Técnico Intersetorial de Assessoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional.<sup>15</sup> Após todo o processo de construção, no dia 2 de janeiro de 2014, publicou-se a Portaria Interministerial nº 1/MS/MJ, a qual instituiu a Política Nacional de Assistência Integral à Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)<sup>13</sup>, sendo que no dia 1º de abril de 2014, a Portaria nº 482 instituiu as normas para a operacionalização da PNAISP no âmbito do SUS. Trata-se de política com articulação intersetorial como uma de suas principais diretrizes.<sup>16,17</sup>

Se inserem como beneficiários de ações de promoção em saúde no âmbito do PNAISP, as pessoas maiores de 18 anos privadas de liberdade. Neste sentido, também se estende aos indivíduos em cumprimento de pena em regimes diversos do fechado, incluindo os assistidos em Medida de Segurança.<sup>13</sup> Para manutenção da política, importante que ações de educação permanente ocorram no interior das instituições, com uma abrangência intersetorial e multidisciplinar, em razão das particularidades da população atendida. Com todo o itinerário de cuidado à população carcerária no SUS, o PNAISP traz expressivos avanços com a remodelação das equipes por faixa de atuação, ampliação de monitoramento e avaliação permanente da situação dos serviços de saúde.<sup>12</sup> Sobretudo, reafirma o direito à saúde e à vida, considerando que a negligência desse direito produz adoecimento e morte, ou seja, de alguma forma, recoloca o extermínio, algo similar às penas medievais.

As equipes devem ser formadas e inscritas conforme a tipologia de equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), variando o tamanho e ou acréscimo de profissionais de outras áreas conforme o tamanho da população presente no estabelecimento prisional. Os recursos são passados conforme o modelo de equipe inscrita e habilitada no programa.<sup>16</sup> Em seu primeiro ano, observamos a adesão e homologação de diferentes Unidades Federativas de todas as cinco Regiões.<sup>18-22</sup> A similaridade às ESF dos demais territórios é compreensível se considerarmos que a população de algumas penitenciárias ultrapassa a concentração demográfica de alguns municípios brasileiros.

Pelos dados constantes no CNES, em maio de 2023, tínhamos em torno de 1030 equipes de saúde registradas, sendo que somente 24 seriam equipes registradas fora dos parâmetros prevista para inscrição e registro no PNAISP, conforme orientações previstas na Portaria n. 99, de 07 de fevereiro de 2020. Se em cada estabelecimento prisional temos uma equipe cadastrada, podemos concluir que quase 51% dos estabelecimentos prisionais possuem equipes registradas no PNAISP.

A atuação de equipes de saúde no interior do sistema prisional não impacta apenas na perspectiva assistencial aos indivíduos, mas também sobre a dimensão coletiva da produção de saúde. “A instituição da política é uma oportunidade para que os profissionais envolvidos com a reorganização do sistema de saúde prisional reflitam sobre as peculiaridades inerentes a esta população.”<sup>22:180</sup> A dimensão social da produção da saúde aqui abre-se a duas dimensões distintas: a) as condições objetivas de vida no interior das instituições; e b) a cultura da sociedade, sobretudo no que se refere aos preconceitos de raça, renda e de gênero que hierarquizam as vidas e atenuam os direitos de segmentos específicos, com influência evidente e direta sobre os níveis de saúde. As peculiaridades do sistema penal nos mostra que os atendimentos são de baixa resolutividades, baseados em queixas pontuais, com dificuldades de acesso a outros serviços.<sup>23</sup> “Sabe-se que a dificuldade de acesso à informação e o receio de ser vítima do preconceito são fatores que dificultam a busca pelos serviços de saúde e a adesão ao tratamento.”<sup>22:180</sup> Mas a presença dos serviços de saúde, estruturados na lógica de atenção integral à saúde, corrobora para função ressocializadora que deveria ser inerente aos estabelecimentos prisionais. O cuidado em saúde no interior dos estabelecimentos prisionais, considerando

as correlações entre a saúde e o âmbito social (cultura e práticas), demanda iniciativas de intervenção na própria configuração da cultura de convívio com as diferenças e, mesmo, as relações que embasam a institucionalidade de um Estado Democrático e de Direito, conforme define a Constituição Brasileira de 1988.

