



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Denise Anjos de Oliveira

**Hibridismo punitivo e colonialidade do saber: práticas de saúde
desenvolvidas por egressos do sistema prisional em Porto Velho-RO**

Rio de Janeiro

2021

Denise Anjos de Oliveira

Hibridismo punitivo e colonialidade do saber: práticas de saúde desenvolvidas por egressos do sistema prisional em Porto Velho-RO

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva

Rio de Janeiro

2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/ REDE SIRIUS/ CB/C

A599

Anjos de Oliveira, Denise

Hibridismo punitivo e colonialidade do saber: práticas de saúde desenvolvidas por egressos do sistema prisional em Porto Velho-RO / Denise Anjos de Oliveira. – 2021.
91 f.

Orientador: Prof. Martinho Braga batista e Silva.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.

1. Serviços de saúde para prisioneiros. 2. Terapias complementares.
3. Justiça social. 4. Prisões. 5. Prisioneiros. 6. Porto Velho (RO). I. Silva, Matinho Braga Batista. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. III. Título.

CDU 614.058.56

Bibliotecária: Thais Ferreira Vieira CRB-7/5302

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Denise Anjos de Oliveira

Hibridismo punitivo e colonialidade do saber: práticas de saúde desenvolvidas por egressos do sistema prisional em Porto Velho-RO

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Aprovada em 5 de abril de 2021.

Orientador: Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Banca Examinadora: _____

Prof.^a Dr.^a Laura Lowenkron

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Prof. Dr. Rogerio Lopes Azize

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Prof. Dr. Dailton Lacerda

Universidade Federal da Paraíba - UFPB

Prof. Dr. Fábio Mallart Moreira

Universidade de São Paulo - USP

Rio de Janeiro

2021

DEDICATÓRIA

À Augusto, Silvania, Bárbara e Michel por, de formas diferentes, terem me dado vida e inspiração.

AGRADECIMENTOS

A Exu, o primeiro, aquele que abre os caminhos e permite que eu os percorra. A Oxalá, todos os orixás e bons guias de luz que iluminaram e guiaram meu caminho nessa trajetória.

Aos meus pais Silvania e Carlos Augusto (*in memoriam*) por serem meus grandes exemplos de vida, e à todas as minhas mais velhas e meus mais velhos por serem meus exemplos de luta e por terem pavimentado o caminho para que eu chegasse até aqui.

À minha filha Bárbara por ter sido a força motriz de tudo que eu fiz, faço e farei, e a quem agradeço não apenas por me inspirar a esse trabalho, mas por dar sentido e trazer luz e alegria para toda a minha vida.

Ao meu companheiro Michel por tudo que somos, pela parceria, pela motivação, pela paciência, pela confiança, pelas trocas inteligentes e reflexões que me ajudaram a construir esse trabalho.

Ao Lucas por todos os abraços, sorrisos, lágrimas, experiências compartilhadas, desde sempre e para sempre.

À Juliana de Castro e Vanessa Lima por trazerem leveza à minha vida.

Ao Coletivo Negro Makota Valdina, que possamos continuar na luta por nós e por todas as nossas e todos os nossos.

Aos meus amigos Victória Martin, Clara Alves, Igor Rodrigues, Thávila Kaline, Juliana Cândido e Sessiz Zarif, pela sustentação coletiva e por contribuírem em deixar esses anos mais leves. Sem vocês muita coisa teria sido muito mais difícil.

À Prof^a. Dr^a. Kenia Maynard (*in memoriam*) por toda a inspiração, por ter despertado em mim a paixão pela pesquisa científica e pela carreira acadêmica, e, principalmente, por ter acreditado no meu potencial e aberto a primeira porta para esse caminho.

À Associação Cultural e de Desenvolvimento do Apenado e Egresso, em especial ao Sr. Luiz Marques, pela confiança, abertura de diálogo e possibilidade de realização da minha pesquisa

A Fábio Mallart e Dailton Lacerda pelas maravilhosas contribuições na qualificação do projeto que deu origem à essa dissertação.

Às trabalhadoras e trabalhadores do IMS, em especial à Aleksandra, Aline, Eliete e Silvia por serem sempre tão carinhosas e atenciosas.

E por fim, mas definitivamente não menos importante, ao meu orientador Martinho Silva pela parceria, pelo incentivo, pela liberdade que me proporcionou para criar e voar, e pela mútua construção da “melhor relação de orientação”.

Dizer que os homens são pessoas e, como pessoas, são livres, e nada concretamente fazer para que esta afirmação se objective, é uma farsa.

Paulo Freire

RESUMO

ANJOS DE OLIVEIRA, Denise. *Hibridismo punitivo e colonialidade do saber: práticas de saúde desenvolvidas por egressos do sistema prisional em Porto Velho-RO*. 2021. 84 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

O presente trabalho buscou analisar o trabalho da Associação Cultural de e Desenvolvimento do Apenado e Egresso, em especial a atuação voltada aos cuidados com a saúde das pessoas privadas de liberdade nas unidades onde a Associação atua em Porto Velho, no estado de Rondonia. A coleta de dados se ocorreu através da realização de entrevistas que se deram via vídeochamada de whatsapp com pessoas egressas do sistema prisional que atualmente fazem parte da Associação enquanto membros da ACUDA. Divido este trabalho em três capítulos: o primeiro onde realizo um levantamento bibliográfico das práticas realizadas por equipes de saúde que atuam em unidades prisionais, afim de conhecer as práticas comumente realizadas na saúde prisional; no segundo capítulo abarco as políticas públicas de saúde e justiça nas quais as práticas executadas das unidades prisionais estão contempladas; no terceiro capítulo realizo a análise das entrevistas realizadas, interseccionando com as informações dos capítulos anteriores com relatado nas entrevistas. Na pesquisa também busquei refletir sobre quem é a população privada de liberdade, e como o hibridismo punitivo se dá enquanto um mecanismo que leva ao acometimento de saúde e morte dessa população majoritariamente negra e pobre, e abordando como medidas desencarceradoras são necessárias quando se pensa em direito e acesso à saúde.

Palavras-chave: Saúde Prisional. Práticas Integrativas e Complementares. Egresso. Associações.

ABSTRACT

ANJOS DE OLIVEIRA, Denise. *Punitive Hybridism and the Coloniality of Knowledge: Health Practices Developed by Ex-Prisoners in the Prison System in Porto Velho, RO*. 2021. 84f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

This study aimed to analyze the work of the Cultural Association for the Development of Prisoners and Ex-Prisoners (ACUDA), particularly its actions focused on the health care of individuals deprived of liberty in the units where the Association operates in Porto Velho, in the state of Rondônia. Data collection was conducted through interviews via WhatsApp video calls with individuals who are ex-prisoners and are currently members of ACUDA. I divided this work into three chapters: the first, where I conduct a bibliographic review of health practices carried out by health teams working in prison units, in order to understand the common practices in prison health; the second chapter addresses public health and justice policies that encompass the practices executed in prison units; and in the third chapter, I analyze the interviews conducted, intersecting the information from the previous chapters with what was reported in the interviews. In the research, I also sought to reflect on who the incarcerated population is, and how punitive hybridism functions as a mechanism that leads to health issues and death among this predominantly Black and poor population, while addressing the need for decarceration measures when considering rights and access to health care.

Keywords: Prison Health. Integrative and Complementary Practices. Egressed From the Prison System. Associations.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1	Descrição das práticas de Saúde Prisional descritas na bibliografia levantada	32
Tabela 2	Classificação das práticas de Saúde Prisional presentes na bibliografia levantada	33
Figura 1	Fluxograma do processo de adesão e habilitação da PNAISP	40
Tabela 3	Quantitativo de municípios que fizeram adesão à PNAISP por estados da federação	41
Gráfico 1	Quantitativo de equipes habilitadas nos municípios que fizeram adesão à PNAISP por Estados da Federação	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACUDA	Associação Cultural e de Desenvolvimento do Apenado e Egresso
APS	Atenção Primária à Saúde
APP	Equipe de Atenção Primária Prisional
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNPICS	Coordenação Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
DEPEN	Departamento Penitenciário Nacional
DOU	Diário Oficial da União
DP	Defensoria Pública
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FEASE	Fundação Estadual do Atendimento Socioeducativo
FPI	Fibrose Pulmonar Idiopática
FPSSP	Fórum Permanente de Saúde do Sistema Penitenciário
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
IMS	Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LEP	Lei de Execuções Penais
MACA	Maison d'Arrêtet de Correction d'Abidjan
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
MTCI	Medicinas Tradicionais Complementares e Integrativas
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PNSSP	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
PNAISARI	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional

PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PIC	Prática Integrativa e Complementar
PMR	Prefeitura Municipal de Resende
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPC	Policlínica Piquet Carneiro
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAIPS	Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SEAP	Secretaria de Estado de Administração Penitenciária
SUS	Sistema Único de Saúde
TC6M	Teste de Caminhada de 6 Minutos
TJRJ	Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFRRJ	Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	13
1	SAÚDE PRISIONAL	24
1.1	Promoção da Saúde	25
1.2	Prevenção à agravos	26
1.3	Recuperação da Saúde	27
1.4	Práticas desenvolvidas por equipes de saúde nas prisões	28
1.5	Hibridismo punitivo	34
2	POLÍTICAS DE SAÚDE E JUSTIÇA	36
2.1	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional	37
2.2	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória	42
2.3	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares	44
2.4	Política de Atenção a Pessoas Egressas do Sistema Prisional	48
3	PRÁTICAS DE SAÚDE DESENVOLVIDAS POR EGRESSOS DO SISTEMA PRISIONAL	52
3.1	Minha experiência com PICs	58
3.2	O caráter releigioso	61
3.3	PICs e colonialismo	62
3.4	Violência e Saúde	65
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
	REFERÊNCIAS	71
	APÊNDICE A - Lista de PICs reconhecidas pelo Ministério da Saúde através da PNPIC	80

INTRODUÇÃO

Este trabalho é o fruto de cursos próprios de vida que se transpassam, gerando um ponto de intercessão que originou as reflexões que trago nessas linhas. Considero a produção desse trabalho um grande passo de coragem, pois nunca me imaginei fazendo parte do espaço acadêmico que só conhecia através de livros e televisão, e absolutamente distante da minha realidade. A academia não me foi apresentada como um caminho natural, e hooks (1995) aponta alguns motivos da resistência das mulheres negras em seguir o caminho da intelectualidade, sendo um deles o fato que desde muito novas essas mulheres são ensinadas e convencidas a não se verem como potenciais formuladoras de saberes, é como se esse lugar não lhes pertencesse. Hoje falo de um lugar enquanto pesquisadora e profissional do Sistema Único de Saúde (SUS), mas antes de qualquer coisa essas palavras são de uma mulher, negra, jovem, periférica e mãe, perfil da maioria das mulheres que compõe o sistema carcerário brasileiro, logo ter fugido dessa estatística nefasta é mais um estímulo a contribuir dando visibilidade a essa questão tão pertinente e que acomete cada vez mais pessoas.

Minha pesquisa tem como objetivo analisar a produção de cuidados em saúde exercidas por egressos do sistema prisional que atualmente são membros da Associação Cultural de e Desenvolvimento do Apenado e Egresso (ACUDA), no entanto considero relevante contextualizar os trajetos que me levaram à execução dessa pesquisa. Atualmente minha inserção no ambiente prisional se dá por diversas vertentes, mas a primeira vez na qual tive percepção da existência das prisões foi ainda criança quando um familiar próximo foi preso, e a partir daí se deram as concepções que culminaram na temática do meu trabalho de mestrado, conforme abordarei adiante. Uma máxima nos traz que “viver é um ato político”, entendendo como político uma qualidade que concerne aos modos de existência a partir do momento em que se convive (CASTAGNA, 2020), mas comumente não existe o entendimento das atitudes como políticas, gerando uma equivocada ideia de neutralidade e a separação entre o que é “neutro” e o que é “político”. Assim como a vida, entendo também a pesquisa científica enquanto um ato político, e essa concepção aparecerá registradas nessas linhas.

Conforme supracitado, a primeira vez que tive percepção sobre a existência das prisões foi ainda criança, com a prisão de um familiar próximo. Meu familiar, assim como a maioria das pessoas que compõe a população carcerária, possui poucos recursos, sendo quase sempre defendidos pela Defensoria Pública (DP) ou advogados dativos, e com restritas possibilidades de produzirem uma outra narrativa (MELO, 2020), fatores que culminaram em seu

encarceramento e, conseqüentemente, em alguns anos de reclusão. Assim como fui a primeira pessoa da minha família a acessar um curso de mestrado, minha mãe e meu pai foram os primeiros de suas famílias a acessar a graduação, formando-se enfermeira e engenheiro, respectivamente. Por isso, desde criança, tive contato com uma rotina de cuidados em saúde sob uma ótica que é resultado de ter um profissional de saúde enquanto membro do núcleo parental.

Com a ocasião da prisão de meu familiar, somada a essa noção peculiar de cuidados com saúde, pela primeira vez tive um pensamento a respeito da saúde dentro do sistema prisional, mesmo que ainda sem grandes reflexões devido à pouca idade e maturidade. Todas as informações que tinha a respeito do ambiente da prisão, majoritariamente através da mídia, faziam com que meu imaginário de criança pensasse, sempre dentro do pior espectro, nas coisas que poderiam estar acontecendo com meu familiar naquele espaço, como todo esse contexto que ameaçava diretamente sua vida, e minhas concepções infantis se confirmaram anos depois quando reencontrei meu familiar extremamente emagrecido e com a aparência adoecida após sua saída da prisão. Com o passar dos anos alguns amigos, uns mais próximos, outros mais distantes, também vieram a passar pelo cárcere, sem que eu ainda tivesse o entendimento que a criminalização responde a categorias como raça ou classe social iniciando ainda antes do crime em si (LIMA, 2020), e logo voltava às formulações sobre o risco em potencial que estavam submetidos, assim como aquele meu familiar esteve.

Cursei a graduação em Fisioterapia, e no decorrer da faculdade tive a grata oportunidade de conhecer e me tornar grande amiga de Vanessa Lima, atualmente doutoranda pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), que à época cursava a graduação em direito na Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ) e já militava ativamente em movimentos antiprisionais e que lutam pelas descriminalizações. A partir de então tive acesso à possibilidade de interlocução e troca acerca das questões prisionais, em especial no que tange a área da saúde. Posteriormente ingressei enquanto membra da Associação ELAS Existem – Mulheres Encarceradas, que é uma organização sem fins lucrativos, feminista interseccional, anti-punitivista, abolicionista penal cuja finalidade é atuar em prol das mulheres que compõe o sistema penitenciário e das adolescentes do sistema socioeducativo do Rio de Janeiro. Na ELAS tive a possibilidade de ampliar a interlocução sobre a saúde no sistema prisional ao compor o grupo de trabalho de saúde da Associação, e ser representante da mesma no Fórum Permanente de Saúde no Sistema Penitenciário (FPSSP) do Rio de Janeiro. Após quase dois anos enquanto membra da ELAS, deixei a Associação, no entanto continuei no FPSSP enquanto membra do mesmo, onde me encontro até hoje.

Em outubro de 2018, ainda na graduação, realizei o concurso público para o cargo de Fisioterapeuta da Prefeitura Municipal de Resende (PMR), conseguindo a aprovação no certame, e vindo inicialmente a ocupar uma função no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). À época, a superintendência de Atenção Primária à Saúde (APS) estava trabalhando na implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no município, e ao saber da minha experiência, ainda que breve, referente à saúde prisional, a superintendente me convidou a acompanhar esse processo de implementação, auxiliando em questões referentes a adequação de fluxos, na logística espacial e material e construção de documentos norteadores para tal objetivo.

Posteriormente a implementação da equipe, fui convidada a migrar do NASF para a Equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP), atuando como Fisioterapeuta. A presença do profissional Fisioterapeuta nesse espaço contribui para o enriquecimento da multidisciplinaridade, gerando ganhos na assistência. O trabalho na unidade é extenso e exige a necessidade de estudo constante devido a existência de diversos acometimentos de saúde prévios ao cárcere e outros desenvolvidos no período de encarceramento que envolvem os mais diversos campos de especialidade da fisioterapia. Ademais, a unidade prisional é um ambiente de trabalho atravessado por diversas questões, onde predomina fortemente a importância da custódia, gerando uma

“resistência por parte dos agentes de segurança penitenciária, da administração penitenciária e da sociedade em geral em considerar a saúde como um direito das pessoas presas, associada à prevalência das questões de segurança, acabam por produzir ações de saúde eminentemente prescritivas.” (DIUANA et al, 2008)

Isso faz com que a saúde das pessoas privadas de liberdade fique em segundo plano na maioria das vezes, e interferindo na autonomia da equipe de saúde, pois a prestação de cuidados é subordinada à garantia de uma dita segurança.

Concomitantemente à mudança em meu trajeto profissional, aconteceu também uma mudança significativa em meu trajeto acadêmico. Ingressei no mestrado no Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), no primeiro semestre de 2019, com um projeto no qual visava a abordagem da influência dos efeitos deletérios desenvolvidos e agravados na prisão sobre a saúde de mulheres egressas do sistema prisional. Buscava investigar como a prisão interfere na realidade dos sujeitos, considerando um recorte de gênero e raça para a realização da análise. No entanto, no decorrer do mestrado ocorreu a abertura de outras portas de interlocução na Associação Cultural e de Desenvolvimento do Apenado e Egresso (ACUDA), passando a pesquisa final a se dar através da investigação de como o sujeito interfere na prisão, o oposto da proposta

inicial, no entanto sem perder de vista a raça enquanto determinante de todo esse processo, assunto sobre o qual me debruçarei adiante.

A primeira vez que entrei em uma unidade prisional foi enquanto membra da ELAS Existem para a realização de uma atividade que visava a distribuição de materiais de higiene para mulheres privadas de liberdade, com acesso apenas aos espaços de entrada e ao pátio externo. Minha primeira entrada em uma unidade, tendo acesso à *Brasil*¹ e outros espaços internos, se deu devido ao supracitado convite a participar da implementação da PNAISP na PMR ainda antes de ser profissional da equipe. A primeira coisa que chamou minha atenção, mesmo que naquele momento estivesse atenta a questões outras, foi o forte cheiro presente naquele espaço, e então, naquele momento, pude entender de pronto o que Mano Brown relata em *Diário de um Detento*² quando se refere a “*cheiro de morte e Pinho Sol*”.

Aquele cheiro misto e extremamente forte vai contra tudo aquilo que se considera quando se pensa em saúde, e ficou impregnado no meu nariz, na minha roupa e na minha memória, pois, posteriormente, todas as vezes que senti qualquer cheiro similar àquele de imediato me remeteu à imagem da prisão. Esse cheiro é um retrato que exemplifica de forma muito clara como o Estado trata as pessoas que se encontram em privação de liberdade, pela lógica do descartável. Não sei explicitar com exatidão do que seria composto em sua totalidade aquele cheiro, no entanto um de seus componentes certamente tem como origem a *brilhosa*³. A alimentação servida aos presos é de baixíssimo valor nutricional, além de ser transportada por longas distancias até a unidade, fazendo que muitas vezes cheguem ao destino estragadas por não serem transportadas em espaços com temperatura adequada para que a comida se mantenha perecível. Inclusive os problemas gastrointestinais muitas vezes são gerados pela péssima qualidade da alimentação oferecida aos internos, uma das principais queixas relatadas pelos internos no estado do Rio de Janeiro (MINAYO, 2016).

Em minha trajetória passei da análise para a ação e findei por transitar entre espaços demilitância, pesquisa e atuação profissional acerca da temática da saúde pessoas em situação de cárcere. Essas oportunidades de enxergar o encarceramento em diversas perspectivas é extremamente rica, pois dessa forma pude ampliar os pontos de vista sobre a questão, e mesmo diante de tantas lentes de análise sobre as prisões, é possível observar um ponto de intercessão entre todas: a extrema dificuldade, quiçá impossibilidade, de promover saúde nos espaços de aprisionamento. De Viggiani (2007) considera a noção de prisão saudável um oximoro, já que

¹ Corredor principal que dá acesso aos corredores das galerias onde se encontram as celas.

² Música que faz parte do álbum “Sobrevivendo no Inferno” do grupo de RAP paulista Racionais MC’s e interpretada por Mano Brown.

³ Embalagem de metal onde são transportadas e distribuídas a comida aos internos.

sem uma reforma significativa na forma como as prisões são administradas e as pessoas encarceradas são vistas e tratadas não há possibilidade de bem-estar nestes estabelecimentos, trazendo também que as medidas de saúde pública para as prisões devem desafiar os determinantes sociais e estruturais da saúde tão precários naquele espaço antes de se concentrar na promoção de estilos de vida saudáveis. Deste modo, mesmo com a melhoria das condições sanitárias das prisões, ainda estaríamos distantes da possibilidade de efetiva promoção de saúde integral como preconiza o SUS, pois a própria condição de encarceramento leva ao adoecimento das pessoas.

Muitas vezes me encontrei em um dilema pessoal sobre a pertinência e relevância do meu trabalho enquanto profissional de saúde atuante em um presídio, porque é bastante evidente para qualquer pessoa que tem um olhar crítico, a dificuldade de executar práticas de saúde em espaços de privação de liberdade pelos fatores de espaço, logística, dinâmica e demanda de atendimentos, entre outros. Conforme abordarei a seguir, existe uma relação direta entre racismo e o fenômeno do encarceramento em massa, e

“qualquer tentativa de proteção dos direitos do povo negro que passe pelo sistema punitivo que está posto apenas irá alimentar mais das mazelas que vivenciamos.”
(DOAMARAL; VARGAS, 2019)

Por isso, a simples reforma do sistema penal não seria eficaz na resolução do problema do encarceramento em massa, e do conseqüente dano à saúde das pessoas que lá se encontram, mas sim o desenvolvimento de penas alternativas e medidas desencarceradoras. O racismo não pode definir o futuro do planeta e se as prisões são instituições racistas, entendendo que é preciso combater o racismo, isso pode nos levar a encarar com seriedade a perspectiva de declarar as prisões obsoletas, porque o racismo está tão profundamente entranhado na instituição da prisão que não é possível eliminar um sem eliminar o outro (DAVIS, 2018).

O presente trabalho está organizado de forma a refletir acerca da atenção à saúde às pessoas privadas de liberdade e como o trabalho da ACUDA se insere nesse contexto, especificamente as práticas executadas pelos egressos do sistema prisional que atualmente são colaboradores na Associação.

No primeiro capítulo realizo uma descrição e categorização das práticas de saúde exercidas nas unidades prisionais, sejam elas de: promoção da saúde, prevenção de agravos e recuperação da saúde. Em suma, configura a tentativa de entender quais tipos de práticas tem maior atenção por parte daqueles responsáveis pela saúde nas prisões e quais são mais negligenciadas na atenção à saúde das pessoas encarceradas.

O segundo capítulo traz uma conjuntura sobre a PNAISP, que visa ampliar as ações do SUS para a população adulta que se encontra privada de liberdade, e objetiva fazer que as equipes/unidades de APS implementadas no espaço prisional passem a ser parte da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Também será abordada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), que visa a assistência à saúde dos adolescentes em regime de socioeducação. Neste capítulo outras políticas se farão presentes, como a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), pois a abordagem às Práticas Integrativas e Complementares (PIC) é de extrema relevância para o melhor entendimento da atuação da ACUDA e a participação de meus interlocutores enquanto promotores de saúde acionam as PICs no cotidiano. A Política Nacional de Atenção às Pessoas Egressas do Sistema Prisional intenta dar instrumentos para a inclusão das pautas das pessoas egressas do sistema prisional na agenda pública governamental. A importância de considerar essa política é a verificação se aquilo que é preconizado para a população egressa do sistema prisional é de fato executado na realidade das pessoas com quem estabeleci interlocução em minha pesquisa.

Finalmente, no terceiro capítulo faço uma análise das entrevistas realizadas com meus interlocutores, com a finalidade de conhecer mais acerca do trabalho realizado pelos egressos do sistema prisional na ACUDA, particularmente as práticas desenvolvidas por eles com privados de liberdade e jovens cumprindo medida socioeducativa no estado de Rondônia.

Para que e para quem?

“Primeiro ‘cê sequestra eles, rouba eles, mente sobre eles, nega o deus deles, ofende, separa eles. Se algum sonho ousar correr, ‘cê para ele e manda eles debater com a bala que vara eles.”

Emicida, em *Ismália*⁴

Em uma pesquisa que tem como ponto a temática do encarceramento é necessário entender quem está preso para se ter ciência sobre quem a máquina carcerária opera e se impõe.

Por isso, considero importante a busca em retratar quem é a população que se encontra privada de liberdade, e contextualizar como o racismo atua enquanto motor da engrenagem que encarcera cada vez mais pessoas, ceifando suas vidas e/ou deteriorando suas saúdes. Conforme supracitado minha pesquisa mudou de trajetória, mas com a continuidade do uso da categoria raça enquanto ponto de análise. Tal opção se dá pelo fato de que o Brasil é o terceiro

⁴ Música do rapper Emicida no álbum *Amarelo* de 2019.

país que mais encarcera pessoas no mundo. Conforme dados divulgados pelo Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), em dezembro de 2019 o país encarcerava 748.009 pessoas, e essa população privada de liberdade é composta por pessoas majoritariamente negras, pobres e jovens (INFOPEN, 2019), e não se pode ignorar mesmo sem perder de vista que a tríade preferencial da seletividade penal é composta pelos grupos anteriormente mencionados, que “a precarização da vida inclui não apenas as populações negras, mas também os não negros empobrecidos e cada vez mais precarizados” (LIMA, 2018).

Apesar de traçada essa característica da população encarcerada, em uma recente investigação produzida por Melo (2020) acerca dos processos criminais de tráfico de drogas e associação para o tráfico no Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (TJRJ), a categoria raça é ocultada nas páginas processuais. Ou seja, mesmo estando super-representada nos presídios, no campo dos processos criminais a raça é retirada de cena para dar espaço à outras categorias para conformar a invisibilidade do racismo perpetuado pelos órgãos de justiça criminal (MELO, 2020). Sendo assim, a seletividade penal é promovida por um sistema que se apoia sobre uma estrutura racista para reverberar a deterioração da saúde dessas pessoas e consequente morte (quando não promove a morte de forma direta e sumária). Abordar o tema de encarceramento significa necessariamente tratar de raça.

No entanto é preciso considerar a historicidade associada ao superencarceramento de pessoas negras, pois não são questões desacopladas. O Brasil foi construído sobre a escravização de milhões de pessoas sequestradas do continente africano num processo que durou aproximadamente 400 anos, configurando o período de consolidação e expansão do colonialismo no país. O colonialismo é o exercício de domínio político, cultural ou religioso sobre um determinado povo por meio de força política militar ou potência externa. A colonialidade no Brasil delimitou e estruturou territórios e práticas sociais que permanecem e se multiplicam com recortes marcados principalmente pela raça (LIMA, 2018). Mbembe (2018) ressalta o fato de que a ocupação colonial não se configura apenas pelo controle, vigilância e separação, mas também à reclusão. Diante disso entendemos que o encarceramento é uma das formas de materialização e reforço do colonialismo. As ideias voltadas ao abolicionismo penal e às práticas desencarceradoras parecem utópicas e sonhadoras, assim como as medidas alternativas à prisão, distantes, já que o aprisionamento é amplamente aceito enquanto medida de punição àqueles que se encontram de alguma forma em conflito com a lei, logo não é fácil nem dada a mudança paradigmática nesse quesito. Fanon (2005) nos traz que a descolonização é necessariamente violenta e estrutural, seus movimentos nunca são sutis, suaves ou despercebidos, por isso englobo aqui a questão da cultura do encarceramento visto que é um

dos artifícios do colonialismo, então sim, tensionar pelo abolicionismo penal e o fim de medidas desencarceradoras é uma forma de lutar pela descolonização, uma luta essencialmente antirracista.

Projetando um ideal de sociedade sem prisões, mas pensando nas pessoas que já se encontram em privação de liberdade, Baratta (1990) aborda a ineficiência da prisão para efeitos restauradores sobre a pessoa, e sugere que a ressocialização não deva ser abandonada, mas reconstruída, propondo a substituição do termo ressocialização por reintegração social (BARATTA, 2014), concepção se refere a um processo de comunicação e interação entre o cárcere e a sociedade. No entanto, mesmo que devamos tensionar medidas apesar e para além das prisões, entendendo que é um processo complexo e demorado pela naturalização das prisões enquanto mecanismo de punição, é necessário que se estabeleçam práticas destinadas à redução dos danos causados naquele espaço em concomitância com tais medidas.

No período escravocrata o “devir negro” era sinônimo de subumanidade e barbárie, com o fenômeno da “abolição” da escravidão ser negro virou uma marca da marginalidade (ROLNIK, 1989). Com o aumento da imigração de europeus para o território brasileiro, a demanda de trabalho deixada pelas pessoas que libertadas foi entregue aos europeus recém-chegados enquanto postos de trabalho remunerados, evidenciando o total descaso do regime de governo vigente com essas pessoas. No mesmo período criaram leis que criminalizavam a cultura e condição de vida de pessoas negras, como, por exemplo, a lei da vadiagem⁵ e a lei da capoeiragem⁶, previstas no Código Penal de 1890, ampliando a possibilidade de condução ao cárcere. Esses fatores foram utilizados para fundamentar o estereótipo do negro enquanto vadio e marginal, fenômeno que se reproduz até os dias atuais com a super-representação de pessoas negras enquanto criminosas e, portanto, sujeitos à repressão, corroborando com a violência, prisão, tortura e genocídio contra essas pessoas (BORGES, 2019). Mesmo que o regime escravocrata tenha tido oficialmente um fim com a “abolição” da escravidão, ainda tem grandes reflexos e repercussões que seguem a lógica do colonialismo, adotando estratégias de captura, exploração e aprisionamento do corpo negro; dentre eles, um dos mais notórios é o encarceramento (ALMEIDA, 2018).

Com o passar do tempo as formas de perpetuação e ampliação da violência vão se sofisticando, assumindo um caráter necropolítico. O conceito de necropolítica (MBEMBE, 2016) põe em outra perspectiva o processo de subjetificação do corpo, quando posto a frente

⁵ Artigo 399 do Código Penal de 1890 que previa que pessoas sem profissão, ofício ou qualquer meio de subsistência seriam considerados infratores como vadios, sob pena de reclusão.

⁶ Artigo 402 do Código Penal de 1890 que criminalizava a capoeira, proibindo sua prática sob a pena de reclusão.

com a lógica da biopolítica foucaultiana (FOUCAULT, 1979a), que é o conceito através do qual se entende que o poder sobre a vida é usado como modo de administrar populações, fazendo viver ou deixando morrer. No entanto, segundo Mbembe (2016) a biopolítica é insuficiente para compreender as relações contemporâneas de políticas que produzem a morte, assim o conceito de necropolítica tende a preencher essa lacuna pelo fato de ser centrada na dimensão do poder em relação a morte dos indivíduos, caracterizado pelo poder do Estado de ditar quem pode viver e quem deve morrer, negando a humanidade do outro e tornando-o suscetível a agressões e morte. Apesar de também ser uma das táticas da biopolítica, o racismo tem papel central na necropolítica, sendo operada pelo Estado através da mobilização de estruturas de governo e administrativas para promover e legitimar o extermínio.

Os governos operam suas gestões até hoje sob a lógica do colonialismo, e a segurança pública é um dos principais caminhos através do qual o Estado opera as ações necropolíticas contra pessoas negras e pobres, as criminalizando, encarcerando e exercendo uma política de morte que é sustentada sobre uma fantasiosa justificativa de ordem.

Isso se reflete no que apontam os dados do DEPEN, que a maioria das pessoas encarceradas no país estavam presas por crime contra o patrimônio, ou por questões que envolvem a lei de drogas (INFOPEN, 2019), mostrando que o encarceramento vem sendo usado como forma de controle dos corpos de pessoas que buscam sua subsistência em ações que confirmam acúmulo econômico, pois estão cada vez mais pauperizadas pela ação do neoliberalismo (WACQUANT, 2007). Cabe ressaltar que a questão do superencarceramento também emerge em uma conjuntura de gradual enfraquecimento e redução da cultura do Estado de Bem-Estar Social e do Estado de uma forma geral pelos processos de avanço do neoliberalismo após a Guerra Fria. O neoliberalismo promove a retirada de direitos sociais, a precarização de condições de trabalho, o desmonte de serviços públicos e de políticas sociais, concomitantemente com das ações políticas repressivas, potencialização de processos penais de controle e ao enrijecimento de políticas penais, que conseqüentemente aumentam o número de pessoas encaminhadas ao cárcere, se abatendo sistematicamente sobre populações já empobrecidas e marginalizadas como forma de controlá-las. Esses fenômenos somados e sobrepostos desencadeiam o que observamos enquanto pretensão de

“remediar com um ‘mais Estado’ policial e penitenciário o ‘menos Estado’ econômico e social que é a própria causa da escalada generalizada de insegurança objetiva e subjetiva.” (WACQUANT, 2011)

Soma-se a isso o expressivo aumento nos últimos anos de manifestações de posicionamentos que mostram uma profunda rejeição e criminalização do outro, racista, de

naturalização da pobreza, junto com a persistência e aprofundamento das desigualdades (WOLFF, 2015), que finda no cenário que são vistos nas prisões do país.

A “guerra às drogas” pontua a definição de inimigo a ser combatido, exterminado ou neutralizado pelo encarceramento (WACQUANT, 2001). Esses crimes relacionados à lei de drogas, equiparados a crimes hediondos, encarceram milhares de pessoas sem a oferta de perigo ou grave ameaça, conseqüentemente culminando na superlotação das unidades prisionais e cada vez mais morte e danos à saúde das pessoas que lá se encontram. A criminalização de pessoas e o advento da prisão são utilizados para conter qualquer tipo de padrão comportamental indesejável (DAVIS, 2018).

No que concerne ao encarceramento feminino, foi registrado um aumento de 656% em relação ao registrado no início dos anos 2000. As mulheres privadas de liberdade são majoritariamente negras, jovens, pobres, com baixa escolaridade, e como os homens, em sua maioria tendo o tráfico de drogas como o motivo de sua prisão (INFOPEN, 2018). O aprisionamento das mulheres é consequência das abordagens mais punitivas diante das práticas relacionadas ao tráfico de drogas, pois a legislação vigente descriminaliza o usuário, mas aumenta a punição ao traficante e deixa a decisão da tipificação criminal a cargo da palavra de quem conduziu o flagrante à delegacia, geralmente um policial militar que tem a decisão de considerar uso ou tráfico. As principais interpretações para a prisão de mulheres em massa são que elas acabam sendo presas durante o processo de auxiliar seus maridos, companheiros, namorados, irmãos e pais, ou na necessidade de provimento financeiro de suas famílias que as levaria a buscar retornos financeiros com atividades vinculadas ao tráfico (LAGO, 2014).

Ainda sobre o encarceramento feminino, um agravante é que houve um aumento do número de famílias chefiadas por mulheres, principalmente mulheres negras (CAVENAGHI, 2018), potencializando os problemas dessas famílias monoparentais chefiadas por mulheres quando as mesmas são encarceradas. Essas mulheres muitas vezes passam pelo abandono de suas famílias quando privadas de liberdade, e observa-se uma latente distinção de gênero nesse processo, muitas se sentem esquecidas pelos companheiros que constituem outras parcerias após seu encarceramento (LAGO, 2014), enquanto as companheiras dos homens presos costumam estar presentes, providenciam que obtenham algum conforto (MINAYO, 2016) e cuidam da estrutura familiar para que tenham um alicerce onde reconstruir suas vidas. Já as mulheres, depois de passar pelo abandono, estigma social mais cruel, e estarem mais sujeitas a violações nos presídios, precisam refazer o que foi desfeito com sua prisão. Por isso o retorno da mulher ao mercado de trabalho e sociedade, é mais penoso do que é para o homem (RIBEIRO, 2017), mesmo que essa reinserção seja urgente por sua participação cada vez maior

na subsistência da família. Em relação à saúde dessas mulheres, muitos estudos abarcam a saúde sexual e/ou reprodutiva (MIRANDA, 2014; DIUANA, 2016; LEAL, 2016; GALVÃO, 2013; D'EÇA JUNIOR, 2011; BRAGA, 2015), não contemplando a saúde integral.

Outro produto pungente e doloroso do racismo, reproduzidos, em especial, nos espaços acadêmicos no qual me encontro enquanto pesquisadora, é o epistemicídio, que segundo Sueli Carneiro

“é, para além da anulação e desqualificação do conhecimento dos povos subjugados, um processo persistente de produção da indigência cultural: pela negação ao acesso a educação, sobretudo de qualidade; pela produção da inferiorização intelectual; pelos diferentes mecanismos de deslegitimação do negro como portador e produtor de conhecimento e de rebaixamento da capacidade cognitiva pela carência material e/ou pelo comprometimento da autoestima pelos processos de discriminação correntes no processo educativo.” (CARNEIRO, 2005).

A centralidade dessa hierarquização racial na sociedade, que reflete na prisão em massa de pessoas negras enquanto produto, é a razão pela qual não teria como deixar de dar espaço à centralidade da raça nesse trabalho que abarca o encarceramento. Por isso, esta escrita protagonizada por uma mulher negra, contrariando a estatística, aponta para o potencial redobrado dentro do espectro de uma sociedade que naturaliza e corrobora com a violência e extermínio de minhas e meus iguais.

1. SAÚDE PRISIONAL

É constantemente ressaltada a crise referente à saúde no sistema penitenciário nos trabalhos que abordam essa temática (MINAYO, 2016; DIUANA et al, 2008; DIUANA, 2018), sendo um campo já anteriormente negligenciado, tendo seu quadro agravado devido fenômeno da massificação do encarceramento no Brasil, fenômeno esse que se deu sem que houvesse adequação necessária da estrutura física, material e de pessoal, o que repercute numa precarização ainda maior da assistência em saúde nas prisões.

O ambiente prisional apresenta precárias condições sanitárias, alimentação inadequada, aeração insuficiente, restrição de acesso à água e à luz solar, superlotação e dificuldade de acesso à materiais de higiene, entre outros fatores que contribuem para a proliferação de doenças, aumentando as possibilidades de óbitos dentro do sistema carcerário e agravando condições de saúde já existentes. A condenação judicial leva homens e mulheres ao encarceramento, sendo que é importante ressaltar que 30% das pessoas privadas de liberdade no Brasil estão presas em regime provisório (INFOPEN, 2019), logo já sofrendo com as repercussões da privação de liberdade mesmo sem uma condenação. A privação de liberdade, no entanto, não deve se confundir com a privação de outros direitos, visto que estas pessoas estão restritas de liberdade e não do acesso à saúde e demais direitos que devem ser garantidos mesmo, e sobretudo, nas situações de privação de liberdade.

É dever do estado garantir saúde e também constitui dever do mesmo a formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem reduzir os riscos de doenças e de outros agravos, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990). Essas ações caracterizam a integralidade, um dos princípios doutrinários da política do Estado brasileiro para a saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS). A integralidade considera as pessoas como um todo, com suas especificidades, reconhecendo a determinação social, o condicionante ecológico-ambiental e o desencadeador biológico. Não significa negar o biológico, mas sim contextualizar e localizar o mesmo dentro de outra perspectiva (CUTOLO, 2001). Para isso, é importante a integração de ações que transcendam as práticas curativas e assista as pessoas em todos os níveis de atenção, além de considerar o sujeito inserido em um contexto social, familiar e cultural, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação.

1.1 Promoção da Saúde

A promoção da saúde lida com questões complexas, pois muito mais do que o trabalho dirigido sobre a instalação ou não de doenças, mas é caracterizado por ser composto por ações que objetivam reduzir os fatores de risco à saúde. É considerado um processo político e social, promovendo ações que viabilizem mudanças nas condições econômicas, sociais e ambientais que impactam na saúde individual e coletiva, de forma a atingir o bem-estar geral, de melhorarsua condição de saúde através do processo de educação em saúde. Deve-se lidar com as diferentes dimensões humanas, considerando a afetividade, amorosidade e a capacidade criadora e a busca da felicidade como igualmente relevantes nessa construção (BRASIL, 2006b). O processo de promoção da saúde lida com a adequação do estilo de vida da população, preconizando: estímulo a alimentação saudável, prática de atividades físicas, imunização, desestímulo ao consumo do álcool e drogas, acesso à água e saneamento básico, dentre outros, além de proporcionar estratégias que se sobrepõe à cultura da medicalização, considerando que

“Promover saúde também é aceitar o imenso desafio de desencadear um processo amplo que inclui a articulação de parcerias, atuações intersetoriais e participação popular, que otimize os recursos disponíveis e garanta sua aplicação em políticas que respondam mais efetiva e integralmente às necessidades da sociedade.” (BRASIL, 2006b)

Pensando no espaço prisional enquanto local para desenvolvimento dessas ações, percebe-se o imenso desafio imposto às equipes de saúde que atuam nas prisões para a promoção de saúde, visto que questões fundantes que permeiam a estrutura e dinâmica das prisões se opõe à práticae disseminação da ideia de estilos de vida mais saudáveis.

A promoção em saúde aciona dispositivos políticos, pois leva a uma reflexão sobre o que é a saúde, onde essa depende de valores subjetivos, sociais e culturais, logo está em constante movimento e em construção. O indivíduo é visto como essencial em suas ações, pois é viabilizado que as pessoas aumentem seu controle sobre os determinantes da saúde e assim tenham autonomia. Ao mesmo tempo, a promoção em saúde trabalha com o fortalecimento da mobilização comunitária no compartilhamento de saberes técnicos e populares e na construção de espaços saudáveis.

Um exemplo dessa de promoção em saúde no sistema prisional é a promoção de alimentação saudável, segundo Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (2003), e também a atual PNAISP

“Incluir se há previsão para reforma de unidades prisionais, implantação de protocolos de organização de rotinas para garantir a melhoria das condições sanitárias de vivência no sistema prisional, ações para melhoria da oferta de alimentação, de produtos de higiene, água potável, ventilação, etc.” (BRASIL, 2014b)

1.2 Prevenção a agravos

Caracteriza-se por um conjunto de ações em saúde voltadas para diagnóstico, tratamento e recuperação de doenças, e que tem como principal objetivo a erradicação de uma doença. Entendendo como agravos à saúde os danos a integridade física, mental e social dos indivíduos, provocados por doenças ou circunstâncias nocivas (TAUIL, 1998).

No entanto tem um espectro muito mais amplo que engloba medidas de: eliminação, redução da incidência, redução da gravidade e redução da letalidade. A eliminação de um agravo seria um segundo objetivo das medidas preventivas, ou seja, a redução a zero de um agravo, mas com manutenção das medidas de controle (TAUIL, 1998), ou pelo menos que a incidência do agravo seja suficientemente baixo a ponto de deixar de ser um problema de saúde pública.

É guiada por medidas de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco ou fatores causais, já que suas atividades estão relacionadas às doenças, suas causas e ao tratamento, podendo ser realizada a nível geral ou local. Surgiram a partir da natureza biológica da doença, que está relacionada à existência de um fator causador e determinante no processo de saúde (MOONEYA et al., 2013)

É necessário o estabelecimento de práticas que caminhem junto com o que é proposto pela promoção da saúde, e que exista uma reorientação dos serviços de saúde, onde as ações estejam voltadas para os fatores que causem o problema e não somente ao processo já instalado (JUSTO, 2010).

Um exemplo de prevenção de agravos e doenças no sistema penitenciário é a vacinação, prática também prevista na atual PNAISP

“Assim, em tais locais, deve-se priorizar as ações de diagnóstico precoce de doenças, em especial as transmissíveis, de promoção da saúde e de prevenção de agravos, utilizando-se os protocolos clínicos estabelecidos e realizando coleta de exames

laboratoriais e imunização, conforme calendário básico de vacinação.” (BRASIL, 2014a)

1.3 Recuperação da Saúde

É onde se apresenta a maior aproximação com a concepção saúde–doença do ponto de vista biologicista devido fato de já estar presente o processo patológico, ameaçando a saúde e a qualidade de vida do indivíduo quando a mesma já está instalada. Cuidar da recuperação da saúde não é apenas lidar com as enfermidades, já que as pessoas viverão, ao longo de sua existência, experiências de saúde e doença que não necessariamente são desencadeadas por fatores estritamente biológicos, mas também que podem ser desenvolvidos por fatores relacionados a determinantes sociais, econômicos, dentre outros.

Diante disso, faz-se necessário o equilíbrio multidisciplinar e intersetorial das esferas envolvidas no processo de saúde visto de uma perspectiva global, a fim de responder às especificidades de cada indivíduo.