A importância de políticas intersetoriais como estas deve ser acompanhada da discussão sobre o contexto da formação histórica da população atendida, para evitar a reprodução de práticas não individualizadas. A população privada de liberdade tem perfil marcado pela exclusão social como historicamente demonstramos supra. A cultura institucional, assim sendo, vai de encontro à formação e às diretrizes do SUS. Nesse sentido, constitui importante fator a presença desse tema na formação profissional de forma transdisciplinar. Portanto, “este cenário poderia promover uma valiosa experiência educacional e de treinamento em saúde mental quando aplicada a estágios de estudantes de saúde de diversas áreas.”<sup>23:139</sup>

A aproximação por meio de parcerias entre universidade e sistema prisional se mostra importante e cria oportunidade não só de humanização nos ambientes de cuidado, como de dar relevo a esta realidade. A criação de residência médica em saúde prisional, bem como a migração da atenção à saúde da pessoa privada de liberdade ao sistema público no Reino Unido motivou uma melhor formação dos profissionais que atuam no sistema prisional. A realidade dos estabelecimentos prisionais ingleses no início dos anos 1990 era parecida com a atual brasileira, onde a falta de estrutura e superlotação eram latentes.<sup>24,25</sup>

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A formação histórica dos estabelecimentos prisionais é moldada pela violência institucional e exclusão social das pessoas privadas de liberdade. Uma realidade que nas últimas décadas intensificou esse discurso, muito embora a legislação, com o advento da Lei de Execução Penal, tenha procurado promover mudanças. O crescimento constante de sua população, não acompanhada proporcionalmente da necessidade de novas vagas, reforçando mais uma vez um cenário incompatível com a promoção de direitos humanos pelas condições verificadas e superlotação.

Nesse sentido, as políticas públicas envolvendo sistema penal e atenção em saúde evoluíram até recentemente de forma antagônica. Além do exemplo do aumento no déficit de vagas e o reconhecimento institucional por meio das CPIs da falta de estrutura dentro dos estabelecimentos prisionais, tivemos o incremento em mais 25% nos hospitais de custódia e tratamentos dentro da primeira década do século XXI, em oposição a própria política antimanicomial iniciada na década de 1970.

As diferenças entre o sistema prisional e o Sistema Único de Saúde em relação à concepção dos direitos das pessoas e coletividades, à relevância da saúde como direito individual e coletivo e à constatação dos efeitos sobre a saúde que a precarização da vida produz nos diferentes territórios, tem a potência de tensionar o preconceito institucional e as práticas cotidianas de restrição da vida, mobilizando melhoras nas práticas de cuidado e na superação do ciclo civilizatório que vivemos.

Por isso a importância de se discutir o tema da saúde prisional e do PNAISP de forma intersetorial e multiprofissional, fazendo-os atravessar a gestão do sistema prisional e da saúde, além da cultura da sociedade como um todo. O PNAIS propõe a integração da população privada de liberdade no âmbito da atenção básica no SUS, tendo as equipes cadastradas como principal porta de entrada. Há que se proporcionar espaços de educação permanente em saúde para essas equipes, considerando que a complexidade<sup>26</sup> da inserção de pessoas no sistema prisional e a ocupação de “territórios” onde a privação de liberdade tem se constituído também em negação de direitos, retroalimentam a iniquidade na produção de saúde. E as singularidades dessa população devem ser discutidas neste sentido, para justamente evitar a reprodução de violência institucional. Uma política intersetorial neste âmbito não só contribui para uma formação humanizada para profissionais da saúde, mas corrobora também para formação humanizada em outras áreas em razão de sua transdisciplinaridade. Assim, deve ser defendido a promoção de campos de estágios no âmbito destas equipes, bem como a formação especializada em residência.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 7.210. Institui a Lei de Execução Penal. (jul. 11, 1983). [cited 2023, 07 ago]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7210.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm).

2. Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento penitenciário nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias Atualização - Junho de 2017. Brasília: Departamento penitenciário nacional; 2019.
3. de Arruda AJCG, de Oliveira MHB, Guilam MC, de Vasconcelos DIB, da Costa TF, Leite IF. Direito à saúde no sistema prisional: revisão integrativa. Rev Enferm UFPE online. 2013;7(esp):6646-54.
4. Lermen HS, et al. Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. Physis. 2015;25(3):905-24. doi:10.1590/S0103-73312015000300012.
5. Minayo MCS, Gualhano L. Saúde nas prisões: avaliações, políticas e práticas. Cien Saude Colet. 2016;21(7).
6. Bitencourt CR. Falência da pena de prisão. 3ª ed. São Paulo: Saraiva; 2004.
7. Anderson C. Introduction: A global history of convicts and penal colonies. In: Anderson C (Ed). A global history of convicts and penal colonies. New York: Bloomsbury Academic; 2018, p. 01-36.
8. Macaulay F. Modes of prison administration, control and governmentality in Latin America: adoption, adaptation and hybridity. Conflict Secur Developm. 2013;13(4):361-92. doi:10.1080/14678802.2013.834114.
9. Rudnicki D, Souza MF. Em busca de uma política pública para os presídios brasileiros: as CPIS do sistema penitenciário de 1976 e 1993. Rev Inform Legislat. 2010;47(186):107-15.
10. Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Goepresídios: dados das inspeções nos estabelecimentos prisionais. [cited 2023 ago 07]. Disponível em: [https://www.cnj.jus.br/inspecao\\_penal/mapa.php](https://www.cnj.jus.br/inspecao_penal/mapa.php)
11. Diniz D, Brito L. “Eu não sou presa de juízo, não”: Zefinha, a louca perigosa mais antiga do Brasil. Hist Cien Saude. 2016;230(1):113-29.
12. Braga GPO. O assistente social e a política de atenção à saúde prisional: um estudo aproximativo. Serv Soc Saude. 2015;15(2):219-42.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. 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 (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, nº 2, Seção 1, p. 18-21, 2014.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS; SUS na seguridade social; Política pública, patrimônio do povo brasileiro. Brasília, DF, 2012.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 1.679, de 12 de agosto de 2013. Institui o Grupo de Trabalho Interministerial para elaboração da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional e o Comitê Técnico Intersetorial de Assessoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional. Diário Oficial da União, Brasília, DF, nº 155, Seção 1, p. 44-45, 2013.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Portaria nº 482, de 1º de abril de 2014. Institui normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, nº 63, Seção 1, p. 48, 2014.

17. Bartos MSH. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional: uma reflexão. *Cien Saude Colet*. 2023;28(4):1131-8.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Portaria nº 1.602, de 31 de julho de 2014. Aprova a adesão dos Estados do Acre, Tocantins, Rio Grande do Sul, Rio Grande do Norte, Pará e do Distrito Federal à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 68, 2014.*
19. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Portaria nº 2.274, de 17 de outubro de 2014. Aprova a adesão dos Estados de Alagoas, Bahia, Pernambuco e dos Municípios de Canoas (RS), São Gabriel (RS), Rialma (GO), Alto Alegre do Maranhão (MA), Mossoró (RN), Manaus (AM), Belém (PA), Araguatins do Tocantins (TO), Miracema do Tocantins (TO), Dianópolis (TO), Babaçulândia (TO), Lajeado (TO), Pedro Afonso (TO) à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 37, 2014.*
20. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Portaria nº 2.275, de 17 de outubro de 2014. Aprova a adesão dos Estados do Rio de Janeiro, Paraná, São Paulo e Amapá e dos Municípios de Catanduvas (PR), Blumenau (SC), Porto Alegre (RS), Ijuí (RS) e Araiõeses (MA) à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 37, 2014.*
21. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Portaria nº 1.966, de 12 de setembro de 2014. Aprova a adesão de Estados e Municípios à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 50, 2014.*
22. Freitas RS, Zermiani TC, Nievola MTS, Nasser JN, Ditterich RG. Política nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional: uma análise do seu processo de formulação e implantação. *Rev Polit Publica*. 2016;20(1):171-84.
23. Oliveira FA, *et al.* Medicina além das grades – uma Experiência da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto. *Rev Bras Educ Medica*. 2018;42(4):134-43.
24. Bluglass R. Recruitment and training of prison doctors. *BMJ*. 1990;301(6746):249-50.
25. Sparrow N. Health care in secure environments. *Brit J General Practice*. 2006;56(530):724-5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1876648/>
26. Ferla AA. Um ensaio sobre a aprendizagem significativa no ensino da saúde: a interação com territórios complexos como dispositivo. *Saberes Plurais Educ Saude*, [S. l.]. 2021;5(2):81–94. doi:10.54909/sp.v5i2.119022. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/saberesplurais/article/view/119022>.