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (2003) ilustra ações e serviços de promoção da saúde, prevenção de agravos e doenças e também recuperação da saúde, neste último caso a garantia de assistência farmacêutica para os próprios privados de liberdade, inclusive listando os medicamentos que devem ser ofertados diretamente para os privados de liberdade. Do mesmo modo a atual PNAISP:

“decidiu-se que o recurso disponível para a assistência farmacêutica básica para pessoas privadas de liberdade seria descentralizado aos estados, devendo ser incorporado ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica repassado aos Fundos Estaduais de Saúde ou (a depender da pactuação), aos Fundos Municipais de Saúde, em parcela única anual.” (BRASIL, 2014a)

O levantamento bibliográfico realizado aponta para um leque de práticas de saúde desenvolvidas nas unidades prisionais que envolvem ações das mais diversas entre prevenção de agravos e doenças, promoção e recuperação da saúde. Não é recente a previsão de ações de assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo, estando garantida ainda na Lei de Execuções Penais (LEP) (BRASIL, 1984). Ainda assim são escassas as ações que contemplem todos os tipos de abordagem à saúde, como veremos a seguir.

1.4 Práticas desenvolvidas por equipes de saúde nas prisões

Em *Cadeia: Relato sobre mulheres* (DINIZ, 2015), a autora narra as práticas em saúde observadas enquanto acompanhava um núcleo de saúde dentro do presídio feminino de Brasília-Distrito Federal (DF). O acolhimento é relatado como o momento em que as presas provisórias são apresentadas à equipe de saúde. O acolhimento costuma caracterizar o recebimento do usuário com escuta ativa e qualificada da sua demanda para cuidado apropriado de cada caso, com suas ações podendo ser caracterizadas como promoção da saúde, prevenção à agravos ou recuperação da saúde. No entanto, a autora ressalta que o procedimento deveria ser chamado de triagem na prisão, tendo em vista que são recebidas muitas mulheres, não deixando tempo para a escuta atenciosa das mesmas pela equipe. A triagem tem o objetivo de determinar a prioridade no atendimento do usuário do serviço de saúde, caracterizado como ação de prevenção à agravos, e se diferenciando do acolhimento por esse caráter não eletivo.

Diniz (2015) também descreve outras práticas realizadas pelo núcleo de saúde, como a prescrição de medicamentos, que é a determinação de qual medicação o paciente deve utilizar para sua condição específica, ação de prevenção à agravos ou recuperação da saúde, a depender do caso. O núcleo também realiza pedido de exames, que é a solicitação de exames para investigar a condição de saúde e que pode ser categorizado como ação de prevenção à agravos ou reabilitação. Além disso, atendimentos de emergência também acontecem nesse núcleo, ou seja, a prestação de cuidados em saúde para alguma condição aguda ou que envolva risco eminente de morte, sendo caracterizada como prevenção à agravos. Esse também é o caso da educação em saúde, que são atividades onde ocorre transmissão do conhecimento, visando autonomia do usuário no que tange a sua saúde; essas ações são desenvolvidas enquanto promoção em saúde, prevenção à agravos ou recuperação da saúde; e da roda de conversa, que são espaços onde se reúnem profissionais e usuários para conversar sobre algum tema de saúde específico, propício para ações de educação em saúde, logo tendo ações voltadas para promoção da saúde, prevenção à agravos e recuperação da saúde.

Além, disso são relatadas outras práticas que tem repercussão na saúde, mas de forma secundária, como é o caso do acolhimento das internas que recebem notícias fúnebres que é o atendimento das pessoas que tiveram parentes falecidos para cuidar do possível sofrimento físico e mental, sendo categorizada como prevenção à agravos; pedido de mudança de ala por

questões de saúde, que é a solicitação de troca do espaço onde a pessoa privada de liberdade se encontra presa, geralmente para evitar agressões ou manter a integridade física, sendo caracterizada como prevenção à agravos; solicitações de visita domiciliar por alguma questão de saúde que pode ser caracterizada como promoção de saúde ou prevenção a agravos; solicitação de laqueadura, que é o pedido para realização de cirurgia de laqueadura, fazendo com que a pessoa fique impedida de engravidar, podendo ser categorizada como prevenção à agravos.

Sánchez e Larouzé (2016) trazem dados sobre a tuberculose nas prisões do Estado do Rio de Janeiro, além das ações utilizadas no diagnóstico e tratamento dessa doença nos espaços de privação de liberdade, que se dá através do Programa de Controle da Tuberculose da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária (SEAP) do Rio de Janeiro. A prática destacada no trabalho é a busca ativa, identificação dos sintomas, indo atrás dos pacientes, não aguardando que os mesmos procurem espontaneamente o serviço de saúde, podendo ser categorizada como promoção de saúde e prevenção a agravos. Também são relatadas ações de pedidos de exames, educação em saúde, roda de conversa e prescrição de medicamentos, ações já anteriormente citadas.

Valença et al (2016) relata o processo de diagnóstico e tratamento de tuberculose num presídio na região sul do país, trazendo que também era realizado o exame com amostras clínicas, exame radiológico e posterior tratamento com exames de controle durante o período de encarceramento, sem busca ativa.

Varela (2017) fala sobre sua experiência enquanto profissional voluntário em uma unidade prisional feminina em São Paulo. O autor relata a realização de práticas como: anamnese, que é uma entrevista realizada pelo profissional de saúde com o paciente para conhecer a história patológica, sendo um ponto inicial do diagnóstico profissional e categorizada enquanto prevenção a agravos ou recuperação da saúde; controle da pressão arterial e glicemia, que é o acompanhamento de pessoas hipertensas e diabéticas através de aferição de pressão e hemoglicoteste (HGT), respectivamente, e sendo categorizado como prevenção a agravos e recuperação da saúde; agendamento de consultas, que é a marcação de atendimento com o profissional de saúde, podendo ser categorizada como promoção de saúde, prevenção a agravos ou recuperação da saúde; e administração de O₂ e broncodilatadores, que é a oferta de insumos inaláveis que melhoram a função respiratória ou revertem casos de problemas do mesmo cunho, categorizado como prevenção a agravos ou recuperação da saúde. Cabe ressaltar que, segundo o autor, as quatro últimas ações supracitadas eram realizadas por mulheres que se encontravam privadas de liberdade naquela unidade. Além disso, a dispensação

de medicamentos supramencionada também compõe suas práticas em saúde prisional, constituindo na entrega do fármaco para o paciente com as devidas orientações para que o mesmo realize a administração, categorizando prevenção à agravos ou recuperação da saúde

Em um periódico que fala da assistência farmacêutica em duas unidades de privação de liberdade em São Paulo, Silva et al (2008) falam especificamente sobre a dispensação de medicamentos, abordando o Programa de Assistência Farmacêutica Penitenciária, já conceituada anteriormente e categorizada enquanto ação de prevenção a agravos e recuperação da saúde.

Dos Reis (2014) aborda produções discursivas a respeito de saúde/doença expressas por homens privados de liberdade em Minas Gerais. Nos relatos observa-se como os mesmos enxergam o tabagismo de forma ambígua, onde eles, mesmo cientes sobre seus malefícios à saúde, utilizam-se desse artifício como ação de saúde, para aliviar o estresse provocado pela reclusão. Nesse caso, caracteriza-se o tabagismo enquanto prevenção de agravos à saúde mental, mesmo que também seja considerado um fator de adoecimento para a saúde física.

Um inquérito etnográfico realizado na Maison d'Arrêtet de Correction d'Abidjan (MACA), na Costa do Marfim (MARCIS, 2016), fala da dificuldade de implementar uma governança em saúde na prisão pela relação conflituosa entre equipe de saúde implementada na unidade e o preso que até então era responsável pelos atendimentos em saúde. O artigo relata como prática a realização de curativos que são cuidados com ferimentos cutâneos superficiais ou profundos, do mesmo modo como a aplicação de injeções que é a administração de medicação de forma injetável, ambas caracterizadas enquanto prevenção à agravos ou recuperação da saúde, a depender do caso.

Em trabalho de doutoramento recente, Mallart (2019) traz uma etnografia realizada em um manicômio judiciário em São Paulo, onde mostra as dinâmicas da privação de liberdade com pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. No trabalho o autor aborda práticas utilizadas na instituição que envolvem: prescrição, dispensação e administração de medicamentos, práticas já abordadas anteriormente; e realização de exames físicos e psíquicos, que é a prática que envolve a determinação do diagnóstico através de investigação, que fazem parte das práticas relacionadas à prevenção à agravos e recuperação da saúde.

Brito (2017) buscou avaliar, através de um estudo exploratório qualitativo, o cotidiano de trabalho de uma equipe de saúde que atua em uma unidade prisional federal. Esse trabalho aponta que os profissionais enxergam seus trabalhos de ordem burocrática, sem autonomia e permeados por medo e estado de alerta. Relata como práticas de saúde exercidas pela equipe: vacinação, que é a administração injetável ou por via oral de medicamento de origem biológica

que garante imunidade adquirida ativa para uma doença particular categorizado como prevenção à agravos; atendimento psicológico que é a consulta especificamente com o profissional psicólogo, e atendimento odontológico que é o atendimento específico com o profissional dentista, ambos por mim categorizados como promoção da saúde, prevenção à agravos ou recuperação da saúde; e as práticas já anteriormente citadas: acolhimento, prescrição e dispensação de medicamentos, atendimentos de emergência, controle de glicemia e pressão arterial, realização de exames.

Gabe (2008) determinou a prevalência de anti-HCV, anti-HIV e co-infecção HCV/HIV em um presídio feminino do estado do Rio Grande do Sul, através de amostras sorológicas das mulheres realizadas por exames, também já anteriormente conceituado e categorizado.

Watson (2004) aborda a temática da saúde prisional no Reino Unido. Ele não menciona práticas de cuidado em saúde específicas, e afirma que as ações de promoção à saúde são consideradas essenciais, mas que existem problemas com o ambiente não terapêutico das prisões e que “prisões saudáveis” são uma contradição. O mesmo artigo também traz à tona questões a respeito da telemedicina como boa possibilidade para o cuidado dessa população.

Em um artigo do tipo relato de experiência (Mourão, 2015), é descrita a rotina de atendimento de saúde a mulheres privadas de liberdade em uma unidade em Teresina (PI), por uma equipe de acadêmicos de enfermagem no decorrer do estágio supervisionado, obrigatório na graduação. No mesmo, os autores narram como práticas: educação em saúde a fim de orientar as mulheres sobre a importância do exame clínico de mamas, do exame citopatológico, do uso de contraceptivos com ênfase na prevenção à infecções sexualmente transmissíveis (IST) e do uso de sulfato ferroso e ácido fólico pelas gestantes. Também foram relatadas ações de triagem para gestantes, realização de exames, práticas previamente abordadas

Em uma dissertação de mestrado, Lopes (2014) buscou analisar a experiência de profissionais de saúde que atuam em unidades prisionais em Cuiabá, no Mato Grosso. No decorrer do seu trabalho, ao falar sobre o cotidiano da equipe, a autora relata práticas em saúde prisional já citadas anteriormente: imunização; dispensação de medicamentos; atendimento médico; psicológico e odontológico. Além disso, destaca o encaminhamento para outras unidades de saúde, que é o deslocamento do paciente para outras unidades que tenham suporte técnico e/ou tecnológico para o atendimento de demandas de saúde não presentes na unidade onde foi realizado o primeiro atendimento, categorizado por mim como promoção da saúde, prevenção à agravos ou recuperação da saúde.

Considerando um recorte específico sobre ações de promoção à saúde, prevenção à agravos e recuperação à saúde, na bibliografia levantada evidencia-se que majoritariamente as

práticas são voltadas para prevenção à agravos, seguidas de práticas de recuperação da saúde, e um reduzido número de ações de promoção à saúde. Embora a mesma prática possa responder a mais de uma categoria analítica, no que concerne a saúde prisional, as mesmas quase sempre são acionadas enquanto práticas de prevenção. Todas as atividades descritas são desenvolvidas por profissionais que são membros de equipes de saúde prisional ou equipes profissionais que prestam serviços nas unidades. Também é mencionado na literatura revisada a execução de algumas práticas pelas próprias pessoas presas em atuação conjunta com essas equipes ou de forma autônoma em unidades onde não existe a presença de corpo de técnico de saúde.

Dentre as ações descritas na bibliografia pesquisada, destacam-se as que envolvem o uso de fármacos, em especial a prescrição de medicamentos (DINIZ, 2015; SANCHEZ, 2016; VALENÇA, 2016; VARELLA, 2017) assim como a dispensação do mesmo à população privada de liberdade (BRITO, 2017; LOPES, 2014; MALLART, 2019; SILVA, 2008; VARELLA, 2017).

Tabela 1 - Descrição das práticas de saúde prisional descritas na bibliografia levantada.

	Diniz, 2015	Sanchez, 2016	Valença, 2016	Varella, 2017	Watson, 2004	Silva, 2008	Dos Reis, 2014	Mallart, 2019	Marcis, 2008	Brito, 2017	Gabe, 2008	Mourão, 2015	Lopes, 2014
Acolhimento/Triagem	X			X						X			
Prescrição de medicamentos	X	X	X	X				X		X			
Pedido de exames (clínicos e radiológicos)	X	X	X	X									
Atendimentos de emergência	X			X						X			
Educação em saúde	X	X										X	
Pedido de mudança de ala	X												
Acolhimento pós notícias fúnebres	X												
Solicitação de visita domiciliar	X												
Solicitação de laqueadura	X												
Busca ativa		X											
Roda de conversa	X	X											
Controle de pressão arterial				X*						X			
Controle de glicemia				X*						X			
Aplicação de inalações (O2 e Broncodilatadores)				X*									
Telemedicina					X								
Dispensação de medicamentos				X*		X		X		X			X
Fumar							X*						
Administração de medicamentos								X				X	
Realização de exames (Físico / Psíquico / Sangue)								X		X	X	X	
Curativo									X				
Dar injeção									X				
Vacinação										X			X
Atendimento com Psicólogo										X			X
Atendimento com Dentista										X			X
Realização de teste rápido													
Atendimento médico				X									X
Encaminhamento para especialidades e/ou outras unidades de saúde													X

Legenda: As marcações que apresentam o sinal “*” referem-se às atividades realizadas pelas pessoas privadas de liberdade, segundo o artigo.

Fonte: A autora, 2021.

Esse caráter preventivo e curativo das ações de saúde dentro das prisões, com poucas atividades de promoção de saúde, aparenta normalizar o adoecimento dessas pessoas, o que justificaria o fato de que a maioria das práticas de saúde apenas são desenvolvidas posteriormente à instalação da patologia ou acometimento de saúde. Além disso, outra questão pertinente é que o caráter restritivo e punitivista das prisões dificulta a promoção em saúde, pois a mesma depende de conscientização dos indivíduos e da aplicação de alterações comportamentais e ambientais que são praticamente inviáveis de serem realizadas no espaço

prisional, que são espaços considerados insalubres e com poucas perspectivas e possibilidades (MINAYO, 2016).

Tabela 2 - Classificação das práticas de Saúde Prisional levantadas na bibliografia.

	Promoção a Saúde	Prevenção de Agravos	Recuperação
Acolhimento/Triagem	X	X	X
Prescrição de medicamentos			X
Pedido de exames (clínicos e radiológicos)		X	X
Atendimentos de emergência		X	
Educação em Saúde	X	X	X
Pedido de mudança de ala		X	
Acolhimento pós notícias fúnebres		X	X
Solicitação de visita domiciliar	X	X	
Solicitação de laqueadura		X	
Busca ativa	X	X	
Roda de conversa	X		
Controle de pressão arterial		X	X
Controle de glicemia		X	X
Aplicação de inalações (O2 e broncodilatadores)		X	X
Telemedicina	X	X	X
Dispensação de medicamentos		X	X
Tabagismo		X	
Administração de medicamentos		X	X
Realização de exames (físico e/ou psíquico)		X	
Fazer curativo		X	X
Dar injeção		X	X
Vacinação	X		
Atendimento com psicólogo	X	X	X
Atendimento com dentista	X	X	X
Realização de teste rápido		X	
Atendimento médico	X	X	X
Encaminhamento para especialidades ou outras unidades de saúde	X	X	X

Fonte: A autora, 2021.

Leite (2020) classifica essa gestão da vida de pessoas vulneráveis, dentre elas as pessoas privadas de liberdade, como biopolítica da precariedade, que viria a ampliar a vulnerabilidade e/ou expor à maior possibilidade de morte, seja “fazendo morrer” ou “deixando morrer” uma parcela da população considerada precárias e descartáveis, contando com pouca ou nenhuma atenção social e midiática, o que reforçaria o apontamento à sua normalização. O texto também evidencia que alguns segmentos, como crianças, por exemplo, quando são vítimas geram maior comoção porque são vistos com uma carga maior de humanização, acontecendo exatamente o oposto no caso de pessoas presas, que já carregam estigma por sua condição mesmo quando sem condenação ainda, como no caso dos presos provisórios, corroborando com o caráter necropolítico em seu potencial de matar sem subterfúgios (DO AMARAL; VARGAS, 2019).

1.5 Hibridismo punitivo

Como é sabido, a saúde é direito de todos e dever do Estado, onde a mesma deve ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). As pessoas encarceradas encontram-se privadas de liberdade, mas isso geralmente é interpretado como privação de outros direitos, inclusive à saúde levando a restrição das ações previstas. Os direitos dessas pessoas, apesar de estarem garantidos na legislação, tendem a se confundir com benefícios, o sistema como um todo trabalha na ideia do benefício aos internos do sistema prisional. Benefício seria algo transitório e agraciado de acordo com a concessão não obrigatória da burocracia institucional. O direito seria, portanto, ressignificado como uma benesse que se é dada ao interno e não como algo que já está garantido para o mesmo por força de lei.

É importante não perder de vista que a saúde no sistema prisional deve ser pensada observando um ponto de vista histórico. Foucault (2016) nos fala sobre o deslocamento das práticas punitivas, com a mudança dos mecanismos de disciplina e aplicação da lei, onde o castigo através da tortura pelo suplício do corpo foi substituído por outra forma que não se basearia mais no sofrimento físico, mas sim na lógica do controle através do encarceramento. No entanto, pondo em perspectiva a realidade brasileira, temos o que chamaria de hibridismo punitivo, que identificaria a como a saúde das pessoas presas é tratada frente à administração punitiva. Uma forma mesclada de punição que conta com tanto a restrição através do encarceramento, quanto com a tortura que pode ser realizada através da violência direta, da convivência em condições insalubres e a negligência com a vida, o “deixar morrer”, coisas essas que comprometem a saúde das pessoas presas gerando adoecimento e agravando outras potenciais condições de saúde já existentes. Mesmo que o autor aponte que os suplícios vividos pela população encarcerada hoje não podem ser entendidos enquanto os modelos de barbárie executados até meados do século XVIII, pois havia procedimentos específicos para a caracterização das punições supliciantes, não cabe essa divisão conceitual na perspectiva do dano à saúde porque com técnicas específicas ou não a produção de morte, sofrimento e deterioração da saúde continua em executada. Isso demonstra que a mudança apontada por Foucault, que traz uma visão europeia e estadunidense em sua obra, não abarca a realidade brasileira pelo fato de que no Brasil não se deu a completude da transição da tratativa de punição

apontada pelo autor em sua obra. Outro ponto de questionamento é no qual Foucault (1979b) também nos traz a reflexão de que o corpo docilizado é mais útil, pois dessa forma será possível subjugar-lo à performar sua funcionalidade social esperada, mas a partir do momento que a pessoa é reclusa e submetida a condições que potencialmente promovem o seu extermínio, ou comprometer gravemente sua condição de saúde a ponto de prejudicar ou impedir seu retorno à sociedade, deve-se questionar a pertinência dessa ideia onde a docilidade é buscada a fim de uma pretensa funcionalidade social adequada ao esperado. Soma-se a isso a crescente discurso político punitivista e revanchista que é pautado em ações cada vez mais repressivas que transformam a deterioração da saúde e morte das pessoas presas num desfecho positivo do ponto de vista moral.

Uma exemplificação de como a saúde e a tortura se relacionavam em um passado recente nas prisões (quicá se relacionam até os dias atuais), é a forma como a saúde era um meio de continuidade para um processo de tortura para fins de obtenção de “verdades” pelos presos. Em sessões de tortura que objetivavam confissões, médicos ou cirurgiões acompanhavam esses processos para prover as condições de manutenção da vida do investigado até que a informação intentada fosse confessada, garantindo a continuidade do processo de desumanização, tortura e extração de palavras dos presos (VARGAS, 2012).

O hibridismo punitivo repercute no acesso à e no acometimento da saúde, por dar origem a um dano à saúde multifacetado e complexo por ser oriundo de múltiplas formas de punição. O desenvolvimento de tais formas de punição, gera um imenso desafio para a saúde coletiva, mas alguns autores consideram que a problemática latente da saúde prisional representa

“Um campo aberto e amplo a ser explorado, (...) na qual a própria condição de confinamento dos detentos representa uma oportunidade singular para a implementação de programas terapêuticos.” (GÓIS et al., 2012)

No entanto, por mais que o encarceramento configure uma boa estratégia no que tange a viabilidade logística, o que pode parecer positivo do ponto de vista da gestão em organizar ações, a própria condição de reclusão representa um impedimento de promover adequadas condições de saúde às pessoas que lá se encontram, mesmo com as facilidades impostas a princípio. Logo, mesmo que programas terapêuticos sejam implementados, conforme proposto pelos autores, fica o questionamento de quais seriam suas reais eficácias nesse espaço, frente a um espaço que tem como característica fundante a desumanização de pessoas e a violação de direitos, inclusive o direito à saúde?

2. POLÍTICAS DE SAÚDE E JUSTIÇA

As políticas públicas são dispositivos governamentais, podendo ser de nível federal, estadual ou municipal, amparadas em leis que objetivam nortear a implementação das ações sociais a serem executados pelo Estado. Elas têm como finalidade assegurar direitos a diversos grupos sociais ou segmentos sociais, culturais, econômicos e étnicos, frente às situações que são socialmente problemáticas a fim de solucioná-las ou pelo menos controlá-las. É possível também que outras demandas que não tenham sido contempladas e convertidas em direitos não estejam previstos em lei, podendo a ser garantidos pelas políticas públicas dependendo de um conjunto de relações de força entre sociedade civil e Estado.

Apesar da execução e por vezes da própria execução estatal, as políticas, na maioria das vezes, não nascem do interesse do próprio Estado, mas sim das demandas apresentadas pela sociedade. As políticas são articuladas através de um jogo de forças onde são tensionados interesses de diferentes grupos econômicos, políticos e sociais para a elaboração e implementação de tais políticas, não sendo esses processos unânimes ou sem conflito de interesses. Existe um trabalho conjunto dos três poderes para o planejamento e implantação das políticas, ficando a cargo do poder legislativo ou executivo a proposta das políticas na maioria das vezes. Grosso modo, o legislativo cria a lei referente a política pública em questão, logo após o executivo se responsabiliza pelo planejamento e aplicação das medidas pautadas na legislação, e finalmente o judiciário confirma sua adequação no cumprimento do objetivo a qual se propõe e realiza o controle da lei criada.

É importante ressaltar que uma política pública pode ser uma política de Estado, que independe do governo vigente porque está amparada na Constituição Federal; ou uma política de governo, que pode depender da alternância de poder. O governo ao optar por certas ações políticas, deixa outras alternativas de lado (LERMEN, 2015), desprivilegiando certos grupos. Além disso, a criação, aprovação e execução de políticas públicas depende do contexto político atravessado pela federação, estado ou município.

A política pública de saúde no Brasil é o SUS, que teve suas ideias advindas da Reforma Sanitária Brasileira (PAIM, 2008), que consistia em ideias de mudanças para o setor saúde, com extensão para melhorias nas condições de vida para toda a população. O marco de discussões dessas reflexões e construção do que posteriormente viria a ser o SUS foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, sendo oficializada em 1988 na Constituição Federal, ancorada no Art. 196 da mesma (BRASIL, 1988).

Pondo em perspectiva o sistema prisional brasileiro, observa-se que ao longo do tempo houve um afastamento entre as políticas sociais e as políticas prisionais, passando o Estado a assumir uma postura de instaurar ações repressivas, não educativas e pouco integradoras no que tange ao cenário prisional (LERMEN et al, 2015). Em especial no momento histórico que vivemos, discursos que inflamam a sana punitiva e que fomentam o enxugamento do espaço para direitos das pessoas privadas de liberdade se multiplicam. Para compreender melhor onde se situam as práticas de cuidado desenvolvidas no sistema prisional de Rondônia pelos egressos desse sistema que também são associados da ACUDA, buscarei nesse capítulo contextualizar as políticas públicas que normatizam: (1) a assistência em saúde das pessoas privadas de liberdade; (2) as práticas integrativas e complementares, usadas de forma massiva por eles; (3) a atenção às pessoas egressas do sistema prisional, visando reintegração à sociedade de forma plena e adequada.

2.1 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional

Apesar de as pessoas privadas de liberdade viverem em condições insalubres e que geram agravos à saúde, existem garantias no plano jurídico que preveem o acesso à saúde nas unidades prisionais. Tais garantias se dão através de políticas de saúde. No que tange o sistema prisional tem três marcos fundamentais.

A LEP de 1984, foi a primeira normativa a garantir direitos à saúde nas unidades prisionais, antes do SUS, preconizando que "a assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico" (BRASIL, 1984).

Essa assistência devia ser prestada nas unidades prisionais, ou em outro local, quando a unidade não tiver condições de prestá-la, sendo destinada à todas as pessoas em condições em privação de liberdade, provisórias ou já condenadas. Por ser pioneira na salvaguarda de atenção à saúde, a mesma representou um avanço no campo das políticas sociais no sistema prisional (LERMEN et al, 2015)

O segundo marco das políticas sociais em saúde no sistema prisional foi o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), instituído pela Portaria Interministerial nº 1.777/2003. Ele passou a prever a garantia de acesso à saúde às pessoas privadas de liberdade

sob a lógica dos princípios e diretrizes do SUS, ampliando o escopo de ações previamente descritas na LEP para a assistência em saúde nas unidades prisionais. Além disso, a PNSSP promoveu uma alteração nos termos utilizados para se referir às pessoas que se encontram reclusas, como: a inclusão das expressões "pessoas privadas de liberdade" e "população confinada nas unidades prisionais", embora se tenha mantido o termo "preso", tendo sido excluída somente a designação "condenado" (LERMEN et al, 2015), ressaltando que não representa apenas uma alteração de terminologia, mas sim que

“a expressão ‘pessoas privadas de liberdade’ refere-se à compreensão de que as pessoas cumprindo pena no sistema penitenciário estão privadas apenas de sua liberdade, mas não dos direitos sociais inerentes à sua condição de sujeitos de direitos.” (LERMEN et al, 2015)

Outra mudança relevante na PNSSP é o desenvolvimento da responsabilização conjunta das políticas sociais de saúde e de segurança, tendo em vista que a atuação de uma atinge diretamente as ações da outra, positiva ou negativamente.

Finalmente, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional foi o terceiro marco das políticas sociais de saúde no âmbito prisional, implementada por meio da Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, em substituição ao PNSSP. A PNAISP tem como objetivo garantir o acesso integral da população privada de liberdade com idade superior a 18 anos e sob a custódia do Estado em caráter provisório ou sentenciadas às ações do SUS através das Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP), que atuam diretamente dentro da unidade na prestação de assistência primária, e o acesso à Rede de Atenção à Saúde (RAS) quando se faz necessário cuidados da atenção especializada. Isso se dá através de ações conjuntas nas áreas da saúde e da justiça, nas esferas federais, estaduais e municipais (BRASIL, 2014), promovendo a descentralização com a transferência da responsabilidade pela saúde das pessoas privadas de liberdade para os três entes, inclusive o município onde ficam localizadas as prisões, promovendo um trabalho de forma integrada, conforme preconiza o SUS.

O público-alvo da PNAISP é mais amplo do que na PNSSP, abrangendo todas as pessoas que se encontrem sob custódia do Estado (em regime fechado, semiaberto, aberto ou cumprindo medida de segurança na modalidade de tratamento ambulatorial), e também incluindo trabalhadores dos serviços prisionais e familiares de pessoas privadas de liberdade nas ações de promoção e prevenção de agravos, garantindo ações de saúde não apenas à população privada de liberdade, mas a todos aqueles que circulam nos espaços prisionais. As eAPPs devem estar vinculadas à uma unidade básica saúde, e a adesão de um município à

PNAISP depende previamente de uma adesão do estado, conforme será abordado a seguir. De forma similar ao PNSSP, na PNAISP existe um predomínio de terminologias que tendem à contestar estereótipos conferidos à população prisional, minimizados enquanto a necessidade da garantia dos direitos sociais é maximizada e efetivada (LERMEN et al, 2015). Também, como na política anterior, coloca-se em interação o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça, instituições que tendem a entrar em conflito, pois histórias e valores distintos promovem discursos e práticas diferentes também, que por sinal promovem facilidades e dificuldades de acesso à saúde das pessoas privadas de liberdade.

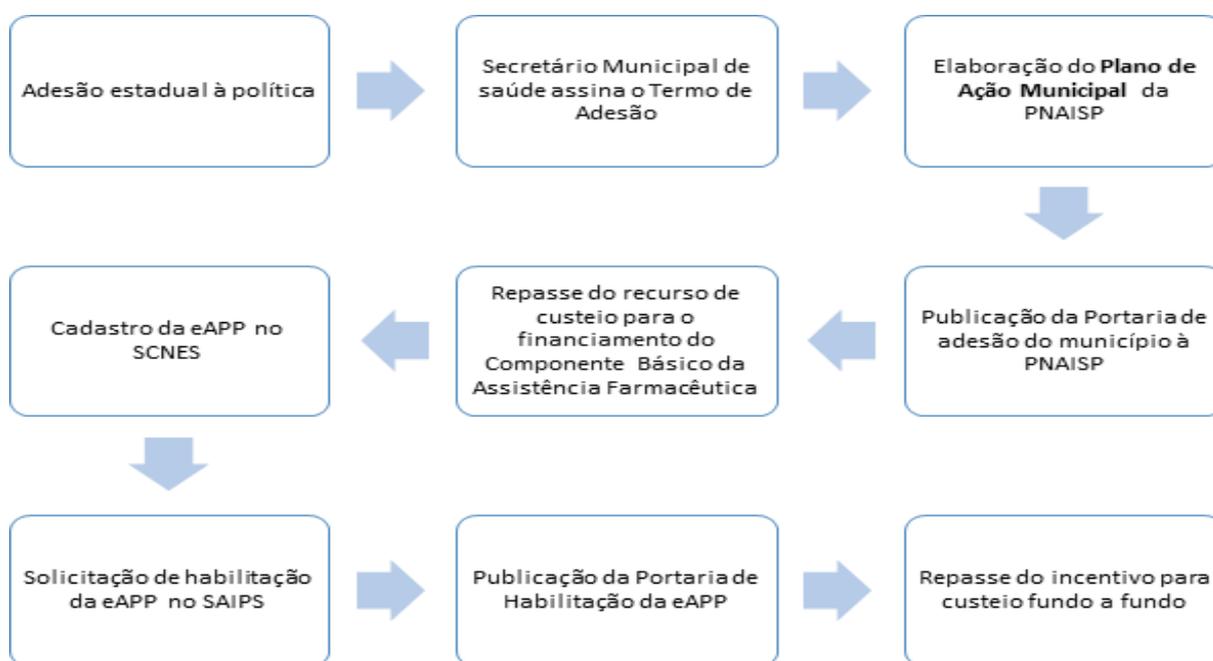
A Portaria nº 482, de 1º de abril de 2014 instituiu as normas para a operacionalização da PNAISP (BRASIL, 2014b), determinando que os serviços de saúde nas unidades prisionais devem estar integrados a uma Unidade Básica de Saúde fora das instituições. Os serviços de saúde devem ser prestados em três diferentes categorias definidas pelo número de pessoas na unidade e/ou complexo penitenciário: (1) até 100 pessoas, categorizando o Tipo 1 com atuação de 6 horas semanais; (2) de 101 a 500 pessoas, categorizando o Tipo 2 com atuação de 20 horas semanais; (3) de 501 a 1200 pessoas, categorizando o Tipo 3 com atuação de 30 horas semanais. A partir dessa divisão é determinada a composição da equipe que presta serviços nas unidades, tendo como equipe mínima obrigatória: 1 cirurgião-dentista, 1 enfermeiro, 1 médico, 1 técnico/auxiliar de enfermagem e 1 técnico/auxiliar de saúde bucal; podendo ser acrescida de: fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, farmacêutico, nutricionista e terapeuta ocupacional. No entanto, a não obrigatoriedade de inserção de uma equipe multidisciplinar ampla dentro do sistema prisional impossibilita a contemplação de outras perspectivas profissionais sobre o sistema prisional, comprometendo a integralidade na assistência nesses espaços.

A PNAISP prioriza ações de diagnóstico precoce de doenças, em especial as transmissíveis, além de ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos, utilizando protocolos clínicos e realizando coleta de exames laboratoriais e imunização. Também deve promover acesso às RAS, como: Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, e outras. Essas ações devem constar em prontuário de saúde pela equipe multiprofissional, onde pessoa deverá ter acesso ao seu prontuário sempre que desejar, principalmente em sua saída do sistema prisional, e em especial no caso de ser necessária a continuidade de tratamento de saúde, também deverá ser realizada a emissão do Cartão Nacional de Saúde (CNS) para o acesso integral aos serviços de saúde.

Conforme supramencionado, os municípios onde as unidades prisionais estão localizadas devem aderir à política após a adesão do estado de origem do mesmo. Cabe destacar que existe uma diferença entre a adesão e a efetiva implantação da equipe na unidade, que se

dá através do processo habilitação: no primeiro caso trata-se de um compromisso, estadual e municipal com a União com o propósito de implantar a Política em um território, a adesão sendo válida depois de publicação o Diário Oficial da União (DOU); no segundo é necessário iniciar o processo de habilitação das equipes que serão implementadas nas unidades. Depois da publicação da portaria de adesão, o município devera: (1) cadastrar a(s) eAPPs no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); (2) a gestão local deverá solicitar a habilitação da(s) eAPP(s) no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS), em conformidade com a(s) equipe(s) anteriormente cadastrada(s) no SCNES. Posteriormente, o Ministério da Saúde publicará portaria de habilitação da(s) eAPP, podendo as mesmas, a partir de então, atuarem dentro das unidades prisionais de seus respectivos municípios e, assim, passam a receber a verba referente à PNAISP.

Figura 1 - Fluxograma do processo de adesão e habilitação da PNAISP.



Fonte: <https://aps.saude.gov.br/ape/pnaisp/adesao>. Acessado em 09 nov. 2020

Atualmente todos os estados da federação já realizaram a adesão à PNAISP, contando com a adesão de 395 municípios e com 305 equipes habilitadas. O estado que apresenta a maior adesão dos municípios é Minas Gerais, com 86 municípios, enquanto o estado que apresenta o menor número de municípios que fizeram a adesão à PNAISP foi Alagoas, com 1 município. Em relação à habilitação de equipes, os estados com maior e menor número de equipes habilitadas são, respectivamente, Mato Grosso do Sul, com 39 equipes habilitadas, e Mato

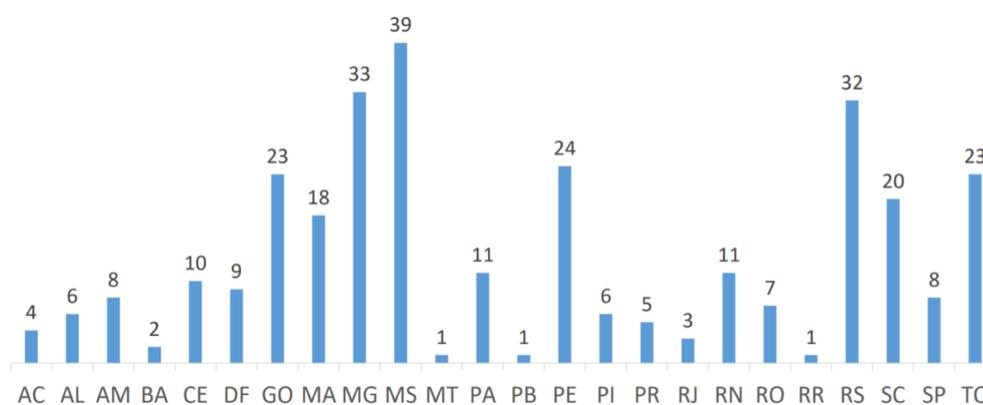
Grosso, Paraíba e Roraima, com 1 equipe habilitada em cada um. O estado de Rondônia, local de atuação da ACUDA, conta com 7 municípios que fizeram a adesão à PNAISP, com 7 equipes habilitadas.

Tabela 3 - Quantitativo de municípios que fizeram adesão à PNAISP por Estados da Federação.

UF	Nº Municípios	UF	Nº Municípios
AC	2	PB	3
AL	1	PE	24
AM	8	PI	7
BA	3	PR	8
CE	2	RJ	3
DF	1	RN	13
GO	46	RO	7
MA	29	RS	41
MG	86	SC	30
MS	38	SP	3
MT	4	TO	31
PA	5		

Fonte: https://www.cnmp.mp.br/portal/images/Comissoes/CSP/ENCONTROS_2019/APRESENTA%C3%87%C3%95ES_-_SISTEMA/Apresenta%C3%A7%C3%A3o_PNAISP_-_AGO_2019_CNMP.pdf. Acessado em 21 nov. 2020

Gráfico 1 - Quantitativo de equipes habilitadas nos municípios que fizeram adesão à PNAISP por Estados da Federação.



Fonte: https://www.cnmp.mp.br/portal/images/Comissoes/CSP/ENCONTROS_2019/APRESENTA%C3%87%C3%95ES_-_SISTEMA/Apresenta%C3%A7%C3%A3o_PNAISP_-_AGO_2019_CNMP.pdf. Acessado em 21 nov. 2020.

Política veio em substituição ao Plano, o atualizando, ampliando, e trazendo diferenças conceituais e práticas. Sendo a Política mais amplas, de caráter estratégico ou gerencial, enquanto o Plano é um conjunto de medidas, muitas vezes vinculadas a Políticas, podendo inclusive ser instrumento de uma delas (SILVA, 2015). A PNAISP é considerada um grande avanço nas políticas de atenção à saúde da população prisional, ampliando a assistência e a noção de garantia de direitos sociais para essa população, devendo ser observado a aplicabilidade prática das ações das políticas.

Por fim, o previsto na política que versa sobre saúde nas unidades prisionais é convergente com o encontrado enquanto práticas de saúde prisionais revisadas no levantamento bibliográfico, contando com um maior número de ações de prevenção a agravos e doenças do que promoção e recuperação da saúde.

2.2 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), implementada em 2014, mas tendo suas diretrizes redirecionadas no ano de 2014, estabelece critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade. Tal política foi instituída pela portaria ° 1.082, de 23 de maio de 2014 pelo Ministério da Saúde e visa garantir a atenção à saúde no SUS, no que diz respeito à promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, nas três esferas de gestão (BRASIL, 2014). É considerado adolescente em conflito com a lei aquele que: cometeu algum ato infracional e que cumpre medida socioeducativa em meio aberto ou fechado, em situação de privação de liberdade (BRASIL, 1990b). O Estatuto em seu Art. 112 estabelece que a partir do momento que é verificado o ato infracional, a autoridade competente poderá aplicar ao adolescente as seguintes medidas:

- I. advertência;
- II. obrigação de reparar o dano;
- III. prestação de serviços à comunidade;
- IV. liberdade assistida;

- V. inserção em regime de semi-liberdade;
- VI. internação em estabelecimento educacional;
- VII. qualquer uma das previstas no art. 101, I a VI.

Deve-se ressaltar que medida aplicada ao adolescente levará em conta a sua capacidade de cumpri-la, as circunstâncias e a gravidade da infração, e também que não é admitida a prestação de trabalho forçado sob hipótese alguma.

A adolescência compreende o período da vida que começa aos 10 anos e termina aos 19 anos completos. Para a OMS, a adolescência é dividida em três fases: Pré-adolescência – dos 10 aos 14 anos, Adolescência – dos 15 aos 19 anos completos, Juventude – dos 15 aos 24 anos (OMS, 2001). Nessa fase os adolescentes tornam-se vulneráveis pois, geralmente, apresenta-se uma necessidade de confrontar, experimentar, ou transgredir os limites, sendo essa uma forma de conquista de espaço e de afirmação (SILVA; DEUS, 2005). Promover saúde nesse grupo se torna complexo frente as vulnerabilidades vivenciadas antes e durante a institucionalização, e aumentada por uma rede de saúde frágil intra e extra muros. Mesmo que apresente avanços, a legislação ainda não se integra às práticas executadas nas unidades, configurando um abismo entre o ideal jurídico no que tange a garantir direitos e a realidade (CONSTANTINO, 2019).

A PNAISARI tem como base o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que expressa direitos da população infanto-juvenil brasileira, e é um marco na garantia de direitos de crianças e adolescentes, e reconhece os mesmos como sujeitos de direitos pois afirma o valor intrínseco da criança e do adolescente como ser humano, a necessidade de especial respeito à sua condição de pessoa em desenvolvimento, o valor prospectivo da infância e adolescência como portadoras de continuidade do seu povo e o reconhecimento da sua situação de vulnerabilidade, o que torna as crianças e adolescentes merecedores de proteção integral por parte da família, da sociedade e do Estado; devendo este atuar mediante políticas públicas e sociais na promoção e defesa de seus direitos (BRASIL, 1990). No entanto, mesmo após 31 anos, é necessário estar atento a proteção dessas pessoas, pois, ainda hoje, existem ameaças e retrocessos do que é garantido pela legislação brasileira.

A organização das ações da PNAISARI se dá segundo os seguintes princípios:

- I. respeito aos direitos humanos e à integridade física e mental dos adolescentes;
- II. enfrentamento ao estigma e preconceito;
- III. respeito à condição peculiar dos adolescentes como pessoas em desenvolvimento;

- IV. garantia do acesso universal e integralidade na Rede de Atenção à Saúde, observando-se o princípio da incompletude institucional;
- V. reafirmação da responsabilidade sanitária da gestão de saúde nos Municípios que possuem unidades socioeducativas em seu território;
- VI. atenção humanizada e de qualidade a esta população;
- VII. organização da atenção à saúde, com definição das ações e serviços de saúde a partir das necessidades da população adolescente em conflito com a lei; e
- VIII. permeabilidade das instituições socioeducativas à comunidade e ao controle social.

Assim como na PNAISP, a PNAISARI também conta com ações de promoção da saúde, prevenção à agravos e recuperação da saúde, dentre o previsto estão: distribuição de preservativos e outros métodos contraceptivos, consultas médicas, pré-natal, consulta odontológica, educação em saúde e outros na atenção primária e na atenção especializada em saúde. A política, também como na PNAISP, prevê a inserção de uma equipe de mínima de APS para que a unidade socioeducativa passe a ser um ponto de atenção da RAS, além disso é previsto a inserção de um profissional de saúde mental para cada 40 adolescentes, podendo tal profissional ser: médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro ou terapeuta ocupacional, no entanto é preciso que os últimos três citados tenham especialização em saúde mental.

2.3 Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

“É chegado o momento de lançarmos em cruza as sabedorias ancestrais que ao longo de séculos foram produzidas como descredibilidade, desvio e esquecimento. (...) Assim, me inspiro nas lições passadas por aqueles que foram aprisionados nas margens da história para aqui firmar como verso de encanto a defesa de que a condição do Ser é primordial à manifestação do Saber.” (RUFINO, 2019)

Práticas Integrativas e Complementares em Saúde são recursos terapêuticos baseados em conhecimentos tradicionais que têm uma visão abrangente do ser humano e dos processos da doença. Tais práticas são conhecidas na Organização Mundial da Saúde como Medicinas Tradicionais Complementares e Integrativas (MTCI) (WHO, 2002). A inserção das PICs na saúde pública é um processo que se iniciou na década de 1970, na Conferência que deu origem

à Declaração de Alma Ata (OMS, 1978), onde as chamadas medicinas tradicionais e práticas complementares receberam recomendações de difusão pelo mundo, e no Brasil esse processo se fortaleceu a partir da Oitava Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Atualmente, segundo a OMS, 30% dos países membros dispõe de políticas para a integração das PICs em seus sistemas de saúde e mais de 60% já formularam regulações para as PICs (FERREIRA; FLEISCHER, 2014)

Em 2003 o Ministério da Saúde instituiu um grupo de trabalho para a elaboração de uma política nacional que versasse sobre as terapias alternativas. Para o processo de elaboração da foi realizado um estudo de Diagnóstico Situacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, sendo que dentre as práticas promovidas à época destacava-se o Reiki e eram desenvolvidas principalmente na Atenção Primária e nas Unidades de Saúde da Família. O levantamento demonstrou que no estado de São Paulo há maior inserção de PICs no SUS, enquanto o estado de Rondônia, local de atuação da ACUDA, encontrava-se em 23ª posição entre os 27 estados da federação.

A consolidação da oferta das PICs nos serviços de saúde se deu através da Portaria GM/MS nº 971/2006, que instituiu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, propondo o cuidado integral, continuado e humanizado. A PNPIC deu prioridade à inserção das PICs na Atenção Primária em Saúde (APS), pois os profissionais atuantes na mesma são os seus maiores promotores no SUS, estando na APS aproximadamente 78% da oferta de PICs, em especial na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (TESSER, 2018). Atualmente estão disponíveis 29 práticas reconhecidas em território nacional, sendo elas: apiterapia, aromaterapia, arteterapia, ayurveda, biodança, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, dança circular, geoterapia, hipnoterapia, homeopatia, imposição de mãos, medicina antroposófica, MTC/acupuntura, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, ozonioterapia, plantas medicinais/fitoterapia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, terapia de florais, termalismo/crenoterapia e yoga⁷. Apesar da maior inserção na APS, as PICs também são usadas em outros espaços de promoção de saúde, como nos espaços ambulatorial, hospitalar e nos tratamentos paliativos.

As PICs estão voltadas à promoção holística e integral do cuidado, com enfoque principal no autocuidado, operando através de uma visão ampliada do processo saúde-doença. Elas dão visibilidade e incluem práticas de saúde com base em cuidados considerados

⁷ Para maiores detalhes, ver Apêndice I.

subalternos face a biomedicina e que por isso são desqualificados ou mesmo eliminados, frente ao discurso e ação dominadora da racionalidade hegemônica, demandando uma descolonização dos saberes ao romper com essa racionalidade (GUIMARÃES, 2020). A PNIPIC inicialmente contemplava a prática de 5 PICs (a medicina tradicional chinesa/ acupuntura, a homeopatia, o uso de plantas medicinais e a fitoterapia, a medicina antroposófica e o termalismo social/crenoterapia) (BRASIL, 2006a), e nos anos de 2017 e 2018, a mesma foi ampliada para abarcar mais 24 PICs, formando um total de 29 terapias e práticas que são reconhecidas hoje. Elas são baseadas em conhecimentos tradicionais, algumas alicerçadas sobre as chamadas medicinas tradicionais orientais, em especial a chinesa. No entanto, mesmo que tenha sido um avanço no que diz respeito a concepção de saberes e conhecimentos no campo da saúde, tal ampliação não foi debatida com profissionais e pesquisadores da área, e não criou estratégias que visassem acolher as diversidades culturais do território brasileiro, desconsiderando a concepção de saúde de parte da população (GUIMARÃES et al, 2015), demonstrando uma negligência com a cultura de tradições locais e outras na construção e na ampliação da política e possivelmente não contemplando integralmente toda a população, como indígenas e comunidade negra. Cabe ressaltar que esses grupos, historicamente, já sofrem com o apagamento de suas culturas por um processo colonial, e não levar em conta essas outras cosmologias na construção e/ou ampliação de políticas públicas corrobora com o epistemicídio secular sistemático sofrido por essas pessoas não apenas no que tange à saúde.

A ciência com base no conhecimento ocidental é chamada de medicina científica moderna chamada, categorizada enquanto oficial e considerada manifestação do colonialismo nos saberes do domínio do corpo (GUIMARÃES, 2020), promovendo a exclusão e o silenciamento de tudo aquilo que não pode ser mensurado por meio de seus critérios (SANTOS, 2008). O colonialismo se edificou em detrimento daquilo que foi produzido como o seu outro, produzindo a descredibilidade de inúmeras formas de existência e de saberes, como também produz a morte, seja física, através do extermínio, ou simbólica, através do desvio existencial (SIMAS; RUFINO, 2018)

Esse saber hegemônico, colonial, é assentado na predominância desse saber específico que subordina os outros saberes à sua lógica de dominação e fazendo crer que existe uma neutralidade do saber, de forma que

“O saber da biomedicina, por ser o único conhecimento aceito pela comunidade científica da área da saúde, tornou-se o modelo e a “cartilha” a ser seguida, ou seja, o único saber capaz de resolver os problemas do processo saúde-doença e o único que tem a prerrogativa de definir o que é relevante no campo da saúde.” (GUIMARÃES, 2020)

Isso demanda um enorme esforço dos pesquisadores em comprovar cientificamente os conhecimentos trazidos pelas PICs, no sentido de legitimá-los no campo das especialidades médicas ocidentais (TELESI JÚNIOR, 2016), tentando convergir cosmologias conflitantes e realidades distintas na intenção de encaixarem no campo daquilo que é reconhecido enquanto verdadeiro. Além desses, existem outros desafios, como: a não instituição de financiamento que seja previsto pela PNPIC para a maior ampliação territorial da política e treinamento das equipes; a não existência de políticas municipais e estaduais, o que dificulta a inserção das PICs nas unidades; e a falta de estímulos por parte dos administrações públicas na capacitação dos profissionais dos serviços de saúde, visto que muitos dos locais onde existem PICS se dá porque já existiam pessoas habilitadas para tal, que foram deslocados de suas funções originais para atuação com as PICs. Portanto, mesmo que a PNPIC reconheça a necessidade de conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vinham sendo realizadas na rede pública de muitos estados e/ou municípios, é necessária a percepção de que existem muitos desafios e ausências a serem sanadas e que as mesmas também tendem a repercutir negativamente quando pensamos na concepção de saúde e na integralidade.

Algumas medidas são passíveis de serem tomadas para o a ampliação da PNPIC, não apenas no aspecto geográfico, mas no que tange o aspecto cultural também, além de seu fortalecimento na assistência, de forma a gerar diversidade e equidade de saberes com medidas que podem contribuir socialmente. Pode-se destacar:

1. Estímulo às ações de controle e participação social amplas e que contemplem os mais diversos grupos populacionais a fim de ampliar os espectros das práticas e incluir as especificidades das diferentes culturas e cosmovisões;
2. Articulação para o envolvimento de trabalhadores; usuários e gestores na implementação da política, reforçando sua importância e benefícios para a saúde.
3. Desenvolver o caráter multiprofissional das práticas, e promover abertura para todos os níveis de atenção;
4. Formular mecanismos de apoio financeiro e técnico ou financeiro para a qualificação de profissionais da assistência;
5. Elaboração de normas técnicas e operacionais para normatizar as ações e para servir de parâmetro para posterior controle das mesmas Estabelecimento e cumprimento de critérios de qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso;
6. Divulgação dos conhecimentos básicos e fortalecimento de estratégias da educação

popular em saúde, assim como a elaboração de materiais de divulgação, em diferentes linguagens e manifestações culturais

7. Incentivo à pesquisa no campo das PICs visando o aprimoramento da assistência, efetividade e segurança dos cuidados prestados.

No entanto devem ser observadas com atenção e combatidas as tentativas de desmonte da Política, como o desligamento dos responsáveis pela Coordenação Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (CNPICS) em fevereiro de 2021. Tal fato compromete o avanço das PICs, tendo em vista que a coordenação, desligada por motivação política, conquistou irrefutáveis evoluções no que tange as PICS nacional e internacionalmente.

2.4 Política de Atenção a Pessoas Egressas do Sistema Prisional

No Brasil, ao contrário de muitos países que vêm em curva decrescente de encarceramento, existe um aumento exponencial de pessoas em tal condição. Nos espaços de privação de liberdade as pessoas vivem em péssimas condições de permanência e sanitárias, onde suas vidas são fortemente marcadas pela experiência da prisionalização, gerando inúmeras repercussões sociais e de saúde sob um alto custo que visa uma perspectiva ressocializadora e de reforma moral da pessoa em cumprimento de pena, que após esse período supostamente estaria apto a agir de forma socialmente aceitável e sem transgredir as leis.

Mesmo diante do expressivo aumento desses números, e conseqüentemente o aumento progressivo do número de pessoas que posteriormente serão egressas, não existem dados oficiais a nível nacional sobre o quantitativo e perfil das pessoas egressas no Brasil. No entanto, é possível ter uma ideia dessas características através de dados publicados que traçam o perfil das pessoas que se encontram privadas de liberdade (INFOPEN, 2014; INFOPEN, 2015; INFOPEN, 2016; INFOPEN, 2017; INFOPEN, 2018; INFOPEN, 2019). Logo, como visto anteriormente, são pretas e pobres as pessoas que sofrerão com as repercussões negativas em todos os âmbitos pela passagem no sistema prisional.

Tendo em vista essas questões, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), em 17 de dezembro de 2019, instituiu a Política de Atenção a Pessoas Egressas do Sistema Prisional através da Resolução 307/2019 (CNJ, 2019). Tal política teve como parte do processo o aporte de referências bibliográficas e de estudos sobre práticas internacionais, e, principalmente, a investigação de iniciativas públicas e da sociedade civil que fazem atendimento a esse público

no Rio de Janeiro, São Paulo, Espírito Santo, Paraíba, Pernambuco, Minas Gerais e Rio Grande do Sul. Essa política está dividida em 5 partes que buscam tratar da complexidade das ações que propõe: (1) Aspectos empíricos e conceituais da Política Nacional; (2) Estruturas organizacional e institucional para implantação e execução da Política; (3) Metodologia dos serviços; (4) Subsídios para Elaboração de Estratégia de Comunicação e Avaliação da Política; (5) Planos Educacionais. A mesma tem por objetivo individualizar o atendimento, visando a garantia de direitos fundamentais e acompanhamento das pessoas egressas do sistema prisional para facilitar o acesso a serviços públicos de assistência, saúde, educação, renda, trabalho, habitação, lazer e cultura (CNJ, 2019). A política tem enquanto princípios: a singularização do atendimento; a coordenação compartilhada, entre os Poderes Judiciário e Executivo, incluindo as Secretarias Estaduais e Municipais; a adesão voluntária das pessoas egressas; a privacidade e o sigilo nos atendimentos; a promoção da igualdade racial e de gênero; e o acolhimento e acompanhamento das pessoas egressas por equipes multidisciplinares, responsáveis pela articulação das redes de políticas sociais, estando integrado a redes amplas de atendimento, assistência social e saúde.

Segundo a política, as pessoas egressas do sistema carcerário são aquelas que estão definitivamente liberadas, independentemente do tempo em que se encontre em liberdade; em cumprimento de pena em meio aberto; em livramento condicional ou aquelas que permaneceram presas cautelarmente ainda que absolvidas ou condenadas à pena não privativa de liberdade.

A atuação da política é centralizada nos Escritórios Sociais, que são equipamentos públicos de gestão compartilhada entre os Poderes Judiciário e Executivo, responsável por realizar acolhimento e encaminhamentos das pessoas egressas do sistema prisional e seus familiares para as políticas públicas existentes, articulando uma política intersetorial e interinstitucional de inclusão social. O Escritório Social deve ser implementado contando com a participação das Redes de Políticas Sociais: órgãos do Poder Judiciário, órgão gestor da Administração Penitenciária Estadual; Secretarias Estaduais ou Municipais responsáveis por políticas de Assistência Social, Saúde, Trabalho, Habitação, Educação, Cultura, Direitos Humanos, Igualdade Racial, Políticas para Mulheres; entidades públicas e privadas, inclusive Patronatos, Conselhos da Comunidade, Conselho Penitenciário, Federações Empresariais, Universidades e Instituições de Ensino Fundamental, Médio e Técnico-Profissionalizantes, bem como Organizações da Sociedade Civil.

Os mesmos destinam-se ao acolhimento e encaminhamento das pessoas egressas do sistema prisional e de seus familiares para participarem de políticas públicas existentes, com

destaque para: demandas emergenciais como saúde, alimentação, vestuário, acolhimento provisório ou transporte; atendimento e acompanhamento socioassistencial; habitação; trabalho, renda e qualificação profissional; assistência jurídica; orientações e encaminhamento para emissão de documentos; escolarização formal e não formal; inserção em Programas de Transferência de Renda; desenvolvimento, produção, formação e difusão cultural; e identificação, acolhimento e atendimento de demandas específicas em temáticas relacionadas às mulheres egressas, população LGBTQIA+, situações de discriminação racial, de gênero ou orientação sexual, estrangeiros, indígenas, pessoas com deficiências ou com transtornos mentais e pessoas que fazem uso abusivo de álcool ou outras substâncias psicoativas. Caberá também ao Escritório Social o cadastramento das pessoas egressas para oportunidades de trabalho e qualificação profissional, gestão do banco de currículos, sensibilização e comunicação com as empresas licitadas, encaminhamento para as vagas e acompanhamento da execução dos respectivos contratos.

Os responsáveis pelo fomento e apoio à sustentabilidade dos Escritórios Sociais são os Grupos de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário (GMF) dos Tribunais de Justiça, que garantirão, entre outros pontos, o primeiro atendimento à pessoa egressa no fórum e encaminhamento aos serviços.

A política elenca uma série de fatores enquanto dificultadores que são enfrentados pela população egressa do sistema prisional, tais como: dificuldade de locomoção, iniciado desde o instante que se dá a de saída dos presídios, pois muitas vezes estão cumprindo pena em cidades distantes de sua residência o que gera uma imensa dificuldade à essas pessoas; posse ou porte de documentação pessoal, já que a pessoa ao ser presa, quando tem tal documento, nem sempre tem o mesmo deslocado consigo nas transferências de local de cumprimento de pena ou é preservado; fragilidade dos vínculos familiares e comunitários, mesmo considerando as visitas de familiares e amigos, e em especial no que diz respeito a condição das mulheres frequentemente abandonadas com o fenômeno de sua prisão (LAGO, 2014); problemas de saúde, já que são muitos os acometimentos desenvolvidos e/ou agravados na saúde das pessoas durante seu período de encarceramento que dificultarão no momento em que saírem; questões relacionadas ao trabalho, pois o mesmo é um elemento de reconhecimento e identidade social, porque as possibilidades de trabalho já são reduzidas de forma geral, sendo muito mais para quem está saindo da prisão e que possui todas as marcas decorrentes desse fator; preconceito pelos antecedentes penais, que dificulta a reinserção social, principalmente no que diz respeito na questão de trabalho; defasagem informacional muito em conta da baixa escolaridade; acesso à justiça para encaminhamentos ou providências burocráticas e jurídicas que são necessárias à

continuidade e organização da vida em liberdade; vinculação e dependência ao ‘mundo do crime’ por diversos fatores como dívidas ou falta de acessibilidade ao trabalho (ou acesso a subempregos com baixa e insuficiente remuneração).

Por isso é preconizado que a assistência à pessoa egressa deva acontecer desde o momento em que a mesma é posta em liberdade, sendo considerados necessários no momento de soltura da pessoa privada de liberdade: documentação civil; vale-transporte ou equivalente, que garanta retorno ao local de sua residência anterior; vestuário que não exponha a condição de pessoa egressa; insumos emergenciais, como alimentação e água potável suficiente para o período de deslocamento); material informativo com orientações sobre serviços públicos disponíveis e a respeito do Escritório Social.

O primeiro Escritório Social foi inaugurado no Espírito Santo, e atualmente já existem 15 estados comprometidos com o lançamento do Escritório Social ou com os mesmos já em funcionamento: Acre, Alagoas, Amapá, Bahia, Mato Grosso, Paraíba, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Roraima, Sergipe, Tocantins, Espírito Santo, Paraná e Rondônia mais recentemente anunciado⁸. Estando também em curso tentativas de adesão dos seguintes estados: Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Maranhão, Ceará e Pernambuco⁹. No estado de Rondônia onde a ACUDA é responsável pelo gerenciamento do Patronato que funciona exercendo as ações previstas pelo Escritório Social de acolhimento e atendimento aos egressos, e tem previsão de expansão do serviço no local já existente e para outras cidades do estado.

No Rio de Janeiro, meu estado de moradia e atuação profissional, e terceiro estado do Brasil que mais encarcera pessoas, os municípios de Maricá e Niterói são os únicos que contam com unidades do Escritório Social. Sendo importante ressaltar que no estado do Rio de Janeiro, a população privada de liberdade encontra-se majoritariamente na capital, Rio de Janeiro, onde não foi encontrada nenhuma informação sobre a existência de uma unidade do Escritório Social.

⁸ Informação extraída do site: <http://www.rondonia.ro.gov.br/escritorio-social-para-prestar-assistencia-aos-egressos-deve-ser-implantado-ainda-este-ano-em-rondonia/>. Acesso em julho de 2020.

⁹ Informação extraída do site:

[https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/presscenter/articles/2020/escritorio-social--agora-em-14-estados--fortalece-politica-de-at.html#:~:text=Foi%20o%20caso%20de%20Acre,a%20instala%C3%A7%C3%A3o%20dos%20Escrit%C3%B3rios%20Sociais](https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/presscenter/articles/2020/escritorio-social--agora-em-14-estados--fortalece-politica-de-at.html#:~:text=Foi%20o%20caso%20de%20Acre,a%20instala%C3%A7%C3%A3o%20dos%20Escrit%C3%B3rios%20Sociais.). Acesso em julho de 2020.

3. PRÁTICAS DE SAÚDE DESENVOLVIDAS POR EGRESSOS DO SISTEMA PRISIONAL

No capítulo anterior realizei um breve levantamento das políticas públicas que normatizam as práticas previstas para a saúde prisional, a saúde no sistema socioeducativo, as PICs e a assistência de egressos do sistema prisional. Como mencionei na introdução, neste capítulo dissertarei a respeito das entrevistas realizadas com meus interlocutores e analisarei o conteúdo de tais entrevistas visando compreender como se desenvolve e os significados do atendimento em saúde no sistema prisional realizado por egressos.

O processo de realização das entrevistas se iniciou em um contato com o Sr. Luiz Marques, posterior a aprovação do projeto de qualificação no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP). Já ciente do processo e tendo autorizado a pesquisa, o diretor da ACUDA me encaminhou o Whatsapp dos egressos que outrora participaram dessa Associação como beneficiários e aprendizes das terapias, e hoje atuam como membros dela enquanto terapeutas. Inicialmente havia conversado com o Sr. Luiz acerca de um quantitativo de 10 pessoas a serem entrevistadas, no entanto com o fenômeno da pandemia de COVID-19 e os efeitos da mesma, só seria possível realizar a entrevista com 5 pessoas, mesmo que pela internet. Na mesma ocasião, Sr. Luiz me sugeriu que também fossem realizadas entrevistas com algumas pessoas que atuam na ACUDA desde o início e hoje compõe a diretoria da Associação. Concordei na realização dessas entrevistas por considerá-las pertinentes e importantes para conhecer o trabalho da ACUDA, com anuência do meu orientador, o que me deu um novo quantitativo de 8 pessoas a serem entrevistadas.

Assim, fiz o contato com meus interlocutores, de forma tranquila e amistosa, e agendei as entrevistas que foram realizadas todas no período de 15 dias. Nas entrevistas agradecia a disponibilidade da realização da mesma e reforçava aquilo presente no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que foi enviado a todos, e reiterava o pedido de gravação da entrevista, sinalizando quando a mesma se iniciaria. A forma utilizada por mim para a gravação das entrevistas foi através do notebook, onde apoiava o celular no mesmo e pelo gravador de áudio do notebook gravava a entrevista realizada por chamada de vídeo no Whatsapp. Posteriormente, ao ouvir os áudios das entrevistas, observei que talvez não tenha sido o melhor modo de realizar as gravações pois em algumas o áudio encontrava-se parcialmente inaudível, nada que invalidasse a coleta de dados, mas que gerou dificuldades no

momento da transcrição. Apenas uma entrevista precisou ser realizada novamente pois o gravador de áudio do notebook, apesar de iniciar a gravação, não captou o áudio da entrevista.

O Estado de Rondônia atualmente apresenta o número de mais de 13 mil pessoas privadas de liberdade e tem mais de 7 mil mandados de prisão em aberto, sendo o segundo estado da região norte do país com o maior número de pessoas presas, número superado apenas pelo estado do Pará¹⁰. Quanto a infraestrutura, o Estado tem 48 unidades prisionais, sendo 12 na capital, Porto Velho¹¹, sendo que em 3 dessas existe a atuação da ACUDA.

A ACUDA atua há quase 20 anos nas unidades prisionais e socioeducativas, promovendo ações que abarcam adolescentes do regime socioeducativo, adultos em cumprimento de pena privativa de liberdade nos regimes fechado e semiaberto, e egressos do sistema prisional, pois muitos, após o cumprimento de suas penas, retornam para atuar na Associação enquanto terapeutas. A Associação trabalha através do Método ACUDA, que promove o acesso à atividades laborativas, promoção de saúde e possibilidade de autoconhecimento a todos através das PICs.

A semente da ACUDA foi o Teatro Bizarros que funcionava na escola de uma das unidades prisionais de Rondônia com uma peça teatral que, conforme dito por um dos entrevistados:

Se apresentou em várias capitais do Brasil, São Paulo, Bahia, na Conferência Internacional da ONU, aqui na região Norte, no Acre, estado de Rondônia todo, a gente rodou muito, sabe? Depois de 10 anos do grupo de teatro que também os integrantes observaram que o grupo atendia poucas pessoas, nós éramos em torno de 20, no máximo. E se abrissemos a Associação nós teríamos a oportunidade de atender mais gente.

A metodologia ativa da associação está principalmente voltada ao uso de PICs, dando ênfase ao autoconhecimento, promoção da possibilidade de outras alternativas através do acesso à saúde e profissionalização das pessoas que passam pela associação. No entanto, é ressaltado que

No trabalho da ACUDA esse não é o carro chefe, não é o principal, isso é secundário. O principal é que você trabalhe a confiança, o amor, o afeto, o carinho, a aceitação, o respeito, o limite. Uma série de coisas que dentro da nossa cultura não permite o homem fazer. Dentro da nossa cultura, o homem não pode tocar o outro homem. Nem a mulher pode tocar outra mulher. E o homem só toca outra mulher se for pra sexo (...) E isso precisa ser trabalhado, isso foi ensinado dentro das nossas técnicas terapêuticas e principalmente na massoterapia. Porque é um trabalho que faz muito o contato físico, o respeito, a confiança e é fantástico o resultado.

¹⁰ Informação extraída do site: <https://portalbnmp.cnj.jus.br/#/estatisticas>

¹¹ Dados do SEJUS, extraídos do site <http://www.rondonia.ro.gov.br/sejus>

Concomitantemente a isso ocorre o trabalho voltado para saúde das pessoas privadas de liberdade, trabalho também quase todo centrado nas PICs, sejam essas práticas mentais ou corporais. Todo esse trabalho culmina em preparar as pessoas presas para a liberdade e o retorno à sociedade

Você fica ali muito tempo, 10, 8 anos... Quando você sai, você fica meio perdido, "Pra onde é que eu vou?". E a Acuda oferece isso aí, essas ferramentas de terapia, mostrando pra quando nós voltarmos pra sociedade, estar preparado pra dificuldade, que vai ter. Eu sei que vai ter, mas aí já vamos preparados, já vamos orientados no sentido de lá eu vou chegar, eu vou ouvir lá. Mas você vai ouvir de uma forma diferente, realmente.

Dessa forma, a associação entende *que nós somos passivos sim, passivos de erros e de correção também*, e lança mão de um leque de alternativas que levam as pessoas a refletirem sobre suas trajetórias de vida como um todo, desde a infância.

No início das atividades da associação, houve um preconceito muito grande em relação ao uso de PICs, *a ACUDA era vista muito como uma instituição que fazia bruxaria, macumba*. Tal preconceito se dava pela associação das práticas realizadas pela ACUDA com cultos de religiões de matriz africana, já comumente marginalizadas e estigmatizadas

Não são técnicas novas, por exemplo a massoterapia tem mais de 5 mil anos, a cromoterapia, o reiki... São técnicas milenares, técnicas muito antigas que na maioria das vezes são desconhecidas. E aí, por ser um estado, em sua grande maioria evangélico, as pessoas veem isso como bruxaria, macumba, feitiçaria.

Mesmo que com o passar dos anos e a maior disseminação de informações sobre os benefícios das PICs, ainda acontecem casos de preconceito com algumas práticas, onde *a mais discriminada, eu vou falar assim, é a geoterapia*, que é uma técnica terapêutica que utiliza argila, barro, lamas medicinais, pedras e cristais para promover o bem-estar e o equilíbrio.

Porque na cabeça deles era um despacho mesmo, porque a gente usa tambor, vai resgatar as nossas origens indígenas, de escravos, vai enveredar por essas áreas.

A questão da estigmatização também não se dá apenas pelas práticas alternativas não compreendidas, mas também pelo público atendido pela ACUDA, a população privada de liberdade que sofre com um forte processo de estigmatização

As pessoas tem não só preconceito, mas o conceito de que aquilo... até porque a quem nós estamos levando? Ladrão, traficante, homicida... É, são pessoas que são consideradas a escória da nossa sociedade. Não vou nem dizer que é a nossa maior dificuldade, mas isso gera um estigma.

Logo vê-se que a ACUDA precisou e precisa até hoje desconstruir ideias pré-concebidas de dois campos fortemente estigmatizados: as PICs e o cuidado com as pessoas privadas de liberdade.

Os presos que participam das atividades da associação apresentam interesse de forma voluntária, nunca é requerido a *eles saírem do crime* “*Ah pra ficar aqui tem que sair do crime*”. *Não tem que respeitar o trabalho e o respeito a aqueles que querem*. A partir daí é firmado um compromisso da pessoa que se voluntaria a participar das atividades para com a Associação, já que

Quando você entra você faz um contrato com eles, e nesse contrato diz que a sua participação é obrigatória, a participar de todas as terapias que são feitas, né. E aí tem uma sanção disciplinar se você não participar, isso serve como disciplina.

As pessoas passam, a partir de então, a cumprir uma rotina de atividades que se estende desde o período da manhã, quando saem da unidade, até o final da tarde quando retornam para a mesma, de segunda a sexta.

Todos os dias começa o trabalho com meditação, 15 minutos. É um tempo muito curto pra uma meditação, no mínimo, pra uma meditação boa, são 45 minutos, mas 15 min pra eles é uma eternidade. Aí cada qual vai pras suas oficinas, depois a metade vai pras terapias. Na parte da manhã tem terapia e tem trabalho, né? Todos os dias, e todos os dias é uma terapia diferente.

Segunda-feira massoterapia, terça-feira reiki, quarta-feira biodança, então cada dia tem uma atividade. Nas quatro sextas feiras do mês... na primeira sexta feira nós temos uma palestra espírita, na segunda sexta feira temos uma missa católica, na terceira sexta feira do mês nós temos um culto evangélico, e na última sexta feira do mês as famílias vão visitar eles nesse espaço.

As atividades da Associação envolvem uma multiplicidade de PICs que são desenvolvidas e ensinadas às pessoas que se encontram em privação de liberdade, por egressos do sistema prisional que outrora participaram das atividades enquanto ainda estavam presos.

Tal como observado e citado por Toniol (FERREIRA; FLEISHER, 2014), mesmo diante da diversidade de abordagens das PICs, na ACUDA também o importante não é “o que está sendo tratado”, mas o lugar atribuído aos sujeitos nos seus processos de cura e adoecimento, como exemplificado por um dos entrevistados:

Chega o paciente e ele está com bico de papagaio, né? É um negócio mais sem cura, ou então vai pra cirurgia, né? Então eu não vou direto no bico de papagaio, eu vou no que levou esse cara a ter bico de papagaio. Porque se eu conserto o bico de papagaio ele vai continuar tendo de novo o bico de papagaio.

Na grande maioria dos adoecimentos tratados através da perspectiva biomédica, existe uma utilização massiva de medicamentos alopáticos, o que não ocorre no contexto das PICs. As terapias alternativas/complementares privilegiam a prática de técnicas mentais e corporais para a conscientização das pessoas acerca das causas individuais do surgimento de cada doença, e, quando necessário, fazem uso de florais e fitoterapia. No contexto das PICs o adoecimento é sobretudo a manifestação somática da forma de viver e se relacionar, tendo solução com a mudança de tal comportamento, e, conseqüentemente, a recuperação ou manutenção do estado de hígidez, contribuições não trazidas através do uso de medicamentos, conforme trazidopor um de meus interlocutores:

A pessoa tem prisão de ventre, o que as pessoas gostam de dar: remédio. E quando você não fala, você não se abre com o seu próximo, você se fecha, fecha aqui e fecha aqui [apontando para a região abdominal e pescoço, respectivamente]. O seu corpo se fecha, aí dá câncer, tudo que não presta, entendeu? Quando você não fala, dá câncer de tireoide, você não fala, e dá tudo. Por quê? Era ruim... Não liberava perdão... E as pessoas não querem mudar isso, querem o que? Entubar com remédio. Com remédio de enjoo, de dor de cabeça, de pressão, vai se entupir de remédio, entendeu?

Essa perspectiva é possível quando não enxergamos o corpo apenas a partir do seu aspecto biológico, onde as causas dos acometimentos de saúde e os tratamentos para os mesmos serão iguais em todas as pessoas, pois cada um tem uma forma de viver e enxergar o mundo, determinando o impacto no corpo físico. Dessa forma, na ACUDA *não há prescrições de medicamentos, remédio, essas coisas, todo o trabalho é com os florais, produtos naturais, quenão venha a estragar o corpo*. Pois o medicamento alopático tem como objetivo alcançar o mesmo efeito em todas as pessoas que for administrado, mas na lógica das terapias alternativas/complementares não seria eficaz em resolver a causa do problema, o que resultariaem um novo processo de adoecimento, além dos efeitos colaterais do medicamento, como pontuado por um dos entrevistados

Nós trabalha com pessoas, com pessoas, não doenças, entendeu? Sempre procurandofogo do início, da raiz dos problemas, pois muitas pessoas usam tóxicos, remédios, drogas para, é... constatar e mudar a doença, porém não tratar.

Nesse entendimento, as doenças são caminhos para entender quais aspectos da vida devem ser mudados, quais sentimentos devem ser trabalhados ou quais atitudes precisam ser revistas paraque seja encontrada a cura através do reequilíbrio do organismo, sem uma recidiva do processode adoecimento.

Também existe o trabalho na Associação que é voltado para os adolescentes do sistema socioeducativo, a princípio o trabalho é igual ao realizado com os adultos, no entanto segundo os membros da Associação

a socioeducação é um pouco mais complicada. Você tem que ter outro linguajar, outra forma de trabalhar, mas é muito mais prazeroso, porque uma vez que eles aprendem aquilo já fica fixo. Os adultos não, porque na ACUDA eles estão presos, na socioeducação também, mas é mais complicado porque o adulto já tem uma opinião formada, o adolescente não, sabe?

As atividades desenvolvidas pela ACUDA são bem recebidas e tem boa adesão pelos adolescentes, além de serem reconhecidas e bem vistas pela Fundação Estadual do Atendimento Socioeducativo (FEASE), responsável pela atenção aos adolescentes em conflito com a lei no Estado¹².

Essa atuação posterior é realizada também com os adultos, e o Patronato é o local onde o acolhimento e a assistência às pessoas que já saíram das unidades prisionais ou socioeducativas com o fim de suas penas ou período de internação, respectivamente. O patronato, inaugurado em dezembro de 2018 e localizado na cidade de Porto Velho, é uma unidade de Escritório Social, previsto na Política de Atenção a Pessoas Egressas do Sistema Prisional, e gerenciado pela ACUDA em parceria do com a Prefeitura de Porto Velho, o Tribunal de Justiça e a SEJUS. No Patronato a ACUDA é oferecido acesso à assistência médica, acolhimento pelo serviço social, possibilidade de retirada de documentos, oportunidade de profissionalização, ações também viabilizadas pela ACUDA enquanto gerenciadora do Patronato. Os profissionais atuantes no Escritório Social não são membros da Associação, mas sim contratados pela mesma, enquanto gerenciadora, para prestar serviços no local com o atendimento da população.

Além disso, lá também é disponibilizado atendimento psicológico e médico aos assistidos, serviços esses também realizadas por profissionais que não os próprios egressos. Tais atendimentos de saúde estão em conformidade com o previsto pela PNAISP. O Estado de Rondônia aderiu à PNAISP em 2014, e no projeto base para a implementação da política estava previsto a inserção de profissionais em 31 unidades prisionais, cujas ações, em síntese são: Controle da Tuberculose, Controle da Hipertensão e da Diabetes, Dermatologia Sanitária, DST/HIV AIDS, Imunização, Saúde Bucal, Saúde da Mulher, Saúde Mental. Nesse documento, a ACUDA consta enquanto espaço de laboração das pessoas em privação de liberdade.

Existe uma projeção para: ampliação do serviço ofertado, aumento na equipe assistencial, auxílio de custo de até dois meses no valor de R\$ 600 para egressos em situação de vulnerabilidade, cesta básica, entre outros. Tais serviços poderão ser acessadas de forma voluntária com a verba oriunda do convenio assinado em dezembro de 2020 entre a SEJUS e o

¹² Extraído do site <http://www.rondonia.ro.gov.br/pratica-de-yoga-em-centro-socioeducativo-de-ji-parana-e-bem-recebida-pelos-adolescentes/>.

DEPEN para viabilizar a operacionalidade da política de atenção aos egressos no Estado, com a previsão de funcionamento é a partir do segundo semestre de 2021¹³.

Logo a ACUDA atua nos regimes: fechado e semiaberto, nos casos dos adultos; no socioeducativo, no caso dos adolescentes; e com os egressos de ambos os casos. O único regime onde a Associação ainda não atua é no que se refere às pessoas em privação de liberdade que estão em condicional, no entanto é um trabalho que está nos planos da ACUDA

nós não agimos, mas vamos agir ainda, que é quando ele está de condicional, que ele já está quase livre, essa parte a gente não atua, mas as partes mais críticas são o fechado e o semiaberto e a gente tá atuando. E no mesmo jeito no menor, lá na socioeducação. Quando está lá preso e quando ele sai. Quando ele sai nós vamos na casa dele, se tá estudando, se tá trabalhando, se não está a gente pega ele, se não fez alistamento leva pra fazer alistamento.

Outro grupo que não faz parte do escopo de atenção da ACUDA são as mulheres, tanto as adultas quanto das adolescentes do socioeducativo. Já existiu na Associação um trabalho feito com as mulheres em privação de liberdade, mas foi interrompido depois de um tempo.

Elas vinham pra dentro da unidade masculina. Torno de 50 mulheres que a gente trazia pra dentro junto com os homens, nós tivemos muita dor de cabeça. Acho que se a gente tivesse atuado separado teria dado mais resultado. Mas a gente trabalhou junto, foi muito difícil esse ano.

Segundo as entrevistas, *a mulher no mundo do crime ela é um diabo empacotado*, mas ao participar das atividades da Associação *são extremamente dóceis, extremamente carinhosas, atenciosas, são bastante envolvidas no trabalho*. Foi pontuado que no Estado existem trabalhos voltados para as adolescentes do socioeducativo, mas desconhecem a realização de trabalhos para as mulheres privadas de liberdade.

3.1 Minhas experiências com PICs

Meus conhecimentos a respeito das PICs vêm anterior a presente pesquisa, pois sou usuária de algumas práticas complementares desde criança pois minha mãe é reikiana. Posteriormente, já na adolescência, tive acesso a outras técnicas como: cromoterapia, cristalterapia, aromaterapia e meditação enquanto frequentadora de um espaço holístico que, apesar das práticas não terem relação religiosa, me foi apresentado por pessoas da minha casa religiosa que eram frequentadoras e ministravam cursos no mesmo.

¹³ Informação extraída do site: <http://www.rondonia.ro.gov.br/escritorio-social-para-prestar-assistencia-aos-egressos-deve-ser-implantado-ainda-este-ano-em-rondonia/>.

Depois disso ampliei meu contato com as PICs na graduação, quando ingressei enquanto membra no Laboratório de Reabilitação Pulmonar da UERJ, localizado inicialmente no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), e posteriormente transferido para a Policlínica Piquet Carneiro (PPC). A coordenadora do Laboratório, Prof^a Dr^a Kenia Maynard, foi uma profunda conhecedora e entusiasta das terapias alternativas e complementares, e implementou o uso de mindfulness¹⁴ para os pacientes assistidos pela Pneumologia/UERJ que apresentam necessidade de realizar o Teste de Caminhada de 6 Minutos (TC6M)¹⁵ para confirmação diagnóstica ou acompanhamento tratamento de doenças pulmonares crônicas. O teste é realizado em um corredor de 30 metros de comprimento, onde muitas pessoas tendem a ficar agitadas e ansiosas, e não se concentram nas orientações acerca da realização do teste frente ao enorme corredor e a tensão a respeito de sua condição de saúde. Além do que a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e a Fibrose Pulmonar Idiopática (FPI), duas patologias mais presentes nos pacientes atendidos pela Reabilitação Pulmonar na PPC/UERJ, tem a ansiedade e a depressão enquanto comorbidade (PANAGIOTI *et al.*, 2014; ATKINS, 2016) Tal conjuntura leva muitas vezes à elevação da pressão arterial dos pacientes e impedindo a realização do exame, haja visto que o não controle da pressão arterial é um fator que contraindica a realização do teste. A realização do minfulness nos pacientes que apresentavam alteração de pressão ou estado emocional alterado pela ansiedade, levava a uma imediata redução da pressão arterial e retorno à calma, viabilizando a realização do teste. Inclusive, o uso regular das técnicas de mindfulness têm sido utilizadas para reduzir os níveis de ansiedade, estresse e temor pelas crises em pacientes pneumopatas crônicos, abrandando inclusive a dispneia que costuma ser o principal e mais incômodo dos sintomas de pacientes com pneumopatia crônica, tendo estudos que demonstram evidências favoráveis a isso (HYLAND *et al.*, 2016; MONTEIRO, 2017).

Mais recentemente, ainda antes de conhecer a ACUDA, tive uma breve experiência com as PICs na unidade prisional que atuo enquanto Fisioterapeuta, quando houve a determinação de parada na dispensação de Diazepam¹⁶ para as pessoas que faziam uso do mesmo para dormir, sem nenhuma outra condição associada. Organizei e desenvolvi uma atividade coletiva que

¹⁴ Prática de meditação que trabalha o foco mental em objetos, sensações físicas, emoções e pensamentos, sendo utilizada para treinar nossa atenção e desenvolver o estado de atenção plena.

¹⁵ Avaliação que tem como objetivo verificar a capacidade aeróbica, o estado funcional do sistema cardiovascular e/ou respiratório na saúde e na doença dos indivíduos, avaliando de forma global o funcionamento integrado dos sistemas cardiovascular, pulmonar, vascular periférico e locomotor, apesar de não oferecer dados específicos de cada sistema. As principais vantagens são: ser de baixo custo, alta reprodutibilidade e fácil aplicabilidade em relação à forma de execução (ANJOS, 2017).

¹⁶ Fármaco do grupo dos benzodiazepínicos (BZD), cuja função é de depressor do sistema nervoso central (SNC), utilizados como hipnóticos, ansiolíticos, anticonvulsivantes e miorelaxantes (SWEETMAN, 2005).

oportunizava a possibilidade da redução do uso de Diazepam para fins de insônia nos internos da unidade, assim como evitar o uso àqueles que referiam dificuldade de dormir e abrir a porta para um debate acerca do uso racional de medicamentos. Consistia numa atividade com um grupo de 8 pessoas que era realizado duas vezes por semana, com duração de 40 a 60 minutos cada uma, onde eram realizadas práticas de meditação e aromaterapia. Após aproximadamente 1 mês, atividade teve sua continuidade impossibilitada por ordem da direção da unidade sob justificativa de segurança, mesmo que nunca tenha tido nenhum problema desse cunho, nem que se tenha cogitado alguma solução alternativa que não fosse o cancelamento da mesma. No entanto, mesmo que breve, a atividade logrou êxitos, em especial: (1) o relato unânime de melhora na regularidade e qualidade do sono sem o Diazepam; (2) o controle da pressão arterial em pessoas hipertensas crônicas de difícil manejo mesmo com o uso de remédio (constatação possível, mesmo que de forma empírica, devido a realização da aferição da pressão arterial no início e ao término da atividade.)

No entanto optei por não mencionar sobre o fato de ser profissional de uma equipe de saúde de atenção primária prisional, nem tão pouco sobre meus conhecimentos acerca das PICs, me colocando em uma posição que Simas e Rufino (2018) denominam de pesquisador cambono. Na umbanda, considerada a mais genuína religião brasileira de origem africana (PRANDI, 1990), o cambono é o médium que não entra em transe mediúnico, dessa forma: ajuda a mãe ou pai de santo; é assistente dos médiuns incorporados; interpreta as mensagens e cuida dos objetos das entidades; auxilia a realização da ritualística no terreiro, sendo fundamental para a sustentação vibracional da casa. É consensual o entendimento que o cambono é um dos médiuns que acumula maior conhecimento, justamente por observar atentamente e aprender com todos os acontecimentos que se dão durante a ritualística. Nessa lógica é prudente que se recuse a qualquer condição de conhecimento prévio que interfira na mobilidade da dinâmica do saber, não se tratando de pôr em descrédito as trajetórias e vivências anteriores, mas sim assumir uma condição tática de ignorância a fim de se manter na condição de constante aprendiz.

3.2 O caráter religioso

O caráter religioso também é um fator muito importante na prática da Associação, assim como visto na fala de um dos entrevistados as sextas feiras são dedicadas aos cultos religiosos, cada semana sendo contempladas as práticas de uma religião diferente, se revezando entre evangélicos, católicos e espíritas kardecistas. Independentemente da religião seguida pela pessoa, *lá as pessoas participam de culto evangélico, participam de missa, participam de palestra espírita*, sendo consideradas enquanto práticas da Associação. Além das já citadas religiões, as pessoas que participam da ACUDA tem contato com outras religiões através do uso de práticas tradicionalmente adotadas pelas mesmas de forma mais esporádica.

Liga muito à religião, ao espiritismo, porque a ACUDA trabalha atendendo ao públicoreligioso tanto católico, como espírita, como daimista, como budista, todas as religiões que você imaginar a ACUDA aceita e apresenta para que você possa encontrar alguma religião pra você e eu acho que isso também é o essencial ali naquele momento que a pessoa tá passando pra achar um apoio espiritual.

As atividades religiosas são praticadas por todos, com a premissa de respeito a todas as religiões mesmo que não comungue de suas práticas, o que por vezes gera questionamentos

Tem gente que já chegou assim "Ah, você não acha que vai confundir o cara ele participar de palestra espírita, culto evangélico e missa católica?". Eu as vezes até sou duro dependendo da pessoa que me faz a pergunta, respondo: sabe o que vai confundir essa pessoa? Cachimbo de crack. Se você não acredita nisso aqui que o padre faz, não tem problema nenhum. Seu único problema é se você não respeita.

No entanto, mesmo diante disso nas entrevistas aparecem com frequência a referência a “macumba”, termo constantemente usado para se referir às religiões de matriz africana e afro-brasileiras, de forma pejorativa, além de não ter sido referenciada a experiência com tais religiões no contexto da participação na Associação por nenhum dos entrevistados.

A macumba, segundo Simas e Rufino (2018), seria aquilo que apresenta as marcas da diversidade de expressões subalternas codificadas no mundo colonial, investidas de tentativa de controle. A repulsa ou demonização das práticas religiosas e dos fundamentos das religiões de matriz africana e afro-brasileiras configura em uma expressão do colonialismo que invalida ou aniquila produção de conhecimentos e saberes que não fazem parte de seu escopo. É importante pontuar, inclusive, a existência do que é denominado epistemologia das macumbas (SIMAS; RUFINO, 2018), que intenta transgredir com as estruturas coloniais do saber, credibilizando a existência e as práticas de conhecimento de outro historicamente

subalternizado, processo perfeitamente equiparável ao das PICs que também passam por descredibilização e aniquilação através do mesmo processo de colonização sofrida pelas macumbas.

3.3 PICs e colonialismo

“Desde 1500 tem mais invasão do que descobrimento, tem sangue retinto pisado atrás do herói emoldurado. Mulheres, tamoios, mulatos, eu quero um país que não tá no retrato.”
Estação Primeira de Mangueira, em *História Para Ninar Gente Grande*¹⁷

A monocultura do saber científico colonial invisibiliza e subordina outras formas de produção de conhecimento, tal como as outras faces que caracterizam o colonialismo, consequentemente elimina ou desqualifica outras formas de produção de saberes que não podese mensurado por seus métodos e critérios, reproduzindo o colonialismo que submeteu as pessoas ao dismantelo cognitivo, desordem de memórias, à quebra de pertencimento e ao trauma (RUFINO; SIMAS, 208) através de suas práticas. Cabendo reflexões outras que critiquem e viabilizem outras saídas à perspectiva colonial, possibilitando outras compreensões de corpo, saúde e doença.

Buscando contrapor essa tendência, e procurando enxergar outras epistemologias com base nos conhecimentos e experiências do Sul Global, ainda que essa categorização seja alvo de críticas (ADAMS; BEHAGUE; CADUFF; ORTEGA, 2019), as Epistemologias do Sul procuram explorar o relacionamento da ciência com outras formas de saberes e experiências, tendo como ponto de análise o processo de exclusão e silenciamento de outros povos e culturas que ao longo da história foram dominados pelo colonialismo (SANTOS, 2010). Importante destacar que uma de suas principais inspirações é a pedagogia de Paulo Freire (FREIRE, 1997), referência na desconstrução do olhar colonial, prezando o respeito por todos os saberes, onde

“a construção do conhecimento não se faz somente com ciência e técnica, mas com diálogo e amorosidade, sendo um processo contínuo que ocorre de forma compartilhada. As práticas educativas em saúde, baseadas em Freire, buscam uma abordagem dialógica e emancipatória, com vistas à promoção da autonomia dos sujeitos, valorizando o saber do outro, a partir da compreensão de que o conhecimento é um processo de construção coletiva (...). No pensamento *freireano*, a autonomia e o respeito pelas diferentes culturas e tradições são necessários aos processos de emancipação, como é postulado também nas Epistemologias do Sul.” (GUIMARÃES, 2020)

¹⁷ Samba enredo da escola de samba Estação Primeira de Mangueira em 2019. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=JMSBisBYhOE>

Nesta é importante considerar como os saberes se constroem e se mobilizam a partir da luta dos oprimidos e como esses saberes constituídos afetam os mesmos.

Frente a isso os integrantes da Associação se veem levados à busca por saber acadêmico na tentativa de validar os saberes já dominado, mas ainda não reconhecidos pelo saber científico

Eu tô começando um curso de Fisioterapia agora. Porque eu fiz tudo ao contrário, primeiro eu fui estudar a as terapias, mas isso não dá canudo, não dá status. Terapia ainda é no Brasil uma classe de profissionais que não é valorizada, é marginal, então hoje eu tenho que ter uma formação acadêmica pra validar o que eu sei fazer (...) Quase 20 anos da minha vida estudando, isso dá 2 ou 3 faculdades, mas eu não tenho.

A racionalidade do saber biomédico é embasada na epistemologia colonial e

“esta tende a considerar somente os aspectos biológicos/físicos e agudos do adoecimento, a reduzir o sujeito a objeto, e a fracionar o olhar sobre o corpo humano a partir das diferentes especialidades médicas” (GUIMARÃES, 2020)

Uma das características das PICs é a atenção à integralidade que exige uma visão ampla das demandas, driblando o reducionismo biomédico e buscando resolução dos problemas de saúde das pessoas calcadas em diferentes dimensões (físicas, psíquicas, sociais, espirituais e outras), sem maiores reflexões sobre o processo saúde-doença e as subjetividades dos sujeitos. A doença é identificada enquanto uma lesão do corpo físico, sendo deixada de lado uma visão integral, além de não estar relacionada a um processo de autoconhecimento e de busca de autonomia em relação a saúde, mas sim de dependência às prescrições médicas, exames diagnósticos, aos medicamentos e às intervenções cirúrgicas (GUIMARÃES, 2020). Nesse contexto, cabe considerar quem são os profissionais médicos em sua maioria, visto a dificuldade de acesso e os custos da formação médica no Brasil, contando com poucos profissionais que compõe as camadas mais populares e vulneráveis da sociedade, e muitas vezes não conhecendo e/ou ignorando suas práticas de saúde e cuidado.

As PICs descolonizam o saber ao romper com a hegemonia e reducionismo biomédico e abrem seu campo de cuidados à integralidade. A descolonização do saber (GUIMARÃES, 2020) busca descolonizar a ciência e a apropriação da mesma de forma contra-hegemônica, valorizar o câmbio cultural e abrir espaço para a inclusão dos diferentes tipos de saberes e práticas de cuidado. Nos casos que não é possível a integração de diferentes saberes e práticas, deve-se privilegiar aqueles que garantam a maior participação social dos grupos sociais envolvidos, para que haja maior nível de colaboração (GUIMARÃES, 2020). O diálogo entre o campo da saúde e as Epistemologias do Sul chamam a atenção para o peso da herança histórica da dimensão colonial nos corpos e a contrariedade à marginalização e invisibilidade de outras concepções e práticas não hegemônicas. Processo esse que interfere diretamente na relação com

as PICS nas políticas públicas pro privilegiar um processo de biomedicalização que tende a perpetuar a tensão com orientações da Reforma Sanitária e da Saúde Coletiva (GUIMARÃES,2020).

Conforme trazido nos capítulos anteriores, as PICs, embasadas em conhecimentos populares, já tinham uma longa história no campo da saúde no Brasil, mesmo sendo, de fato, reconhecidas a partir da instituição da PNPIC. Também, como já supracitado, mesmo as PICs sendo consideradas um avanço no campo da saúde brasileira, não houve abertura de práticas que contemplassem a medicina tradicional indígena, as formas de lidar com o processo saúde-doença desenvolvidas por comunidades negras, comunidades periféricas urbanas, população do campo, florestas e águas, mantendo a invisibilidade que historicamente atravessa os saberes desses povos (GUIMARÃES, 2020). Esse fenômeno de não incorporação de outras cosmologias ao campo da saúde no Brasil desprivilegia o multiculturalismo reforça o saber colonial frente o cuidado à saúde.

No tempo presente são fortes os discursos negacionistas e voltados à anticiência, com a propagação de notícias e informações falsas e que findam por levar a população ao erro no que diz respeito ao cuidado à saúde. Como exemplo, posso citar a gestão da pandemia de COVID-19 por parte do governo federal, onde muitas vezes o próprio presidente contrariou as orientações científicas e recomendou deliberadamente o uso de medicamentos não eficazes para a doença¹⁸, promoveu aglomerações¹⁹ ou proferiu falas contra o uso de máscara²⁰ e o tão necessário *lockdown*²¹ que são essenciais para o controle da pandemia, além de ironizar o fato do Brasil ter batido o primeiro recorde de mortes pela pandemia²² e minimizando as reações pelo impacto catastrófico da COVID-19 no Brasil²³, mesmo que devesse ser o primeiro interessado em preservar a saúde da população e controlar os agravos gerado pela doença. Temi que esse movimento de questionar a monocultura do saber científico pudesse ser interpretado enquanto reprodução desse negacionismo anticientífico, por isso, concordando com Simas e Rufino (2018), ressalto que transgredir a chamada ciência moderna, que carrega as amarras do

¹⁸ Notícia extraída do site: <https://noticias.uol.com.br/videos/2020/07/09/coronavirus-bolsonaro-recomenda-cloroquina-sem-comprovacao-cientifica.htm>

¹⁹ Notícia extraída do site: <https://politica.estadao.com.br/noticias/geral,em-posse-de-ministro-bolsonaro-promove-aglomeracao-com-400-pessoas-no-planalto,70003627102>

²⁰ Notícia extraída do site: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/08/19/bolsonaro-contraria-ciencia-e-diz-a-apoiadores-que-eficacia-de-mascara-e-quase-nenhuma.ghtml>

²¹ Notícia extraída do site: <https://www.terra.com.br/noticias/brasil/brasil-renova-recorde-de-mortes-por-covid-19-e-bolsonaro-diz-que-se-dependesse-dele-nunca-haveria-lockdown,9892577b5539509835e2927bdb9f1bfd5t2hre8q.html>

²² Notícia extraída do site: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2021/03/03/1-dia-apos-recorde-diario-de-mortes-por-covid-19-bolsonaro-diz-que-criaram-panico.ghtml>

²³ Notícia extraída do site: <https://oglobo.globo.com/sociedade/coronavirus/chega-de-frescura-de-mimimi-vaoficar-chorando-ate-quando-diz-bolsonaro-sobre-pandemia-24909333>

colonialismo, não é negá-la, mas cruzá-la à outras perspectivas. Não insistir em ler o mundo em dicotomias, com a superação de um lado pelo outro, mas exercitar a saída do conforto dos sofás epistemológicos e o lançamento na encruzilhada na alteridade.

3.4 Violência e Saúde

As unidades prisionais são locais onde são reproduzidas violências das mais diversas naturezas e violações de direitos, essas questões são vistas em todo o sistema, mas em especial nas unidades prisionais masculinas apresenta-se como natural o comportamento com um modelo estereotipado de masculinidade que privilegia a virilidade e a valorização da agressividade, tendo como uma das características a repulsa a emoções e sentimentos, sendo coagidos a performar uma masculinidade agressiva e viril e evitar qualquer tipo de sensibilidade pois pode ser interpretado como um sinal de fraqueza (VINUTO, 2020).

(...) já é um espaço muito violento, né? Acontece tanta coisa, muita violência mesmo. Não tem cabeça nem saúde que fique boa não, e a ACUDA ajuda muito nisso. A parte ruim é que a gente passa o dia todo nas atividades e no final do dia tem que voltar lá pra dentro ... É a pior hora essa, nós se sente a pior pessoa do mundo nessa hora.

Através de tal fala torno a refletir sobre o que denominei anteriormente como hibridismo punitivo, porque mesmo com a existência de condições que inicialmente sejam favoráveis à saúde a própria condição de encarceramento e o ambiente prisional são fatores que levam ao adoecimento e à deterioração da saúde, configurando uma nova punição às pessoas privadas de liberdade, um paradoxo já que o acesso integral à saúde ser garantida por leis e políticas públicas.

A literatura disponível sobre saúde nos espaços de privação de liberdade traz que o ambiente carcerário não é um lugar propício para a exposição de qualquer sofrimento, mal-estar ou demonstração de dor, pois os mesmos podem ser identificados enquanto fragilidade e pôr a pessoa em uma condição mais vulnerável à violências e violações (SANTOS; NARDI, 2014). Tal posição repercute no acesso aos serviços de saúde, porque pode fazer com que as pessoas em privação de liberdade não recorram à atendimento mesmo que necessitem, potencializando a gravidade de enfermidades e ocultando potenciais situações de violência que são muitas vezes identificadas no atendimento pela equipe de saúde.

A separação de alguns presos nas unidades a fim de evitar episódios de violência é uma dificuldade logística importante nas unidades prisionais, especialmente pelas disputas faccionais. A ACUDA também lida com essa realidade em sua atuação pois a vinculação a uma facção não é impeditivo para a participação nas atividades da Associação, mas

Isso nem é falado dentro da ACUDA, esse negócio de facção. Isso nem é conversado, a gente nem dá moral pra isso. Porque quem dá moral pra esse tipo de coisa, quedá força pra isso, pra esse povo, são as próprias instituições prisionais.

Mesmo ciente da realidade que muitas vezes preza pela separação dos presos com a justificativa de segurança, não se abre mão da realização do trabalho conjunto nas suas atividades, *não temesse negócio de facção, é todo mundo junto*, inclusive no trabalho com os adolescentes

(...) dentro da unidade deles, dos menores, tinham 21 mas eram de facção, Comando Vermelho²⁴ e o PCC²⁵, e aí ficou tudo mundo assim “e agora?”. Mas o Luiz falou assim: “Quero todo mundo, pode botar todo mundo dentro do salão que nós vamos fazer o tratamento em todo mundo”. E eles fizeram todos os trabalhos juntos sem nenhum problema de facção, nada (...). Na primeira vez foi meditação e da outra vez eles já fizeram massagem e fizeram banho de argila, incríveis. Nem eles mesmos acreditaram.

Nesse sentido, o trabalho da Associação não apenas preza por desfazer essas rivalidades históricas, mas também na quebra de paradigma em relação ao próprio corpo e ao corpo do outro. Nas PICs, o corpo tem um papel fundamental na autotransformação, conhecimento e cura dos sujeitos (FERREIRA; FLEISHER, 2014), muitas de suas técnicas preveem o toque no corpo do outro, e também deixar ser tocado. Nas entrevistas é constantemente trazido que o trabalho da ACUDA

começou a quebrar alguns preconceitos, alguns paradigmas de homem tocar em um homem. E isso, na cadeia, no fechado mesmo, o pessoal fica “ah, tocou em homem, é viado”. Eles falam isso, porque não conhecem né.

Minha experiência profissional enquanto membra da equipe de saúde de uma unidade prisionalme mostra, empiricamente, que é relativa a questão da demonstração de sofrimentos de saúde ser um fator de exposição à violências, porque é rotineira a expressão de solidariedade entre os presos para com aqueles que sofrem com algum acometimento de saúde, além de muitas vezes os males de saúde serem voluntariamente externados para promover a ida ao serviço de saúde da unidade.

²⁴ Comando Vermelho Rogério Lemgruber. Organização criminosa carioca, criada em 1979 no Instituto Penal Cândido Mendes como Falange Vermelha. Possui ramificações em diversos Estados brasileiros e em outros países.

²⁵ Primeiro Comando da Capital. Organização criminosa paulista, criada em 1993 no Centro de Reabilitação Penitenciária de Taubaté. Possui ramificações em diversos estados brasileiros e em outros países.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pesquisas ainda são escassas em relação à saúde das pessoas privadas de liberdade, principalmente na Saúde Coletiva. O que ofusca a própria existência e situação deste grupo social no contexto das políticas públicas e compromete a universalidade, a integralidade e equidade da atenção propostas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BARSAGLINI, 2016).

Geralmente, o reconhecimento dos estados de saúde e doença ficam limitados aos discursos e saberes biomédicos, padrão adotado por uma lógica colonialista, fazendo com que umas das consequências seja a perda de competência reconhecida do sujeito de dizer sobre si mesmo e todas as questões voltadas à sua subjetividade, sendo a fala do sujeito apenas importante como pistas para o diagnóstico médico (GUIMARÃES et al., 2014).

Segundo a OMS a saúde tem uma dimensão espiritual, por isso a espiritualidade deve ser considerada como um dos fatores que tem interferência direta nas condições de saúde da população. A mesma é entendida enquanto uma modalidade de relação com o sagrado estabelecida a partir de contornos desinstitucionalizados e subjetivos (TONIOL, 2017). A dimensão espiritual então deve ser considerada quando se pensa na criação e implementação de políticas de saúde. Também, nesse sentido, o trabalho da ACUDA com suas práticas que enfatizam tal dimensão está atuando em concordância e em convergência com essa dimensão quando se busca atingir a integralidade em saúde. No entanto, a PNAISP e a PNAISARI, respectivamente as políticas de saúde que versam sobre a saúde de pessoas presas e adolescentes sob regime de socioeducação não consideram em seus textos a essa dimensão espiritual, mesmos que essas mesmas políticas intentem a integralidade na assistência em saúde.

As práticas executadas atuação da ACUDA estão em convergência com as com as práticas previstas nas políticas de saúde e justiça abordadas na pesquisa. No caso da PNAISP, por exemplo, a política prevê a assistência para familiares das pessoas privadas de liberdade e funcionários das unidades, em similaridade com o ocorrido no trabalho da ACUDA que não apenas absorve em suas ações os familiares, mas como toda a comunidade que busque acesso às terapias holísticas oferecidas. Outro ponto de convergência é o uso das próprias PICs, além do estímulo à aderência das mesmas, divulgação dos conhecimentos básicos e fortalecimento de estratégias da educação popular, preconizadas na PNPIC. Das 29 PICs previstas pelo SUS através da política, a ACUDA realiza 19, sendo elas: Acupuntura, Fitoterapia, Arteterapia,

Ayurveda, Biodança, Dança circular, Meditação, Musicoterapia, Naturoterapia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Yoga, Aromaterapia, Constelação familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Imposição de mãos e Terapia de Florais. Existem também outras práticas gerenciadas pela ACUDA que não são executadas pelos egressos que atuam na Associação, mas são convergentes com as políticas supracitadas, como: encaminhamento de pessoas egressas do sistema prisional e adolescentes do sistema socioeducativo no final do regime de internação para atendimento em saúde, ou retirada de documento, nesse caso a confluência se dá com a Política de Atenção a Pessoas Egressas do Sistema Prisional.

Assim como existem pontos de convergência entre as práticas exercidas pelas Associação com as políticas, no que diz respeito às práticas executadas pelas equipes de saúde, segundo exposto no levantamento bibliográfico, existem pontos de divergência com o trabalho realizado pela ACUDA. Um exemplo é a não utilização de medicamentos alopáticos pela associação, exaltando o uso de florais e outros que *não venham a estragar o corpo*, diferente do levantado pelas práticas exercidas pelas equipes de saúde prisionais, onde majoritariamente se dá a prescrição e dispensação de medicamentos enquanto prática. O trabalho da Associação recupera o caráter de autonomia dos sujeitos para lidar com as questões referentes à saúde e doença, perdidos com a hegemonia da visão biomédica no campo da saúde. Segundo dados do Governo de Rondônia já foram atendidas mais de 3.200 pessoas em privação de liberdade atendidas²⁶.

O processo de elaboração da pesquisa foi marcado por dificuldades, uma pandemia no percurso, na qual atuei enquanto profissional, tendo muitas dessas páginas sido escritas em noites viradas em CTIs lotados, a conciliação com a maternidade, a abertura de um universo das ciências humanas absolutamente novo, todas junto à urgência da escrita de um trabalho de dissertação. Outra problemática enfrentada importante já ressaltada anteriormente, e que torno a mencionar, foi o método escolhido na gravação das entrevistas que gerou dificuldades nas transcrições das mesmas. Na pesquisa busquei apontar: 1) como se dá a atuação da ACUDA, em especial o trabalho dos egressos do sistema prisional que atualmente são membros da Associação; 2) As convergências e divergências entre as práticas da ACUDA e as previstas nas políticas públicas de saúde e justiça abordadas, e as práticas executadas pelas equipes de saúde prisional segundo a bibliografia levantada; 3) O movimento no qual o racismo estrutural mobiliza a máquina carcerária contra pessoas negras, e as implicações do colonialismo e da

²⁶ Informação extraída do site: <http://www.rondonia.ro.gov.br/mais-de-3-mil-presos-ja-foram-atendidos-pela-associacao-cultural-e-de-desenvolvimento-do-apanado-e-egresso-de-rondonia/>

imposição do saber biomédico que acaba por ceifar conhecimentos que divergem de suas racionalidades.

No capítulo 1, realizei uma descrição das práticas de saúde que são desenvolvidas nas unidades prisionais, categorizando as mesmas em: promoção da saúde, prevenção de agravos e recuperação da saúde. Tais práticas foram elencadas através de levantamento bibliográfico realizado para o tal fim. Pôde-se perceber dessa forma que muitas das práticas realizadas podem ser categorizadas enquanto os três formatos, mas nas unidades prisionais essas práticas são usadas majoritariamente enquanto prevenção à agravos de saúde.

No capítulo 2, faço um levantamento das políticas públicas de saúde e justiça instituídas para ou utilizadas com as pessoas privadas de liberdade e adolescentes do sistema socioeducativo. A PNAISP, a PNAISARI, a PNPIC e Política Nacional de Atenção às Pessoas Egressas do Sistema Prisional, que apresentam diretrizes e alternativas práticas que objetivam garantir direitos a essa população, especialmente no que concerne o direito à saúde, no caso da presente pesquisa.

No capítulo 3, realizo uma análise das entrevistas feitas com os meus interlocutores na ACUDA, interseccionando com o previsto nas políticas supracitadas e práticas levantadas na bibliografia pesquisada. Através desse capítulo é possível observar que algumas práticas realizadas pela Associação são confluentes com o previsto nas políticas e no levantamento bibliográfico, enquanto outras destoam do previsto para as pessoas em privação de liberdade.

Esse trabalho contribui para o campo da saúde coletiva, pois, como apontado anteriormente, existem poucos estudos na área a respeito da saúde das pessoas privadas de liberdade, que fındam por tornar o direito à saúde negligenciado ou impossibilitado para essa população. Ao mesmo tempo existe uma necessidade latente de ações fomentadas por pesquisas voltadas à resolução dessa questão que cada vez mais se agrava no país, dado o fato que a cada dia temos mais pessoas encarceradas. No entanto, por mais que as ações objetivando a saúde das pessoas privadas de liberdade sejam pouco investigadas, e que, reiterando, sejam assuntos urgentes, as mesmas não podem se dar de forma irreflexiva e acrítica. Deve-se relevar o questionamento se é possível a execução e qual é de fato a eficácia de práticas voltadas à saúde integral, como preconizado no SUS e, portanto, refletido nas políticas, em espaços carcerários insalubres, majoritariamente superlotados, onde são reproduzidas violências de diversas ordens, além de todo arcabouço de problemas já elencados anteriormente.

Reconhecendo que, apesar desses questionamentos, tais políticas são avanços no que se refere à saúde de pessoas privadas de liberdade, já que se dão frente a um campo de disputas para sua formulação e implementação. Mas entendendo também que é preciso avançar nos

debates a fim de abrir novas chaves de possibilidade para trazer à tona a discussão acerca do avanço nos debates sobre medidas desencarceradoras e modelos de penas alternativas não apenas no concerne o campo do direito, mas também o da saúde, para não tornarmos a falta de ampliação desse debate não se torne mais um mecanismo de agressão e não atenção com a saúde da população negra, já sabido ser maioria nas prisões brasileiras, e também para que haja a reflexão de que para encarar a temática do encarceramento de forma séria, sem a lógica simplista do punitivismo, a possibilidade de “saúde” e “prisão” fazerem sentido no mesmo contexto, é através de um alvará de soltura.

REFERÊNCIAS

ADAMS, Vincanne; Dominique BEHAGUE; Carlo CADUFF; Ilana Löwy; Francisco ORTEGA. Re-imagining global health through social medicine, **Global Public Health**, 2019.

ALMEIDA, Silvio Luiz de. O que é racismo estrutural? Belo Horizonte: **Letramento**, 2018.

ANJOS, Denise. **Reabilitação pulmonar em pacientes com fibrose pulmonar idiopática**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia), Universidade Veiga de Almeida, 2017

ATKINS, C. P. et al. Measuring sedentary behaviours in patients with idiopathic pulmonary fibrosis using wrist-worn accelerometers. **Clin Respir J**. P277, 2016
Ghu'

BARATTA, Alessandro. Cárcel y estado social. Problemas de legitimación em el estado social. OLIVAS, Enrique (org.). Madrid: **Editorial Trotta**, 1991.

BARATTA, Alessandro. Ressocialização ou controle social: uma abordagem crítica da “reintegração social” do sentenciado. **Universidade de Saarland, RFA. Alemanha Federal**, 1990 Disponível em:<<http://www.ceuma.br/portal/wp-content/uploads/2014/06/BIBLIOGRAFIA.pdf>>. Acesso em 20 nov. 2020

BARSAGLINI, Reni. Do Plano à Política de saúde no sistema prisional: diferenciais, avanços, limites e desafios. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 2016.

BORGES, Juliana. Encarceramento em massa. **Pólen Produção Editorial LTDA**, 2019.

BRAGA, Ana Gabriela Mendes; ANGOTTI, Bruna. Da hipermaternidade à hipomaternidade no cárcere feminino brasileiro. **SUR Revista Internacional de Direitos Humanos**, 2015.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. Disponível em: Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 02 nov. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Lei 8080 de 19 set de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF. 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 12 out. 2020

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, 1990. Disponível em: Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm . Acesso em: 29 jan. 2021.

_____. Ministério da Saúde e Ministério da Justiça. Portaria Interministerial n.º 1.777/2003, de 09 de setembro de 2003. Brasília, 2003. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/pri1777_09_09_2003.html. Acesso em: 08 nov. 2020

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares**. Brasília, 2006a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html. Acesso em: 20 nov. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF. 2006b. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acessado em 10 out. 2020

_____. Ministério da Saúde e Ministério da Justiça. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional**. Brasília, 2014a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html. Acesso em: 06 nov. 2020.

_____. Ministério da Saúde e Ministério da Justiça. **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)**. Brasília, 2014b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0482_01_04_2014.html. Acesso em: 08 nov. 2020.

_____. Ministério da Justiça e da Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - INFOPEN**. 2014c. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/infopen-dez14.pdf>. Acessado em: 21 nov. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado; e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade.** Brasília, 2014d. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1082_23_05_2014.html . Acesso em: 27 jan. 2021.

_____. Ministério da Justiça e da Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - INFOPEN.** 2015. Disponível em: https://www.justica.gov.br/news/ha-726-712-pessoas-presas-no-brasil/relatorio_2015_dezembro.pdf Acessado em: 21 nov. 2020.

_____. Ministério da Justiça e da Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - INFOPEN.** 2016. Disponível em: https://www.justica.gov.br/news/ha-726-712-pessoas-presas-no-brasil/relatorio_2016_junho.pdf Acessado em: 21 nov. 2020.

_____. Ministério da Justiça e da Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - INFOPEN.** 2017. Disponível em: <http://antigo.depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/relatorios-sinteticos/infopen-jun-2017-rev-12072019-0721.pdf>. Acessado em: 21 nov. 2020.

_____. Ministério da Justiça e da Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional.

Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - INFOPEN Mulheres. 2018. Disponível em: http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen-mulheres/infopenmulheres_arte_07-03-18.pdf. Acessado em: 21 nov. 2020.

_____. Ministério da Justiça e da Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN.** 2019. Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/infopen>. Acessado em: 21 nov. 2020.

BRITO, Lana Jocasta de Souza et al. Cotidiano e organização laboral de trabalhadores de saúde em presídio federal brasileiro. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 31, n. 3, 2017.

CASTAGNA, Micael Jayme Casarin. **O Fórum Permanente de Saúde no Sistema Penitenciário do Rio de Janeiro como dispositivo de análise da bio-**

necropolíticافلuminense. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Psicologia), Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2020

CAVENAGHI, Suzana; ALVES, José. Mulheres chefes de família no Brasil : avanços e desafios. **ENS-CPES**, 2018. Disponível em: http://www.ens.edu.br/arquivos/mulheres-chefes-de-familia-no-brasil-estudo-sobre-seguro-edicao-32_1.pdf. Acessado em 20/11/2020

CONSELHO Nacional de Justiça. Resolução nº 307, de 17 dez 2019. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original153009202001105e1898819c054.pdf>. Acesso em 21 nov 2020

CONSTANTINO, Patricia. Adolescentes em conflito com a lei: violadores ou violados?. **Ciênc. saúde coletiva**, 2019.

CUTOLO, Luiz Roberto Agea. **Estilo de pensamento em educação médica: um estudo do currículo do curso de graduação em medicina da UFSC**. Tese (Doutorado em Ciências da Educação). Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

D'EÇA JUNIOR, Aurean et al. Câncer cérvico uterino: estudo com mulheres em cárcere. **Rev. enferm. UFPE on line**, 2011.

DE VIGGIANI, Nick. Unhealthy prisons: exploring structural determinants of prison health. **Sociol Health Illn**. 2007

DINIZ, Debora. Cadeia: relato sobre mulheres. **Editora José Olympio**, 2015.

DIUANA, Vilma et al. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 1887-1896, 2008.

DIUANA, Vilma; SÁNCHEZ, Alexandra; LAROUZÉ, Bernard. Para uma abordagem comunitária da saúde penitenciária. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 111-112, 2014.

DO AMARAL, Augusto Jobim; VARGAS, Melody Claire Schmidt. Necropolítica, racismo e sistema penal brasileiro. **Revista de Direito**, v. 11, n. 1, p. 103-143, 2019.

DOS REIS, Andreia Resende; KIND, Luciana. A saúde de homens presos: promoção da saúde, relações de poder e produção de autonomia. **Psicologia em Revista**, v. 20, n. 2, p. 212-231, 2014.

FANON, Franz. **Os Condenados da Terra**. Rio de Janeiro, RJ: Editora da UFJF, 2015.

FERREIRA, Jaqueline; FLEISCHER, Soraya (Org.) . **Etnografias em serviços de saúde**. Garamond, 2014.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia**. Paz & Terra, 1997

FOUCAULT, Michel. O Nascimento da Medicina Social. In: *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: **Graal**, 1979a

_____. O Nascimento da Medicina Social. In: *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: **Graal**, 1979b

_____. *Segurança, território, população: Curso dado no Collège de France*. São Paulo: **Martins Fontes**, 1977

_____. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 3ªed. Petrópolis: **Vozes**, 2016.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. Paz e Terra, 1996.

GABE, Cristina; LARA, Gustavo Muller. Prevalência de anti-HCV, anti-HIV e co-infecção HCV/HIV em um presídio feminino do Estado do Rio Grande do Sul. **RBAC**, v. 40, n. 2, p. 87-89, 2008.

GALVÃO, Mayana Camila Barbosa; DAVIM, Rejane Marie Barbosa. Ausência de assistência à gestante em situação de cárcere penitenciário. **Cogitare Enfermagem**, 2013

GOIS, Swyanne Macêdo; SANTOS JUNIOR, Hudson Pires de Oliveira; SILVEIRA, Mariade Fátima de Araújo; GAUDÊNCIO, Mércia Maria de Paiva. “Para além das grades e punições: Uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária”. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 17, no 5, pp. 1235-1246, 2012.

GUIMARÃES, Maria Beatriz et al. As práticas integrativas e complementares no campo da saúde: para uma descolonização dos saberes e práticas. **Saúde e Sociedade**, 2020.

HOOKS, bell. *Intelectuais Negras*. **Revista Estudos Feministas**. 1995. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16465>. Acesso em: 23 de out de 2020.

JUSTO, Cipriano. A crise do modelo biomédico e a resposta da promoção da saúde. **Rev port saúde pública**. 2010

LAGO, Natália Bouças do. **Mulheres na prisão: entre famílias, batalhas e a vida normal**. 2014. Tese de Doutorado (Doutorado em Antropologia Social). Universidade de São Paulo.

LEAL, Maria do Carmo et al. Nascer na prisão: gestação e parto atrás das grades no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2016.

LEITE, Márcia. Biopolítica da precariedade em tempos de pandemia. **Dilemas: Revista de Estudos de Conflitos e Controle Social, Reflexões da pandemia**, 2020

LERMEN, Helena Salgueiro; GIL, Bruna Laudissi; CÚNICO, Sabrina Daiana; JESUS, Luciana Oliveira de. Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 2015.

LIMA, Fátima. Bio-necropolítica: diálogos entre Michel Foucault e Achille Mbembe. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 70, n. spe, p. 20-33, 2018.

LIMA, Vanessa Figueiredo. **Saúde e encarceramento feminino no Brasil: uma leitura do movimento antiprisional**. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Saúde Coletiva), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2020

LOPES, V.A (2014). **Experiência de profissionais de saúde em unidades prisionais**. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Mato Grosso, (2014).

MALLART, Fábio. **Findas linhas: circulações e confinamentos pelos subterrâneos de São Paulo**. Tese de Doutorado (Doutorado em Sociologia). Universidade de São Paulo, 2019.

MARCIS, Frédéric Le. A impossível governança da saúde em prisão? Reflexões a partir da MACA (Costa do Marfim). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2011-2020, 2016.

MBEMBE, A. Necropolítica. **N-1 Edições**, 2016.

MELO, Michel Cícero Magalhães de. **Acórdãos, objetos e territórios: Tráfico de drogas e associação para o tráfico nas Câmaras Criminais do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro**. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Antropologia), Universidade Federal Fluminense, 2020

MINAYO, Maria Cecília de Souza; RIBEIRO, Adalgisa Peixoto. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2031-2040, 2016.

MIRANDA, Angélica Espinosa; MERÇON-DE-VARGAS, Paulo Roberto; VIANA, Maria Carmen. Saúde sexual e reprodutiva em penitenciária feminina, Espírito Santo, Brasil.

Revista de Saúde Pública, 2004.

MONTEIRO, João Gezti. **Meditação/mindfulness como prática complementar ao tratamento do DPOC**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia), Universidade Veiga de Almeida, 2016.

MOONEYA, B; TIMMINSB, F; BYRNEB, G; CORROONB, AM. Nursing students' attitudes to health promotion to: Implications for teaching practice. **Nurse educ. today**, 2011

MOURÃO, Luana Feitosa, et al. Promoção da saúde de mulheres encarceradas: um relato de experiência. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, 2015, 14.1.

OMS. Organização Mundial da Saúde **Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**. Alma-Ata; USSR, 1978. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf . Acesso em 10/11/2020

OMS. Organização Mundial Da Saúde. **Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001 – Saúde Mental**. Genebra, 2001. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf . Acesso em: 30/01/2021.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. **Editora Fiocruz**, 2008.

PANAGIOTI, M. *et al.* Overview of the prevalence, impact and management of depression and anxiety in chronic obstructive pulmonary disease. **International Journal of COPD**, 2014.

PRANDI, Reginaldo. Modernidade com feitiçaria: candomblé e umbanda no Brasil do século XX. **Tempo Social**, v. 2, n. 1, p. 49-74, 1990.

RIBEIRO, Fernanda. A reinserção social da ex-presidiária no mercado de trabalho. **Revista de Ciências do Estado**, v. 2, n. 1, 2017.

ROLNIK, R. Territórios negros nas cidades brasileiras: etnicidade e cidade em São Paulo e Rio de Janeiro. **Revista de Estudos Afro-Asiáticos** v.17, 1-17, 1989.

- RUFINO, Luiz. Pedagogia das encruzilhadas. **Mórula Editorial**, 2019.
- SÁNCHEZ, Alexandra; LAROUZÉ, Bernard. Controle da tuberculose nas prisões, da pesquisa à ação: a experiência do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2071-2080, 2016.
- SANTOS, Boaventura de Sousa. A filosofia à venda, a douta ignorância e a aposta de Pascal. **Revista crítica de ciências sociais**, n. 80, p. 11-43, 2008.
- SANTOS, Helen Barbosa dos; NARDI, Henrique Caetano. Masculinidades entre matar e morrer: O que a saúde tem a ver com isso?. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 2014.
- SILVA, Glacy Kelly Nunes; VEDOVELLO, Vanessa Prado; FEGADOLLI, Claudia. Políticas e práticas da assistência farmacêutica penitenciária. **UNIMEP**, 2008.
- SILVA, A.S.; DEUS, A.F. Comportamentos de consumo de haxixe e saúde mental em adolescentes: estudo comparativo. **Anál. Psicol**, 2005
- SILVA, Martinho. Saúde penitenciária no Brasil: plano e política. **Verbena Editora**, 2015.
- SWEETMAN, SC. Martindale: the complete drug reference. **34th Ed. London: Pharmaceutical Press**; 2005.
- TAUIL, Pedro Luis. Controle de agravos à saúde: consistência entre objetivos e medidas preventivas. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 7, n. 2, p. 55-58, 1998.
- TELESI JÚNIOR, Emílio. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos avançados**, v. 30, n. 86, p. 99-112, 2016.
- TESSER, Charles Dalcanale; SOUSA, Islandia Maria Carvalho de; NASCIMENTO, Marilene Cabral do. Práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde brasileira. **Saúde em debate**, v. 42, p. 174-188, 2018.
- VALENÇA, Mariana Soares et al. O processo de detecção e tratamento de casos de tuberculose em um presídio. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2111-2122, 2016.
- VARELLA, Drauzio. **Prisioneiras**. Editora Companhia das Letras, 2017.

VARGAS, Joana Domingues. Em busca da "verdade real": tortura e confissão no Brasil ontem e hoje. **Sociologia & Antropologia**, v. 2, n. 3, p. 237-265, 2012.

VINUTO, Juliana. Ecos da pandemia nos sistemas socioeducativos: Masculinidades caricatas e suas propagações securitárias. **DILEMAS: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**, 2020.

WACQUANT, Loïc. **Punir os pobres: A nova gestão da miséria nos Estados Unidos**. Rio de Janeiro: Revan, 2007.

WACQUANT, Loïc. **As prisões da miséria**. Zahar, 2011.

WHO, World Health Organization. **Tradicional Medicine Strategy 2002-2005**. Geneve: WHO, 2002.

WOLFF, Maria Palma. Evolução do Sistema Penitenciário no RS. História: Debates e Tendências. **Passo Fundo**, 2003.

APÊNDICE A - Lista de PICs reconhecidas pelo Ministério da Saúde através da PNPIC

- **Apiterapia:** Utiliza produtos das abelhas, como o mel, o pólen, o própolis, a geleia real e as apitoxinas para o tratamento de disfunções orgânicas e emocionais

- **Aromaterapia:** É baseada na utilização de óleos essenciais com o objetivo de melhorar o bem-estar físico e psicológico através da estimulação de diferentes partes do cérebro

- **Arteterapia:** Prática expressiva artística, visual, que atua como elemento terapêutico na análise do consciente e do inconsciente e busca interligar os universos interno e externo do indivíduo, usando a arte como uma forma de comunicação entre profissional e paciente, em processo terapêutico individual ou de grupo, favorecendo a saúde física e mental.

- **Ayurveda:** Agrega princípios relativos à saúde do corpo físico, sem deixar de lado os campos energético, mental e espiritual. No Ayurveda, o corpo humano é composto por cinco elementos (éter, ar, fogo, água e terra), e propõe que o organismo, estados energéticos e emocionais quando estão em desequilíbrio podem levar ao surgimento de doenças. Os tratamentos ayurvédicos são adaptados à realidade de cada pessoa, considerando a singularidade de cada um, e utilizam técnicas de relaxamento, massagens, plantas medicinais, minerais, posturas corporais, técnicas respiratórias e exercícios.

- **Biodança:** Prática corporal que proporciona vivências integradoras por meio da música, do canto, da dança e de atividades em grupo, com o objetivo de restabelecer o equilíbrio afetivo, aumentar a resistência ao estresse, melhorar a comunicação, favorecer o bom relacionamento interpessoal e a promover a renovação orgânica, utiliza exercícios e músicas organizados que trabalham a coordenação e o equilíbrio físico e emocional por meio dos movimentos da dança.

- **Bioenergética:** Visão diagnóstica aliada a uma compreensão do sofrimento/adoecimento, adota a psicoterapia corporal e os exercícios terapêuticos em grupos. Também conhecido como análise bioenergética, trabalha o emocional por meio da verbalização, da educação corporal e da respiração, objetivando liberar as tensões do corpo e

facilitar a expressão dos sentimentos.

- **Constelação familiar:** Técnica de representação espacial das relações familiares que permite identificar bloqueios emocionais de gerações ou membros da família por meio do conhecimento das forças que atuam no inconsciente familiar e das leis do relacionamento humano, que tem por finalidade encontrar a ordem, o pertencimento e o equilíbrio, criando condições para que a pessoa reorienta o seu movimento em direção à cura e ao crescimento pessoal.
- **Cromoterapia:** Prática que utiliza as cores do espectro solar (vermelho, laranja, amarelo, verde, azul, anil e violeta), divididas em cores quentes e frias, para restaurar o equilíbrio físico e energético do corpo, sendo o violeta a cor de mais alta vibração, com sua frequência atingindo as camadas astrais, que são as mais elevadas do ser.
- **Dança circular:** Prática expressiva corporal, realizada em grupos, que utiliza a dança de roda, o canto e o ritmo para favorecer a aprendizagem, a interconexão harmoniosa, promover a integração humana, o auxílio mútuo e a igualdade visando o bem-estar físico, mental, emocional e social.
- **Geoterapia:** Consiste na utilização de frutos da terra, como: argila, barro, lamas medicinais, pedras e cristais, com objetivo de amenizar e cuidar de desequilíbrios físicos e emocionais por meio dos diferentes tipos de energia e propriedades químicas desses elementos.
- **Hipnoterapia:** conjunto de técnicas que induz as pessoas a alcançarem um estado de consciência aumentado que permite alterar comportamentos indesejados, como medos, fobias, insônia, depressão, angústia, estresse, dores crônicas através de relaxamento e concentração.
- **Homeopatia:** Sistema médico complexo de caráter holístico, baseada no princípio vitalista. Envolve tratamentos com base em sintomas específicos de cada indivíduo e utiliza substâncias altamente diluídas que buscam desencadear o sistema de cura natural do corpo.
- **Imposição de mãos:** Prática que implica um esforço meditativo para a transferência

de energia vital por meio das mãos com intuito de reestabelecer o equilíbrio do campo energético humano, auxiliando no processo saúde-doença e promovendo bem estar, e diminuindo estresse e ansiedade.

□ **Medicina antroposófica:** Abordagem terapêutica que integra as teorias e práticas da medicina moderna com conceitos específicos antroposóficos, oferecendo cuidados e recursos terapêuticos específicos, fundamentando-se em um entendimento espiritual-científico do ser humano que considera bem-estar e doença como eventos ligados ao corpo, mente e espírito do indivíduo. Atua de maneira integrativa e utiliza diversos recursos terapêuticos para a recuperação ou manutenção da saúde, conciliando medicamentos e terapias convencionais com outros específicos de sua abordagem, como aplicações externas, banhos terapêuticos, terapias físicas, arteterapia, aconselhamento biográfico, quirofonética.

□ **Medicina Tradicional Chinesa (MTC)/Acupuntura:** A MTC é um sistema médico integral, originado há milhares de anos na China. Utiliza linguagem que retrata simbolicamente as leis da natureza e que valoriza a inter-relação harmônica entre as partes visando a integridade. A MTC inclui ainda práticas corporais, mentais, orientação alimentar e uso de plantas medicinais. A acupuntura é originária da MTC, sendo uma tecnologia de intervenção que aborda a saúde de modo integral. Compreende um conjunto de procedimentos permitem o estímulo preciso de locais anatômicos definidos por meio da inserção de agulhas filiformes metálicas, podendo ser usada isolada ou de forma integrada com outros recursos terapêuticos.

□ **Meditação:** Prática na qual se utilizam técnicas para focar sua mente num objeto, pensamento ou atividade, visando alcançar um estado de clareza mental e emocional com o objetivo de aumentar a consciência si, reduzir o estresse, aumentar a concentração, melhorar o humor, a autodisciplina, o sono, a tolerância à dor, entre outras coisas.

□ **Musicoterapia:** Prática que utiliza a música e/ou seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) em um processo facilitador e promotor da comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização, entre outros, com a intenção de atender necessidades físicas, emocionais, mentais, espirituais, sociais e cognitivas do indivíduo ou do grupo.

- **Naturopatia:** Uma forma de medicina alternativa que recorre a uma série de práticas naturais, tendo por base o vitalismo e a medicina popular, adotando uma visão ampliada e multidimensional do processo vida-saúde-doença.

- **Osteopatia:** Prática que adota uma abordagem integral no cuidado em saúde e utiliza várias técnicas manuais osteomioarticulares para auxiliar no tratamento de doenças, e também da mobilidade para vísceras.

- **Ozonioterapia:** Prática integrativa e complementar de baixo custo, segurança comprovada e reconhecida, que utiliza a aplicação de uma mistura dos gases oxigênio e ozônio, por diversas vias de administração, com finalidade terapêutica, para a promoção de melhoria de diversas doenças.

- **Plantas medicinais / Fitoterapia:** As plantas medicinais são espécies vegetais que exercem ação terapêutica e devem ser utilizadas de forma racional, pela possibilidade de apresentar interações, efeitos adversos, contraindicações. A fitoterapia é um tratamento terapêutico caracterizado pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal.

- **Quiropraxia:** Prática que atua na prevenção, diagnóstico e tratamento das disfunções mecânicas do sistema neuromusculoesquelético e seus efeitos na função normal do sistema nervoso e na saúde geral. Enfatiza o tratamento manual, como a terapia de tecidos moles e a manipulação articular, que conduz ajustes na coluna vertebral e outras partes do corpo, visando a correção de problemas posturais, o alívio da dor e favorecendo a capacidade natural do organismo de auto cura.

- **Reflexoterapia:** utiliza estímulos em áreas reflexas nos pés, mãos e orelhas, para auxiliar na eliminação de toxinas, na sedação da dor e no relaxamento. Parte do princípio que o corpo, quando em desequilíbrio, pode reencontrar a homeostase através do estímulo de massagens nessas áreas reflexas que estão bloqueadas.

- **Reiki:** Técnica que consiste na imposição de mãos para transferência de energia a fim de alinhar os centros de energia do corpo, denominados chacras, visando a promoção de equilíbrio energético e manutenção do bem-estar físico e mental.

- **Shantala:** Massagem indiana realizada pela mãe na criança, com o objetivo de promover melhor comunicação e interação entre mãe e filho, fortalecer o vínculo afetivo entre os mesmos, melhorar a qualidade do sono, aliviar cólicas, melhorar a digestão, entre outros.

- **Terapia comunitária integrativa:** Metodologia de intervenção em comunidades, através da realização de grupos, promovendo um espaço de acolhimento do sofrimento, partilha das inquietações, problemas ou situações difíceis, tanto quanto alegrias, vitórias ou histórias de superação, objetivando a valorização das histórias de vida dos participantes, o resgate da identidade, a restauração da autoestima e da confiança em si, a ampliação da percepção dos problemas e possibilidades de resolução dos mesmos.

- **Terapia de florais:** Uso de essências florais que modifica certos estados vibratórios. Auxilia no equilíbrio e harmonização do indivíduo.

- **Termalismo / Crenoterapia:** Prática terapêutica que consiste no uso da água com propriedades físicas, térmicas, radioativas e outras, como agente em tratamentos de saúde. A eficiência do termalismo no tratamento de saúde está associada à composição química da água, à forma de aplicação (banho, sauna etc.) e à sua temperatura.

- **Yoga:** Filosofia de vida que se refere às tradicionais disciplinas físicas originárias da Índia, que tem como objetivo de conduzir à expansão da consciência para que haja melhor percepção do que ocorre com o corpo e a mente, trazendo relaxamento e tranquilidade através de práticas que envolvem posturas, respiração e meditação.